

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты хирургического лечения свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. У 10 больных с трансфинктерными свищами (подкожная, поверхностная порции наружного сфинктера) выполнен двухэтапный способ хирургического лечения с применением фибринового клея (патент на изобретение № 2579629 от 10.03.2016 г.). Первый этап – кюретаж свищевого хода радиочастотной абляцией, программированная санация раневого канала, второй этап – пломбировка раневого канала фибриновым клеем. Возраст пациентов от 32 до 60 года. Средняя медиана наблюдения составила 10 месяцев. В «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» разработан и применяется способ хирургического лечения экстрасфинктерных 1-4 степени и трансфинктерных свищей прямой кишки с применением биопластического материала «Коллост», заключающийся в пластике внутреннего отверстия коллагеновой мембраной и пломбировке ложа иссеченного свищевого хода биопластическим материалом в форме жгута с последующим введением геля «Коллост». В сроки от 5 месяцев до 3 лет, прослежены 74 пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Применение фибринового клея позволило улучшить результаты лечения низких трансфинктерных свищей прямой кишки. Рецидив заболевания составил 22%. При повторной манипуляции эффективность составила 66%, что объясняется более дифференцированным подходом к лечению. Таким образом, выздоровление наблюдалось у 93% пациентов. Рецидив после применения «Коллост» отмечен у 5,3%, однако в группе с экстрасфинктерными свищами 4 степени сложности наблюдался у 30%.

ВЫВОДЫ. Накопленный опыт свидетельствует о патогенетической обоснованности и эффективности применения сфинктерсохраняющих методик лечения свищей прямой кишки.

ПРЕЦИЗИОННАЯ ТЕХНИКА В РЕКОНСТРУКЦИИ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ФАСЦИИ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ

Хитарьян А.Г.^{1,2}, Дульеров К.А.^{1,2},
Ковалев С.А.^{1,2}, Завгородняя Р.Н.¹

¹ НУЗ «Дорожная клиническая больница» ст. Ростов-
Главный ОАО «РЖД», Ростов-на-Дону

² ФГБОУ ВО «Ростовский государственный
медицинский университет» Минздрава России, Ростов-
на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ РАБОТЫ. Ректоцеле является проявлением системного нарушения функции связочно-мышечного аппарата таза. Укрепление мышц тазового дна является одной из задач лечебных программ при ректоцеле.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты хирургического лечения ректоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Работа заключалась в патоморфологическом исследовании дефектов ректовагинальной перегородки, формирование клинической группы из 150 пациенток с ректоцеле 2-3 степени. Обследование больных: клинический осмотр, проктодефектография, стадирование по системе POP-Q, эндоректального УЗИ. В 1 группе (n=72) пациентки оперированы без дифференцированного подхода. Во 2 группе (n=78) был применен дифференцированный выбор хирургической тактики. Проводили сравнительный анализ баллов на основе King's Health Questionnaire, по подкатегориям CARDI-7 и POPIQ-7 вопросника PFIQ-7, а также POPDI-6 и CARDI-8 вопросника PFDI-20.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В 1 и 2 группах 2 степень ректоцеле

встречались в 43% и 43,6%, а 3 степень ректоцеле – в 57% и 56,4%. В 1 группе дефект ректовагинальной перегородки площадью 8-16 см² и более 16 см². Во 2 группе по итогам эндоректального УЗИ дефект ректовагинальной перегородки до 8 см² встречался у 31 (39,7%), от 8 до 16 см² – у 39 (50%) и более 16 см² – у 8 (10,3%). У больных при повышении степени ректоцеле от 2 к 3 высота тазового дна снижалась с 11,8±0,3 мм до 8,5±0,4 на 28%. При повышении степени ректоцеле от 2 к 3 частота умеренной недостаточности мышц тазового дна снижалась с 86,2% до 14,1%. В отдаленный послеоперационный период эрозия влажной поверхности в 1 группе в 5,6% случаев, а во 2 группе – в 1,3%, диспареуния – в 1 группе наблюдалась в 5,6%, а во 2 группе – в 2,6%. Рецидив ректоцеле по результатам дефекографии был выявлен в 1 группе у 5 (6,9%) пациенток, а во 2 группе – у 4 (5,1%) больных. В 1 группе баллы по шкале Векснера после операции снизились на 70,8%. Во 2 группе на 84,6%. В результате в двух группах было выявлено значительное улучшение в отношении ректальной и промежностной дисфункции с достоверным снижением параметров по подкатегориям POPDI-6, CARDI-8, CRADI-7.

ВЫВОДЫ. 1. Выраженность дегенеративно-дистрофических изменений тканей промежности практически отсутствует при дефектах до 8 см², отмечается в 100% случаев при дефектах от 8 см² до 16 см².

2. Дифференцированный подход к выбору пластики ректоцеле позволяет снизить показания к операциям с использованием сетчатых протезов 3. В отдаленном послеоперационном периоде дифференцированный подход к хирургическому лечению ректоцеле позволяет добиться низкого числа рецидивов, эффективной ликвидации признаков обструктивной дефекации, высокого качества жизни пациенток по шкалам опросников.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ И ИНТРАНОДАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ (ИНЛК) ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Хитарьян А.Г.^{1,2}, Ковалёв С.А.^{1,2}, Ромодан Н.А.¹,
Орехов А.Н.^{1,2}, Алибеков А.З.^{1,2}, Бурдаков И.Ю.²

¹ НУЗ ДКБ на станции Ростов-Главный ОАО «РЖД»,
Ростов-на-Дону, Россия

² ФГБОУ ВО «РостГМУ», кафедра хирургических
болезней № 3, Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Высокая распространенность геморроя диктует необходимость совершенствования традиционных (оперативных) методов его лечения, а также поиска новых, малоинвазивных способов, применимых в амбулаторной практике, позволяющих снизить сроки нетрудоспособности и уменьшить количество осложнений.

ЦЕЛЬ. Оценка ближайших и отдаленных результатов лечения внутреннего геморроя 3 степени с использованием отечественного лазера «Полус» и лазерных световодов системы Radial Elves Painless Blolitec (Германия), по сравнению с применением методики склерозирования геморроидальных узлов 3% этеросклеролом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Все малоинвазивные операции проводили в амбулаторных условиях в положении больного для камнесечения без общего обезболивания. Склеротерапию выполняли с использованием аноскопа Self light Sapimed с диаметром рабочей части 23 мм, иглы 26G, склерозант вводили в объеме