

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Патогенетическим методом лечения НДК легкой степени тяжести и длительностью заболевания до 1-2 лет является сочетанное применение мануальной, аппаратной и медикаментозной терапии. Эффективность консервативной терапии – 78,6%. Хорошие отдаленные результаты хирургического лечения у больных со средней и особенно тяжелой степенью тяжести течения НДК, и длительностью заболевания свыше 2 лет получены в 92,0% случаев.

МОДИФИЦИРОВАННАЯ ГЕМОРОИДЭКТОМИЯ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ СКАЛЬПЕЛЕМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Тян Л.В., Цой О.Г., Каукеев А.С.,
Рамазанова Л.Р., Сулейменов А.С.

ГКП на ПХВ «Городская больница № 1», Астана,
Республика Казахстан

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проблема совершенствования высокотехнологичных методов лечения в колопроктологии остается всегда. Особая роль отводится вопросам хирургического лечения геморроя в связи с большой распространенностью данного заболевания и пока еще далеко не идеальными непосредственными и отдаленными результатами лечения. По-прежнему, в силу ряда причин различного характера, геморроидэктомия чаще выполняется в условиях хирургического стационара. Выполнение геморроидэктомии в амбулаторных условиях требует особого подхода.

ЦЕЛЬ. Усовершенствовать геморроидэктомию ультразвуковым скальпелем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 10.04.2013 г. по 31.05.2017 г. в Центре произведено 503 геморроидэктомии (283 мужчин и 220 женщин). Возраст от 20 до 80 лет (68,57% – 36-65 лет). Из всех существующих методов геморроидэктомии мы используем открытую геморроидэктомию ультразвуковым диссектором. Совершенствуя метод в процессе работы, мы пришли к выводу, что его необходимо сочетать с лигированием ножки геморроидального узла трехстежковым непрерывным швом и лифтингом слизистой. По данной методике прооперировано 273 пациента с хорошим результатом.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Открытая геморроидэктомия ультразвуковым диссектором с лигированием ножки геморроидального узла трехстежковым непрерывным швом и лифтингом слизистой применена с 2016 г. у 273 больных. Кровотечение в послеоперационном периоде наблюдалось всего у 1 (0,36%) пациента, нарушившего режим питания, в результате чего возникла диарея. Рефлекторная задержка мочи у 3 (1,09%) пациентов. Развития парапроктитов не было.

В контрольной группе (230 больных) кровотечение в послеоперационном периоде выявлено у 4 (1,73%) больных, развитие парапроктита – 2 (0,86%) случая, осложнения купированы в амбулаторных условиях; рефлекторная задержка мочи возникла у 8 (3,47%) мужчин старше 45 лет, которая разрешилась консервативными мероприятиями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Четырехлетний опыт работы показывает возможность выполнения геморроидэктомии в амбулаторных условиях, до минимума снижая риск развития осложнений, с ранней реабилитацией, снижением материальных и финансовых затрат.

РОЛЬ БИОФИДБЕК-ТЕРАПИИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ДЕФЕКАЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕКТОЦЕЛЕ

Фоменко О.Ю., Шелыгин Ю.А.,
Титов А.Ю., Бирюков О.М., Белоусова С.В.,
Егорова Д.В., Некрасов М.А.

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

ЦЕЛЬ. Оценить результаты консервативного лечения функциональных расстройств дефекации (ФРД) методом биофидбек-терапии (БОС) с психологическим тренингом с у пациенток с ректоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За 2015-2016 гг. обследовано и пролечено 75 женщин с синдромом обструктивной дефекации, обусловленной ректоцеле, с наличием ФРД. По данным дефекографии, признаки ректоцеле выявлены у 48/75 (64%), сочетание ректоцеле с внутренней ректальной инвагинацией – у 27 (36%). Средний возраст пациенток составил 47,8±13,2 лет. Диагностика ФРД проводилась в соответствии с Римскими критериями III. Биофидбек-терапия выполнялась манометрическим датчиком с инфуляцией 50 мл воздуха в баллон, находящийся в прямой кишке, в условиях психологического комфорта пациентки. Предварительно проводился психологический тренинг с обучением синергичной работе мышц.

РЕЗУЛЬТАТЫ. По данным HRAM, при натуживании манометрический паттерн I типа (спазм пуборектальной петли) выявлен у 58 (77,3%) пациенток, II типа (неадекватная пропульсия с подъемом интра ректального давления менее 45 мм рт. ст.) – у 5 (6,7%), III типа – у 12 (16%). После поведенного курса консервативного лечения у пациенток с I типом нарушений нормализация соотношения показателей выявлена у 17/58 (29,3%) пациенток; положительная динамика с переходом I типа в III тип зарегистрирована у 25/58 (43,1%); без эффекта – у 16/58 (27,6%). Среди пациенток со II типом ФРД у 4 (80%) после лечения зарегистрирована норма с адекватной пропульсией, без динамики – у 1 (20%). У больных с III типом манометрического паттерна нормализация выявлена у 8 (66,7%), отсутствие динамики – у 4 (33,3%). Так же нормализация показателей внутрианального давления отмечена у 9 (30%) из 30 пациенток с сопутствующей недостаточностью анального сфинктера.

ВЫВОДЫ. Биофидбек-терапия оказывает положительный эффект в 72% случаев у пациентов с ректоцеле и ФРД. При этом в 38,7% отмечается нормализация состояния с устранением ФРД.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

Фролов С.А., Кузьминов А.М., Королик В.Ю.,
Минбаев Ш.Т., Богористров И.С., Черножукова М.О.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Основопологающими в хирургии свищей прямой кишки являются сохранение функции держания анального сфинктера и снижение частоты рецидива заболевания. Поэтому современные тенденции в лечении свищей прямой кишки направлены на применение биопластических материалов, позволяющих не только усилить репаративные способности тканей, но и минимизировать травму анального сфинктера.