

существенно облегчило и упростило ход послеоперационной реабилитации. Сроки стационарного лечения составили $4,3 \pm 1,4$ дней ($p=0,02$), амбулаторного долечивания – $21,3 \pm 3,5$ дней ($p=0,32$). В отдаленные сроки осмотры почти все (241 и 38) больные после гибридных операций: ни одного рецидива болезни, у всех 100% констатированы хорошие клинические, анатомические и функциональные результаты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Строго индивидуализированный подбор варианта радикальной операции каждому конкретному больному геморроем, а также применение гибридных операций в виде доплер-контролируемой дезартеризации и мукопексии или степлерной геморроидопексии в сочетании с одномоментным иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов позволяют заметно улучшить ближайшие и отдаленные анатомические и функциональные результаты хирургического лечения геморроидальной болезни.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

Шамин А.В., Каторкин С.Е.,
Журавлев А.В., Чернов А.А., Разин А.Н.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара,
Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хроническая анальная трещина это одно из самых распространенных заболеваний в практике врача-колопроктолога, данная патология встречается у 2-2,5% взрослого населения. Несмотря на многолетний опыт хирургического лечения, остается риск развития рецидива заболевания.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты хирургического лечения больных с хронической анальной трещиной.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2016 по 2018 гг. в отделении колопроктологии проходило лечение 198 пациентов с анальной трещиной. Оперативное лечение было проведено 168 (84,8%) пациентам. Из 168 больных, женщин – 113 (67,3%), а мужчин – 55 (32,7%). Возраст больных от 18 до 70 лет. Трещины, расположенные по задней полуокружности у 138 (82,1%), передняя у 30 (17,9%).

По характеру оперативного вмешательства больные были разделены на две группы. В основную группу были включены 43 (25,6%) пациента, которым после дивульсии анального сфинктера проводилось иссечение анальной трещины с пластическим закрытием дефекта анального канала по используемой нами методике. В контрольную группу вошло 125 (74,5%) больных, которым после дивульсии сфинктера трещина иссекалась в виде треугольника вершиной в просвет кишки, без ушивания раны анального канала.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя длительность госпитализации в основной группе составила 5,3 дня, в контрольной группе – 6,4 дня. В раннем послеоперационном на 1-2 сутки болевой синдром в основной группе, по визуальной аналоговой шкале не превышал 3-4 баллов, что не требовало назначения наркотических анальгетиков, и стихал на 3-4 сутки до 0-1 балла. В контрольной группе болевой синдром при первой дефекации был достоверно ниже у пациентов основной группы, ввиду исключения попадания кишечного содержимого в рану. В раннем послеоперационном периоде рефлекторная задержка мочи наблюдалась у 1 пациента основной и у 5 пациентов контрольной группы, которая разрешилась консервативными мероприятиями.

ВЫВОДЫ. Применение пластических методик имеет

ряд преимуществ по отношению к традиционным методам, снижает выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращает сроки пребывания в стационаре, медицинской и социальной реабилитации больных.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОРЕКТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В В-РЕЖИМЕ (2D) И С ТРЕХМЕРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ИЗОБРАЖЕНИЯ (3D) В ДИАГНОСТИКЕ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Шельгин Ю.А., Орлова Л.П., Киселев Д.О.,
Трубачева Ю.Л., Калинина И.В.,
Самсонова Т.В., Богданова Е.М.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургическое лечение прямокишечных свищей – одно из наиболее актуальных проблем современной колопроктологии. Во многом успех операции зависит от точной и наиболее полной предоперационной диагностики различных характеристик свищевого хода. В этой связи, наряду с традиционным эндоректальным УЗИ (2D) все чаще находит применение методика УЗИ с трехмерной реконструкцией изображения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Сравнить результаты 2D и 3D эндоректальных исследований в диагностике неполных внутренних свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С декабря 2017 по март 2018 гг. обследовано 79 пациентов с неполными внутренними свищами прямой кишки. Все больные оперированы, из них мужчин – 56 (70,9%), женщин – 23 (29,1%). Средний возраст составил $46,2 \pm 14,75$ лет. 46 (58,2%) пациентам ранее производилось вскрытие острого парапроктита, у 33 – самопроизвольное вскрытие гнойника. Всем пациентам в предоперационном периоде выполнено эндоректальное УЗИ в В-режиме и 3D исследование. Результаты обследований сравнивали с интраоперационной ревизией. Статистический анализ достоверности выявленных различий осуществляли с помощью непараметрического критерия χ^2 .

РЕЗУЛЬТАТЫ. Результаты УЗИ не совпали с данными интраоперационной ревизии при определении внутреннего свищевого отверстия в В-режиме у 7 (8,9%) пациентов, в 3D режиме – у 2 (2,5%) ($p=0,087$). При выявлении межсфинктерных и подслизистых затеков результаты УЗИ не совпали с данными интраоперационной ревизии в В-режиме у 4 (5,1%) больных, при 3D – у 3 (3,8%) ($p=0,7$). При визуализации затеков в клетчаточных пространствах результаты УЗИ не совпали с данными интраоперационной ревизии при 2D исследовании в 13 (16,5%) случаях, при 3D исследовании – в 3 (3,8%) ($p=0,009$). При определении расположения свищевого хода относительно волокон наружного сфинктера в В-режиме допущено 7 (8,9%) ошибок. При 3D результаты УЗИ не совпали с данными интраоперационной ревизии в 2 (2,5%) случаях ($p=0,087$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. УЗИ с 3D имеет преимущество перед ультразвуковым исследованием в В-режиме в диагностике затеков в околопрямокишечных клетчаточных пространствах. Относительно локализации внутреннего свищевого отверстия и топической диагностики свищевого хода оба исследования одинаково информативны, однако 3D изображение отличается большей наглядностью.