

раніше. При цьому застосовується атравматична методика розрізу і коагуляції м'яких тканин зводячи до мінімуму механічні та термічні ушкодження, післяопераційну біль. Відсутні значні раневі виділення, а в післяопераційному періоді загоєння проходить під плівкою, яка відділяється на 7—8 добу, загоєння відбувається швидко, без післяопераційного болю та рубцювання — традиційного результату мануального розрізу. Розсікаючий ефект досягається за рахунок тепла, що виділяється при опорі тканин проникненню в них спрямованих височастотних хвиль (3,8 — 4,0 МГц).

Кількість післяопераційних ускладнень зменшилась на  $18 \pm 0.3\%$  порівняно з контрольною групою, де використовували методи хірургічного лікування хронічних тріщин прямої кишки згідно протоколу. Рецидивів захворювання у основній групі не спостерігалось. Се-

редній післяопераційний ліжко—день зменшився на 2,9% в порівнянні з аналогічною групою хворих, оперованих по загальноприйнятій методиці.

#### **Висновки**

Перевагами радіохвильового методу є простота виконання, запобігання розвитку післяопераційних ускладнень, аналгезія та гемостаз безпосередньо під час виконання оперативного втручання, атравматичність виконуваної процедури, без рубцеві процеси загоєння.

Впровадження в практику нового радіохвильового методу хірургічного лікування хронічних анальних тріщин дозволяє скоротити терміни непрацездатності хворих, покращити результати оперативного лікування, зменшити час стаціонарного перебування та кількість післяопераційних ускладнень.

## **ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ С УЧЕТОМ РАБОЧЕЙ КЛАССИФИКАЦИИ**

**Грубник В. В., Дегтяренко С. П., Величко В. В., Воротынцева К. О.**

Одесский национальный медицинский университет

**Актуальность.** Учитывая высокую частоту неудовлетворительных результатов лечения сложных свищей прямой кишки, отсутствие четких показаний в выборе той или иной методики операции, в настоящее время существует необходимость в разработке новых алгоритмов хирургического лечения сложных свищей прямой кишки применимых в практической деятельности хирурга—проктолога.

Обсуждение тактики лечения сложных свищей прямой кишки не возможно без четкого понимания понятия "сложности" свища с разделением по степеням сложности. При сложных свищах прямой кишки применяются два вида операций:

1) Сфинктеросохраняющие (пластический метод, пломбировка свищевого хода и метод интрасфинктерного лигирования)

2) С рассечением сфинктера (лигатурный метод, иссечение свища с восстановлением сфинктера)

Разнообразие существующих классификаций и отсутствие четкого алгоритма выбора оптимального метода лечения свищей прямой кишки требует дальнейших исследований. Целью данного исследования было повышение эффективности лечения больных со сложными свищами прямой кишки за счет дифференцированного подхода к выбору усовершенствованных хирургических вмешательств.

**Материалы и методы.** Исследования проведены на группе из 705 пациентов в возрасте от 20 до 62 лет, оперированных в Одесской областной клинической больнице с декабря 2003 по апрель 2016 года по поводу различных форм свищей прямой кишки. В зависимости от топографо—анатомических особенностей и отношения свищевого хода к волокнам сфинктера, была раз-

работана и внедрена рабочая классификация свищей прямой кишки криптогландулярной природы. Больные принявшие участие в исследовании были распределены на две группы. В I клиническую группу численностью 397 пациентов вошли больные с простыми свищами прямой кишки. К простым свищам в нашей клинике мы относили все интрасфинктерные и низкие трансфинктерные свищи, излечение которых происходит путем одномоментной фистулоэктомии с допустимой сфинктеротомией без нарушения замыкательной функции сфинктера. Все пациенты данной группы были прооперированы методом Габриеля. Во II группу численностью 308 пациентов вошли больные со сложными свищами прямой кишки (выделяли две степени сложности — линейные и разветвленные). Сложные свищи требуют индивидуального подхода в лечении и разделения по половому признаку. К ним мы относили высокие трансфинктерные и все экстрасфинктерные свищи. При лечении 120 пациентов, данной группы, применялся лигатурный метод, 110 пациентов оперированы с помощью пластического метода с перемещением слизистой—подслизистого лоскута по оригинальной методике. При лечении 72 пациентов использовалась методика интрасфинктерного лигирования сложных свищей прямой кишки. 4 пациента оперированы путем иссечения свища с пластикой сфинктера. Двум пациентам выполнена пломбировка свищевого хода фибриновым клеем.

**Результаты.** Послеоперационные результаты хирургического лечения сложных свищей прямой кишки прослежены у 254 (86,1%) пациентов в сроки 3, 6, 12, 18 и 24 месяцев. Рецидивов после операции Габриеля не наблюдалось. Показатели анальной сфинктероманоме-

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 сфинктера 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 "Пластичний 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.