

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 ГЕМОРРОЯ

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 ГЕМОРРОЕ

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-

дией болезни формировались множественные бахромки из перерастянутой за время геморроеносительства перианальной кожи. Эти «безобидные» кожные складки вызывают дискомфорт, затруднения гигиенического характера и неудовлетворенность пациентов и врачей результатами операции.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения больных хроническим геморроем III-IV стадий путем внедрения гибридных операций – дезартеризации и мукопексии внутренних компонентов геморроидальных узлов в сочетании с иссечением их наружных компонентов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В течение 2013-2014 гг. в ДКБ ст. Чита-2 из 172 больных геморроем 105 пациентам с III стадией выполнена операция DHAL-RAR на отечественном оборудовании «Ангиудин-Прокто» (I группа). С 2015 года из 195 больных – 42 со II стадией выполнена выполненная DHAL-RAR и 153 пациентам с III-IV стадией геморроя выполнена гибридная операция – DHAL-RAR внутренних компонентов и иссечение наружных компонентов геморроидальных узлов (II группа).

РЕЗУЛЬТАТЫ. В I группе послеоперационные боли купировались через 1-2 суток, транзиторные отеки и выпадение прошитых узлов отмечены у 6 оперированных (5,7%), стойкие боли наблюдали у 1 (0,95%) пациентки. В отдаленные сроки у 1 (0,95%) больного выявлен рецидив заболевания, оперирован повторно открытым методом. У остальных 104 констатированы ближайшие хорошие и удовлетворительные результаты – геморроидальные узлы подверглись достаточной инволюции, но у 78 (75%) из них сформировалось по 3-6 кожных бахромок, вызывавших трудности с гигиеной, дискомфорт, иногда анальный зуд, почти у всех таких больных бахромки иссечены в первые же недели в составе амбулаторной послеоперационной реабилитации. Через год и более осмотрено 96 пациентов – клинические, анатомические и функциональные результаты благополучны у всех.

Во II группе из 153 больных послеоперационные боли купировались несколько позже, на 2-4 суток ($p=0,09$), транзиторные отеки без выпадения прошитых узлов отмечены у 3 (2%), ($p=0,02$). У остальных 150 больных уже в ближайшие сроки констатированы хорошие результаты – заживление ран первичным натяжением состоялось у всех, геморроидальные узлы подверглись полной инволюции в течение первых же 2-3 недель, ни у одного из них не сформировались ни одной кожной бахромки ($p=0,001$), что существенно облегчило и упростило ход послеоперационной реабилитации. В отдаленные сроки осмотрено 120 пациентов – ни одного рецидива болезни, у всех констатированы хорошие клинические, анатомические и функциональные результаты гибридных операций. В обеих группах отмечено значительное повышение надежности гемостаза благодаря 4-6-кратному прошиванию геморроидальных артерий при выполнении мукопексии и лифтинга: на 200 операций – ни одного интра- и послеоперационного кровотечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. DHAL-RAR в изолированном виде позволяет получить хорошие результаты только у больных со II стадией геморроя. Гибридные операции в виде доплер-контролируемой дезартеризации и мукопексии внутренних компонентов геморроидальных узлов в сочетании с иссечением их наружных компонентов позволяют заметно улучшить ближайшие и отдаленные анатомические и функциональные результаты хирургического лечения геморроидальной болезни III-IV стадии. Такие компромиссные в технологическом плане варианты операции достойны более широкого внедрения в клиническую практику.

СИНТЕТИЧЕСКИЙ ИЛИ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ИМПЛАНТАТ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ РЕКТОЦЕЛЕ: ЧТО ВЫБРАТЬ?

Бирюков О.М., Титов А.Ю.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на многообразие методов хирургической коррекции, неудовлетворительные результаты оперативного лечения ректоцеле достигают 50,1%. Процент рецидивов заболевания варьирует от 25-37%. Неудовлетворенность результатами лечения инициировала применение протезирующих материалов, способных укрепить ректовагинальную перегородку. Для этих целей используются синтетические и биологические имплантаты.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить эффективность синтетических и биологических имплантатов при хирургической коррекции ректоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2011 по 2015 гг. в ГНЦ колопроктологии им. А.Н.Рыжих МЗ РФ по поводу изолированного ректоцеле была оперирована 61 пациентка в возрасте от 34 до 61 года (средний возраст – $49,15 \pm 7,21$). У всех женщин применялась ромбовидная пластика, осуществляемая через трансвагинальный доступ. Для укрепления ректовагинальной перегородки у 33 больных использовалась синтетическая композитная сетка (группа 1) и 28 – биологический коллагеновый имплантат (группа 2). Результаты хирургического лечения оценивались в сроки от 6 до 60 месяцев после операции. Медиана прослеженности – 36 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Улучшение эвакуаторной функции прямой кишки было отмечено у 81,8% пациенток после пластики полипропиленовой сеткой и у 78,6% больных после применения биологического имплантата. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 5 (15,2%) больных в 1 группе (3 – эрозия влагища, 2 – диспареуния) и у 2 (7,2%) – во второй группе (2 – диспареуния). Все эрозии были излечены консервативно.

Средний размер ректоцеле уменьшился после пластики синтетической сеткой с $5,3 \pm 1,4$ см до $3,3 \pm 1,3$ см ($p < 0,05$), а после применения биологического имплантата – с $4,4 \pm 1,4$ см до $3,8 \pm 1,5$ см ($p > 0,05$). При этом через 1 год после операции у 9 (32,1%) пациенток 2 группы размер ректоцеле был таким же, как в предоперационном периоде, в то время как в 1 группе лишь 3 (9,1%) пациентки имели подобное соотношение ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение синтетических и биологических имплантатов дает схожие функциональные результаты в послеоперационном периоде, при большем количестве осложнений у пациенток 1 группы. Однако анатомические результаты после использования биологических имплантатов достоверно хуже, что говорит об их меньшей надежности.

ГЕМОРОИДЭКТОМИЯ – ОЦЕНКА СОВРЕМЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Бичурин Н.Р.

Окружная клиническая больница, г. Ханты-Мансийск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В структуре колопроктологических заболеваний геморрой – наиболее часто встречающееся заболевание прямой кишки. Он составляет около