

пережатие питающей геморроидальный узел артерии и максимальный захват в зажим кавернозных элементов. Среднее время операции  $7,6 \pm 1,8$  минут. Болевой синдром у 65 (90,27%) больных практически отсутствовал. Отмечалось, преимущественно, чувство инородного тела. Выраженный болевой синдром отмечали 2 пациента (75 и 80 баллов по ВАШ), у которых развился острый тромбоз наружных узлов. Во все сроки наблюдения выпадения геморроидальных узлов не наблюдалось, кровотечение имело место у 5 (6,94%) пациентов через 12 месяцев.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Компрессионная геморроидэктомия никелид титановыми зажимами соответствует критериям радикальности, не сопровождается выраженным болевым синдромом, является высокоэффективным малоинвазивным способом лечения больных с хроническим геморроем 3-4 стадии.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРРОЯ II-III СТАДИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Андреев А.А., Болотских В.А., Рягузова А.И.  
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко, Воронеж, Россия

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Оценка эффективности методов малотравматичного лечения хронического внутреннего геморроя у больных пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях.

Выполнен анализ амбулаторного лечения 60 пациентов с хроническим внутренним геморроем II-III стадий: 30 пациентов с лигированием внутренних геморроидальных узлов (1-я группа) и 30 пациентов после проведения операции HAL-RAR (2-я группа). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, характеру основной и сопутствующей патологий. Возрастной состав пациентов – 60-78 лет. В 1-й и 2-й группах мужчин было 23 и 22, женщин – 7 и 8, соответственно.

Лигирование геморроидальных узлов (1-я группа) проводилось в три этапа (каждые 14-21 день) вакуумным лигатором «Karl Storz» (0,6-0,7 атм.). Трансанальная дезартеризация (HAL-RAR) с лифтингом и мукопексией (2-я группа) выполнялась на аппарате HAL DOPPLER II фирмы А.М.1. (Австрия) под спинно-мозговой анестезией, в 9 случаях с внутривенной седацией. Время проведения операции – 15-25 минут, длительность пребывания в стационаре – 6-9 часов.

В 1-й группе в течение первых суток 11 больных жаловались на тенезмы, купирующиеся анальгетиками; у 6 пациентов была отмечена артериальная гипертензия, потребовавшая приема гипотензивных препаратов, у 1 пациента – дизурические явления. У 2 пациентов на 7-9 день после процедуры наблюдалось выделение крови при дефекации, не потребовавшее обращения к врачу. Во 2-й группе у 2 больных развился коллапс без потери сознания; катетеризация мочевого пузыря в клинике потребовалась 6 мужчинам и 1 женщине, после выписки – 1 пациенту. В течение 3-х лет во 2-й группе повторное лигирование единичных узлов выполнено у 3 больных, склеротерапия – у 4, одна из которых осложнилась тромбозом наружного геморроидального узла, купированным медикаментозно.

Таким образом, обе методики продемонстрировали высокую эффективность применения в амбулаторных условиях у больных пожилого и старческого возраста. К преимуществам операции HAL-RAR можно отнести однократное проведение процедуры, отсутствие рецидивов в течение 3-х лет, к недостаткам – применение

дорогостоящих расходных материалов и возможность развития побочных явлений спинальной анестезии.

## РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ И ГИДРОИМПУЛЬСНЫЕ САНАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Андреев А.А., Демьянов А.Н.  
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н.Бурденко, кафедра общей хирургии, Воронеж, Россия

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Улучшение результатов комплексного лечения больных с острым парапроктитом (ОП), путем применения радикальных операций и гидроимпульсных санаций гнойной полости (ГИС ГП). Проведен анализ лечения 158 больных с ОП в 3-х группах: контрольной и 2-х опытных. В контрольной группе (40 больных) выполняли вскрытие, дренирование гнойной полости, ликвидацию отверстия свища в прямой кишке (радикальная операция) и стандартное местное лечение. В 1-й и 2-й основных группах – ежедневные ГИС ГП после нерадикальных (вскрытие, дренирование гнойной полости) /47 больных/ и после радикальных операций /71 больной/, соответственно. Для реализации ГИС ГП использовали устройство «УТОР-01», разработанное на кафедре общей хирургии ВГМУ имени Н.Н.Бурденко совместно с КБ «Химвавтоматика» (г. Воронеж). Больные получали антибактериальную, по показаниям: дезинтоксикационную, симптоматическую терапию и обезболивание. Эффективность лечения больных оценивали на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Количество гнойного отделяемого в основных группах к 4-м суткам после операции сократилось в 2 раза, в контрольной группе – наблюдалось в течение 11-12 суток. В основных группах количество микробных тел на грамм тканей к 9-м суткам составило 102-103; в контрольной – 104-105. В основных группах выраженные грануляции появлялись, в среднем, на 7-8-е; в контрольной группе – на 10-11-е сутки, соответственно. Нормализация количества лейкоцитов, СОЭ и температуры в 1-й основной группе отмечалась на 6-7-м, во 2-й основной – к 11-м, в контрольной – на 11-13-е сутки. В контрольной группе гнойная полость на 7-е сутки уменьшалась, в среднем, до 1/5; в основных группах – до 1/6 объема, соответственно. В сроки до года у 5 больных с нерадикальным лечением возникли свищи прямой кишки; при радикальном – у 4-х пациентов через полгода имелась недостаточность анального сфинктера I степени, у 1-го – через 12 месяцев (II степень).

Оптимальным способом комплексного лечения ОП является выполнение радикальной операции в сочетании с ГИС ГП /2-я основная группа/, что позволило сократить сроки воспаления, в среднем, на 50%, образования грануляций и эпителизации – на 30-40%, микробной обсемененности, что в совокупности позволило снизить длительность госпитализации больных.