

7-10 дней проводилось иссечение наружных геморроидальных узлов радиоволновым методом. Пациентам контрольной группы было выполнено лигирование внутренних геморроидальных узлов. Всем пациентам во время лечения проводилась сонография кровотока в наружных геморроидальных узлах на 1-е (до лигирования), 10-е сутки (перед второй процедурой) и через 30 суток после окончания лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У пациентов основной группы послеоперационных осложнений не было. В контрольной группе у 2 (4,1%) пациентов развилось обострение наружного геморроя. Сонография на 10 сутки у всех пациентов показала снижение скорости кровотока. Через 30 суток после окончания лечения, у пациентов контрольной группы она восстановилась до первоначальной, у пациентов основной группы кровотоки не выявлялись. Контрольные осмотры через 1 год выявили у 9 (17,4%) в контрольной и у 4 (7,9%) пациентов в основной группе рецидив клиники геморроя.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предложенный способ лечения комбинированного геморроя, позволяет снизить количество послеоперационных осложнений и улучшить отдаленные результаты.

РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАГНОИВШЕГОСЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Красенков Ю.В., Фролкин В.И., Ковалев Б.В.

Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты лечения больных с нагноившимся эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ) путём использования новых технологий.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Исследовано 62 больных с нагноившимся ЭКХ. Диагностику острого тканевого гипертензионного синдрома (ОТГС) проводили с помощью аппарата «Strucker» REF (патент РФ № 2393783).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 62 больных у 38 (61,3%) был диагностирован ОТГС на фоне нагноившегося ЭКХ и выполнена подкожная фасциотомия области медиального отдела большой ягодичной мышцы. У 21 (33,9%) больного с разветвленным свищевым копчиковым ходом, мы наблюдали на фистулографии гнойные полости в мягких тканях ягодичных областей. Под эпидуральной анестезией выполняли вскрытие абсцесса ягодично-крестцово-копчиковой области из линейного разреза строго по средней линии. Прокрашенные ткани удаляли единым блоком с ликвидацией первичного отверстия ЭКХ. В послеоперационном периоде рану ежедневно обрабатывали низкочастотным ультразвуком. Проводили озонотерапию. Использовали мажевые повязки с Левомеколем. Критерием завершения первого этапа лечения было снижение у всех больных КОЕ до 10^4 микробных тел в 1 г ткани.

Вид операции зависел от показателей индивидуальной шкалы бальной оценки течения (патент РФ № 2408292). Ранние вторичные швы с проточно-промывным дренированием у 13 больных; поздние вторичные швы с подшиванием краев раны к дну – у 27 больных; дозированная дерматензия – у 4 больных; свободная пластика расщепленным кожным лоскутом у 6 больных. Пластика сложным трансплантатом по оригинальной методике – у 12 больных (патент РФ № 2398532).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Дифференцированный подход к двухэтапному радикальному хирургическому лечению больных с нагноившимся ЭКХ на стадии абсцесса с учетом оценки стадии развития ОТГС и динамики

бактериальной контаминации в зоне операции даёт возможность минимизировать уровень послеоперационных местных осложнений, что позволяет достичь хороших результатов лечения у 93,7% и удовлетворительных – у 2,1% (в контроле – 70,4% и 25,0%, соответственно).

НАШИ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОГО МЕТОДА ГРАЦИЛЛОПЛАСТИКИ ЗАМКАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ

Татьянченко В.К., Сухая Ю.В., Богданов В.Л., Красенков Ю.В., Тюнина Е.И.

Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Повысить эффективность хирургического лечения недостаточности анального сфинктера путём использования разработанных технологий.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В клинике у 24 больных в возрасте от 18 до 59 лет с диагнозом недостаточности анального сфинктера различного генеза, выполнена сфинктеропластика тонкой мышцей бедра (патент РФ № 1202563).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Особенности техники по разработанной методике являются: полная мобилизация мышечного лоскута; выделение основного сосудисто-нервного пучка и подведение его на промежность через подкожный туннель, создание новых точек прикрепления для проксимального и дистального концов мышечного лоскута после формирования замыкательного аппарата кишки. Для повышения резистентности мышечных лоскутов к ишемии в предоперационном периоде следует проводить подготовку внутриорганного сосудистого русла в течение 9-10 дней при первоначальном снижении pO_2 на 20% от исходного уровня (патент РФ № 1600711). Ранние сроки после операции (14 дней), когда вновь созданный замыкательный аппарат кишки сокращается в изотоническом режиме, имеют охранительное значение. Начиная с 15-го дня после операции и в течение 30 дней, проводили биостимуляцию неосфинктера прямой кишки. Установлено, что к 60-му дню замыкательный аппарат кишки полностью сохраняет биоэлектрическую активность той мышцы, из которой он создан и сокращается в изометрическом режиме. Полученные результаты электромиографического исследования определяют характер и методику лечебной физкультуры для больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Отдалённые результаты лечения недостаточности анального сфинктера у подавляющего числа пациентов хорошие – 83,3% и у 8,4% – удовлетворительные, что расширяет показания к выполнению операции по созданию неосфинктера путём грациллопластики с использованием разработанных нами технологий.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОКЦИГОДИНИИ

Татьянченко В.К., Сухая Ю.В., Воронова О.В., Гагарина Я.С., Манулик А.Ф.

Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить динамику развития кокцигодии и разработать способ хирургического лечения в зависимости от степени тяжести патологического процесса.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Клинический раздел вклю-

чает 48 больных с нейродистрофической кокцигодинией (НДК). Всем больным проводилось пальцевое исследование прямой кишки, электромиография, измерение тканевого давления (ТД) по оригинальной методике (патент РФ № 2393783).

РЕЗУЛЬТАТЫ. При анализе клинического материала установлено, что для больных с НДК характерны умеренные (60%), реже сильные (22%) и очень сильные (18%) ноющие боли. Локализовались боли чаще в области промежности (88%) с иррадиацией в область анального канала и прямой кишки (72%). При поступлении давность заболевания до 1 года была у 12,5% больных, от 1 до 2 лет у 16,7%, от 2 до 3 лет у 41,7% и свыше 3-х лет у 29,1% больных. Разработана индексная шкала оценки степени тяжести НДК. Легкая степень выявлена у 16 (33,33%) больных, средняя – у 22 (45,84%) пациентов и тяжелая – у 10 (20,83%) больных. Результат консервативного лечения больных с легкой степенью НДК положительный. Пациенты со средней степенью тяжести НДК (консервативная терапия не давала положительного эффекта длительное время) относятся к группе риска. Из этой группы 15 больным выполнена операция. Всем пациентам с тяжелой степенью НДК и клиническим прогрессированием заболевания было проведено оперативное лечение.

У 25 больных с НДК использованы, с целью микровазкулярной декомпрессии полового нерва в канале Алькокка, цилиндрические силиконовые пористые микропротекторы. Из 25 выполненных операций высокая эффективность декомпрессии промежностной части полового нерва получена у 21 (92%) больного. При оценке результатов хирургического лечения больных с НДК регистрировали ЭМГ, ТД, рассчитывали коэффициент выраженности боли.

ВЫВОД. Разработанный способ хирургического лечения кокцигодинии позволяет получить хорошие отдаленные результаты в 92% случаев, что служит основанием для его использования в комплексном лечении данной группы больных.

ПЛАСТИКА ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ТОТАЛЬНОМ ПРОЛАПСЕ И РЕКТОЦЕЛЕ 2-3 СТЕПЕНИ

Тотиков В.З., Дзанаева Д.Б., Тотиков З.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Генитальный пролапс является одной из наиболее сложных проблем современной гинекологии и колопроктологии. Встречается у 15-43% рожавших женщин и ведет не только к нарушениям анатомии и физиологии тазового дна, но и к изменению функций мочевого пузыря (74,1%) и прямой кишки (21,3%).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Разработать способ, позволяющий произвести восстановление анатомо-топографического дефекта и анатомо-функциональную коррекцию тазового дна в целом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование основано на результатах лечения 218 женщин с опущением внутренних половых органов 3 степени и ректоцеле 2-3 степени, у которых пластика тазовой диафрагмы выполнена с использованием сетчатого материала по оригинальному способу.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем послеоперационном периоде осложнений нами не отмечено. Через 3 месяца диспареуния не выявлена ни у одной больной, так же как и болевой синдром. Нарушение эвакуаторной функции прямой кишки у 11,5%. У 22 из 25 больных с нарушением пассажа кишечного содержимого в последующем выполнены пластики ректовагинальной перегородки.

Отдаленные результаты отслежены у 92 больных. Отличные результаты получены у 27,2% больных, хорошие – у 64,1%, и удовлетворительные – у 8,7%, неудовлетворительные результаты нами не отмечены.

ВЫВОДЫ. Восстановление тазовой диафрагмы, при тотальном пролапсе, с использованием предложенного способа позволяет выполнить одновременную фиксацию и репозицию уретровезикального сегмента, стенок влагалища, матки, прямой кишки и одновременно ликвидацию ректоцеле, профилактику развития энтероцеле.

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ

Тотиков В.З., Тотиков З.В., Калицова М.В., Медоев В.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лечение геморроя посвящено достаточно много работ, предложено десятки консервативных, малоинвазивных и радикальных методов лечения, в то же время остается актуальным вопрос профилактики и лечения послеоперационных осложнений, в частности болевого синдрома, острой задержки мочи, развития стриктур анального канала, достаточно часто сопровождающие радикальные операции.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Разработка способов лечения геморроя, позволяющих в послеоперационном периоде уменьшить болевой синдром, а также снизить вероятность развития стриктур анального канала и недостаточность анальных сфинктеров.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Для решения поставленной цели при радикальном лечении III-IV стадий геморроя нами разработано специальное зеркало, которое позволило улучшить доступ к операционному полю и исключить травматичную дивульсию анального канала. Всего геморроидэктомия с использованием специального анального зеркала нами выполнена у 624 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В послеоперационном периоде рефлекторная задержка мочи, носившая кратковременный характер, отмечена у 12 (1,9%) больных. Болевой синдром, требовавший обезболивания наркотическими средствами был отмечен у 18 (2,9%) больных, купировался на 2-3 сутки. У 3 (0,5%) больных имело место кровотечение из кожной раны. У одного из них кровотечение отмечено из зоны проекции ножки узла. Кровотечение остановлено после дополнительного прошивания. У остальных 2 больных кровоточили сосуды из раны периаанальной кожи. У этих больных также кровотечение остановлено путем прошивания. Еще у 2 (0,3%) выявлен подслизистый гнойник. В обоих случаях гнойники вскрыты ручным пособием. Отдаленные результаты от 6 месяцев до 3 лет мы наблюдали у 137 больных. У одного больного выявлена задняя анальная трещина, у 2 больных – умеренно выраженная стриктура анального канала, которая была в обоих случаях ликвидирована после бужирования.

ВЫВОДЫ. Таким образом, специальное анальное зеркало создает свободный доступ, позволяющий без травматичной дивульсии, не дислоцируя слизистую анального канала, выполнять открытую или закрытую геморроидэктомию без формирования культи. А также создает более благоприятные условия для выполнения подслизистой геморроидэктомии.