

чает 48 больных с нейродистрофической кокцигодинией (НДК). Всем больным проводилось пальцевое исследование прямой кишки, электромиография, измерение тканевого давления (ТД) по оригинальной методике (патент РФ № 2393783).

РЕЗУЛЬТАТЫ. При анализе клинического материала установлено, что для больных с НДК характерны умеренные (60%), реже сильные (22%) и очень сильные (18%) ноющие боли. Локализовались боли чаще в области промежности (88%) с иррадиацией в область анального канала и прямой кишки (72%). При поступлении давность заболевания до 1 года была у 12,5% больных, от 1 до 2 лет у 16,7%, от 2 до 3 лет у 41,7% и свыше 3-х лет у 29,1% больных. Разработана индексная шкала оценки степени тяжести НДК. Легкая степень выявлена у 16 (33,33%) больных, средняя – у 22 (45,84%) пациентов и тяжелая – у 10 (20,83%) больных. Результат консервативного лечения больных с легкой степенью НДК положительный. Пациенты со средней степенью тяжести НДК (консервативная терапия не давала положительного эффекта длительное время) относятся к группе риска. Из этой группы 15 больным выполнена операция. Всем пациентам с тяжелой степенью НДК и клиническим прогрессированием заболевания было проведено оперативное лечение.

У 25 больных с НДК использованы, с целью микровазкулярной декомпрессии полового нерва в канале Алькокка, цилиндрические силиконовые пористые микропротекторы. Из 25 выполненных операций высокая эффективность декомпрессии промежностной части полового нерва получена у 21 (92%) больного. При оценке результатов хирургического лечения больных с НДК регистрировали ЭМГ, ТД, рассчитывали коэффициент выраженности боли.

ВЫВОД. Разработанный способ хирургического лечения кокцигодинии позволяет получить хорошие отдаленные результаты в 92% случаев, что служит основанием для его использования в комплексном лечении данной группы больных.

ПЛАСТИКА ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ТОТАЛЬНОМ ПРОЛАПСЕ И РЕКТОЦЕЛЕ 2-3 СТЕПЕНИ

Тотиков В.З., Дзанаева Д.Б., Тотиков З.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Генитальный пролапс является одной из наиболее сложных проблем современной гинекологии и колопроктологии. Встречается у 15-43% рожавших женщин и ведет не только к нарушениям анатомии и физиологии тазового дна, но и к изменению функций мочевого пузыря (74,1%) и прямой кишки (21,3%).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Разработать способ, позволяющий произвести восстановление анатомо-топографического дефекта и анатомо-функциональную коррекцию тазового дна в целом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование основано на результатах лечения 218 женщин с опущением внутренних половых органов 3 степени и ректоцеле 2-3 степени, у которых пластика тазовой диафрагмы выполнена с использованием сетчатого материала по оригинальному способу.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем послеоперационном периоде осложнений нами не отмечено. Через 3 месяца диспареуния не выявлена ни у одной больной, так же как и болевой синдром. Нарушение эвакуаторной функции прямой кишки у 11,5%. У 22 из 25 больных с нарушением пассажа кишечного содержимого в последующем выполнены пластики ректовагинальной перегородки.

Отдаленные результаты отслежены у 92 больных. Отличные результаты получены у 27,2% больных, хорошие – у 64,1%, и удовлетворительные – у 8,7%, неудовлетворительные результаты нами не отмечены.

ВЫВОДЫ. Восстановление тазовой диафрагмы, при тотальном пролапсе, с использованием предложенного способа позволяет выполнить одновременную фиксацию и репозицию уретровезикального сегмента, стенок влагалища, матки, прямой кишки и одновременно ликвидацию ректоцеле, профилактику развития энтероцеле.

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ

Тотиков В.З., Тотиков З.В., Калицова М.В., Медоев В.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лечение геморроя посвящено достаточно много работ, предложено десятки консервативных, малоинвазивных и радикальных методов лечения, в то же время остается актуальным вопрос профилактики и лечения послеоперационных осложнений, в частности болевой синдром, острой задержки мочи, развития стриктур анального канала, достаточно часто сопровождающие радикальные операции.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Разработка способов лечения геморроя, позволяющих в послеоперационном периоде уменьшить болевой синдром, а также снизить вероятность развития стриктур анального канала и недостаточность анальных сфинктеров.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Для решения поставленной цели при радикальном лечении III-IV стадий геморроя нами разработано специальное зеркало, которое позволило улучшить доступ к операционному полю и исключить травматичную дивульсию анального канала. Всего геморроидэктомия с использованием специального анального зеркала нами выполнена у 624 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В послеоперационном периоде рефлексорная задержка мочи, носившая кратковременный характер, отмечена у 12 (1,9%) больных. Болевой синдром, требовавший обезболивания наркотическими средствами был отмечен у 18 (2,9%) больных, купировался на 2-3 сутки. У 3 (0,5%) больных имело место кровотечение из кожной раны. У одного из них кровотечение отмечено из зоны проекции ножки узла. Кровотечение остановлено после дополнительного прошивания. У остальных 2 больных кровоточили сосуды из раны периаанальной кожи. У этих больных также кровотечение остановлено путем прошивания. Еще у 2 (0,3%) выявлен подслизистый гнойник. В обоих случаях гнойники вскрыты ручным пособием. Отдаленные результаты от 6 месяцев до 3 лет мы наблюдали у 137 больных. У одного больного выявлена задняя анальная трещина, у 2 больных – умеренно выраженная стриктура анального канала, которая была в обоих случаях ликвидирована после бужирования.

ВЫВОДЫ. Таким образом, специальное анальное зеркало создает свободный доступ, позволяющий без травматичной дивульсии, не дислоцируя слизистую анального канала, выполнять открытую или закрытую геморроидэктомию без формирования культи. А также создает более благоприятные условия для выполнения подслизистой геморроидэктомии.