

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

кишки, первым этапом выполнялось лигатурное дренирование – non-cutting seton (16), затем, после купирования воспалительного процесса в прямой кишке, выполнялось иссечение свища (9) либо сегментарная проктопластика полнослойным лоскутом с иссечением свища (7). Всем пациентам с ВЗК-подобными первичными иммунодефицитами (т. н. моногенными ВЗК) проводилось длительное лигатурное дренирование свищей, позволяющее избежать септических осложнений при проведении трансплантации костного мозга. Детям с хроническими парапроктитами выполнялось иссечение свища в просвет кишки в 1 случае, а 4 пациентам выполнена сегментарная проктопластика полнослойным лоскутом.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При лечении пациентов с параректальными свищами по классическим методикам (иссечение свища в просвет кишки) отмечались послеоперационные рецидивы в 6 наблюдениях, в том числе и после наложения отводящей стомы (4 из 9 – 44%), из них у 2 пациентов с БК в возрасте 20 лет рецидивировали перианальные поражения, что потребовало проведения колпроктэктомии с наложением илеостомы у одного и иссечения свища у другого больного. После сегментарной проктопластики отмечен рецидив через год после операции лишь у одного пациента с болезнью Крона (1 из 11 – 9%). У двоих пациентов с БК лигатура удалена и отмечено заживление свища на фоне биологической терапии. Четверо детей с БК и 1 пациент с иммунодефицитом в настоящее время являются носителями дренирующей лигатуры.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Первые результаты использования лигатурного дренирования и сегментарной проктопластики полнослойным лоскутом у детей со свищами прямой кишки разной этиологии, показывают хорошие результаты и могут являться методом выбора, обладая всеми преимуществами минимально инвазивных вмешательств.

ЛАТЕКСНОЕ ЛИГИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ: МОЖНО ЛИ ПОВЫСИТЬ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ПРОЦЕДУРЫ?

Эктов В.Н., Сомов К.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко, Воронежская областная клиническая больница № 1, г. Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Латексное лигирование геморроидальных узлов является одним из наиболее распространенных вариантов миниинвазивных хирургических вмешательств в лечении хронического геморроя. Вместе с тем, изучение отдаленных результатов лечения в ряде случаев свидетельствует о снижении результативности данной методики при третьей и четвертой стадии хронического внутреннего геморроя. Таким образом, существующие риски развития рецидивов заболевания делают актуальным поиск возможных путей совершенствования техники выполнения латексного лигирования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 2006 по 2015 гг. в отделении колопроктологии Воронежской областной клинической больницы № 1 различные варианты латексного лигирования были применены для лечения 468 больных хроническим геморроем с различными стадиями заболевания. Нами использована технология латексного лигирования для нового способа лечения хронического геморроя – лигирования слизистой и подслизистой оболочек нижнеампулярного отдела прямой кишки с перевязкой геморроидальных сосудов, лифтингом и локальной мукопексией (патент

на изобретение № 2565654). Методика заключалась в том, что мягким зажимом по оси выявленного при аноскопии геморроидального узла захватывалась слизистая нижнеампулярного отдела прямой кишки на 4-5 см выше зубчатой линии. Механическим лигатором производили наложение латексной лигатуры на слизистую нижнеампулярного отдела прямой кишки таким образом, чтобы высота лигированного участка слизистой составляла около 1,5 см. При этом в зону лигирования попадал округлой формы участок слизистой и подслизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки диаметром около 3 см с питающими сосудами. Данная манипуляция проводилась в проекции основных геморроидальных узлов, как правило, на 3, 7 и 11 часах по циферблату. Таким образом, предлагаемый метод лечения хронического геморроя позволяет осуществить лигирование «на протяжении» с последующим удалением фрагмента основных и дополнительных артериальных сосудов, кровоснабжающих геморроидальные узлы. Одновременно лигирование участка слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки диаметром около 3 см обеспечивает подтягивание и фиксацию мягких тканей в зоне манипуляции. При различных стадиях и формах хронического геморроя применялись различные варианты латексного лигирования: одномоментное лигирование внутренних геморроидальных узлов, лигирование слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки с лифтингом и мукопексией, комбинированное лигирование внутренних геморроидальных узлов и слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки с лифтингом и мукопексией, сочетание различных вариантов лигирования с иссечением наружного геморроидального узла.

РЕЗУЛЬТАТЫ. После применения различных вариантов латексного лигирования в раннем послеоперационном периоде осложнения, не требующие повторных вмешательств, выявлены у 5 пациентов. В отдаленном периоде хорошие результаты отмечены у 87,3% обследованных больных. Статистически значимых различий при сравнительной оценке результатов применения различных вариантов латексного лигирования не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предлагаемые варианты латексного лигирования в лечении хронического геморроя позволяют получить различные лечебные эффекты – лигирование основных и дополнительных геморроидальных сосудов, лифтинг и мукопексию, что обеспечивает комплексное воздействие на патогенетические факторы геморроидальной болезни. При этом сохраняются важные преимущества данной процедуры – миниинвазивность, эффективность, относительная простота и широкая доступность, низкая стоимость. Предлагаемая тактика применения латексного лигирования расширяет диапазон использования данной методики и повышает ее результативность в лечении различных стадий и клинических форм хронического геморроя.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ С ПОМОЩЬЮ ОПЕРАЦИИ HAL-RAR В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ В Г. ПЕТРОПАВЛОВСКЕ-КАМЧАТСКОМ

Юлаев В.Е.

ООО Медицинский центр «МЕДИТЕКС», г. Петропавловск-Камчатский, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморроидальная болезнь – широко распространённое заболевание индустриально развитых стран мира. Перспектива выраженного послеопе-