ная трансанальная дезартеризация с мукопексией на отечественном оборудовании «Ангиодин-Прокто» (II группа) и 240 пациентам с болезнью III-IV степени – гибридная операция – Допплер-контролируемая трансанальная дезартеризация и мукопексия внутренних компонентов геморроидальных узлов в сочетании с иссечением их наружных компонентов (III группа).

РЕЗУЛЬТАТЫ. У всех больных I группы в первые сутки после геморроидэктомии отмечен выраженный болевой синдром на уровне $7,5 \pm 1,8$ баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), продолжительностью от 3 до 5 суток; стойкие боли до 4-6 недель беспокоили троих (2,9%). Отек периаанальный наблюдался у 76 (72,4%), отек с выпадением слизистой – у 12 (11,4%) из них. Послеоперационные кровотечения, потребовавшие повторного прошивания, отмечались у 5 (4,8%) и небольшие кровотечения, остановленные консервативно, – у 8 (7,6%). Нагноение ран по типу подкожно-подслизистых парапроктитов пришлось санировать у 3 (2,9%) больных. Продолжительность стационарного лечения составила $9,5 \pm 1,8$ дней, амбулаторного долечивания – $28 \pm 4,5$ дней.

В отдаленные сроки по 2-6 раз обследовались 102 пациента из I группы: рецидивы заболевания выявлены у 5 (5%), все пятеро оперированы повторно с благоприятными результатами. У 8 сформировавшихся кожные бахромки иссекались при контрольных осмотрах. Рубцовые периаанальные деформации отмечены у 4 (4%). Отдаленные результаты в I группе расценены как хорошие у 80%, удовлетворительные – у 15% и плохие – у 5%.

Во II группе из 125 больных после трансанальной дезартеризации и мукопексии боли на уровне $4,2 \pm 1,8$ баллов по ВАШ, купировались в течение суток ($p=0,03$). Периаанальный отёк отмечен у 27 (21,6%), ($p=0,04$), отек с выпадением прошитых узлов – у 7 (6,1%), ($p=0,05$) из них. Нагноений и кровотечений после этих операций не наблюдалось ($p=0,004$). Сроки стационарного лечения составили $4,5 \pm 1,4$ дней ($p=0,02$), амбулаторного долечивания – $18 \pm 3,5$ дней ($p=0,28$).

В отдаленные сроки по 2-5 раз обследовались 105 пациентов из II группы: рецидивы выявлены у 2 (2%), оба оперированы повторно методом Миллигана-Моргана, результаты благоприятные. В этой группе у 78 (74,3%) сформировалось по 3-6 кожных бахромок, вызывавших трудности с гигиеной, дискомфорт, иногда анальный зуд, почти у всех таких больных бахромки иссечены в первые же 2-3 недели в составе амбулаторной реабилитации. Рубцовая периаанальная деформация отмечена лишь у 1 (1%). Отдаленные результаты во II группе расценены как хорошие у 95%, удовлетворительные – у 3% и плохие – у 2%.

В III группе из 240 больных после гибридной УЗИ-контролируемой дезартеризации и мукопексии внутренних компонентов геморроидальных узлов с иссечением их наружных компонентов боли на уровне $5,6 \pm 1,9$ баллов купировались несколько позже, на 2-3 сутки ($p=0,09$). У 75 больных этой группы в конце операции выполнены параректальные лидокаин-дипропановые блокады, у этих пациентов боли отмечены на уровне $3,5 \pm 1,1$ баллов по ВАШ и купировались менее, чем за сутки. Транзиторные отеки отмечены у 58 (24,9%), ($p=0,04$). Нагноений и кровотечений после этих операций не наблюдалось ($p=0,003$). Заживление ран первичным натяжением состоялось у всех пациентов этой группы, геморроидальные узлы подверглись полной инволюции, ни у одного из них не формировались кожные бахромки ($p=0,001$), что существенно облегчило и упростило ход послеоперационной реабилитации. Сроки стационарного лечения составили $4,5 \pm 1,7$ дней ($p=0,02$), амбулаторного долечивания – $21 \pm 4,5$ дней ($p=0,32$).

В отдаленные сроки осмотрен 221 пациент III группы: ни одного рецидива болезни, у всех 100% констатированы хорошие клинические, анатомические и функциональные результаты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Гибридные операции в виде доплер-контролируемой дезартеризации и мукопексии внутренних компонентов геморроидальных узлов в сочетании с одномоментным иссечением их наружных компонентов позволяют заметно улучшить ближайшие и отдаленные анатомические и функциональные результаты хирургического лечения геморроидальной болезни. Такие варианты операции достойны широкого внедрения в клиническую практику. Применение параректальных лидокаин-дипропановых блокад в конце операций значительно уменьшает частоту и выраженность послеоперационных периаанальных отеков и болевого синдрома, заметно сокращают продолжительность реабилитационного периода.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ

Шамаева Т.Е., Никишина Т.Г.,
Чукардин А.В., Якимов С.А.

НУЗ Дорожная клиническая больница на станции
Воронеж-1 ОАО «РЖД», Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Определение хирургической тактики лечения хронической анальной трещины в сочетании с геморроем приобретает все большее значение, что связано с высокой частотой совместной встречаемости этих заболеваний в практике колопроктолога.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов лечения анальной трещины в сочетании с хроническим геморроем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В отделении колопроктологии НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Воронеж-1 ОАО «РЖД» в период с 2014-2016 гг., прооперировано 125 больных с анальной трещиной в сочетании с хроническим геморроем. Выбор тактики оперативного пособия при сочетании анальной трещины и геморроя определялся в зависимости от стадии хронического геморроя. В контрольную группу включены 42 (33,6%) пациента с сочетанием анальной трещины и геморроя, которым выполнено изолированное иссечение анальной трещины и терапевтическое лечение имеющегося геморроя. В основную группу вошло 83 (66,4%) больных, которым, помимо иссечения трещины, дополнительно выполнено склерозирование внутренних геморроидальных узлов при I-II ст. хронического геморроя и дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией при II-III ст. хронического геморроя. Все операции осуществлены под спинальной анестезией. Группы были сопоставимы по полу и возрасту пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У всех больных удалось достичь полного заживления послеоперационной раны, в сроки до 6-ти недель с момента операции. Однако, в контрольной группе наблюдалось более длительное заживление послеоперационной раны, в среднем, на 7 дней. По нашему мнению, это связано с обострением сопутствующей геморроидальной болезни и более медленным развитием эффекта от терапевтической терапии. В последующем 20 человек в контрольной группе, в сроки от 3-х месяцев были оперированы по поводу хронического геморроя.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При сочетании анальной трещины с хроническим геморроем I-III стадии, целесообразно проведение иссечения трещины в комбинации с малоинвазивным лечением хронического геморроя.