
в подслизистом слое вдоль геморроидальной артерии доза энергии составляла до 60 Дж на 1 см вектора длины коагуляции ткани. Манипуляции осуществляли под визуальным контролем с использованием ректального зеркала или аноскопа. Вмешательство в 15% случаев проводилось с применением местной инфильтрационной анестезии, у 85% пациентов лазерная коагуляция выполнена под потенцированной местной анестезией внутривенной аналгоседацией.

Результаты и обсуждение. Данные исследования показали, что течение раннего послеоперационного периода характеризовался низкой интенсивностью болевого синдрома. Кратность внутримышечного введения анальгетиков для комфортного течения процесса в 1-е сутки у 51% пациентов составлял 1 раз, у 49% – 2 раза. Первое введение обезболивающих средств у подавляющего числа прооперированных (87%) происходило в промежутке 12-16 часов после операции. Начиная со 2-х суток все пациенты амбулаторно получали НПВС в таблетированной форме 2 раза в сутки, 23% пациентов принимали обезболивающие средства не более 3 дней, 58% – до 5 дней включительно, 19% – не более недели. Отек тканей в проекции наружного геморроидального сплетения наблюдался у 67% пациентов с внутренним геморроем и разрешался к концу 4-х суток (3,5 (2–5) Ме [25–75%]). После лазерной коагуляции комбинированного геморроя отек в зоне наружного геморроидального сплетения разрешался к концу первой недели послеоперационного периода (7 (5–9) Ме [25%–75%]) на фоне локальной терапии и системного применения флеботропных препаратов.

Выводы:

1. Метод лазерной коагуляции геморроидальных узлов в сочетании с проксимальной шовной деартериализацией является эффективным способом лечения хронического геморроя II–III стадии.
2. Отдельные клинические данные и показатели длительности лечения пациентов могут характеризовать предложенный авторский метод, как малоинвазивную технологию для хирургии «краткосрочного пребывания».

Шахрай С.В., Гаин М.Ю.

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
Белорусского государственного медицинского университета, Минск, Беларусь

О ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ТРАНСФИСТУЛЯРНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ

Введение. Оперативная хирургическая тактика в отношении интрасфинктерных и низких трансфинктерных свищей является общепризнанной и заключается в иссечении свища в просвет кишки. Подобный способ применяется широко в мире и обеспечивает хорошие ближайшие и отдаленные результаты с небольшим количеством осложнений и рецидивов. Проблемными для хирургов-проктологов до настоящего времени продолжают оставаться «высокие свищи» (трансфинктерные,

экстрасфинктерные, супрасфинктерные). Частота послеоперационных осложнений и рецидивов после хирургических вмешательств у этой категории пациентов остается достаточно высокой, достигает в отдельных случаях 50% и больше. Суммарная длительность стационарного периода и послеоперационной реабилитации варьирует от 1,5 до 4-х месяцев. Около 70% пациентов находятся в трудоспособном возрасте, что говорит о важной социально-экономической проблеме патологии. Поэтому разработка и практическое внедрение в практику эффективных способов лечения свищей прямой кишки является актуальной медико-социальной задачей в разделе общей проктологии.

Цель. Оценка клинической эффективности метода трансфистулярной лазерной коагуляции свищей прямой кишки.

Материалы и методы. Выполнено ретроспективное исследование результатов лечения 69 пациентов с «высокими» транссфинктерными и экстрасфинктерными свищами прямой кишки. Всем пациентам помощь оказывалась в амбулаторных условиях или в дневном стационаре. Алгоритм оказания медицинской помощи состоял из 3 этапов: предоперационная диагностика, хирургическое вмешательство, послеоперационная реабилитация. Целью предоперационной диагностики являлось определение фистулярной архитектоники и соответствие конкретного клинического случая критериям отбора (полный «высокий» транссфинктерный или экстрасфинктерный свищ 1–2-й степени сложности). Применяли аноскопию и ректоскопию в обязательном порядке, эхоскопическую диагностику, МРТ, фистулоскопию или фистулографию – по показаниям.

Хирургическое вмешательство: все операции проводились под местной инфильтрационной анестезией, потенцированной внутривенной седацией на спонтанном дыхании; выполняли канюлирование свищевого хода через наружное свищевое отверстие, производили трансфистулярную постановку катетера-проводника до внутреннего отверстия; по катетеру-проводнику устанавливали цитощетку и производили механическую и антисептическую (пульсирующей струей) санацию свища; затем проводили гибкий световод с радиальной эмиссией, соединенный с инструментом Mediola Colibri лазерного аппарата Mediola Compact (РБ, ЗАО «ФОТЭК»), рабочую головку световода доводили до внутреннего отверстия; накладывали П-образный шов в проекции внутреннего отверстия, шов не затягивался до окончания процедуры лазерной коагуляции; выполняли трансфистулярную лазерную коагуляцию свища длиной волны 1,56 мкм, мощностью 10 Вт в непрерывном режиме с извлечением световода со скоростью 2 мм в секунду.

Послеоперационная реабилитация включала в себя применение мазевых трансанальных аппликация 2 раза в день в течение 14 дней с анестетиками, противовоспалительных препаратов, рациональный алгоритм питания и физической активности, контроль специалиста за течением раневого процесса.

Результаты и обсуждение. Болевая реакция у всех пациентов в первые сутки была незначительная и не превышала 3 баллов по ВАШ, дискомфортные ощущения в промежности и индуцированные дефекацией боли у всех пациентов наблюдались

в течение 3 недель послеоперационного периода, однако их интенсивность не была значительной и не требовала системного применения НПВС. Выделения серозной жидкости в первую неделю из зоны наружного отверстия свища наблюдались у 75% пациентов, объем выделения за сутки не был значительным (следовые изменения на десмургическом материале). Нагноение в области клетчатки в зоне трансфистулярной коагуляции наблюдали в 1 случае на 6 сутки (1%). В течение 2 лет наблюдений в 6 случаях развился рецидив заболевания (9%). Все рецидивы сформировались в первые 6 месяцев. В 5 случаях повторное проведение трансфистулярной деструкции позволило вылечить пациентов без последующего рецидива, пятый пациент отказался от повторной операции.

Выводы. Полученные результаты позволяют утверждать, что использование у пациентов с высокими свищами прямой кишки технологии трансфистулярной лазерной коагуляции в предложенном авторами алгоритме является эффективным малоинвазивным лечебным методом.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

**Материалы научно-практической конференции,
посвященной 40-летию
УЗ «10-я городская клиническая больница»**

(Минск, 22 мая 2025 года)

Минск
«Профессиональные издания»
2025