

КОНУСОДИВУЛЬСИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

Багдасарян Л.К., Титов А.Ю.,
Багдасарян С.Л., Абдулжалилов М.М.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
г. Москва, Россия
МЦ «КДС Клиник», колопроктологическое отделение
г. Москва, Россия

В ГНЦ колопроктологии, совместно с авторами, в 2006-2009 гг. был предложен и научно обоснован способ ликвидации спазма внутреннего сфинктера при лечении хронической анальной трещины – контролируемая пневмодивульсия анального сфинктера, показавший высокую эффективность и легкую переносимость больными данной операции. К недостаткам метода мы относили наличие определенных неудобств в подборе пневмобаллона, продолжительность экспозиции (7-8 минут) и часто развивающийся отек геморроидальных узлов при сочетании трещины с геморроем 3-4 стадии. С учетом этих факторов с 2013 года методика анальной дивульсии была изменена. Суть её заключается во введении конусовидного циркулярного анодилатора в анальный канал осторожными вращательными движениями во внутрь и обратно без фиксации дилатора в анальном канале. На анодилаторе имеются риски, каждая из которых соответствует определенному диаметру. Исходный диаметр конуса – 27 мм, длина рабочей его части – 130 мм. Критериями адекватной дивульсии считаем введение его до диаметра не более 47 мм при условии, что начальная часть дилатора, равная 27 мм, должна изначально входить в анальный канал без усилий. При исходно «узком» анальном канале, когда первое введение конуса сопровождается определенным усилием или если длина анального канала небольшая (меньше 2,5 см) или, если имеется послеродовая деформация промежности с утончением переднего сегмента сфинктера, конус должен вводиться до диаметра, не превышающего 43-45 мм. Должны также учитываться такие факторы как возраст больного, степень спазма сфинктера. Время проведения конусодивульсии 30-60 секунд. Кроме того, использование конуса позволяет вправить наружный геморроидальный компонент во внутрь, что позволяет профилировать отек наружных узлов. После проведения конусодивульсии выполняется фульгурация или иссечение анальной трещины с удалением сторожевых бугорков и анальных сосочков.

С июня 2013 по декабрь 2015 гг. прооперирован 161 пациент. Аналогично способу пневмодивульсии данное вмешательство пациенты переносили легко. Слабости сфинктера не отмечено ни у одного больного. Из осложнений у 7 (4,3%) отмечено длительное (до 3-х месяцев) заживление раны, рецидив заболевания выявлен у 6 (3,7%). У 14 пациентов до, на 7 и 30 сутки после операции проводилась сфинктерометрия прибором WMP Solar G1 (MMS, Голландия).

Результаты исследования показали повышение внутрианального давления у всех пациентов до операции, снижение его на 7-е сутки и восстановление внутрианального давления до нормальных величин к 30 суткам после операции.

Таким образом, контролируемая дивульсия сфинктера с помощью конусообразного анодилатора позволяет более детерминировано и без длительной экспозиции ликвидировать спазм анального сфинктера, и дает сопоставимые с пневмодивульсией результаты лечения.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРОЯ

Барбашинов Н.А., Илькинич А.Я.

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»
БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов хирургического лечения больных с хроническим геморроем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ эффективности хирургического лечения 924 пациентов с хроническим геморроем за период 2012-2015 гг. В амбулаторных условиях оперированы 576 (62,3%) больных, в стационаре – 348 (37,7%). Реализована программа поэтапного лечения. Первый этап – комплексная консервативная терапия в течение 3-6 месяцев. Второй этап – проведение малоинвазивных хирургических вмешательств или оперативное лечение. В случае превалирования эпизодов кровотечения из внутренних геморроидальных узлов выполнялась инфракрасная фотокоагуляция; при преобладании пролапса внутренних геморроидальных узлов – латексное лигирование; при рецидивах воспаления в наружных геморроидальных узлах – их иссечение; при объеме внутренних узлов более 3 см³ – операция. Проведена сравнительная оценка эффективности лечения больных при использовании малоинвазивных технологий и хирургического лечения с позиции достижения желаемого пациентом эффекта – повышения качества жизни. Для этого проведено анкетирование больных через 6 месяцев после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. В анализируемой группе амбулаторных пациентов, латексное лигирование геморроидальных узлов выполнено 478 (83%) пациентам, геморроидэктомия наружных узлов – 83 (14,4%), инфракрасная фотокоагуляция – 15 (2,6%). В хирургическом отделении со 2 стадией оперировано 29 (5,4%) пациентов, с 3 стадией – 251 (72,1%) пациент, с 4 стадией – 68 (19,5%). Закрытая геморроидэктомия выполнена 81 (23,3%) больному, открытая геморроидэктомия – 11 (3,2%), геморроидэктомия аппаратом LigaSure – 230 (66%), геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем – 2 (0,6%), дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией – 19 (5,5%), геморроидопексия – 5 (1,4%). Сравнительные данные, полученные при анкетировании, показали сопоставимые показатели качества жизни как при проведении малоинвазивных вмешательств, так и при выполнении хирургического вмешательства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение малоинвазивных и оперативных технологий при лечении хронического геморроя обеспечивает сопоставимый эффект лечения и качества жизни больных.

ГИБРИДНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРОЕ

Белоцкая Л.В., Чистохин С.Ю.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. С увеличением числа больных хроническим геморроем, оперированных с применением малотравматичной технологии DHAL-RAR и с ростом сроков наблюдения за ними после операции выявлен серьезный недостаток: почти у всех больных с III ста-