

ями недержания кишечного содержимого. Внедрение в лечебную практику метода биофидбек – терапии позволяет использовать новые возможности.

ЦЕЛЬ. Изучение эффективности метода биофидбек – терапии у пациентов с анальным недержанием после перенесенной брюшно-анальной резекции прямой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В Белгородской областной клинической больнице Святителя Иоасафа в период с 2003 по 20015 годы у 43 больных (основная группа), для лечения анального недержания использовался метод биологической обратной связи (биофидбек-терапии). Всем больным была выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки по поводу рака прямой кишки с локализацией процесса от 7 до 12 см после предоперационного курса лучевой терапии СОД – 40 Гр. Суть метода состоит в предоставлении пациенту в доступной форме с помощью специальной аппаратуры информации о функции исследуемого органа с последующей коррекцией данной функции самим пациентом при простановке определенной задачи.

Для оценки результатов лечения определялось функциональное состояние запирающего аппарата низведенной кишки, а также мышц тазового дна до и после проведения курса биофидбек-терапии.

Данные сравнивались с контрольной группой из 37 человек, сопоставимой с основной по ключевым характеристикам, которые не проходили курс биофидбек-терапии.

Исследования проводились по методике аноректального, функционального теста на аппарате «Polygraf ID» американской фирмы «Medtronic» в послеоперационном периоде.

При этом оценивалось 44 показателя сократительной функции запирающего аппарата прямой кишки, рефлекторный ответ внутреннего сфинктера при исследовании ректо-анального ингибиторного рефлекса, адаптационная способность прямой кишки и субъективные ощущения наполнения, а также электромиографическая активность наружного сфинктера прямой кишки и пубо-ректальной мышцы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Отмечается раннее уменьшение частоты стула и изменение его характера в сторону одно- и двухмоментной дефекации; более раннее формирование чувства дифференцировки консистенции кишечного содержимого и появления позывов к дефекации с возможностью волевого контроля над держанием; а также прекращение использования гигиенических прокладок, улучшение общего состояния пациентов и их субъективной оценки результатов лечения; более раннее восстановление сократительной способности наружного сфинктера и мышц тазового дна и реабилитации рефлекторной, накопительной и сенсорной функций низведенной кишки.

ВЫВОД. Применение метода биологической обратной связи у пациентов с анальным недержанием после брюшно-анальной резекции прямой кишки способствует раннему восстановлению сократительной способности сфинктерного аппарата прямой кишки и рефлекторной активности внутреннего сфинктера, а также накопительной и сенсорной функции прямой кишки.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К.,
Гобеджишвили В.В., Жабина А.В.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Частота заболевания, рецидивов у 8-12% больных определяет актуальность темы.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты лечения пациентов с острым парапроктитом (ОП).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Пролечен 191 больной с ОП: 112 – с подкожным, 60 – с ишиоректальным, 19 – с пельвиоректальным. Применяли клинические методы исследования.

У 118 (61,8%) больных с интрасфинктерным расположением первичной «фистулы» выполняли операцию вскрытия ОП по Бобровой-Рыжих. При транс- и экстрасфинктерном ее расположении у 73 (38,2%) пациентов первым этапом вскрывали параректальный абсцесс. При невыраженном рубцовом процессе в слизистой прямой кишки и в области внутреннего отверстия у 64 (33,5%) больных вторым этапом устранили его путем перемещения слизистой прямой кишки по Джад-Робле. При выраженном рубцовом процессе у 9 (4,7%) больных внутреннее отверстие устранили лигатурным методом.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 3 (1,6%) больных возник рецидив заболевания, у 5 (2,6%) пациентов, оперированных лигатурным методом, возникла недостаточность анального сфинктера I степени.

ВЫВОД. Дифференцированный подход к выбору метода операции у больных ОП позволил значительно улучшить результаты лечения.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РУБЦОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.В.,
Жабина А.В., Бруснев Л.А.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Патологические рубцы образуются у 12-40% лиц, перенесших те или иные операции и травмы, как правило, у больных трудоспособного возраста.

ЦЕЛЬ. Предложить прогностические критерии для выявления склонности к излишнему развитию рубцовой ткани у больных острым парапроктитом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Контрольная группа – 62 пациента острым парапроктитом (ОП) с обычными рубцами, основная – 62 больных с патологическими. Больные оперированы радикально. Создана тест-система (ТС) для диагностики патологического рубцевания в иммуноферментном анализе (ИФА) на основе антигенного комплекса (АК) из патологических рубцов. Изучены аутоантителобразовании и тип ацетилирования.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Сыворотки крови 62 больных основной группы в (ИФА) с АК из обычного рубца дали отрицательный результат. ТС с АК из патологических рубцов с сыворотками крови 48 больных – положительную реакцию. Результаты ИФА сывороток 62 пациентов контрольной группы были отрицательными. В основной группе 46 (74,2%) больных были быстрыми ацетилаторами, 16 (35,8%) – медленными, в контрольной

группе, соответственно, 26 (41,9%) и 36 (58,1%).

ВЫВОД. Факторами риска в возникновении патологического рубцевания после радикального вскрытия ОП являются изменение аутоиммунного статуса и быстрый тип ацетилирования.

ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Кораблина С.С.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Частота заболевания, послеоперационных осложнений, молодой возраст пациентов определяют актуальность темы.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Путем оптимизации хирургической тактики улучшить результаты лечения больных эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Пролечено 127 больных с ЭКХ. При обследовании применяли клинические методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ. После иссечения ЭКХ при низком стоянии ягодиц без воспаления в тканях 14 (11,0%) пациентам рану ушивали внутрикожным швом наглухо; в стадии хронического воспаления 29 (22,7%) больных края раны подшивали к ее дну интрадермальным швом. При среднем стоянии ягодиц без воспаления в тканях 18 (14,2%) пациентам рану ушивали на ½ глубины, этой же нитью края раны подшивали интрадермальным швом к ее дну; в стадии хронического воспаления 39 (30,7%) пациентам ушивали рану на ½ глубины двойной нитью, концами одной из нитей фиксировали края раны интрадермальным швом к ее дну, образуя «дорожку» между краями 0,5-1,0 см. При высоком стоянии ягодиц у 27 (21,3%) больных после ушивания раны на 2/3 ее глубины хирургическая тактика была аналогична тактике при среднем стоянии ягодиц. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 8 (6,3%) больных, рецидивы заболевания – у 4 (3,1%).

ВЫВОД. Разработанная хирургическая тактика дает возможность получить хорошие результаты лечения больных ЭКХ.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА

Масленников В.Н., Масленников В.В.

БУЗ ВО «ВГКБ № 2 им. К.В.Федяевского», отделение гнойной хирургии, г. Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Выделение анаэробного парапроктита в отдельную группу обусловлено как обширностью и тяжестью поражения инфекционным процессом жировой клетчатки, мышц и фасций в области прямой кишки и промежности, так и особенностями лечения. Заболевание отличается быстрой генерализацией инфекции, развитием полиорганной дисфункции и требует выполнения экстренного хирургического вмешательства и проведения интенсивной терапии. Тяжелые некротические поражения мягких тканей могут вызывать как отдельные микроорганизмы, так и ассоциации аэробов, анаэробов и факультативных анаэробов.

ЦЕЛЬ. Выработать четкую тактику хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 2010 по 2015 гг. в отделении гнойной хирургии находилось на лечении

25 больных с диагнозом: острый анаэробный парапроктит. Средний возраст больных составил 53,7 лет. Мужчин было 19, женщин – 6. Сахарный диабет, как сопутствующая патология, был у 18 пациентов (в том числе, и у умерших больных), у 4 больных анаэробный парапроктит развился на фоне распадающейся опухоли прямой кишки. Умерло 2 больных от прогрессирующего органной дисфункции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все больные поступали в стационар в тяжелом состоянии (у 3-х больных была диагностирована забрюшинная флегмона, у 4-х больных гнойный процесс перешел на ткани мошонки и переднюю брюшную стенку). С целью предоперационной подготовки все пациенты госпитализировались в палату интенсивной терапии. В качестве стартовой антибактериальной терапии мы использовали: цефоперазон, сульбактам/цефалоспорины III поколения + метронидазол, карбапенемы. Все больные были оперированы в экстренном порядке в условиях общего обезболивания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Мы считаем целесообразным данному ряду больных с целью отключения каловой струи выполнять видео-лапароскопически ассистированную двухствольную сигмостомию. При этом дополнительно осматривается малый таз, так как у 19 больных во время вскрытия гнойного очага диагностировался пельвиоректальный парапроктит. Во время операции максимально иссекали некротические ткани, некротизированные фасции, выполняли широкое открытое дренирование. В раннем послеоперационном периоде выполняли перевязки в условиях общего обезболивания с целью этапных некрэктомий. В 8 случаях больным требовались повторные оперативные вмешательства в связи с генерализацией процесса на ткани мошонки и передней брюшной стенки. Одному больному потребовалась релапароскопия, в связи с развитием вторичного аппендицита. Средние сроки нахождения больного в стационаре составили 21 день. Больные выписывались из клиники с рекомендациями восстановительной операции через 3 месяца.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ ИНВАГИНАЦИОННЫМ МЕТОДОМ

Мудров А.А.

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

ВВЕДЕНИЕ. Для ликвидации ректовагинальных свищей предложено более 100 различных методов хирургических пособий. Однако, результаты лечения этой болезни остаются неудовлетворительными – рецидив болезни отмечается у 20-70% оперированных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В 2014 г. в ГНЦК разработан и внедрен новый способ хирургического лечения ректовагинальных свищей – ликвидация ректовагинального свища инвагинационным методом. С мая по декабрь 2014 г. предложенным методом оперировано 8 пациенток. Возраст больных колебался от 22 до 54 лет (ср., 33,7 лет). Период наблюдения составил от 5 до 21 месяца (ср., 17,1 мес.). Во всех наблюдениях имелись высокие ректовагинальные свищи (свищевое отверстие в прямой кишке располагалось на расстоянии от 1 до 5 см выше зубчатой линии), превентивная колостома не формировалась.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Рецидив болезни отмечен у четырех (21,1%) пациенток, оперированных инвагинационным методом. При этом в 2 наблюдениях пациентки страдали болезнью Крона.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Несмотря на общепризнанные слож-