

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Проанализированы результаты лечения 96 больных с интра- и трансфинктерными свищами прямой кишки. Критерии включения: свищи с расположением наружного свищевого отверстия на расстоянии более 3 см от ануса. Интрасфинктерные свищи иссекали в просвет прямой кишки копьевидным разрезом с вершиной копья в анальном канале. При трансфинктерных свищах ушивались рассеченные волокна сфинктера. Дистальную часть раны до основания «копья» ушивали наглухо.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ.** Больных выписывали из стационара на 4-5 сутки, швы снимали амбулаторно. Применением такой лечебной тактики удалось добиться сокращения сроков заживления ран при интра- и трансфинктерных свищах, в среднем, на 7,4 суток, по сравнению с 78 пациентами, у которых рана полностью заживала вторичным натяжением. Нагноения раны, рецидивов свищей не было.

**ВЫВОДЫ.** Предложенная лечебная тактика позволяет сократить сроки заживления ран при лечении интра- и трансфинктерных свищах прямой кишки.

## ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Лаврешин П.М., Муравьев А.В., Гобеджишвили В.К., Гобеджишвили В.В., Жабина А.В.

ФБГОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.** В структуре колопроктологических заболеваний хронический геморрой занимает первое место, удельный вес его составляет от 34 до 41%.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценить результаты ретроградной геморроидэктомии.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Проанализированы результаты лечения 230 больных, которым выполнена ретроградная геморроидэктомия. При обследовании больных применяли общеклинические и инструментальные методы исследования (осмотр, пальпацию, аноскопию, ректороманоскопию, фиброколоноскопию). Методика операции: ножку узла выше зубчатой линии прошивали и перевязывали. Ниже лигатуры она пересекалась, и последовательно, по мере удаления внутреннего и наружного геморроидальных узлов, рана ушивалась непрерывным кетгуттовым швом с захлестом нити. Для выявления предрасположенности к патологическому рубцеобразованию у всех больных определяли тип ацетиляции. Оказалось, что 154 (66,9%) пациента обладали высокой ацетиляторной способностью, что указывало на склонность к формированию у них патологических рубцов. Этим больным в послеоперационном периоде проводилась комплексная противорубцовая терапия.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ.** У 3 больных возникло раннее и у 2 пациентов позднее вторичное кровотечение. У 1 больного диагностирован острый подкожный парапроктит, у 4 оперированных с предрасположенностью к патологическому рубцеобразованию – стриктура анального канала.

**ВЫВОДЫ.** Предложенная методика позволяет выполнить операцию с минимальной кровопотерей, своевременно провести комплексную противорубцовую терапию, направленную на профилактику развития стриктуры анального канала.

## ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

Ломоносов А.Л., Благодарный Л.А., Ломоносов Д.А., Калинин М.Н.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия  
Тверской государственный медицинский университет, Тверь, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Острый тромбоз геморроидальных узлов (ОТГУ) осложняет течение хронического геморроя в 22-90% случаев.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Отработка методов амбулаторного лечения пациентов с ОТГУ.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Обследовано 59 пациентов с ОТГУ из них 33 (55,9%) мужчины. У большинства – 54 (91,1%) пациентов был выявлен ОТГУ 1 степени тяжести, у 4 (6,8%) больных – 2 степени, и у 1 (1,7%) пациента – 3 степени. Одиночный наружный тромбированный узел был выявлен у 48 (81,4%) пациентов, два узла без четкой границы между ними отмечены у 4 (6,8%) пациентов, у 7 (11,9%) пациентов выявлено три узла без четкой границы между ними. У 3 (5,1%) пациентов выявлен некроз слизистой оболочки геморроидального узла с кровотечением. Интенсивность боли до обращения к проктологу оценивалась как выраженная ( $7 \pm 2,3$  баллов по ВАШ) 17 (28,8%) больными. Умеренные боли ( $3 \pm 1,4$  баллов по ВАШ) отметили 30 (50,9%) пациентов, а их отсутствие – 12 (20,23%) больных. При обращении к проктологу выраженные боли выявлены у 5 (8,5%) пациентов, умеренные – у 31 (52,5%) больного, отсутствие болей отмечено у 23 (39%) больных. У большинства пациентов (37;62,7%) причину ОТГУ выявить не удалось.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При выявлении ОТГУ 1 и 2 стадии с четкими границами узлов у 22 (37,3%) больных проведено срочное иссечение тромбированных геморроидальных узлов под местной анестезией. Выраженность болей в послеоперационном периоде в первые 4 суток была умеренной ( $4 \pm 2,1$  баллов по ВАШ), в дальнейшем боли отсутствовали. Средний срок лечения этих пациентов составил  $11 \pm 4,1$  суток. Консервативное лечение проводилось у 33 (55,9%) больных с использованием комбинированных препаратов, содержащих обезболивающие, тромболитические и противовоспалительные компоненты, а также комбинированных флеботонических препаратов. Интенсивность болевого синдрома в первые четверо суток была умеренной ( $5 \pm 2,3$  баллов по ВАШ), при этом боли сохранялись до 7 суток. Средний срок лечения таких больных (от начала заболевания) составил  $20 \pm 3,3$  суток. Отсроченная геморроидэктомия выполнена у 4 (6,8%) больных при ОТГУ 2 и 3 стадии, после проведения комплексной терапии, стихания воспалительных явлений, появления границ геморроидальных узлов. Средний срок лечения этих пациентов составил  $23 \pm 4,1$  суток.

**ВЫВОДЫ.** Пациентам с ОТГУ 1-2 ст. тяжести с четкими границами узлов показано срочное хирургическое лечение в амбулаторных условиях. При выраженном воспалительном процессе, осложняющем течение ОТГУ, выполнение геморроидэктомии возможно только после проведения консервативной терапии и характеризуется положительными результатами в послеоперационном периоде.