

гемостаз. При морфологическом исследовании препаратов все удаленные опухоли имели доброкачественный характер (папиллярная и тубулярная аденомы с дисплазией LOW и High). Летальных исходов не было. При контрольном обследовании через 6-12 месяцев рецидивов заболевания не выявили.

Выводы. Эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD) позволила эффективно и безопасно единым блоком резецировать поверхностные эпителиальные опухоли прямой кишки. Выполненная по строгим показаниям, на высоком техническом уровне, ESD является альтернативой традиционным хирургическим вмешательствам.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ

Махмудов А. М.¹, Воробей А.В.¹, Лагодич Н. А.¹,
Новаковская С. А.², Бондарь А. С.³, Грико С. М.³,
Сенкевич О. И.³

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования

²Институт физиологии НАН Беларуси

³Минская областная клиническая больница,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Болезнь Гиршпрунга (БГ) у взрослых представляет собой особую нозологию в группе пациентов с хроническими нарастающими запорами. Выраженность клинической картины зависит от степени нарушений иннервации в дистальных отделах толстой кишки и от эффективности консервативной терапии.

Цель: оценить эффективность хирургического лечения БГ.

Материал и методы. На базе кафедры хирургии БелМАПО в Минской ОКБ оперированы за период с 1974 по 2018 г. 85 взрослых пациентов с БГ. В зависимости от вида операции пациенты были разделены на 3 группы сравнения. В первую группу были включены 34 пациента (1973-2001гг.). В этой группе выполняли одноэтапные колоректальные или колоанальные анастомозы – операции типа Свенсона, Стейта, Соаве. Во второй

группе – 16 пациентов (2002-2008 гг.). В этой группе хирургическое лечение было разделено на 2 этапа: низкая передняя резекция прямой кишки с концевой колостомией на первом этапе и колоанальный анастомоз на втором. С целью обоснования адекватного объема резекции выполнены гистологическое, иммуногистохимическое (оценка интерстициальных клеток Кахаля (ИКК) в стенке толстой кишки в норме и при БГ), электронно-микроскопическое исследование сплетений Мейснера и Ауэрбаха. С 2008 г. 35 пациентов оперированы по разработанной новой методике (патент РФ № 16871): проксимальная субтотальная колэктомия, мезорэктумэктомия, аппендэктомия, аппаратный цекорезервуарно-анальный анастомоз (2008 – 2018 г.). У 2 пациентов эта операция была выполнена лапароскопически.

Результаты и обсуждение. У 64,1 и 35,9% выявлено наличие гипоганглиоза и аганглиоза, соответственно. В ИКК развиваются грубые структурно-функциональные изменения как в зоне гипо- аганглиоза, так и в проксимальных отделах толстой кишки. В норме наблюдается почти равномерное распределение ИКК в подслизистом ($56,4 \pm 7$), циркулярном ($66,8 \pm 7$) и продольном мышечном ($55,8 \pm 9,3$) слоях всех анатомических отделов толстой кишки, а при БГ количество ИКК в дистальных отделах толстой кишки значительно ниже ($2,6-15,8$), чем в её проксимальных отделах ($9,4-37,0$), и в несколько раз снижено по сравнению со здоровой толстой кишкой ($p_{\text{Mann-Whitney}} < 0,05$). В I группе несостоятельность колоректо- и колоанальных анастомозов выявлена у 6 (17,6%) пациентов, из них 2 (5,9%) умерли. Во II группе умерли 2 (12,5 %) пациента. В основной группе несостоятельность швов цекорезервуарно-анального анастомоза у одного (2,9%) из 3 пациентов осложнилась развитием перитонита, что потребовало релапаротомии и формирования петлевой илеостомы. У двух остальных несостоятельность швов анастомоза была зарегистрирована несмотря на наличие превентивной петлевой илеостомы. Сформировавшийся гнойный затек в области анастомоза был дренирован параректально. Летальных исходов в этой группе не было. Уровень эректильной дисфункции в основной группе

снизился с 36,8% в ретроспективных группах до 4,1%, уровень анальной инконтиненции – с 25,6 до 4,3%, соответственно.

Выводы. Патогенетически и морфологически обоснованное хирургическое лечение болезни Гиршпрунга у взрослых позволило снизить количество ранних послеоперационных осложнений и привело к улучшению отдаленных функциональных результатов.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

Милешко М. И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. Лечение анальных трещин – актуальная проблема проктологии, что обусловлено значительным распространением данного заболевания. По данным литературы, анальная трещина занимает третье место среди двадцати четырех нозологических форм колопроктологических заболеваний. В ее происхождении первичным патогенетически обусловленным механизмом является спазм внутреннего сфинктера. Менее значительная роль отводится бактериальной инфекции, хроническим запорам, систематическому раздражению слизистой оболочки прямой кишки при злоупотреблении слабительными и лечебными клизмами, свечами. В настоящее время значительный интерес и перспективы в лечении данного заболевания представляет использование метода фотодинамической терапии. Однако данный метод может быть более эффективен, если пациентам предварительно произвести снятие спазма сфинктера заднего прохода.

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с хронической анальной трещиной методом фотодинамической терапии с фотосенсибилизатором нильским синим на фоне предварительного снятия спазма внутреннего сфинктера заднего прохода.