

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде у 2 (12%) пациенток через 2 недели отмечено нагноение раны и рецидив свища, они были повторно оперированы через 3 месяца после осложнения с хорошим результатом. У всех остальных 15 (88%) пациенток послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением, достигнут хороший анатомический и физиологический результат. Швы снимались на 9-10 сутки после операции. При динамическом наблюдении в отдаленном послеоперационном периоде у 2 пациенток, которым была выполнена пластика по Martius, отмечалось снижение чувствительности около 3-х месяцев в области большой половой губы, где производился забор лоскута.

Выводы. Раннее хирургическое лечение послеродовых ректовагинальных свищей позволяет получить хорошие результаты, не дожидаясь формирования ректовагинального свища в отдаленном послеродовом периоде.

Хирургическое лечение сложных ректовагинальных свищей больших размеров методом перемещенного лоскута по Martius позволяет добиться хороших результатов без выведения колостомы.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО МЕТОДИКЕ LIFT

Высоцкий Ф. М.², Рычагов Г. П.¹, Алексеев С. А.¹, Корик В. Е.¹,
Жидков С. А.¹, Сивец А. Н.¹, Логаш Е. И.², Корнов А. Г.²,
Махахей А. В.², Бородинец А. Л.², Ляшко О. И.²

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

²Минский городской центр колопроктологии, г. Минск,
Республика Беларусь

Введение. LIFT (the Ligation of Intersphincteric Fistula Tract) – лигирование свищевого хода в межсфинктерном слое – новый метод хирургического лечения транс- и экстрасфинктерных

свищей, предложенный в 2007 г. тайским хирургом А. Rojanasakul.

Цель: оценить непосредственные и отдаленные результаты LIFT на основании собственного опыта и данных литературы.

Материалы и методы. С июня 2014 г. по март 2018 г. нами прооперировано 47 пациентов: мужчин – 29, женщин – 18, средний возраст составил 47 ± 14 лет (от 38 до 74 лет). Передний трансфинктерный свищ был у 34 пациентов, передний экстрасфинктерный – 4 пациента, задний трансфинктерный – 9 пациентов. Используемая нами техника LIFT не отличалась от авторской. Положение пациента на операционном столе – литотомическое. После прокрашивания свищевого хода в просвет свища вводили зонд. В области межсфинктерной борозды над свищевым ходом выполняли разрез. Внутренний сфинктер отслаивали от наружного, где находили свищевой тяж, перевязывали и пересекали его. Через наружное свищевое отверстие производили кюретаж свищевого хода.

Результаты и обсуждение. Максимальный срок наблюдения составил 45 месяцев, минимальный – 3 месяца. Рецидив свища в послеоперационном периоде был отмечен у 6 (12,7%) пациентов. Рецидив свища у этих пациентов заключался в возникновении интрасфинктерного свища через месяц после операции в зоне межсфинктерного разреза.

Получен хороший результат у 41 (87,3%) пациента. В послеоперационном периоде пациентам назначалась антибактериальная терапия на 2-3 дня. Пациенты не нуждались в наркотических анальгетиках после операции. Выписывались на 3-4 сутки после операции, с последующим амбулаторным наблюдением. У всех оперированных пациентов в послеоперационном периоде не выявлено нарушения функции замыкательного аппарата при проведении манометрии и оценке по шкале Wexner. При изучении литературы у ряда авторов, которые имеют опыт более 500 операций, хорошие результаты получены от 72 до 100%. Уровень рецидива при продолжительном наблюдении более 30 недель составляет от 5,6 до 26%.

Выводы. Наш опыт и анализ литературных данных хирургического лечения свищей прямой кишки методом LIFT доказывает высокую эффективность и безопасность этого метода в лечении транс- и экстрасфинктерных свищей. Успех операции зависит в правильном отборе пациентов для данного метода. При рецидивах, как правило, формируются интрасфинктерные свищи небольшой протяженности, что дает возможность применить другие методы хирургического лечения.

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ДОППЛЕРКОНТРОЛИРУЕМАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ С МУКОПЕКСИЕЙ СЛИЗИСТОЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ РАЗНЫХ СТАДИЙ

Высоцкий Ф. М.², Алексеев С. А.¹, Рычагов Г. П.¹, Корик В. Е.¹,
Жидков С. А.¹, Попков О. В.¹, Сивец А. Н.¹, Бородинец А. Л.²,
Логаш Е. И.², Корнов А. Г.², Махачей А. В.², Ляшко О. И.²,
Трусевич Т. Л.²

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

²Минский городской центр колопроктологии, г. Минск,
Республика Беларусь

Введение. В настоящее время установлено, что ведущими патогенетическими факторами развития геморроидальной болезни (ГБ) является нарушение в процессах управления гемодинамикой и развитие дистрофических нарушений в связочном аппарате геморроидального сплетения. Сосудистые нарушения развиваются одновременно с развитием дистрофии в связочном аппарате геморроидального сплетения, что приводит к развитию заболевания.

Цель: оценить непосредственные и отдаленные результаты малоинвазивного хирургического лечения методом трансанальной доплерконтролируемой дезартеризации с мукопексией слизистой (HAL&RAR) у пациентов с хроническим геморроем разных стадий.