

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ, ОСЛОЖНЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Болквадзе Э.Э.,¹ Обухов В.К.,² Мусин А.И.,³ Мударисов Р.Р.,¹ Стригунова Л.В.¹

¹ ГБУЗ ГКБ № 15 им. О.М.Филатова ДЗМ, отделение колопроктологии,

² ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ, кафедра

колопроктологии,

³ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова, кафедра госпитальной хирургии № 1, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Распространенность заболевания геморроем составляет 140-160 человек на 1000 взрослого трудоспособного населения, а его удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки варьирует от 32 до 41 %.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты лечения больных хроническим геморроем, осложненным кровотечением.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделение неотложной колопроктологии 15 Городской клинической больницы им. О.М.Филатова г. Москва, с 2010 по 2015 год было пролечено 630 пациентов в возрасте от 25 до 71 года с хроническим геморроем, сопровождающимся кровотечением различной степени выраженности. У 519 (82,5%) из них была выявлена анемия различной степени тяжести. При этом, у 455 (72,2%) больных кровотечение имело хронический, различной интенсивности, периодически повторяющийся характер, продолжительностью от 12 дней до 1,5 лет. В 8 (1,3%) случаях геморроидальное кровотечение продолжалось от 12 часов до 10 суток, результатом которого явилась анемия, потребовавшая срочной госпитализации и незамедлительного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Всем больным хроническим геморроем, осложнившимся кровотечением, в качестве этапа лечения назначалась консервативная терапия, направленная на остановку кровотечения. Эффективность терапии отмечена у 434 (68,9%) пациентов. При восстановлении показателей гемоглобина выше 100 г/л, им выполнялась геморроидэктомия в отсроченном или плановом порядке.

При отсутствии эффекта от консервативной терапии, пациентам молодого и среднего возраста, страдающим кровоточащим геморроем III-IV стадии, проявляющимся анемией легкой или средней степени мы выполняли лигирование внутренних геморроидальных узлов. Эта группа составила 56 (8,9%) человек. Добиться положительных результатов лечения нам удалось у 46 (82%) из них. В 10 (18%) случаях кровотечения возобновились вследствие отхождения лигатуры.

Больные кровоточащим геморроем I-II стадии, а также – пожилые пациенты III-IV стадии с выраженной сопутствующей терапевтической патологией и анемией любой степени выраженности, не получившие эффект от консервативного лечения, составили группу из 140 (22,2%) человек. Всем им было выполнено склерозирование внутренних геморроидальных узлов. Положительный эффект был отмечен у 127 (90,7%) человек.

Пациенты, у которых не был достигнут эффект от консервативной терапии и малоинвазивных методов лечения кровоточащего геморроя, составили группу из 23 (3,7%) человек. Всем им была выполнена дезартеризация внутренних геморроидальных узлов. Прекращение геморроидального кровотечения в результате этого вида лечения было достигнуто практически во всех случаях.

ВЫВОДЫ. Всем больным с кровоточащим геморроем в качестве первого этапа лечения необходимо

назначать консервативную терапию, направленную на остановку кровотечения. При её неэффективности, пациентам молодого и среднего возраста, страдающим кровоточащим геморроем III-IV стадии и проявляющимся анемией легкой или средней степени, целесообразно выполнять лигирование внутренних геморроидальных узлов. Больным I-II стадии геморроя, пожилым пациентам III-IV стадии с выраженной сопутствующей терапевтической патологией и анемией любой степени выраженности, не получившим эффекта от консервативного лечения, следует осуществлять склерозирование внутренних геморроидальных узлов. При отсутствии эффекта от консервативной терапии и малоинвазивных методов лечения кровоточащего геморроя, показана дезартеризация внутренних геморроидальных узлов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ НЕОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКИ

Борота А.В., Гюльмамедов Ф.И., Гюльмамедов В.А., Полунин Г.Е., Василенко Л.И., Герасименко Е.А., Лыков В.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, г. Донецк

АКТУАЛЬНОСТЬ. Среди общего количества больных, страдающих проктологическими заболеваниями, отмечается наличие сочетанной патологии анального канала (АК) и прямой кишки (ПК). Наиболее часто отмечается сочетание геморроя с прямокишечными свищами, анальными трещинами, парапроктитом, новообразованиями. Актуальность данной проблемы обусловлена отсутствием единого подхода к ее решению.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить результаты хирургического лечения сочетанной патологии прямой кишки и анального канала.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты хирургического лечения 331 пациента, которые оперированы в клинике общей хирургии № 1 ДонНМУ им. М.Горького по поводу сочетанной неопухолевой хирургической патологии АК и ПК в период с января 2012 года по январь 2015. Из этой группы больных сочетание геморроя и другой патологии АК и ПК имело место у 159 (48,0±2,7%). Эти больные составили исследуемую группу (ИГ). Контрольную группу (КГ) составили 172 (52,0±2,7%) пациента, оперированные в клинике за этот же период времени по поводу геморроя и перенесших исключительно геморроидэктомию.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В ИГ средняя продолжительность операции составила 28±5 минут, в КГ – 19±3 минут ($p>0,05$). Интенсивность послеоперационного болевого синдрома, оцененная с помощью NRS, в первые, третьи и седьмые сутки после операции в ИГ составила 7,9±0,2 ($p<0,01$), 5,7±0,2 ($p>0,05$), 3,9±0,2 ($p>0,05$) баллов, соответственно. В КГ эти показатели составили 6,6±0,1, 5,3±0,1 и 3,6±0,1 балла. Количество отдаленных послеоперационных осложнений в ИГ составило 4,4±1,6%, в КГ – 2,3±1,1% ($p>0,05$). Средняя длительность госпитализации в ИГ составила 5,1±1,0 суток, в КГ – 3,2±1,0 суток ($p>0,05$); сроки восстановления трудоспособности в ИГ – 20,3±3,2 дней, в КГ – 15,1±2,0 дней ($p>0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Наличие сочетанной с геморроем патологии ПК и АК не является показанием к сочетанному хирургическому лечению. Увеличение длительности операции, послеоперационных осложнений, длительности госпитализации и восстановления трудоспособности в ИГ, по сравнению с КГ, не являются

статистически значимыми. Одномоментное хирургическое лечение геморроя и другой патологии ПК и АК избавляет пациента от необходимости повторного хирургического вмешательства и возможных его осложнений.

СРАВНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА В СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Боцула О.Н., Набиулин И.Р.,
Сатинов А.В., Груммет А.А.

БУ «Нижевартовская окружная клиническая больница»
Ханты-мансийский автономный округ – Югра,
г. Нижневартовск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) имеет довольно широкое распространение, встречается у 5-7% взрослого населения и составляет 1-2% от количества всех хирургических заболеваний. Пик заболеваемости приходится в возрасте 15-30 лет, что является важной социально-экономической проблемой. В структуре заболеваемости ЭКХ отмечается преобладание мужского пола над женским в 2-4 раза. Радикальное лечение ЭКХ – только хирургическое. Целью хирургического лечения является ликвидация ЭКХ со всеми первичными и вторичными отверстиями. Несмотря на большое количество методов хирургического лечения ЭКХ, у 13-24% больных возникают послеоперационные осложнения, которые являются одним из критериев качества лечебной работы.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Провести сравнительный анализ частоты послеоперационных осложнений, сроков заживления раны у больных, перенесших иссечение эпителиального копчикового хода в стадии хронического воспаления. Изучить ближайшие и отдаленные результаты лечения больных, частоту рецидива заболевания после иссечения ЭКХ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Выполнена оценка результатов лечения 95 пациентов с ЭКХ в стадии хронического воспаления за 2014-2015 годы. Все больные были разделены на три группы. В первой группе 52 (54,7%) пациентам выполнено иссечение ЭКХ с подшиванием краев раны ко дну. Во второй группе 33 (34,7%) пациентам выполнено иссечение ЭКХ с ушиванием раны узловыми швами или по Донати. В третьей группе у 10 (10,5%) больных применено открытое ведение раны с последующим заживлением вторичным натяжением. При определении выбора способа оперативного лечения учитывались выраженность, распространенность патологического процесса, интенсивность воспалительных реакций в мягких тканях, длительность заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В группе больных с открытым ведением раны сроки заживления составляли 21-40 дней. Средний койко-день составлял 7,3. Зарегистрировано 2 (20%) рецидива. При радикальных операциях с подшиванием краев раны ко дну выявлено 3 (5,8%) рецидива. Сроки заживления у этих больных составляли 10-32 дня. Кроме того, отмечены 2 (3,8%) случая нагноения раны, не повлекшие за собой рецидив, но удлинившие сроки лечения. После иссечения ЭКХ с ушиванием раны наглухо или по Донати выявлено 4 (12,1%) рецидива, вследствие выраженного натяжения раны, прорезывания швов и формирования остаточных полостей. Сроки заживления составили 11-28 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Необходимо осуществлять индивидуальный подход к выбору способа хирургического

лечения эпителиального копчикового хода в стадии хронического воспаления. По нашим данным, иссечение эпителиального копчикового хода с подшиванием краев раны ко дну позволяет уменьшить сроки реабилитации больных, снижает риск рецидива заболевания и существенно сокращает период нетрудоспособности.

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКТОЦЕЛЕ, ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ И СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПУТЕМ ПЕРЕДНЕЙ ЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ В СОЧЕТАНИИ С МЕТОДИКОЙ РРН

Братищева Н.Н., Куликовский В.Ф., Олейник Н.В.,
Наумов А.В., Сторожилов Д.А., Кривчикова А.П.

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа,
БелГУ, г. Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В настоящее время проблема лечения ректоцеле на фоне опущения промежности в сочетании с опущением слизистой прямой кишки не решена.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов лечения данной сочетанной патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Клинические, дефекография, УЗИ, МРТ, функциональные.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Установлено, что у 35% больных ректоцеле сочетается с опущением промежности и слизистой прямой кишки. 31 пациентке с данной патологией произведена передняя леваторопластика в сочетании с методикой РРН. В контрольной группе (42 пациентки) леваторопластика дополнялась трансанальным иссечением избытка слизистой прямой кишки. В контрольной группе у 15 (35,7%) больных отмечены гнойно-воспалительные осложнения, в основной – у 2 (6,5%) пациенток. При использовании циркулярного степлера меньше был выражен болевой синдром. Уровень расположения промежности относительно лоно-копчиковой линии составил: в покое $-3,7 \pm 0,5$ см до операции и $-2,9 \pm 0,3$ см после операции у больных основной группы ($p < 0,05$) и $3,3 \pm 0,4$ см ($p > 0,05$) у больных контрольной группы; при натуживании $-7,9 \pm 0,6$ см до операции и $-5,8 \pm 0,5$ см после операции у больных основной группы ($P < 0,03$) и $-6,7 \pm 0,6$ см у больных контрольной группы ($P < 0,05$). Функциональные результаты, за исключением больных с рецидивами в результате нагноения ран, в группах исследования не отличались. Так у всех пациенток с пролапсом слизистой прямой кишки до операции отмечено увеличение остаточного внутрипросветного давления в анальном канале, которое составило $17,4 \pm 2,9$ мм рт. ст. (у здоровых женщин ($n=50$) – $12,2 \pm 2,4$ мм рт. ст.). В послеоперационном периоде этот показатель составил $13,1 \pm 2,5$ мм рт. ст. у больных основной группы и $13,6 \pm 2,9$ мм рт. ст. в контрольной группе ($p > 0,05$). Так же достоверно не отличались результаты аноректальной манометрии.

ВЫВОДЫ. При ректоцеле в сочетании с опущением слизистой прямой кишки на фоне опущения промежности переднюю леваторопластику целесообразно дополнять резекцией слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки с использованием набора РРН.