

тов, оперированных в клинике общей хирургии № 1 ДонНМУ им. М. Горького на базе колопроктологического центра Донецкого клинического территориального медицинского объединения по поводу неопухолевой хирургической патологии АК и ПК в период с января 2012 по апрель 2017 гг. Исследуемую группу (ИГ) составили 241 (38,0±1,9%) пациент, перенесший сочетанное хирургическое лечение геморроя и другой патологии АК и ПК. Контрольную группу (КГ) составили 388 (61,9±1,9%) пациентов, перенесших геморроидэктомию. Среди пациентов ИГ у 135 (55,1±3,3%) имело место сочетание геморроя с анальной трещиной (АТ), у 54 (21,7±2,7%) – с прямокишечным свищем (ПС), у 5 (2,1±0,9%) – с острым парапроктитом (ОП), у 29 (12,2±2,1%) – с полипом прямой кишки (ППК) и у 18 (7,6±1%) пациентов имело место сочетание геморроя с более чем одной патологией ПК и АК, у 3 (1,3±0,7%) – с пластикой ректовагинальной перегородки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Средняя продолжительность операции в ИГ составила 28±5 минут, в КГ – 19±3 минут ( $p>0,05$ ). Количество послеоперационных осложнений в ИГ составило 4,4±1,6%, в КГ – 2,3±1,1% ( $p>0,05$ ). Средняя длительность госпитализации в ИГ составила 5,1±1,0 суток, в КГ – 3,2±1,0 суток ( $p>0,05$ ); сроки восстановления трудоспособности в ИГ составили 20,3±3,2 дней, в КГ – 15,1±2,0 дней ( $p>0,05$ ). Интенсивность болевого синдрома, оцененная с помощью NRS, в первые сутки после операции, в среднем, составляла 7,9±0,2 баллов в ИГ.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Наличие сочетанной с геморроем патологии прямой кишки и анального канала является показанием к одномоментному хирургическому лечению, что позволяет избежать пациентов от необходимости выполнения повторного хирургического вмешательства и возможных его осложнений.

## ОПТИМИЗИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Брежнев С.Г., Жданов А.И., Коротких Н.Н., Попов Р.В.  
БУЗВО «Воронежская областная клиническая больница № 1», Воронеж, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ** изучения проблематики хирургического лечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ) обусловлена достаточно высокой распространенностью патологии, составляющей до 20% колопроктологической нозологии.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Улучшение результатов хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом.

Настоящее исследование основано на анализе результатов лечения 99 пациентов. Группа сравнения – 49 пациентов, которым было выполнено иссечение ЭКХ с ушиванием раны «наглухо». Группа исследования – 50 больных, выбор оперативного приема определялся размерами хирургического дефекта и силой натяжения тканей краев раны. При высокой и средней конфигурации ягодиц раны до 9,5 см шириной, с силой натяжения краев, не превышающих 3,7 кг, ушивались «наглухо» с проведением лигатуры через укрепленную крестцово-копчиковую фасцию. Для устранения раневого дефекта шириной более 9,5 см с натяжением тканей более 3,7 кг использовалось аппроксимационно-иммобилизационное устройство.

В раннем послеоперационном периоде среди больных, которым выполнено традиционное оперативное посо-

бие с учетом лишь клинических данных, осложнения наблюдались в 13 (26,5%) случаях. Из 50 больных группы исследования ранние послеоперационные осложнения отмечены у 3 (6,0%) пациентов.

После операции больные группы исследования находились в стационаре 9,9±0,24 суток, пациенты группы сравнения выписывались на 11,8±0,26 суток. Период временной нетрудоспособности больных группы сравнения составил 37,3±2,25 суток, у пациентов группы исследования – 21,6±0,95 дня. Частота рецидивов заболевания у больных группы сравнения составила 13,9%, в группе исследования – 2,1%.

Дифференцированный выбор хирургической тактики и предложенные методики оперативных пособий с применением аппроксимационно-иммобилизационного устройства позволяют увеличить эффективность лечения больных эпителиальным копчиковым ходом на различных стадиях заболевания и улучшить качество жизни оперированных пациентов за счет снижения частоты послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания, сокращения сроков нетрудоспособности.

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРОЕМ

Велиев Т.И., Чаловский В.А., Шаляпин Д.И., Пантюков Е.Д., Шалабода А.А.

КГБУЗ «Городская больница № 4», Алтайский колопроктологический центр, Барнаул, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** В структуре колопроктологических заболеваний геморрой составил около 40%. Геморроидэктомия является наиболее эффективным и определяемым методом радикального лечения при 3 и 4 стадии.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Улучшение результатов хирургического лечения больных с хроническим геморроем.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Представлены результаты лечения 3108 пациентов, оперированных с 2011 по 2016 гг., которым выполнена геморроидэктомия, электрокоагуляция, лигирование и лифтинг узлов с прошиванием сосуда.

Мужчин было 1746, женщин – 1362. Возраст больных от 20-81 года. Продолжительность заболевания от 1 года до 25 лет.

Всем больным применялся дифференцированный хирургический подход к каждому геморроидальному узлу. 2180 больным одновременно применялись закрытая или открытая геморроидэктомия 1-2-х узлов совместно с лигированием. У 420 больных проведено лигирование узлов с электрокоагуляцией. У 260 больных проведены геморроидэктомия 1 узла или лигирование 2-х узлов, у 248 больных проведена дезартеризация с мукопексией 1-3 узлов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В послеоперационном периоде было 9 (0,3%) осложнений в виде кровотечения в группе больных, которым выполнена открытая геморроидэктомия.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ.** У больных с наличием хронического геморроя 3-4 стадии проведен индивидуальный хирургический подход к каждому узлу.

В зависимости от размеров и расположения узла применены различные методы хирургических операций: открытая или закрытая геморроидэктомия, дезартеризация с мукопексией, лигирование узлов, электрокоагуляция узлов.