

от 0 до 3 баллов, где ответ «не беспокоит» – 0, «мало» – 1, «умеренно» – 2 и «значительно» – 3. Максимальное значение вопросов по поводу дисфункций тазовых органов составило 45 и влияние симптомов болезни на качество жизни 24 баллов, соответственно. Индекс тазовых дисфункций (ИТД) и индекс влияния на качество жизни (ИВКЖ) рассчитывали в процентах от максимально возможной суммы баллов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При заполнении анкет все вопросы были понятными и доступными для 62 (96,8%) исследуемых. Для самостоятельного заполнения анкет потребовалось, в среднем, 15-20 минут. Влияние клинических проявлений дисфункции тазового дна на качество жизни у больных было разным, так при ректоцеле ИТД, в среднем 36,5% снижало ИВКЖ на 43%, при ПАИ 39,5% – на 78,1%; при ВПК 49,2% – на 81,2% и при СВПКМ 76,7% – на 86,6%, соответственно.

ВЫВОДЫ. Несмотря на разнообразность клинических проявлений дисфункции тазового дна, самым значимым субъективным показателем оказалась недостаточность анального сфинктера, которая является причиной резкого снижения качества жизни у пациенток.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПОСЛЕРОДОВОЙ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ

Наврузов С.Н., Нарузов Б.С., Шаймарданов Э.К.

1-Республиканская клиническая больница, отделение колопроктологии, Ташкент, Узбекистан

АКТУАЛЬНОСТЬ. Роды являются основной причиной недержания кала и газов у женщин, но это не привлекает достаточного внимания акушеров-гинекологов. Послеродовая недостаточность анального сфинктера встречается у 6,36% женщин, причем у первородящих в 9 раз чаще.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов хирургической коррекции больных, с послеродовой анальной инконтиненцией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении колопроктологии на базе 1-Республиканской клинической больницы МЗ РУз прооперировано 164 больных с послеродовой анальной инконтиненцией. Возраст больных колебался от 24 до 62 лет (средний – 44,6±5,8 года). В зависимости от выбора метода предоперационной подготовки и способа оперативного пособия больные были разделены на 2 группы: в контрольную группу вошли 81 (ретроспективный анализ), а основную группу составили 83 больных. Больным контрольной группе проведена передняя сфинктеропластика традиционным способом, а больным основной группы сфинктеропластика была выполнена предложенным нами модифицированным способом.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Сравнения по продолжительности операции показали, что в контрольной группе длительность операции составила, в среднем, 80,3±5,7 минут, а этот показатель в основной группе составил 58,3±6,2 минут ($t=2,61$; $p>0,05$). Уменьшение продолжительности операции объясняется тем, что при выполнении модифицированной сфинктеропластики применены однорядные швы. Также в послеоперационном периоде продолжительность койко-дней уменьшилась (7,5±0,5 дней в контрольной группе и 5,4±0,4 дней – в основной группе; $t=3,28$; $p<0,05$) за счет уменьшения послеоперационных осложнений (16,1% в контрольной группе и 6,1% – в основной; $\chi^2=1,66$; $p>0,05$).

ВЫВОДЫ. В целом получены неплохие результаты: в контрольной группе у 67,7% пациентов – хорошие

результаты, удовлетворительные – у 22,6% и рецидив выявлен у 9,7%, а в основной группе хорошие результаты отмечены у 90,9% пациенток, удовлетворительные – у 9,1% и рецидив заболевания не отмечен ни у одной больной ($\chi^2=6,13$; $p<0,05$).

ОПЕРАЦИЯ HAL-RAR В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Нечай И.А., Мальцев Н.П.,
Афанасьева Е.П., Лакашия И.Т.

СПбГУ, кафедра ПДМО, отделение колопроктологии
ГБ № 40, Санкт-Петербург, Россия

С 2014 г. при хроническом геморрое 2-3 стадии мы используем методику дезартеризации геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерографии с последующей их мукопексией (HAL-RAR).

ЦЕЛЬ. Оценить отдаленные результаты оперативного лечения больных с хронической геморроидальной болезнью, используя методику HAL-RAR.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Мы располагаем опытом лечения 65 пациентов хроническим геморроем по методике HAL-RAR. Мы располагаем данными о 63 больных. Операции выполнялись с помощью аппарата «Ангиодин-прокто» (Россия). Преимущественно большинство составили мужчины 55 (84,6%) и только 10 (15,3%) женщин в возрасте от 27 до 77 лет. Средний возраст составил 53 лет. У 10,7% (6 пациента) больных диагностирована 2 стадия, у 92,06% (58 пациентов) 3 стадия, у 1,6% (1 пациент) – 4 стадия. Все пациенты предъявляли жалобы на геморрагию после акта дефекации и выпадение геморроидальных узлов из анального канала.

Операции выполнялись под спинномозговой анестезией. Под визуально-акустическим контролем хирург последовательно определяет и прошивает все диагностированные геморроидальные артерии. После дезартеризации, при необходимости, выполняется следующий этап – мукопексия, которая проводится путем наложения обвивного шва на увеличенный геморроидальный узел.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Практически у всех пациентов был отмечен «легкий» послеоперационный период. Индекс боли по ВАШ составил 4,3 балла – на 1 сутки и 2,4 балла – на 3 сутки. Преимущественно большинство пациентов отмечали легкое опорожнение прямой кишки, без кровотечения и выпадения геморроидальных узлов.

Осложнения в послеоперационном периоде были выявлены у 5 (7,9%) пациентов. В 2 (3,2%) случаях наблюдался тромбоз внутренних геморроидальных узлов. У 2 (3,2%) пациентов диагностировано п/о кровотечение, которое было остановлено в условиях операционной. У 1 (1,5%) пациента наблюдалась острая задержка мочи, которая была купирована путем катеризации мочевого пузыря. Рецидив заболевания отмечен у 4 (6,3%) больных. Им выполнено иссечение по одному геморроидальному узлу.

Для изучения отдаленных функциональных результатов лечения была разработана анкета-опросник, состоящая из 9 вопросов. У 58 (89,2%) больных после операции прошло 6 месяцев и более. Анкетированы 63 пациента. По результатам опроса: полностью удовлетворены результатами операции 85,7% пациентов, 7,9% больных отметили выпадение узлов и периодическое недержание газов, 6,3% – отметили редкие эпизоды геморрагии при дефекации. Для объективной оценки отдаленных результатов лечения этих пациентов, изучали кровотоки в анальном канале и в местах

мукопликации геморроидальных узлов, с использованием аппарата «Ангиодин-прокто» и карандашевидного ультразвукового датчика 8 МГц.

ВЫВОДЫ. Операция HAL-RAR эффективна у больных со 2-3 стадией хронического геморроя, легко переносится пациентами и при этом, отмечается небольшое число осложнений и рецидивов заболевания. В отделении колопроктологии эта операция должна быть в арсенале хирургических методов лечения хронического геморроя.

ПИЛОНИДАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ – ИЗВЕСТНАЯ ПРОБЛЕМА. ЕСТЬ ЛИ НОВЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ?

Нечай И.А.^{1,2}, Мальцев Н.П.², Божченко А.А.³, Сивашинский М.С.², Павлов М.В.¹

¹ СПбГУ, кафедра ПДМО

² СПбГБУЗ «Городская больница № 40» отделение колопроктологии

³ ФГБВОУВО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» МО РФ, кафедра кожно-венерологических болезней, Санкт-Петербург, Россия

ЦЕЛЬ. Оценить результаты оперативного лечения больных с эпителиальными копчиковыми ходами (ЭКХ), используя «закрытые» методики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В докладе представлены данные оперативного лечения 100 пациентов с пилонидальной болезнью, которые проходили лечение в специализированном отделении колопроктологии ГБ № 40 в период с 2014 по май 2017 гг. 25% больных оперированы с латерализацией раны в модификации по Karydakis (1-я группа), 75% больных оперированы с мобилизацией мышечно-фасциальных лоскутов (2-я группа). Всего в исследовании включено 78% мужчин и 22% женщин, средний возраст которых составил 28,7±8,6 лет. Обезболивание – спинальная анестезия. В послеоперационном периоде пациенты получали ненаркотические анальгетики в течение 1-2 суток.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Заживление первичным натяжением наблюдалось у 92 (92%) пациентов. Швы с раны снимали на 8-10 сутки. Осложненное течение раневого процесса наблюдалось у 9 пациентов. В 1-й группе у 3% пациентов эвакуированы серомы послеоперационной раны. Во второй группе у 5% пациентов диагностирована серома, а у одного больного наблюдалось локальное нагноение раны. Рецидив заболевания установлен у двух пациентов. Для изучения отдаленных функциональных результатов лечения была разработана анкета, состоящая из 8 вопросов. Анкетирование проводилось у тех пациентов, у которых после операции прошло более 12 мес. Всего анкетировано 62 пациента. По результатам опроса: удовлетворены результатами операции 98% пациентов, 49% больных отметили некоторое нарушение чувствительности в области рубца, 18% – незначительный дискомфорт в зоне послеоперационного рубца, при длительном сидении. Для объективизации результатов лечения больных с использованием «закрытых» методик, 23 пациентам, предъявлявшим жалобы, было выполнено УЗИ мягких тканей межъягодичной области.

ВЫВОДЫ. Обе «закрытые» методики оперативного лечения пилонидальной болезни являются эффективными, сопровождаются коротким сроком заживления ран, хорошим косметическим эффектом, коротким периодом реабилитации и удовлетворительными отдаленными функциональными результатами.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Пантюков Е.Д., Велиев Т.И., Шалапин Д.И.

Краевой колопроктологический центр КГБУЗ «Горбольница № 4», Барнаул, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Заболеваемость ЭКХ составляет 1-2% от всех хирургических пациентов. Актуальность проблемы высока, потому что страдает молодое, трудоспособное население в возрасте от 15 до 30 лет.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка эффективности выбора метода оперативного лечения при различных формах хронического воспаления ЭКХ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За 2017 год нами прооперировано 154 пациента с хроническим воспалением эпителиального копчикового хода.

63 (41%) пациентам было выполнено иссечение ЭКХ с подшиванием краёв раны к дну по типу марсупиализации. Швы снимались на 10-13 сутки. Заживление происходило первичным натяжением, остаточная рана заживала на 25-35 сутки.

58 (38%) пациентам было выполнено иссечение ЭКХ с ушиванием раны наглухо. Из них 35 (60%) пациентам рана была ушита швами по Донати, 23 (40%) пациентам рана ушивалась параллельными швами. Швы снимались на 11-14 сутки.

33 пациентам были выполнены различные виды пластики раны перемещёнными лоскутами. Швы снимались на 10-13 сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Осложнения возникли у 8 (5%) человек из общего числа пролеченных пациентов. После иссечения ЭКХ с подшиванием краёв раны к дну прорезывание п/о швов наблюдалось в 1 (0,7%) случае, расхождение краёв раны после снятия швов – в 2 (1,5%) случаях. После иссечения ЭКХ с ушиванием раны наглухо прорезывания швов не наблюдалось, расхождение краёв раны после снятия швов было у 3 (2%) пациентов на 2-4 сутки после снятия швов, 1 случай со швами по Донати, 2 случая с параллельными швами. Нагноение раны наблюдалось у 2 (1,5%) пациентов, по 1 на каждый вид ушивания раны наглухо. После пластики раны перемещённым лоскутом было 1 (0,7%) нагноение п/о швов, потребовалось снять 3 шва, санировать гнойную полость, на 4 сутки было выполнено ВХО, в итоге раны зажили первичным натяжением. Рецидивов ЭКХ за год не было.

ВЫВОД. Благодаря правильному выбору вида оперативного лечения и хорошей хирургической технике, нам удалось добиться хороших результатов в лечении хронического воспаления ЭКХ в разных формах.

ОБЪЕМ НЕКРЭКТОМИИ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ МЕТОДОМ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ФЛЕГМОНОЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Сергацкий К.И.^{1,2}, Меджлумян А.С.¹, Захаров А.Д.¹, Милютина Е.Ю.³, Зайцева М.А.¹

¹ ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»

² ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н.Бурденко»

³ ГБУЗ «Клиническая больница № 4», Пенза, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. После выполнения некрэктомии, элиминации анаэробной инфекции и стабилизации