ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Данная хирургическая методика позволила улучшить результаты лечения, избежав ранних послеоперационных осложнений, рецидивов заболевания, развития недостаточности анального сфинктера и, как следствие, инконтиненции. При этом сокращаются сроки послеоперационного пребывания больных в стационаре.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ГЕМОРРОЯ И РЕКТОЦЕЛЕ

Чистохин С.Ю., Белоцкая Л.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия,
НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2,
г. Чита, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Распространенность ректоцеле очень велика: разные исследователи приводят от 15 до 40% женщин среднего и старшего возраста, более чем у половины из них встречается сочетание ректоцеле с геморроем. Значительное число неудовлетворительных результатов лечения свидетельствует о том, что вопросы выбора рационального объема лечения и хирургической тактики при такой комбинации патологий до настоящего времени окончательно не решены.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения больных ректоцеле в сочетании с хроническим геморроем за счет применения симультанных операций.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. За минувшие 3 года (2013-2016) в ДКБ ст. Чита-2 мы наблюдали 88 пациенток с геморроидальной болезнью в сочетании с ректоцеле. 24 из них оперированы по поводу только ректоцеле – леваторопластика (I группа), 44 пациентки – только по поводу геморроя – DHAL-RAR или гибридная операция – DHAL-RAR внутренних компонентов и иссечение наружных компонентов геморроидальных узлов (II группа) и 20 пациенткам выполнена симультанная операция – леваторопластика с DHAL-RAR при геморрое II стадии или гибридной операцией – DHAL-RAR внутренних компонентов и иссечение наружных компонентов геморроидальных узлов при геморрое III-IV стадии (III группа).

РЕЗУЛЬТАТЫ. В I группе из 24 больных после изолированной леваторопластики у 8 в первые же недели отмечалось обострение геморроидальной болезни в виде отека и выпадения увеличившихся плотных узлов. В течение ближайших месяцев после операции функция опорожнения прямой кишки улучшилась лишь у половины пациенток, у другой половины – запоры оставались на прежнем уровне. В этой группе продолжительность стационарного лечения составила 9 + 2,6 койко-дней, сроки амбулаторной реабилитации – 24 + 5,5 дней.

Почти у всех пациенток (у 42 из 44) II группы после DHAL-RAR или гибридной операции без вмешательства на ректоцеле и в первые недели, и в последующие месяцы сохранялись или нарастали затруднения опорожнения прямой кишки, вплоть до возобновления ручных пособий. Пролабирование прямой кишки в просвет влагалища увеличилось до III степени у 16 (36%) из них. Сроки стационарного лечения составили 4 ± 1,8 койко-дней, длительность амбулаторной реабилитации – 23 ± 4,7 дней (p=0,37).

Пациенткам III группы выполнены симультанные операции – леваторопластика влагалищным доступом и DHAL-RAR при геморрое II стадии (12 больных) или гибридная операция при геморрое III-IV стадии у 8 женщин. У всех больных этой группы констатировано благоприятное течение послеоперационного периода с первичным заживлением ран и быстрым восста-

новлением пассажа кишечного содержимого на 4-7 сутки. В ближайшие и отдаленные сроки наблюдения у всех 20 (p=0,03) заметно улучшилась функция опорожнения прямой кишки. Редкие и непродолжительные запоры легко устранялись диетотерапией. В этой группе продолжительность стационарного лечения составила 12 ± 2,9 койко-дней, сроки амбулаторной реабилитации – 28 ± 5,7 дней (p=0,32).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Изолированные операции при сочетании геморроя и ректоцеле приводят к ухудшению течения «оставленной» патологии. Симультанные операции при сочетанных аноректальных заболеваниях следует считать патогенетически более обоснованными, они позволяют повысить эффективность послеоперационной реабилитации, заметно улучшить качество жизни таких пациентов.

ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ МЕТОДОМ КЛЕТЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Шахрай С.В., Гаин Ю.М., Гаин М.Ю.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ. Последнее десятилетие в экспериментальной и клинической медицине большое внимание уделяется разработке лечебных методик с применением клеточной трансплантации и технологий регенеративной медицины для восстановления как функциональных, так и структурных нарушений в организме, что фактически сформировало новое направление в реконструктивно-восстановительной хирургии. Основная задача большинства разработанных методов сводится к моделированию регенераторного тканевого потенциала с целью восстановления структуры и функции тканей, утраченных в результате заболевания или травмы.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить в эксперименте возможность лечения анальной инконтиненции с применением технологии клеточной трансплантации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В эксперименте использовали 3 группы животных. В первой группе (А, n=32) создавали модель органической формы анального недержания (механическое повреждение). Во второй группе (В, n=32) животных формировали модель функциональной инконтиненции (введение препарата «Диспорт»). Третья группа (С, n=8) была контрольной. Для контроля инконтиненции выполняли оценку удерживающего объема прямой кишки с помощью геля высокой вязкости («Медиагель», 23,0-31,0 Пахс). На 7-е сутки после моделирования сфинктерной недостаточности в каждой из групп А и В были выделены ещё 4 группы (А1, А2, А3, А4, В1, В2, В3, В4) по 8 животных. Для трансплантации использовали аутологичные культуры мезенхимальных стволовых клеток (МСК) жировой ткани (ЖТ), МСК костного мозга (КМ) и гладкомышечные клетки (ГМК). Группам А1 и В1 интра-сфинктерно вводили МСК ЖТ, группам А2 и В2 – МСК КМ, группам А3 и В3 – ГМК. Контрольным группам А4 и В4 проводили инъекцию физиологического раствора. На 21-е сутки после клеточной трансплантации и оценки удерживающего объема кишки выводили животных из эксперимента с изъятием тканей для оценки морфологических изменений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При оценке удерживающего объема прямой кишки через 3 недели после клеточной ауто-трансплантации выявлены достоверные различия (p<0,005, Манн-Уитни U-тест) между группами, где проводилось лечение анального недержания (А1, А2,