

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.,  
Недозимованный 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  $45 \pm 12$  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.