

ных методов лечения.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Оценка эффективности лечения, болевого синдрома и реабилитации после HAL-RAR в амбулаторных условиях.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В период с апреля 2016 г. по май 2017 г. проанализирован опыт применения метода HAL-RAR у 38 пациентов. Мужчин 25 (66%), женщин 13 (34%). Средний возраст 44 года. Распределение по стадиям заболевания: II – 9 чел. (24%), III – 16 (42%) чел., IV – 13 (34%) чел.. Сочетанная патология: хроническая анальная трещина (3), гипертрофированные анальные сосочки (2). У большинства пациентов имелся также наружный компонент различной степени выраженности. Подготовка – микроклизмы с Цитратом натрия. Все пациенты оперированы в условиях стационара «одного дня» под спинальной анестезией с использованием аппарата А.М.И. HAL-Doppler II. В конце операции выполнялась периаанальная блокада раствором Наропина 10%-10 мл, что значительно снизило болевой синдром в первые 6 часов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** 24 пациентам выполнена HAL-RAR в чистом виде, сочетанные операции – HAL-RAR + радиоволновое иссечение наружных узлов (10), трещины (3), анальных сосочков (2), лазерная вапоризация наружных узлов (2). Время пребывания в клинике 4-6 часов. Болевой синдром купировался НПВС и оценивался по шкале ВАШ: 6 ч. – 3,7, 12 ч. – 4,8, 1 сутки – 3,4, 2 сутки – 3, 3 сутки – 2,7, 1 неделя – 1,6, 2 неделя – 0,5. Осложнения: рефлекторная задержка мочеиспускания – 2, тромбоз наружных узлов – 2, кровотечения, рубцовых стриктур не было. Срок реабилитации перед возвратом к трудовой деятельности составил от 2 до 7 суток в зависимости от стадии. Осмотры в динамике: 1 сутки, 2 недели, 1-3-6-12 месяцев. Оценка результатов по критериям: субъективная оценка качества жизни, выпадение узлов, кровотечения, дискомфорт, остаточные наружные узлы (косметический эффект), аноскопия. 93% пациентов отметили хороший результат (отсутствие жалоб), удовлетворительный – 7% (периодический дискомфорт на фоне тугого стула или тяжелых физических нагрузках). Пациенты, у которых сохранялись элементы наружного геморроя, от удаления воздержались в связи с его уменьшением и редкими или бессимптомными проявлениями.

**ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ.** Метод HAL-RAR хорошо зарекомендовал себя в лечении геморроя на II-IV стадиях ввиду своей патогенетической обоснованности, значительно меньшими болевым синдромом и сроком реабилитации, высокой эффективностью и возможностью применения в амбулаторных условиях.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Райымбеков О.Р., Жолболдуев Ж.М., Айдаров У.А.

ОшГУ мед.фак, кафедра «Общей хирургии», Ош, Кыргызстан

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Геморрой – одно из частых заболеваний дистального отдела прямой кишки, которым страдают до 10% взрослого населения, среди них от 10% до 50% больных геморроем нуждаются в лечении, причем половина – в оперативном. Геморрой встречается в любом возрасте, однако наиболее часто страдают лица трудоспособного возраста, что обуславливает большие экономические затраты. Несмотря на большое число специальной литературы, многие вопросы лечения геморроя и его осложнений продолжают оставаться дискуссионными, а выбор объема и метода хирургической коррекции при этом заболевании, до настоящего времени, окончательно не разрешены. К настоящему времени в литературе имеются сведе-

ния более чем о 250 способах хирургического лечения геморроя. Однако ни один из них нельзя признать, в известной степени, оптимальным, лишенным как ранних, так и поздних послеоперационных осложнений. Очевидно, этим объясняется то, что в литературе до сих пор нередко встречаются весьма противоречивые данные о результатах лечения. В настоящее время в странах СНГ наибольшее распространение получила геморроидэктомия по типу операции Милигана-Моргана, в различных его модификациях. Последние годы широко применяются малоинвазивные методы лечения хронического геморроя.

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты хирургического лечения больных с хроническим геморроем II-III стадии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** На базе хирургического отделения Ошской городской клинической больницы с 2015 по 2016 гг. находились 145 больных с диагнозом хронический геморрой, при этом у 13 (9%) больных диагностирован хронический геморрой и постгеморрагическая анемия, у 54 (37,2%) больных диагностирован геморрой 3 степени с кровотечением, у 78 (53,8%) диагностирован хронический геморрой 3 степени. Из них мужчин было 97 (66%), женщин – 49 (34%), в возрастном аспекте до 30 лет были 32 (22%), до 40 лет – 39 (27%), до 50 лет – 35 (24%), до 60 лет – 24 (16%) больных. У 81 (56%) больных одновременно выпадали все внутренние узлы, а у 9 (6,2%) больных выпадали внутренние узлы только на 11 и 7 часах. Больные с постгеморрагической анемией оперированы после коррекции анемии, в связи с этим, у этих больных длительность койко-дней достигала 21 койко-дня. 90 (62%) больным произведена операция закрытой геморроидэктомии, 55 (38%) больным произведена операция дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с мукопексией и совместным удалением наружных геморроидальных узлов. Операции произведены под сакральной анестезией.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В послеоперационном периоде у больных, перенесших операцию дезартеризации геморроидальных узлов с мукопексией, болевой синдром был менее выраженным, больные вели себя активно, у этих больных рефлекторная задержка мочеиспускания не отмечена. А у больных с закрытой геморроидэктомией болевой синдром был более выраженным, у 7 (4,8%) больных, которые прошли после инъекции комплекс обезболивающих, отмечена задержка мочеиспускания. Средние сроки пребывания больных в стационаре – 8,3 койко-дней.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** 1. Хроническим геморроем оперированы больные, в основном, наиболее трудоспособного возраста – 130 (89,6%) больных.

2. Дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией сопровождается маловыраженным болевым синдромом.

3. Совместное удаление наружных геморроидальных узлов при дезартеризации геморроидальных узлов, исключает осложнения со стороны наружных геморроидальных узлов в перспективе.

## СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ПАРАРЕКТАЛЬНОГО СВИЩА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ

Райымбеков О.Р., Жолболдуев Ж.М., Айдаров У.А.

ОшГУ мед.фак, кафедра «Общей хирургии», Ош, Кыргызстан

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** По данным ВОЗ, у 20-30% пациентов, поступающих в хирургическое отделение, имеются сочетания 2-3 хирургических заболеваний, и с каждым годом наблюдается рост числа больных

с сочетанными заболеваниями, требующими оперативного лечения. Среди проктологических больных с неопухольевыми заболеваниями анального канала и прямой кишки наиболее часто встречаются сочетание хронического геморроя с параректальными свищами. Однако, следует отметить, что если одни исследователи указывают на необходимость расширения показаний к этим операциям, отмечая их положительные качества, то другие очень осторожно подходят к этому вопросу, обосновывая свои взгляды высоким процентом осложнений, и указывают, что эти операции должны выполняться хирургом высокой квалификации и только по очень строгим показаниям.

Как утверждают многие исследователи, преимущество сочетанных операций заключается в следующем: больной одновременно излечивается от 2 или 3 хирургических заболеваний, предупреждается прогрессирование патологического процесса, оперативное вмешательство, по поводу которого откладывается на более поздний срок, сокращается время суммарного пребывания больного в стационаре и последующего лечения, устраняется риск повторного наркоза и его осложнений, отпадает необходимость в повторном обследовании и предоперационной подготовке, повышается экономическая эффективность лечения.

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты хирургического лечения больных с параректальным свищем в сочетании с хроническим геморроем II-III стадии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** На базе хирургического отделения Ошской городской клинической больницы с 2015 по 2016 гг. находились 63 больных с диагнозом хронический параректальный свищ. Из них мужчин было 57 (90,5%) женщин – 6 (9,5%). По возрасту до 30 лет – 22 (35%), до 40 лет – 12 (19%), до 50 лет – 18 (28,5%), до 60 лет – 11 (17,5%) больных. Соотношения свищевого хода к мышцам анального жома были интрасфинктерные у 7 (11%)% больных, трансфинктерные – у 31 (49%) больных, экстрафинктерные – у 20 (32%) больных. В большинстве случаев внутреннее отверстие свищевого хода диагностировано в «задних» криптах – у 27 (43%) больных, передний – у 16 (25%) больных и боковой – у 15 (24%) больных, у 5 (8%) больных внутренние отверстия свищевого хода не были найдены. Хронический геморрой 2-3 степени сопутствовал у 51 (81%) больного, хроническая анальная трещина и сахарный диабет сопутствовали в 6% случаях. В 27 (43%) случаях одновременно произведено иссечение параректального свища и закрытая геморроидэктомия, 36 (57%) больным произведено рассечение или иссечение параректального свища с ушиванием дна раны с открытым оставлением промежуточной раны.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В послеоперационном периоде у больных, перенесших сочетанную операцию геморроидэктомии с рассечением параректального свища, болевой синдром был более выраженным, у 3 (11%) больных, которые прошли после инъекции комплекс обезболивающих, отмечена задержка мочеиспускания. А у больных с изолированным рассечением параректального свища болевой синдром был менее выраженным, и больные вели себя активно, у этих больных рефлекторная задержка мочеиспускания не отмечена. За период наблюдения у 5 (8%) больных выявлены осложнения рецидивов болезни.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** 1. Одновременная геморроидэктомия при лечении больных с параректальным свищем в сочетании с хроническим геморроем является методом выбора, так как наличие хронического геморроя увеличивает вероятность возникновения рецидива парапроктитов и других воспалительных заболеваний аноректальной области, кроме того, имеет медико-социальную и экономическую выгоду.

2. Хроническому геморрою сопутствует параректаль-

ный свищ в 81% случаях.

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН С УЧЕТОМ СТЕПЕНИ СФИНКТЕРОСПАЗМА И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Рогожкина Е.А., Грошили В.С.,  
Перепечаева А.В., Воронова О.В.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Проблема эффективного лечения анальной трещины в настоящее время остается актуальной. Более трети больных – трудоспособные лица молодого и среднего возраста, что подчеркивает социальную значимость проблемы. Выраженный гипертонус внутреннего анального сфинктера является основной причиной формирования хронических трещин. Высокий процент рецидивов после иссечения хронической анальной трещины и сфинктеротомии (от 0,6% до 25%), а также осложнений лечения в виде инконтиненции и парапроктита (до 35%), диктует необходимость разработки комплексного подхода к лечению, включая функциональное исследование запирающего аппарата прямой кишки. Важно отметить, что у больных с патологией прямой кишки выявляются нервно-психические расстройства (с высоким уровнем реактивной тревожности и наличием невротического конфликта с эмоциональными срывами, что, в свою очередь, ухудшает качество жизни пациентов и влияет на физическую активность. Психоэмоциональный статус пациентов с хроническими анальными трещинами не исследован, к настоящему времени отсутствуют работы, посвященные этому вопросу.

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты лечения больных с хроническими анальными трещинами путем разработки, обоснования выбора и клинического использования методов хирургического и медикаментозного лечения, создания алгоритма диагностических и лечебных мероприятий.

**МЕТОДИКА.** Проведен сравнительный анализ результатов лечения 210 пациентов с хроническими анальными трещинами в трех клинических группах. Первую группу составил 51 пациент с выявленными психоэмоциональными нарушениями с последующей их коррекцией согласно «Способа лечения хронической анальной трещины» (патент РФ № 2506054) в комплексе с традиционными методами хирургического лечения. Вторая группа сформирована из 52 пациентов с психоэмоциональными нарушениями (которым также проведена их коррекция указанным способом), оперированных с применением «Способа хирургического лечения хронической анальной трещины» (патент РФ № 2567279). Для качественного и достоверного сравнительного анализа, в третью (контрольную) группу включены 107 больных с хроническими анальными трещинами, оперированные традиционными методами, лечение которых проводилось без учета и коррекции нарушений психоэмоциональной сферы.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Признаком, определяющим низкую эффективность хирургического лечения, стал сохраняющийся после операции гипертонус внутреннего сфинктера, этот показатель был наивысшим в III клинической группе, составив 17,8% (19 больных, впоследствии у 6 из них выявлены рецидивы). В то же время, во II группе (основной) после применения дилатации ретрактором и анопластики удельный вес сохранявшегося сфинктероспазма лишь 9,6% при 1,9% рецидивов (5 и 1 наблюдение, соответственно).