

ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ПРОКТОЛОГИЯ

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Абелевич А.И., Ларин А.А., Кокобелян А.Р., Ванцинова Е.В., Янышев А.А., Лебедева М.А.

Хирургическая клиника Нижегородской областной больницы им. Н.А.Семашко, Нижний Новгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморроидэктомия аппаратом Лига-шур позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений, по сравнению с традиционными вмешательствами. Однако частота ранних неудовлетворительных результатов остается значительной.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить результаты сочетания геморроидэктомии аппаратом Лига-шур и послеоперационного приема флеботропных препаратов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. За последние 5 лет выполнено 588 геморроидэктомий аппаратом Лига-шур пациентам с осложненным хроническим геморроем 3-4 стадии. Соотношение мужчин и женщин было приблизительно равным, средний возраст составил 57 лет. В большинстве случаев выполнялась геморроидэктомия 3 основных узлов с предварительным прошиванием и лигированием ножки узла рассасывающейся атравматичной нитью. Для послеоперационного обезболивания вводились ненаркотические анальгетики. В раннем послеоперационном периоде 164 больных принимали с 1 дня после операции препарат детралекс 500 мг по семидневной схеме, применяемой для лечения острого геморроя. В послеоперационном периоде регистрировались наличие болевого синдрома и его интенсивность по 10-балльной аналоговой шкале, наличие кровотечения и дизурических явлений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Интенсивный болевой синдром был зарегистрирован у 69 (11,7%) больных. У большинства из них наблюдалось раннее расхождение краев ран. Дизурические явления имелись у 12 (2,0%) человек. В группе пациентов, принимающих детралекс, интенсивные боли возникли у 13 (7,9%), а дизурические явления не были зарегистрированы ни в одном случае.

ВЫВОДЫ. Частота и интенсивность послеоперационных болей после геморроидэктомии аппаратом Лига-шур коррелирует с временем расхождения электротермического шва. Периодационный прием микролизированной флавоноидной фракции не исключает наличие болевого синдрома, но уменьшает вероятность появления болей, их интенсивность, а также сопутствующие им дизурические явления.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПРЕССИОННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО И ЛИГАТУРНОГО ШВА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Алиев Ф.Ш., Лейманченко П.И., Алиев В.Ф.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Реконструктивно-восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки считаются непредсказуемыми в плане развития послеоперационных осложнений. При компрессионном шве создаются лучшие условия для регенерации тканей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить сравнительные результаты реконструктивно-восстановительных опе-

раций после обструктивных резекций типа Гартмана в зависимости от способа шва.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Сформировано 2 группы исследования: в основную группу вошли 22 пациента, которым были сформированы компрессионные колоректальные анастомозы при помощи имплантатов с памятью формы; в контрольную включены 30 пациентов, которым формирование колоректального соустья осуществлялось лигатурным способом по Матешуку-Ламберу. По возрасту, полу, причинам выведения стом, частоте сопутствующих заболеваний сравниваемые группы были сопоставимы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Способ компрессионного формирования колоректального анастомоза позволяет сократить время наложения анастомоза от 32 минут до 15 минут, более чем в 2 раза уменьшает септический этап операции. После операции в основной группе больных в 1 (4,5%) случае развился инфильтрат в зоне анастомоза. Отдаленных осложнений в сроки до 3 лет в основной группе мы не наблюдали, в контрольной имело место 2 случая развития стриктуры соустья.

ВЫВОД. Опыт применения компрессионного анастомоза при реконструктивно-восстановительных операциях после операции типа Гартман I позволяет говорить о перспективе компрессионного колоректального шва в клинической практике.

ОБОСНОВАНИЕ РАДИКАЛЬНОСТИ КОМПРЕССИОННОЙ ГЕМОРРОИДЕКТОМИИ ЗАЖИМАМИ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ

Алиев Ф.Ш., Савельев Н.Н., Алиев В.Ф., Старцева П.Н.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить эффективность лечения больных с хронической геморроидальной болезнью 3-4 стадии способом компрессионной геморроидэктомии никелид титановыми зажимами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведены экспериментальные исследования на 18 трупах взрослых людей по изучению сосудистой архитектуры дистального отдела прямой кишки по Капуллеру Л.Л. (1974) до и после наложения компрессионных устройств на внутренние геморроидальные узлы. Критерием радикальности операции считалось пережатие геморроидальной артерии, максимальный захват кавернозной ткани в зажим. Изучены послеоперационные результаты у 72 больных с геморроидальной болезнью 3-4 стадии, оперированные с 2015 по 2016 гг. способом компрессионной геморроидэктомии никелид титановыми зажимами. Ткани после компрессии над зажимом отсекаются. В 28 случаях (38,8%) проводилась компрессия основания геморроидальных узлов на 3, 7 и 11 часах условного диферблата; в 44 (61,2%) – в 2 этапа через 1,5 месяца. В послеоперационном периоде назначается детралекс (1 таб.) 1000 мг × 1 раз в сутки, дюфалак 15 мл × 2 раза в сутки, сидячие ванночки с раствором марганца после стула. В ближайшем послеоперационном периоде изучался болевой синдром по ВАШ, в сроки через 3, 12 и 24 месяца после операции изучалось наличие у больных выпадения узлов и кровотечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На ангиопротограммах после имплантации никелид титановых зажимов на основание геморроидальных узлов отчетливо выявляется

пережатие питающей геморроидальный узел артерии и максимальный захват в зажим кавернозных элементов. Среднее время операции $7,6 \pm 1,8$ минут. Болевой синдром у 65 (90,27%) больных практически отсутствовал. Отмечалось, преимущественно, чувство инородного тела. Выраженный болевой синдром отмечали 2 пациента (75 и 80 баллов по ВАШ), у которых развился острый тромбоз наружных узлов. Во все сроки наблюдения выпадения геморроидальных узлов не наблюдалось, кровотечение имело место у 5 (6,94%) пациентов через 12 месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Компрессионная геморроидэктомия никелид титановыми зажимами соответствует критериям радикальности, не сопровождается выраженным болевым синдромом, является высокоэффективным малоинвазивным способом лечения больных с хроническим геморроем 3-4 стадии.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРРОЯ II-III СТАДИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Андреев А.А., Болотских В.А., Рягузова А.И.
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко, Воронеж, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка эффективности методов малотравматичного лечения хронического внутреннего геморроя у больных пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях.

Выполнен анализ амбулаторного лечения 60 пациентов с хроническим внутренним геморроем II-III стадий: 30 пациентов с лигированием внутренних геморроидальных узлов (1-я группа) и 30 пациентов после проведения операции HAL-RAR (2-я группа). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, характеру основной и сопутствующей патологий. Возрастной состав пациентов – 60-78 лет. В 1-й и 2-й группах мужчин было 23 и 22, женщин – 7 и 8, соответственно.

Лигирование геморроидальных узлов (1-я группа) проводилось в три этапа (каждые 14-21 день) вакуумным лигатором «Karl Storz» (0,6-0,7 атм.). Трансанальная дезартеризация (HAL-RAR) с лифтингом и мукопексией (2-я группа) выполнялась на аппарате HAL DOPPLER II фирмы А.М.1. (Австрия) под спинно-мозговой анестезией, в 9 случаях с внутривенной седацией. Время проведения операции – 15-25 минут, длительность пребывания в стационаре – 6-9 часов.

В 1-й группе в течение первых суток 11 больных жаловались на тенезмы, купирующиеся анальгетиками; у 6 пациентов была отмечена артериальная гипертензия, потребовавшая приема гипотензивных препаратов, у 1 пациента – дизурические явления. У 2 пациентов на 7-9 день после процедуры наблюдалось выделение крови при дефекации, не потребовавшее обращения к врачу. Во 2-й группе у 2 больных развился коллапс без потери сознания; катетеризация мочевого пузыря в клинике потребовалась 6 мужчинам и 1 женщине, после выписки – 1 пациенту. В течение 3-х лет во 2-й группе повторное лигирование единичных узлов выполнено у 3 больных, склеротерапия – у 4, одна из которых осложнилась тромбозом наружного геморроидального узла, купированным медикаментозно.

Таким образом, обе методики продемонстрировали высокую эффективность применения в амбулаторных условиях у больных пожилого и старческого возраста. К преимуществам операции HAL-RAR можно отнести однократное проведение процедуры, отсутствие рецидивов в течение 3-х лет, к недостаткам – применение

дорогостоящих расходных материалов и возможность развития побочных явлений спинальной анестезии.

РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ И ГИДРОИМПУЛЬСНЫЕ САНАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Андреев А.А., Демьянов А.Н.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н.Бурденко, кафедра общей хирургии, Воронеж, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов комплексного лечения больных с острым парапроктитом (ОП), путем применения радикальных операций и гидроимпульсных санаций гнойной полости (ГИС ГП). Проведен анализ лечения 158 больных с ОП в 3-х группах: контрольной и 2-х опытных. В контрольной группе (40 больных) выполняли вскрытие, дренирование гнойной полости, ликвидацию отверстия свища в прямой кишке (радикальная операция) и стандартное местное лечение. В 1-й и 2-й основных группах – ежедневные ГИС ГП после нерадикальных (вскрытие, дренирование гнойной полости) /47 больных/ и после радикальных операций /71 больной/, соответственно. Для реализации ГИС ГП использовали устройство «УТОР-01», разработанное на кафедре общей хирургии ВГМУ имени Н.Н.Бурденко совместно с КБ «Химвавтоматика» (г. Воронеж). Больные получали антибактериальную, по показаниям: дезинтоксикационную, симптоматическую терапию и обезболивание. Эффективность лечения больных оценивали на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Количество гнойного отделяемого в основных группах к 4-м суткам после операции сократилось в 2 раза, в контрольной группе – наблюдалось в течение 11-12 суток. В основных группах количество микробных тел на грамм тканей к 9-м суткам составило 102-103; в контрольной – 104-105. В основных группах выраженные грануляции появлялись, в среднем, на 7-8-е; в контрольной группе – на 10-11-е сутки, соответственно. Нормализация количества лейкоцитов, СОЭ и температуры в 1-й основной группе отмечалась на 6-7-м, во 2-й основной – к 11-м, в контрольной – на 11-13-е сутки. В контрольной группе гнойная полость на 7-е сутки уменьшалась, в среднем, до 1/5; в основных группах – до 1/6 объема, соответственно. В сроки до года у 5 больных с нерадикальным лечением возникли свищи прямой кишки; при радикальном – у 4-х пациентов через полгода имелась недостаточность анального сфинктера I степени, у 1-го – через 12 месяцев (II степень).

Оптимальным способом комплексного лечения ОП является выполнение радикальной операции в сочетании с ГИС ГП /2-я основная группа/, что позволило сократить сроки воспаления, в среднем, на 50%, образования грануляций и эпителизации – на 30-40%, микробной обсемененности, что в совокупности позволило снизить длительность госпитализации больных.