

плазмы (Platelet Rich Plasma) во внутренний и наружный анальный сфинктеры в нескольких точках (1, 5, 7 и 12 ч по условному циферблату). На втором этапе лечения больным производили иссечение анальной трещины аппаратом «сургутрон». При необходимости PRP-терапию применяли у этих больных и после операции (1-2 процедуры).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 177 пациентов с хронической анальной трещиной, осложненной сфинктероспазмом, в условиях применения PRP-терапии у 160 (90,4%) больных получены хорошие результаты лечения. Заживление раны анального канала, и ее полная эпителизация наблюдались через $29,4 \pm 2,8$ суток после иссечения трещины. При сфинктерометрии в динамике лечения отмечалось снижение исходных значений среднего давления в покое с $98,1 \pm 15,4$ мм рт. ст. до $48,1 \pm 9,8$ мм рт. ст., среднего давления при волевом сокращении – с $134,2 \pm 21,5$ мм рт. ст. до $85,2 \pm 13,6$ мм рт. ст., что указывало на устранение сфинктероспазма. Трудоспособность пациентов восстанавливалась на $2,3 \pm 0,4$ сутки после операции. Рецидив заболевания через 6 месяцев после лечения был отмечен лишь у 17 (9,6%) пациентов.

ВЫВОДЫ. Применение аутоплазмы, обогащенной тромбоцитарными факторами роста, в лечении больных с хронической анальной трещиной сопровождается ликвидацией гипертонуса анального сфинктера и ускорением процессов регенерации поврежденных тканей. Это позволяет уменьшить число рецидивов заболевания после лечения, ускорить сроки заживления раны анального канала с сохранением целостности структуры тканей без их грубой рубцовой деформации, минимизировать выраженность болевого синдрома и сократить сроки реабилитации у данной категории пациентов после операции.

СТЕПЛЕРНАЯ ГЕМОРОИДОПЕКСИЯ С ОДНОМОМЕНТНЫМ ИССЕЧЕНИЕМ НАРУЖНЫХ УЗЛОВ

Белоцкая Л.В., Чистохин С.Ю.

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2, ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В современной колопроктологии продолжается поиск вариантов операции при геморрое, сочетающий в себе высокую эффективность и малую травматичность. Этим требованиям вполне соответствует степлерная геморроидопексия по Лонго, однако, многие врачи и пациенты не довольны формированием бахромок на месте оставленных наружных компонентов геморроидальных узлов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – сравнить результаты изолированной геморроидопексии по Лонго с гибридной операцией – степлерной геморроидопексии с одномоментным иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В течение года проведено проспективное нерандомизированное исследование 65 больных, оперированных способом степлерной геморроидопексии. Из них 20 пациентам с геморроем II-III степени операция Лонго выполнена в изолированном виде (I группа), а 45 больным с геморроем III-IV степени – гибридная операция – степлерная геморроидопексия дополнена иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов (II группа).

РЕЗУЛЬТАТЫ. У больных I группы после операции Лонго отмечался незначительный болевой синдром на уровне $2,5 \pm 1,2$ баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), купировался в течение первых же суток. Отек

перианальный наблюдался у 6 (30%), отек с выпадением слизистой у 3 (15%) из них. Послеоперационные небольшие кровотечения, остановленные консервативно отмечались у 2 (10%). Продолжительность лечения в стационаре составила $3,1 \pm 0,8$ дней, амбулаторного долечивания – $18 \pm 2,5$ дней.

В сроки от 2 до 12 месяцев по 1-2 раза обследованы все 20 пациентов I группы: у 12 (60%) из них сформировалось по 2-5 кожных бахромок, вызывавших дискомфорт и трудности с гигиеной, иногда анальный зуд, почти у всех таких больных бахромок иссечены в разные сроки электрокоагулятором в амбулаторных условиях. Отторжение скрепок механического шва сопровождалось дискомфортом, незначительными болями и геморрагическими явлениями у 2 (10%) больных. Отдаленные результаты в I группе расценены как хорошие у 90%, удовлетворительные – у 10%, плохие – не было.

Во II группе из 45 больных с геморроем III-IV степени после степлерной геморроидопексии с иссечением наружных узлов боли на уровне $3,7 \pm 1,3$ баллов по ВАШ, купировались на 2-3 сутки ($p=0,28$). Транзиторные отеки без выпадения прошитых узлов отмечены у 6 (13,3%), ($p=0,04$). Нагноений и кровотечений после этих операций не наблюдалось ($p=0,01$). Раны зажили первичным натяжением у всех пациентов этой группы, остатки геморроидальной ткани внутренних узлов подверглись полной инволюции, ни у одного из них не формировались кожные бахромок ($p=0,001$), что существенно облегчило и упростило ход послеоперационной реабилитации. Сроки стационарного лечения составили $3,8 \pm 1,2$ дней ($p=0,25$), амбулаторного долечивания – $21 \pm 4,5$ дней ($p=0,32$).

В сроки от 2 до 11 месяцев осмотрено 42 пациента II группы: дискомфорт и незначительные боли, связанные с отхождением скрепок наблюдались у 4 (9,5%) больных ($p=0,37$). У всех 100% констатированы хорошие клинические, анатомические и функциональные результаты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При геморрое III-IV степени гибридные операции в виде степлерной геморроидопексии по Лонго в сочетании с одномоментным иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов заметно облегчают течение реабилитационного периода, позволяют существенно улучшить ближайшие и отдаленные анатомические и функциональные результаты лечения. Такие варианты операции достойны широкого внедрения в клиническую практику.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РАНЫ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Брежнев С.Г., Жданов А.И., Коротких Н.Н., Коротких К.Н.

БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1», Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на то, что различным методам хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ) посвящена обширная библиография, частота послеоперационных осложнений остается достаточно высокой. Анализ литературы и собственный опыт показывают, что одним из наиболее частых осложнений после иссечения ЭКХ является несостоятельность раны с расхождением ее краев до дна, возникающее после запланированного снятия швов.

ЦЕЛЬЮ нашего исследования является выявление

причин несостоятельности раны при хирургическом лечении ЭЖХ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В данное исследование включено 99 пациентов колопроктологического отделения БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1», оперированных по поводу ЭЖХ в период с 2010 по 2015 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Общая частота осложнений у оперированных больных составила 16,2%, треть из них – несостоятельность раны. Для определения возможных причин данного осложнения были выполнены корреляционный и многофакторный анализы. На основании корреляционного анализа установлено, что достоверными ($p < 0,05$) причинами несостоятельности швов являются: широкая, более 10 см, операционная рана, а также натяжение тканей более 4 кг при ее ушивании. Многофакторный регрессионный анализ выявил, что вероятность расхождения краев раны после снятия швов увеличивается в 2,1 раза при ее ширине более 10 см ($OR=2,06$) и в 5,8 раз при натяжении тканей более 4 кг ($OR=5,76$). Таким образом, чем шире хирургический дефект, тем больше сила натяжения тканей ($r=0,975$, $p < 0,01$), и тем выше шанс несостоятельности раны при снятии швов ($r=0,87$, $p < 0,05$).

Результаты статистического анализа подтверждаются клиническими данными: у всех пациентов, раны которых после снятия швов разошлись на всем протяжении, дефекты тканей были от 10,6 до 12,4 см шириной, а натяжение составило от 4,1 до 4,5 кг.

ВЫВОДЫ. Полученные результаты свидетельствуют, что ширина операционной раны более 10 см и сила натяжения тканей при сведении ее краев более 4 кг с высокой вероятностью могут явиться причинами несостоятельности послеоперационной раны.

ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

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

Несмотря на то, что различные методы хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом (ЭЖХ) описаны в многочисленных научных трудах, выбор наиболее оптимального способа, удовлетворяющего как пациентов, так и хирургов, до сих пор является дискуссионным вопросом.

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Настоящее исследование основано на сравнительном анализе результатов хирургического лечения двух групп пациентов: группы сравнения, представленной 49 пациентами, оперированными вне зависимости от конфигурации ягодично-крестцово-копчиковой области и величины операционной раны; и группы исследования, состоящей из 50 больных, подход к выбору оперативного приема которым определялся как вариантом «стояния» ягодич, так и размерами хирургического дефекта и натяжением тканей сшиваемых краев.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На основании анализа результатов хирургического лечения установлено, что дифференцированный подход к выбору оперативного пособия позволил достоверно ($p < 0,05$) снизить длительность послеоперационной гипертермии с $1,55 \pm 0,12$ до $0,78 \pm 0,10$ суток, продолжительность антибиотикотерапии – с $9,2 \pm 0,3$ до $7,7 \pm 0,2$ суток. При этом частота послеоперационных осложнений уменьшена с 26,5%

в группе сравнения до 6% в группе исследования ($p < 0,01$). Послеоперационный койко-день сокращен с $11,8 \pm 0,3$ до $9,9 \pm 0,2$ суток, а срок временной нетрудоспособности снижен с $37,3 \pm 2,3$ до $21,6 \pm 0,1$ дней ($p < 0,05$).

Частота развития рецидивов заболевания в срок до двух лет у больных группы сравнения составила 13,9%, тогда как в группе исследования лишь в 2,1% зафиксирован возврат заболевания ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Полученные результаты позволяют сделать заключение, что индивидуальный подход к выбору хирургической тактики позволяет увеличить эффективность лечения больных эпителиальным копчиковым ходом за счет снижения частоты послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания, а также сокращения сроков нетрудоспособности.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ 2-3 СТАДИИ МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ ПОДСЛИЗИСТОЙ ДЕСТРУКЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ ТКАНИ

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

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лазерные технологии долгое время оставались вне поля зрения проктологов, что было обусловлено, прежде всего, неприемлемо высокой стоимостью оборудования и расходных материалов. В последние 2-3 года интерес к использованию лазера в проктологии значительно возрос, однако единых стандартов и подходов к технике выполнения манипуляций, а также показаний к их применению до сих пор не выработано, как нет и достаточной доказательной базы эффективности в отдаленном периоде.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка эффективности методики лазерной подслизистой деструкции геморроидальной ткани, уточнение показаний к ее применению, определение оптимальных настроек лазерной установки и анализ послеоперационных осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с октября 2017 по май 2018 гг. нами выполнено 25 операций лазерной подслизистой деструкции геморроидальной ткани по собственной методике. В исследовании включены пациенты с хроническим геморроем 2-3 стадии обоих полов в возрасте от 30 до 67 лет (средний возраст в группе 45 ± 12 лет). Перед операцией пациентам выполнялся стандартный объем клинического обследования. В послеоперационном периоде болевой синдром оценивался по визуально-аналоговой шкале.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Сроки послеоперационного наблюдения варьировали от 2 недель до 7 месяцев (средний срок наблюдения в группе составил $2,5 \pm 2,5$ мес.). Болевой синдром в первые сутки после операции составил от 2,0 до 4,1 баллов ($2,9 \pm 1,3$), а далее лишь снижался. Период нетрудоспособности составил от 5 до 10 дней (среднее значение в группе – $6,5 \pm 1,4$ дней). Осложнений процедуры не возникло ни в одном случае. Ни у одного из пациентов возврата симптомов хронического геморроя за период наблюдения не отмечено.

ВЫВОДЫ. После обработки данных пилотного исследования, результаты лечения выглядят весьма обнадеживающе. Однако, для объективных и доказательных выводов необходимо существенно большее количество пациентов исследуемой группы и длительность сроков наблюдения.