

РЕЗУЛЬТАТЫ. Применение модифицированной техники с применением фибринового клея позволило улучшить результаты лечения низких транссфинктерных свищей прямой кишки, что объясняется более дифференцированным подходом к лечению.

ВЫВОДЫ. Накопленный опыт свидетельствует о патогенетической обоснованности и эффективности применения сфинктерсохраняющих методик лечения свищей прямой кишки.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кузьминов А.М., Фролов С.А.,
Вышегородцев Д.В., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т.,
Елигулашвили Р.Р., Черножукова М.О.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» МЗ РФ, г. Москва,
Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проблема диагностики и лечения неполных внутренних свищей прямой кишки остается недостаточно изученной. В первую очередь, отсутствие единого терминологического определения не позволяет выделить группу подобного типа свищей в отдельную нозологическую форму. Во-вторых, сложности диагностических мероприятий (ввиду отсутствия наружного отверстия), затрудняют дооперационное определение архитектоники свищевого хода. Поэтому в отношении данного вида свища отсутствует стандартизация лечения. По данным литературы, частота рецидивов неполных внутренних свищей достигает 22%.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты диагностики и лечения больных с неполными внутренними свищами прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 79 пациентов в возрасте от 24 до 76 лет, прооперированных в ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» МЗ РФ в период с ноября 2014 по январь 2016 гг. по поводу различных форм неполных внутренних свищей прямой кишки. На дооперационном этапе с целью классификации выполнено обследование: ТРУЗИ, МРТ малого таза, аноректальная манометрия, колоноскопия. В группе исследования 50 (63%) пациентов с интерсфинктерными свищами прямой кишки, 21 (27%) с транссфинктерными и 8 (10%) с экстрасфинктерными.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациентам с транссфинктерными свищами через глубокую порцию и наличием затеков в параректальной клетчатке и экстрасфинктерными свищами 2-4 степени сложности выполнялось оперативное лечение в два этапа. Первый этап – дренирующая лигатура, второй этап – пластическая операция. Пациентам с высокими и подковообразными интерсфинктерными свищами выполнялась операция по типу «марсупиализации». Период наблюдения составил от 3 до 12 месяцев. Рецидив диагностирован у 6 (7,6%) пациентов, из которых 2 с высокими интерсфинктерными свищами, 2 – с транссфинктерными и 2 – с экстрасфинктерными свищами 4 степени сложности.

ВЫВОДЫ. Разработанная нами модифицированная классификация неполных внутренних свищей прямой кишки позволила применить более дифференцированный метод лечения, тем самым снизить частоту рецидивов и не ухудшить функцию держания.

ПРЕИМУЩЕСТВА ВНУТРИБРЮШНОЙ САКРОКОЛЬПОПЕКСИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ НА ФОНЕ ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ У ЖЕНЩИН

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Братищева Н.Н.,
Наумов А.В., Сторожилов Д.А., Кривчикова А.П.

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа,
БелГУ, г. Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проблема хирургического лечения ректоцеле на фоне опущения промежности остается актуальной.

ЦЕЛЬ. Улучшение анатомических и функциональных результатов хирургического лечения данной патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Клинические, ректоскопия с натуживанием по Парксу, дефекография, УЗИ, МРТ, аноректальные функциональные тесты. Сакрокольпопексия с использованием синтетического трансплантата для коррекции данной сочетанной патологии произведена 20 пациенткам.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Гнойно-воспалительных осложнений не отмечено. Жалобы на диспареунию в отдаленном послеоперационном периоде отсутствовали. Функция опорожнения улучшилась у 19 из 20 пациенток. Анатомические результаты улучшились у всех пациенток. При дефекографии уровень расположения промежности относительно лono-копчиковой линии составил: в покое $-3,8 \pm 0,5$ см до операции и $-2,5 \pm 0,4$ см после операции ($P < 0,01$); при натуживании $-7,7 \pm 0,5$ см до операции и $-5,5 \pm 0,5$ см после операции ($P < 0,03$). Скорость эвакуации составила $17,6 \pm 1,3$ г/сек до операции и $7,9 \pm 0,7$ г/сек после операции ($P < 0,002$); количество оставшегося бария составило $21,2 \pm 2,1$ % до операции и $15,4 \pm 0,8$ % после операции ($P < 0,02$). Показатели аноректальной манометрии составили: первое опущение при заполнении прямой кишки $33,1 \pm 1,9$ мл до операции и $25,2 \pm 1,5$ мл после операции ($P < 0,01$); объем, вызывающий позыв на дефекацию $87,2 \pm 2,1$ мл до операции и $74,1 \pm 1,8$ мл после операции ($P < 0,03$). Давление в области внутреннего анального сфинктера составило до операции $27,7 \pm 2,9$ мм рт. ст. и $35,2 \pm 2,9$ мм рт. ст. после операции ($P < 0,01$); давление в области наружного анального сфинктера $40,6 \pm 4,7$ мм рт. ст. и $50,1 \pm 4,5$ мм рт. ст. до и после операции, соответственно ($P < 0,03$). При проведении теста с выталкиванием баллона, баллон объемом 150 мл смогли вытолкнуть без значительных усилий 14 пациенток. У 15 из 20 больных улучшилась функция держания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Для коррекции ректоцеле на фоне опущения промежности внутрибрюшная ректопексия с использованием трансплантата может служить операцией выбора, т. к. позволяет достигнуть хорошего анатомического эффекта и значительно улучшить функциональные результаты лечения.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилов Д.А.,
Наумов А.В., Братищева Н.Н.

ОБУЗ БОКБ «Святителя Иоасафа», межрегиональный
колопроктологический центр, Кафедра госпитальной
хирургии НИУ «БелГУ», г. Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Органосохраняющие операции для лечения рака прямой кишки направлены на решение вопросов социальной и трудовой реабилитации пациентов. Однако их применение сопровождается явлени-