

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 констатируется 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 анаректальных заболеваниях следует считать патогенетически более обоснованными, они позволяют повысить эффективность послеоперационной реабилитации, заметно улучшить качество жизни таких пациентов.

ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ МЕТОДОМ КЛЕТОЧНОЙ 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 Па·с). 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,

A3, B1, B2, B3) с контрольными группами (A4, B4), где лечение методом клеточной аутоотрансплантации не выполнялось. Полное восстановление функции анального удержания наблюдалось в группе A1 у 82% животных, в группе A2 – 85%, A3 – 82%, B1 – 87%, B2 – 80%, B3 – 84%. В группах A4 и B4 восстановления функции не наблюдалось. Морфологические исследования установили у всех животных пролиферацию гладкомышечных клеток в зоне трансплантации с формированием гиперплазированного мышечного слоя, толщина которого, по сравнению с нормой, была на 80-240% больше. Степень гиперплазии зависела от вида клеточного материала. Максимальная гиперплазия отмечена при введении МСК ЖТ.

ВЫВОДЫ. Таким образом, можно отметить, что использование стволовых и гладкомышечных клеток при лечении анальной инконтиненции в эксперименте путём инъекционной аутоотрансплантации в стенку прямой кишки сопровождается восстановлением утраченной функции за счёт пролиферации гладкомышечных клеток с формированием гиперплазированного мышечного слоя.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЕ

Шахрай С.В., Гаин Ю.М., Гаин М.Ю.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Анализ литературных данных последних двух десятилетий позволяет выделить чёткую тенденцию, указывающую на прогрессивное развитие малоинвазивных хирургических методик лечения аноректальной патологии, помогающих врачу решать лечебные задачи, не прибегая к госпитализации пациента или обеспечивая короткие сроки его пребывания в стационаре, исключение не составляет и лечение хронической анальной трещины.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить результаты лечения пациентов с хронической анальной трещиной с использованием комплексных малоинвазивных хирургических технологий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведена сравнительная оценка результатов оперативного лечения пациентов с хронической анальной трещиной. Первую группу А (контроль) составили 30 пациентов. Им выполнена самая часто применяемая в Республике Беларусь операция (по данным анализа за последние 10 лет) – иссечение анальной трещины со сфинктеротомией. В группу В вошли 29 пациентов, которым применена следующая методика лечения: лазерная вапоризация парафиссуральных тканей в зоне анального канала с фармакологической сфинктерорелаксацией препаратом ботулотоксина, после операции проводили ретроректальные блокады лекарственным средством «Эрбисол». Группу С составили 28 пациентов, которым применяли следующий метод лечения: лазерная вапоризация парафиссуральных тканей в зоне анального канала с фармакологической сфинктерорелаксацией препаратом ботулотоксина, с целью ускорения тканевой репарации в края раневого дефекта интрадермально, субдермально и субмукозно инъекционно вводили суспензию аутологичных мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани (МСК). Лечение в группах В и С проводилось в условиях краткосрочного стационарного пребывания (1-2 суток).

РЕЗУЛЬТАТЫ. При оценке сроков заживления раневого дефекта в группах установлено, что самым дли-

тельным этот период был в группе А, он превышал сроки эпителизации в группах В и С на 22 и 16 сутки, соответственно ($p < 0,001$ при сравнительном анализе групп В, С с группой А, Mann-Whitney U Test). Сроки эпителизации раны у пациентов в группе С были меньше, чем в группе В, среднестатистическая разница составила чуть больше недели. На момент проведения исследования медианные сроки отдалённого наблюдения за группами В и С составили 3 года. В течение этого периода только у одного пациента группы В наблюдали рецидив анальной трещины (3,4%), в группе С повторных случаев заболевания в указанные сроки не отмечено. В группе А за 3 года наблюдения выявлено 4 (13,3%) случая рецидивирования хронической анальной трещины.

ВЫВОДЫ. Таким образом, лазерная вапоризация парафиссуральных тканей с интрасфинктерным введением препарата ботулотоксина, дополненное применение инъекционного способа аутоотрансплантации мезенхимальных стволовых клеток в края раневого дефекта, является эффективной комплексной хирургической методикой лечения хронической анальной трещины. Такой подход позволяет минимизировать болевую реакцию в послеоперационном периоде, проводить лечение пациентов в амбулаторных условиях или в режиме стационара краткосрочного пребывания, ускорить процесс амбулаторной реабилитации.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ

Щербакова О.В., Врублевский С.Г.,
Ионов А.Л., Козлов М.Ю., Копылов И.В.

ГБУЗ «Морозовская ДГКБ» ДЗМ, ФГБУ «РДКБ» МЗ
РФ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. У детей со свищами прямой кишки, особенно при рецидиве заболевания, сохраняется низкое качество жизни и зачастую возникает необходимость в повторных оперативных вмешательствах, что чревато развитием послеоперационной недостаточности анального сфинктера. В отечественной литературе работы по лечению прямокишечных свищей у детей с использованием лигатурного дренирования и пластики перемещенным лоскутом не представлены.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов хирургического лечения детей со свищами прямой кишки, используя этапный подход с лигатурным дренированием перед операцией, и делая выбор в пользу современных методик с перемещением лоскута.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2009 года в отделении колопроктологии РДКБ и с 2014 года в отделении абдоминальной хирургии МДГКБ оперированы, с использованием современных методик, 30 детей со свищами прямой кишки, из них с периаанальной болезнью Крона – 21, с первичными иммунодефицитами (с ВЗК-подобными проявлениями) – 4 ребенка, с неспецифическим хроническим парапроктитом – 5 больных.

Из пациентов с болезнью Крона (БК) две девочки оперированы по поводу ректо-вестибулярных свищей, у остальных пациентов были диагностированы экстрасфинктерные параректальные свищи 2-3 степени сложности. Из 21 пациента с периаанальными поражениями при БК, ранее оперированы 11 (9 – вскрытие острого парапроктита, 2 – иссечение свища), 8 из них – неоднократно. Иссечение свища в просвет кишки выполнено у двоих, наложение отводящей стомы с иссечением свища – у 5, иссечение свища транс-перинеальным доступом – у 2 девочек с ректо-вестибулярными свищами. После внедрения современных методик в лечение пациентов со свищами прямой