

МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Брежнев С.Г., Жданов А.И., Коротких Н.Н., Попов Р.В.
БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1», г. Воронеж, Россия

На протяжении многих лет в центре внимания отечественных и зарубежных колопроктологов остается проблема лечения больных эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ).

В связи с этим, целью нашего исследования является улучшение результатов хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Настоящее исследование основано на анализе результатов лечения 101 пациента, которые были разделены на две группы.

Основная группа представлена 50 пациентами, подход к выбору оперативного приема которым определялся как клиническим течением заболевания, так и индивидуальными особенностями топографо-анатомического строения ягодично-крестцово-копчиковой области каждого пациента. В группу сравнения включены 51 больной ЭКХ, которым было выполнено традиционное хирургическое пособие. Группы больных сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям, методам анестезии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В результате проведенного анализа результатов хирургического лечения установлено, что у больных основной группы значительно снижена частота послеоперационных осложнений (6% против 27,4%), уменьшена длительность послеоперационной гипертермии до 0,8 суток. Использование предлагаемой методики позволило уменьшить продолжительность постельного режима (1,6 суток против 3,3 суток), снизить показатель среднего послеоперационного койко-дня до 9,4 суток, а также сократить сроки временной нетрудоспособности – до 21 дня (против 37 – в контрольной группе).

Частота развития рецидивов у больных группы контроля составила 11,8%, тогда как в группе исследования лишь у одного пациента (2,1 %) был зафиксирован возврат заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Данные проведенного анализа результатов лечения больных эпителиальным копчиковым ходом показали, что комбинированный способ радикального хирургического лечения эпителиального копчикового хода позволяет уменьшить количество ранних послеоперационных осложнений за счет снижения вероятности прорезывания шовных лигатур на фасции, что ведет к снижению сроков госпитализации пациентов, уменьшению временной нетрудоспособности, ранней социальной адаптации.

МЕТОДИКА ГЕЛЕВОЙ ПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ

Васильев С.В., Недозимованый А.И.,
Попов Д.Е., Деметьева Е.А.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Исследования, посвященные лечению пациентов с анальной инконтиненцией методом имплантации в подслизистый слой анального канала объемобразующих агентов, на территории нашей страны практически не проводились, что в первую очередь связано с высокой стоимостью зарубежных расходных материалов. Разработанный отечествен-

ными учеными синтетический полимер «ДАМ+» соответствует всем критериям для препаратов этой группы и стоит на порядок дешевле зарубежных аналогов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка эффективности и безопасности применения гелевой пластики препаратом «ДАМ+» в лечении пациентов с анальной инконтиненцией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследуемую группу вошли 15 пациенток в возрасте от 18 до 67 лет ($47,2 \pm 6,4$ лет). Критериями включения в исследование являлось снижение манометрических показателей, а также наличие жалоб на недержание газов и регулярное каломазание с необходимостью использования прокладок. Всем пациенткам проведена процедура введения препарата «ДАМ+» в подслизистый слой анального канала. Для оценки результатов лечения проводились клиническое и колодинамическое обследование, а также анкетирование с использованием шкалы Векснера до процедуры, через 3 недели и во время контрольных осмотров в течение периода наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Через 3 недели после введения препарата удовлетворительные результаты получены во всех случаях (средний индекс Векснера в группе уменьшился с $10,75 \pm 3,5$ до $5,75 \pm 1,0$, $p < 0,01$). Хорошие функциональные результаты по данным субъективных шкал оценки подтверждались и объективными данными – среднее значение давления в анальном канале в группе увеличилось с $21,25 \pm 4,9$ см вод. ст. до $35,8 \pm 2,67$ см вод. ст., $p < 0,01$). Послеоперационных осложнений не наблюдалось. Отдаленные результаты отслежены в сроки от 3 до 16 месяцев ($7,1 \pm 0,98$ месяцев). За время наблюдения существенного ухудшения результатов не получено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Введение объемобразующего препарата «ДАМ+» в подслизистый слой анального канала – эффективная процедура для симптоматического лечения пациентов с анальной инконтиненцией.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ

Васильев С.В., Недозимованый А.И.,
Попов Д.Е., Деметьева Е.А.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Различные варианты методик электростимуляции (ЭС) являются на сегодняшний день одной из немногих альтернатив хирургическому лечению пациентов с анальной инконтиненцией.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка эффективности терапии с применением аппаратов «Биобраво» (производитель – «МТР+»)

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. 30-дневный курс ЭС ректальным электродом проводился 7 пациенткам в возрасте от 26 до 67 лет ($51,4 \pm 5,7$ лет). Критериями включения в исследование были: наличие инконтиненции, отсутствие локальных дефектов сфинктерного аппарата по данным трансректального УЗИ и достоверное снижение манометрических показателей. Результаты оценивались через 2 и 4 недели на основании данных манометрии и степени выраженности инконтиненции по шкале Векснера.

РЕЗУЛЬТАТЫ. До проведения ЭС манометрия выявила статистически значимое снижение базального давления ($39,4 \pm 3,3$ мм рт. ст.) и давления напряжения в анальном канале ($68,6 \pm 7,1$ мм рт. ст.) у всех пациенток. Среднее значение индекса инконтиненции Векснера в группе составило $9,0 \pm 1,3$. Через 2 недели от начала терапии отмечено достоверное

увеличение обоих отслеживаемых показателей манометрии: среднее значение базального давления составило $48,3 \pm 4,06$ мм рт. ст., давления напряжения – $87,5 \pm 12,8$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Средний показатель индекса Векслера практически не изменился – $8,67 \pm 1,2$ ($p > 0,05$). Через 4 недели результаты были прямо противоположными: показатели манометрии остались на прежнем уровне (среднее значение базального давления составило $49,3 \pm 3,6$ мм рт. ст., давления напряжения – $88,2 \pm 12,3$ мм рт. ст., $p > 0,05$), при этом средний показатель индекса Векслера достоверно снизился – $5,67 \pm 1,5$ ($p = 0,03$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Электромиостимуляция эффективна в лечении пациентов с анальной инконтиненцией. Очевидно, что для достижения значимого клинического эффекта длительность лечения должна составлять не менее одного месяца. Вопросы эффективности и безопасности более продолжительной терапии и необходимости повторных курсов ЭС требуют дополнительного изучения на большем клиническом материале.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ В ДОРОДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованый А.И., Соколова О.С.

Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Поиск оптимального подхода к профилактике и лечению геморроя у беременных в дородовом периоде и у родильниц в раннем послеродовом периоде.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В работу включены 113 пациенток в возрасте от 21 до 35 лет, наблюдавшихся в процессе беременности и обратившихся к проктологу в 3 триместре с жалобами, либо с целью профилактического осмотра. Всем пациенткам проведено стандартное обследование в объеме пальцевого обследования и аноскопии. В контрольную группу вошло 58 женщин, получивших стандартный курс консервативного лечения геморроя с использованием только препаратов местного воздействия (Релиф), в основную группу – 55 женщин, получивших стандартный курс лечения геморроя с дополнительным использованием препарата-венотоника. Лечение назначалось на 35-36 неделе беременности в течение 2-х недель. Для оценки результатов лечения в группах сравнивали наличие и степень тромбоза, выраженность болевого синдрома и отека по 10-балльной ВАШ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ. Частота тромбозов в основной группе была достоверно ниже, чем в контрольной и составила, соответственно, 10,9% и 39,7% ($p < 0,05$). При этом у пациенток основной группы тромбоз протекал в более легкой степени: тромбоз 3 степени не отмечалось ни у одной пациентки, а тромбоз 2 степени был диагностирован лишь в 7,3% случаев. В послеродовом периоде обследуемые пациентки контрольной группы оценили болевые ощущения на $4,2 \pm 0,3$ балла, женщины основной группы – на $1,1 \pm 0,3$ балла ($p < 0,05$). Выраженность отека пациентки контрольной группы оценили на $5,1 \pm 0,7$ балла, основной – на $1,8 \pm 0,3$ балла ($p < 0,05$).

ВЫВОДЫ. Проведенные нами исследования показали, что применение флеботоников в комбинации с топическим средством у беременных является клинически эффективным и безопасным методом лече-

ния и профилактики обострений заболевания в раннем послеродовом периоде.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАНС- И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫМИ СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ПЕРЕВЯЗКИ СВИЩЕВОГО ХОДА В МЕЖСФИНКТЕРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ (LIFT)

Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованый А.И., Соркин Р.Г.

Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В 2007 году тайским профессором Arun Rojanasakul впервые была предложена методика LIFT для лечения сложных транс- и экстрасфинктерных свищей. По заявлениям автора, частота рецидивов не превышает 10%, что объясняет, с одной стороны, очень сильный интерес к данной технологии, а с другой стороны определенный скепсис у специалистов, знающих о проблеме лечения хронического парапроктита не понаслышке.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка эффективности методики LIFT, уточнение показаний к ее применению и анализ послеоперационных осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период сентябрь 2013 – апрель 2016 гг. нами выполнено 30 операций по методике LIFT. Возраст пациентов – от 28 до 52 лет ($37,9 \pm 8,5$ лет). Из них 18 мужчин, 12 женщин. Трансфинктерное расположение свищевого хода выявлено у 21 пациента, у 9 пациентов диагностированы экстрасфинктерные свищи. Предоперационно пациентам выполнялся стандартный объем клинического обследования – исследование свища зондом, аноскопия, ректоскопия, прокрашивание свищевого хода, эндоректальное УЗИ. Для объективизации степени нарушения функции запирающего аппарата всем проводилась манометрия анального канала. В первые сутки послеоперационного периода болевой синдром оценивался по визуально-аналоговой шкале.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациенты наблюдались от 2 до 28 месяцев (средний срок наблюдения в группе составил $13 \pm 3,0$ мес.). Болевой синдром в первые сутки после операции по визуально-аналоговой шкале составил от 3,0 до 6,1 ($3,7 \pm 1,3$). Период нетрудоспособности составил от 6 до 19 дней ($14,4 \pm 4,6$ дней). В процессе наблюдения рецидив заболевания выявлен у 3 (10%) пациентов, послеоперационных осложнений и явления инконтиненции не отмечалось.

ВЫВОДЫ. При увеличении количества пациентов исследуемой группы и длительности наблюдения результаты лечения, по сравнению с предыдущими нашими публикациями, продолжают оставаться очень обнадеживающими и в плане частоты рецидивов заболевания, и в плане отсутствия послеоперационных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

Войнов М.А., Титов А.Ю.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Для коррекции ректального пролапса в настоящее время широко применяется заднепетлевая ректопексия. Частота рецидива заболевания после неё составляет 3-6%, а транзиторная функция