

трии сохранялись на дооперационном уровне. Анальная инконтиненция после выполнения операции Габриэля может наблюдаться только в случае неправильной установки диагноза простого свища. Причины рецидивов исходят из пренебрежения общими принципами выбора методики операции. Показатели анальной сфинктероманометрии после лигатурного метода у 70% больных резко снижались в раннем послеоперационном периоде с развитием анальной инконтиненции I—II степеней. У 22,5% больных явления анальной инконтиненции сохранялись и после года. Послеоперационные показатели анальной сфинктероманометрии после пластической методики и интрасфинктерного лигирования сохранялись на дооперационном уровне. В послеоперационном периоде у больного с пластикой свища развился рецидив с анальной инконтиненцией II—III степени. Небольшой опыт применения фиб-

ринового клея— 2 пациента — 2 рецидива без нарушения функции сфинктера. Количество рецидивов после операций: лигатурный метод 5%, пластический метод 11,1%, иссечение свища с пластикой сфинктера 25%, пломбировка свищевого хода 100% и метод интрасфинктерного лигирования 9,52%.

Выводы

1. На основании усовершенствованной рабочей классификации нами разработаны показания и противопоказания к применению различных методик хирургического лечения сложных свищей прямой кишки.

2. Четкое понимание структуры свища позволяет достоверно улучшить результаты оперативного лечения, функциональные результаты, значительно улучшить качество жизни пациентов, сократить сроки нетрудоспособности и количество инвалидизаций пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СФИНКТЕРОСБЕРЕГАЮЩИХ МЕТОДИК ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Грубник В. В., Дегтяренко С. П., Величко В. В.

Одесский национальный медицинский университет

Актуальность. Свищами прямой кишки по данным статистических исследований страдают преимущественно лица трудоспособного возраста. При неудачно выполненной операции наступает инвалидизация пациентов, что определяет высокую социально—экономическую значимость проблемы лечения сложных свищей прямой кишки. Высокая частота рецидивов и анальной инконтиненции обусловлены тем, что большинство пациентов с наличием острого или хронического парапроктита оперируются в неспециализированных клиниках. Рецидивы после радикальных операций лечения сложных свищей прямой кишки колеблются от 7 до 42 %, недостаточность анального сфинктера развивается в 7—35% больных. Таким образом, учитывая высокую частоту неудовлетворительных результатов лечения сложных и рецидивных форм свищей прямой кишки, в настоящее время существует необходимость в разработке новых алгоритмов хирургического лечения сложных свищей прямой кишки направленных на эффективную ликвидацию первичного отверстия свищевого хода с максимальным сохранением функции сфинктера.

Целью данного исследования было повышение эффективности лечения больных со сложными свищами прямой кишки за счет основе разработки усовершенствованных сфинктеросохраняющих методов оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Исследования проведены на группе из 302 пациенте в возрасте от 20 до 62 лет, оперированных в Одесской областной клинической больнице с декабря 2003 по апрель 2016 года по поводу

сложных трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки. В I клиническую группу численностью 120 пациентов вошли больные, прооперированные лигатурным методом по стандартной методике, во II (110 больных) — оперированные пластическим методом с перемещением слизисто—подслизистого лоскута по оригинальной методике (патент "Пластичный метод лікування екстрасфінктерних і трансфінктерних норіці прямої кишки, Патент України № 19388, опубл. 15.12.2006). В III группе больных (n=72) при лечении сложных свищей прямой кишки использовалась методика интрасфинктерного лигирования сложных свищей прямой кишки. Все пациенты получали лечение по единому алгоритму. Во время диагностики на дооперационном этапе определялись со сложностью свищевого хода и его степенью (мы различаем 2 степени сложности). Далее пациенты с 1 степенью сложности свища оперировались с применением сфинктеросохраняющих методик, а пациенты со I степенью сложности — в два этапа. Первым этапом лечения было также иссечение свищевых ходов, дренирование гнойных затеков, выполнение симульганых операций (геморроидэктомии, удаление фиброзных анальных полипов, трещин) с целью снижения послеоперационных осложнений, с последующим проведением свободной лигатуры (этибоновая нить) через внутреннее отверстие свища для формирования линейного трубчатого свищевого хода по кратчайшему пути(снижение до 1 степени сложности свища). В сроки 1,5—2мес от момента первой операции больным выполнялся второй этап лечения с применением сфинктеросохраняющих методик.

Между операциями пациенты полностью сохраняли трудоспособность, вели активный образ жизни.

Результаты. Важным результатом использования пластического метода и методики интрасфинктерного лигирования сложных свищей прямой кишки является отсутствие нарушения анальной инконтиненции, в то время как при использовании классического лигатурного метода у 84 пациентов (70%) развилась анальная инконтиненция I—II степени, которая наблюдалась в течение первых 12 месяцев после операции, и у 22,5% пациентов после применения лигатурного метода лечения сложных свищей сохранилась более 1 года. Длительность нетрудоспособности после лигатурного метода в 2—2,5 раза достоверно выше. Однако количество рецидивов после сфинктеросохраняющих операций несколько выше: лигатурный метод 5%, пластический метод 11,1% и метод интрасфинктерного лигирования 9,2%.

Выводы

1. Двухэтапность лечения сложных свищей прямой кишки позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений в несколько раз и у значительного числа пациентов со свищами II степени сложности использовать сфинктеросохраняющие методики.

2. Внедрение хирургической тактики лечения сложных свищей прямой кишки позволило, не смотря на несколько больший процент рецидивов, увеличить частоту выполнения сфинктеросохраняющих операций, уменьшить частоту возникновения анальной инконтиненции, увеличить частоту достижения функционально приемлимых результатов, значительно улучшить качество жизни оперированных больных, уменьшить вероятность инвалидизации больных, уменьшить длительность периода нетрудоспособности.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГЕМОРОЮ 3—4 СТ. У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНОЮ ТРІЩИНОЮ

Господарський А. Я., Буратинський Р. В., Древницький Р. С.

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського", Тернопіль

Актуальність. Геморідектомія за Міліганом—Морганом є методом вибору після неефективного малоінвазивного лікування геморою та при наявності супутньої патології, в т.ч. анальної тріщини. Проте, післяопераційний больовий синдром значно погіршує якість життя таких пацієнтів. Саме тому у світі є більш поширеною степлерна гемороїдектомія, яка відзначається більш сприятливим перебігом післяопераційного періоду.

Мета роботи. Оцінити ефективність використання методики степлерної гемороїдектомії з деартеризацією гемороїдальних вузлів та мукопексією при хірургічному лікуванні геморою III—IV стадії у поєднанні з анальними тріщинами.

Матеріали та методи. Проаналізовані результати 78 оперативних втручань з приводу комбінованого геморою III—IV стадії у поєднанні з анальними тріщинами. 24 пацієнтам була виконана гемороїдектомія за Міліганом—Морганом та висічення анальної тріщини з подальшим низведенням слизової (контрольна група). Основну групу склали 54 пацієнти, які були прооперовані з використанням методики степлерної гемороїдектомії з деартеризацією гемороїдальних вузлів та мукопексією (патент на корисну модель №105873), в результаті чого модифікований зовнішній кисетний шов накладався на край анодерми, а подальша степлерна резекція висікала також хронічну тріщину з її краями. Чоловіків було 36 (46,2%), жінок — 42 (53,8%). Вік хворих коливався від 18 до 64 років. У всіх хворих була комбінована форма геморою, з них 35 (44,9%) хворих — з III стадією, 43 (55,1%) хворих з IV стадією геморою. 57

(73,1%) хворих було працездатного віку. Оцінку результатів лікування проводили за такими параметрами: тривалість операції, оцінка больового синдрому за візуальною шкалою Вонга—Бейкера на 1—у добу після операції, наявність післяопераційних ускладнень та рецидиву, відновлення працездатності.

Результати. Тривалість операції в основній групі склала 14+3 хв. у порівнянні з контрольною 84 ± 24 хв. Рівень болю за шкалою Вонга—Бейкера в післяопераційному періоді в контрольній групі був значно вищий і склав у середньому 8 балів порівняно з 4 балами у основній групі (p < 0,01). Наркотичні анальгетики використовувалися лише в контрольній групі — в середньому 2 дози. Післяопераційний ліжко—день в контрольній групі склав 7,2 ± 2,0 дня, що значно перевищує показник в порівнянні з основною групою — 2,7+1,1.

Період непрацездатності в контрольній групі склав 30,3 ± 5,4 дня в порівнянні з 11,9 ± 5,3 дня у основній групі. Рецидив анальної тріщини виник у 1 з 24 (4,2%) пацієнтів в контрольній групі, що вимагало повторного хірургічного втручання. Звуження анального каналу, що виникло у 2 (3,7%) пацієнтів основної групи, було ліквідовано консервативними заходами.

Висновки

Степлерна гемороїдектомія з деартеризацією гемороїдальних вузлів та мукопексією є надійною альтернативою гемороїдектомії за Міліганом—Морганом у пацієнтів з III—IV ст. геморою у поєднанні з анальною тріщиною і дозволяє зменшити рівень болю в післяопераційному періоді і скоротити період непрацездатності пацієнтів та знизити частоту рецидивів.