

ности хирургической коррекции ректовагинальных свищей, верно подобранная тактика лечения, включающая предоперационную подготовку, выбор наиболее адекватного в каждом конкретном случае метода хирургического лечения, правильный и своевременный подход к колостомии позволяет добиться излечения у большинства пациенток. В настоящее время, учитывая предварительные результаты лечения больных ректовагинальными свищами предложенным методом, можно сделать следующие выводы:

1. При использовании предложенного метода необходимым условием является сохранность структур ректовагинальной перегородки и отсутствие выраженных рубцово-фиброзных изменений в парасвищевой области;
2. Возможность использования способа при болезни Крона остается под вопросом, учитывая трансмуральное поражение стенки прямой кишки.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ

Муравьев А.В., Журавель Р.В., Муравьев К.А., Петросянц С.И., Линченко В.И., Оверченко Д.Б., Лысенко О.В., Галстян А.Ш.

Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Нарушение функции запирающего аппарата прямой кишки – тяжелый недуг, доставляющий больным много страданий.

ЦЕЛЬ. Проанализировать отдаленные результаты хирургического лечения больных с посттравматической недостаточностью анального сфинктера, с различной степенью недостаточности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обследовано и пролечено 476 больных. Из них с посттравматической недостаточностью было 380 (81,9%).

РЕЗУЛЬТАТЫ. 297 (69,7%) больным осуществлено оперативное лечение. Сфинктеропластика выполнена у 23 (9,6%) больных, сфинктеролеваторопластика у 175 (77,2%), у 41 (17,1%) больной сфинктероглютеопластика. Отдаленные результаты прослежены нами у 227 (76,5%) После сфинктеропластики из 14 (63,6%) пациентов, хороший результат получен у 8 (57,2%), удовлетворительный у 5 (35,7%) и неудовлетворительный у 1 (7,1%) больной. Сфинктеролеваторопластики у 128 (72,9%). Хорошие результаты получены у 115 (90,1%), удовлетворительные – у 9 (7,4%) больных и неудовлетворительные – у 3 (2,6%). Сфинктероглютеопластики в нашей модификации прослежены у 35 (85,4%). Хороший результат у 28 (80%) пациентов, удовлетворительный у 5 (14,3%), неудовлетворительный у 2 (5,7%)

ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ФОРМИРОВАНИЮ НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН ПОСЛЕ ОБЩЕПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Нехрикова С.В., Титов А.Ю.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Длительно незаживающие раны остаются одной из актуальных проблем в медицине.

ЦЕЛЬ. Обнаружить причины существования незаживающих ран анального канала и промежности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование (проводится с декабря 2010 по январь 2016 гг.) включены 243 пациентов, перенесших хирургические опе-

рации по поводу свищей прямой кишки, анальных трещин и геморроя: основная группа включала 119 больных с незаживающими ранами, от 46 до 123 дней, в среднем, $82,3 \pm 49,3$. контрольная группа – 124 больных с неосложненным течением послеоперационного периода. В анамнезе жизни у 42,9% больных основной группы имелись указания на лечение по поводу ЗППП (заболеваний, передаваемых половым путем) и заболеваний, которые могли быть обусловлены инфекциями, передаваемыми половым путем. У больных контрольной группы этот показатель составил всего 3,2% ($p < 0,001$). Всем пациентам проводились цитологические, бактериологические, бактериоскопические, патоморфологические исследования, а также ПЦР (полимеразная цепная реакция).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Клинически значимые микроорганизмы *Escherichiacoli* и *Staphylococcus aureus* были обнаружены у 58,8% пациентов основной группы и только у 10,5% пациентов контрольной группы ($p < 0,05$). Микроорганизмы, вызывающие инфекции, передающиеся половым путем, были выявлены у всех пациентов основной группы (98,3% из них были патогенными: *Trichomonas vaginalis*, *Chlamidiya trachomatis*, *Cytomegalovirus*, *Herpesvirus*). В контрольной группе только у 21,8% больных обнаружены инфекции, передающиеся половым путем и все они были условно-патогенными (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans*) ($p < 0,01$). У всех пациентов основной группы после проведенного лечения по поводу ИППП отмечено выздоровление, в среднем, через $21 \pm 6,7$ дней.

ВЫВОД. У больных с длительно незаживающими послеоперационными ранами в анамнезе, частота выявленных инфекций, передаваемых половым путем, и заболеваний, возможно обусловленных ЗППП, была 42,9%, тогда как у больных контрольной группы всего 3,2%. Замедление репаративных процессов у больных с длительно незаживающими ранами может поддерживаться инфекционными агентами, передающимися половым путем, которые ассоциируют между собой и с условно-патогенной микрофлорой. Последняя, в свою очередь, поддерживает воспалительную раневую реакцию и замедляет репаративные процессы в послеоперационном периоде.

САКРОКОЛЬПОПЕКСИЯ, РЕКТОПЕКСИЯ И МЕТОДИКА РРН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУЩЕНИЯ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН

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

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проблема хирургического лечения опущения органов малого таза и тазового дна остается актуальной из-за большого числа рецидивов и неудовлетворительных функциональных результатов.

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. 22 пациенткам произведена коррекция опущения тазового дна путем внутрибрюшной сакрокольпоректопексии, ректопексии с использованием синтетических трансплантатов и резекции слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой с использованием набора РРН.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Гнойно-воспалительных осложнений

не отмечено. Жалоб на диспареунию в отдаленные сроки после оперативного вмешательства пациенты не предъявляли. Нормализацию функции опорожнения отметили 15 из 17 пациенток, страдающих запорами. При дефекографии уровень расположения промежности относительно лоно-копчиковой линии составил: в покое $-3,9 \pm 0,4$ см до операции и $-2,6 \pm 0,3$ см после операции ($P < 0,01$); при натуживании $-7,9 \pm 0,6$ см до операции и $-5,7 \pm 0,5$ см после операции ($P < 0,02$). Скорость эвакуации составила $17,6 \pm 1,3$ г/сек до операции и $7,8 \pm 0,8$ г/сек после операции ($P < 0,001$); количество оставшегося бария составило $22,2 \pm 1,6\%$ до операции и $15,3 \pm 0,9\%$ после операции ($P < 0,01$). Улучшились показатели аноректальных функциональных тестов: первое ощущение при заполнении прямой кишки составило $32,9 \pm 1,7$ мл до операции и $26,2 \pm 1,3$ мл после операции ($P < 0,01$); объем, вызывающий позыв на дефекацию, составил $85,3 \pm 2,2$ мл до операции и $76,2 \pm 1,9$ мл после операции ($P < 0,05$). При проведении теста с выталкиванием баллона, баллон объемом 150 мл смогли вытолкнуть без значительных усилий 14 пациенток. У 16 из 22 больных улучшилась функция держания. Давление в области внутреннего анального сфинктера составило до операции $27,9 \pm 3,4$ мм рт. ст. и $35,9 \pm 3,9$ мм рт. ст. после операции ($P < 0,01$); давление в области наружного анального сфинктера $41,5 \pm 5,1$ мм рт. ст. и $49,1 \pm 4,8$ мм рт. ст. до и после операции, соответственно ($P < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При сочетанном характере проляпса тазового дна в дополнении к ректопексии и сакрокопчепексии методика РРН позволяет одновременно ликвидировать проляпс слизистой прямой кишки, что способствует нормализации эвакуаторной функции прямой кишки.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА

Орлова Л.П., Самсонова Т.В., Трубачева Ю.Л.,
Калинина И.В., Костарев И.В., Черножукова М.О.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Для выбора вида оперативного лечения хронического парапроктита важное значение имеют особенности ветвления свищевого хода, отношение хода к наружному сфинктеру, локализация внутреннего отверстия, выраженность рубцового и воспалительного процесса, расположение гнойных полостей в параректальных клетчаточных пространствах.

ЦЕЛЬ. Определить возможности ультразвуковой диагностики свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обследовано 119 пациентов со свищами прямой кишки. Все больные оперированы. Исследования проводили с использованием электронного линейного датчика частотой 10 МГц (2D) и специального электронно – механического датчика частотой 13-16 МГц (3D).

РЕЗУЛЬТАТЫ. При интраоперационной ревизии у 15 больных выявлен интрасфинктерный свищ прямой кишки, у 51 – трансфинктерный, у 17 – экстрасфинктерный, у 29 – неполные внутренние свищи, в 6 случаях выявлено несколько свищей. У 57 больных дополнительно выявлены затеки, располагающиеся в разных клетчаточных пространствах. При УЗИ допущено 2 ложноотрицательных результата и 1 – ложноположительный. При ложноположительном результате диагностирован экстрасфинктерный свищ, который не был подтвержден при интраоперационной ревизии,

морфологически выявлен эндометриоз. В 2 наблюдениях свищевые ходы не были диагностированы. К ним в одном случае относится интрасфинктерный свищ, в другом – неправильная трактовка полученных результатов исследования. В данном исследовании общая точность диагностики составила – 97,5% при чувствительности – 98,3%, специфичности – 50%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. С использованием современных приборов и высокочастотных датчиков открылась возможность оценки хода свища прямой кишки по отношению к наружному сфинктеру заднего прохода, диагностика его разветвлений в околопрямокишечной клетчатке, локализации гнойных полостей, что важно для выбора хирургической тактики.

ЗАДНИЙ ПОЛНЫЙ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫЙ (ПРЯМОКИШЕЧНО-КОПЧИКОВЫЙ) СВИЩ ПРЯМОЙ КИШКИ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Погосян А.А., Скобло М.Л., Лигай Д.В.,
Камчаткина Т.И., Урюпина А.А., Григорян Л.М.

МБУЗ «Городская больница № 6», «Отделение
хирургии. Городской лечебно-диагностический
колопроктологический центр», г. Ростов-на-Дону,
Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Известно, что у 95% больных, с острым парапроктитом, в последующем формируется стойкий свищ прямой кишки. Отдельного внимания заслуживают свищи высокого уровня, так как они требуют проведение многоэтапного хирургического лечения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. Больной Т., 46 лет., получил травму, упав с высоты на штырь. С диагнозом рвано-ушибленная рана крестцово-копчиковой области был доставлен в больницу. Выполнено ПХО раны крестцово-копчиковой области. При ревизии выявлен перелом копчиковой кости, повреждение прямой кишки. Разрыв был ушит, перелом репонирован, выведена 2-х сигмостома. Через 4 месяца больной отметил в области раны отверстие с отделяемым. Больной был консультирован колопроктологом. ФКС Осмотр до слепой кишки, внутреннее отверстие на 7 см, от ануса. КТ крестцово-копчикового отдела позвоночника – КТ-признаки перелома S5, S6, S7, инфильтрации. R-графия копчика-признаки подвывиха копчика. Фистулография выявляет свищевой ход с неровными фестончатыми внутренними контурами, имеющих связь с прямой кишкой. Выполнена операция: Иссечение копчиково-прямокишечного свища, секвестрэктомия, ушивание внутреннего свищевого отверстия прямой кишки, дренирование остаточной полости активным дренажем Редона. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж был удален на 8-е сутки. Рана зажила первичным натяжением. Больной нами наблюдался в течении 3-х месяцев. Данных за рецидив свища не было. После контрольного обследования больному было выполнено закрытие сигмостомы. Наблюдение за данным больным проводилось через 1, 3, и 6 месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Проблема лечения свищей прямой кишки различной сложности является одной из самых актуальных и сложных как в отечественной, так и зарубежной колопроктологии. Этот факт диктует необходимость лечения таких больных только в специализированных стационарах.