

больница на ст. Ростов-главный» г. Ростов-на-Дону в период с 2005 по 2015 гг. Максимальный срок наблюдения составлял 8 лет. Методика выполнялась с помощью отечественного аппарата «Проксон», позволяющего вводить раствор склерозанта с одновременным ультразвуковым воздействием. Склерозирующее лечение с УЗ выполнялось у больных с I по III стадию, а при IV стадии на фоне кровотечения и анемии, как подготовка к хирургическому вмешательству.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В отдаленном периоде у пациентов с I по III стадию геморроя количество хороших результатов (стойкая ремиссия заболевания) составило 89,5%. Удовлетворительный результат (отсутствие симптоматики на фоне определяемых на осмотре геморроидальных узлов) наблюдался, в основном, у больных с III стадией заболевания и составил 10,5%. При IV стадии методика показала высокую эффективность на фоне кровотечения или анемии, как этап предоперационной подготовки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Оценка многолетнего опыта применения склеротерапии геморроя с ультразвуковым воздействием показала высокую эффективность применения данной методики, в том числе, в отдаленном периоде.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Соловьева Г.А., Соловьев О.Л.,
Воробьев А.А., Соловьев А.О.

ГБОУ ВПО «Волгоградский Государственный
Медицинский Университет»; ЗАО МНПО «Клиника
«Движение», г. Волгоград, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. К сложным свищам относят трансфинктерные и экстрасфинктерные свищи, которые составляют до 75% всех хронических парапроктитов. Единственным радикальным методом лечения свищей прямой кишки является хирургический. Период реабилитации и нетрудоспособности таких больных крайне велик. Также имеется группа пациентов, которым операция противопоказана. Поэтому разработка новых малоинвазивных методов лечения сложных свищей крайне актуальна.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Разработка и внедрение способа малоинвазивного лечения сложных параректальных свищей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Нами получен патент на способ малоинвазивного лечения сложных параректальных свищей (RU 2440164). Суть метода состоит в том, что в свищевой ход вставляется полая рабочая часть инструмента аппарата «Проксон», одновременно передающая ультразвуковые колебания и 3% спиртовой раствор йода. Попадая в свищевой ход со скоростью 0,25 мл в секунду в течение 20-80 секунд, в зависимости от размеров свищевого хода и наличия затеков, склерозант проникает во все складки и полости свищевого хода, импрегнируется в эпителиальную выстилку свища, вызывая химическую абляцию внутренних оболочек свищевого хода. Процедура выполняется 2-3 раза с перерывом в сутки. Результат оценивается через месяц.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Нами пролечено 22 пациента с диагнозом трансфинктерный параректальный свищ и 42 пациента с диагнозом экстрасфинктерный параректальный свищ. Пациентам выполнялось от 1 до 3 этапов промываний свищевых ходов раствором йода с УЗ. Заживление наступило у 52 (81,2%) пациентов. У 8 (12,5%) пациентов в отдаленном периоде возникли рецидивы заболевания, которые потребовали проведения повторной процедуры химической абляции. У 12 (18,8%) пациентов не наступило закрытие сви-

щечевого хода. Они были прооперированы радикально.

ВЫВОДЫ. Методика имеет неоспоримые преимущества:

- 1) выполняется амбулаторно;
- 2) лечение занимает несколько минут;
- 3) не приводит к потере трудоспособности;
- 4) не нарушает анатомические структуры анального канала и перианальной области;
- 5) не препятствует выполнению хирургических вмешательств.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К МЕТОДУ ВЫБОРА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Судаков В.П., Басурманова Н.В., Подпругин Е.В.

ОГАУЗ АМО «Городская больница № 1», г. Ангарск,
Россия

ВВЕДЕНИЕ. Геморроидэктомия является распространенным методом лечения при III-IV стадиях заболевания геморроя с присущими ей, как ранних, так и поздних послеоперационных осложнений и длительностью периода реабилитации. Среди малоинвазивных методов все большее распространение получает трансанальная дезартеризация геморроидальных артерий под доплер-контролем с мукопексией и лифтингом (HAL-RAR).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить эффективность и место (HAL-RAR) среди малоинвазивных и хирургических методов путем определения четких показаний к данному методу.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Пролечено 344 больных с II-IV стадиями хронического геморроя. С II стадией – 95 пациентов, с III стадией – 125 пациентов и с IV стадией – 124. Лигирование геморроидальных узлов выполнялось вакуумным лигатором с латексными кольцами фирмы Шторц. Дезартеризация геморроидальных артерий выполнялась с использованием аппарата компании А.М.И. (Австрия). Традиционное удаление геморроидального узла выполнялось по классической методике. Все операции выполнены под местной анестезией. Выбор тактики обусловлен неоднородностью выпадения узлов. Под комбинированным методом лечения хронического геморроя мы подразумеваем применение малоинвазивных методов с традиционным удалением геморроидальных узлов. Выбор комбинированного метода лечения пациентов с хроническим геморроем обусловлен индивидуальным подходом с оценкой однородности выпадения узлов, по стадиям, размерам и наличию границ между внутренним и наружным геморроидальными узлами. На внутренние геморроидальные узлы, соответствующие 2, 3 стадиям заболевания с четкими границами между наружным и внутренним размерами узлов не более 2 см в диаметре, применяли лигирование латексными кольцами, более крупные внутренние узлы от 2 до 4 см подвергали дезартеризации геморроидальных узлов под контролем доплера с лифтингом и мукопексией, узел более 4 см в диаметре, либо при отсутствии границ между наружным и внутренним, выполняли удаление геморроидального узла по классической технологии. После определения различий в стадиях выпадения геморроидальных узлов на 3, 7 и 11 часах определяли показания к применению как для малоинвазивных, так и для хирургических методов у каждого больного. В 82% метод выполняли одновременно, в 18% – последовательно. С обязательным назначением микронизированной флавоноидной фракции (детралекс) в дозировке 1 гр. в сутки в течение месяца после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Время операции 17±3,2 мин. После операции болевой синдром практически отсутство-

вал. Пациенты наблюдались в течение года. Хорошие результаты лечения отмечены у 300 (95%) больных. Неудовлетворительные – у 17 (5%) больных. У 25 (7,2%) пациентов отмечены осложнения: кровотечения у 10 (2,9%), у 15 (4,3%) пациентов развился наружный тромбоз. Нетрудоспособность составила $7,90 \pm 2,41$ дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Комбинированный метод лечения, включающий в себя сочетание малоинвазивных методов с удалением одного или двух узлов традиционными методами, является высокоэффективным амбулаторным методом лечения геморроя в II-III-IV стадии с минимальным хирургическим риском и обеспечивает быструю реабилитацию пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ЯТРОГЕННЫХ ТРАВМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ИННЕРВАЦИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Татьянченко В.К., Сухая Ю.В.,
Воронова О.В., Фирсов М.С.

Государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучение доступов, особенностей ятрогенных травм органов малого таза, а так же установление причин интраоперационной травмы сфинктерного аппарата прямой кишки и нервных образований таза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследовано 20 трупов мужчин в возрасте от 27 до 58 лет. У 4 трупов брюшная полость вскрывалась срединной лапаротомией, петли тонкой кишки и большой сальник эвентрировались, прямая кишка смещалась влево и кпереди, ретроректальную клетчатку инъецировали. После 45-60 минут выполнялся заднесагиттальный доступ к прямой кишке.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На 10 трупах была смоделирована операция Duamel J. в модификации Воробьева Г.И., где формирование туннеля в ретроректальной клетчатке должно начинаться непосредственно у стенки прямой кишки, и в модификации Баирова Г.А., где поперечный разрез стенки кишки необходимо выполнить непосредственно под тазовой брюшиной. Направление формируемого туннеля в ретроректальной клетчатке должно соответствовать продольной оси копчика, что предотвращает ятрогенную травму п. sphlanchnici pelvini и полового нерва, расположенного на передней поверхности копчиковой мышцы, участвующих в формировании среднего, нижнего прямокишечного сплетения и сплетения мочевого пузыря.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При операции проктопластики целесообразно пользоваться заднесагиттальным доступом. При манипуляциях на задней полуокружности прямой кишки, ретроректальной клетчатке и наложении колоректального анастомоза не следует отклоняться от средней линии, что предотвратит ятрогенную травму замыкательного аппарата прямой кишки.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТЛУЧЕВЫХ ВЛАГАЛИЩНО-ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ МЕТОДОМ МИКРОИНЪЕКЦИОННОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ

Терюшкова Ж.И., Васильев В.С.,
Шишменцев Н.Б., Васильев С.А., Димов Г.П.,
Маркина Т.Н., Хоружева Е.С.

МБУЗ ГКБ № 8, г. Челябинск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лечение постлучевых влагалищно-прямокишечных свищей (ВПС) является сложной медицинской задачей, что связано с развитием нарастающих патологических изменений мягких тканей в зоне облучения. К настоящему времени накоплен солидный клинический опыт успешного использования микроинъекционной аутоотрансплантации тканей (МАЗТ) для лечения постлучевых повреждений мягких тканей различных локализаций, что и послужило для нас стимулом использования этой методики в сложной клинической ситуации у больных с постлучевыми ВПС.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность использования микроинъекционной аутоотрансплантации тканей для лечения постлучевых ВПС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2013 по 2015 гг. в МБУЗ ГКБ № 8 был накоплен опыт лечения 7 больных с постлучевыми ВПС. Всем пациенткам проведена микроинъекционная аутоотрансплантация жировой ткани (МАЗТ) в ректовагинальную перегородку и края свища. Забор жировой ткани осуществлялся с помощью канюль диаметром 2,5 мм путем аспирационной шприцевой липосакции с предварительной инфльтрацией подкожной клетчатки модифицированным раствором Кляйна. В качестве донорских зон использовались области, не подвергавшиеся действию ионизирующего излучения (передняя брюшная стенка, фланговые области, бедра). Полученный липоаспират центрифугировался при ускорении 1250 g в течение 3 минут. Очищенная жировая ткань вводилась в толщу ректовагинальной перегородки через проколы в коже и стенке свища. Время госпитализации составило $3,1 \pm 1,2$ дней. Клиническая картина в динамике характеризовалась утолщением ректовагинальной перегородки и постепенным уменьшением диаметра ВПС. Через 3-5 месяцев дефект ректовагинальной перегородки полностью эпителизировался.

ВЫВОДЫ. Внедрение данного способа в клиническую практику может открыть новые перспективы в реабилитации этой категории больных. МАЗТ, как метод лечения ВПС, может широко использоваться в клинической практике ввиду технической простоты процедуры и ее низкой себестоимости.

ДОППЛЕРОКОНТРОЛИРУЕМАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ С МУКОПЕКСИЕЙ И ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ (12 МЕС.)

Титов А.Ю., Абрицова М.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний человека. В России удельный вес геморроя в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34 до 41%, а в Европе – от 39% до 64%. В настоящее время отмечается стойкая тенденция к более широкому применению малоинвазивных методов лечения 3 и даже 4 стадии геморроя.