

далось сохранение гипертонуса анального сфинктера, что подтверждалось высокими значениями среднего давления покоя и среднего давления при волевом сокращении (соответственно,  $90,2 \pm 14,7$  и  $120,1 \pm 18,2$  мм рт. ст.), которые были достоверно выше по сравнению с аналогичными показателями у больных II группы.

**ВЫВОДЫ.** Применение PRP-терапии в комплексном лечении больных с анальной трещиной способствует ликвидации спазма анального сфинктера и стимулирует репаративные процессы в зоне поврежденных тканей. Это позволяет снизить частоту рецидива заболевания после лечения, существенно уменьшить сроки заживления раны анального канала и сократить сроки восстановления трудоспособности у данной категории больных.

## ВАРИАНТ ЛИГАТУРНОГО МЕТОДА ПРИ СЛОЖНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩАХ

Белоцкая Л.В., Чистохин С.Ю.

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2, ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Остаются до конца нерешенными вопросы оперативного лечения параректальных свищей, особенно свищей III-IV степеней сложности, велика частота грубых перианальных деформаций, в том числе с инконтиненцией, по-прежнему затруднены разработка и внедрение малотравматичных и сфинктер-сохраняющих вариантов операций при таких свищах.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Улучшение результатов лечения больных со сложными свищами прямой кишки за счет внесфинктерного проведения латексных лигатур.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** За минувшие 4 года (2013-2017) в ДКБ ст.Чита-2 мы наблюдали и оперировали 85 пациентов со свищевой формой хронического парапроктита. У 59 больных со свищами I-II степени сложности выполнено иссечение по Габриэлю, с восстановлением сфинктера у 42 из них; 14 пациентам из 26 со свищами III-IV степени сложности выполнено субтотальное иссечение свищевого хода с низведением внутреннего отверстия и проведением латексной лигатуры вокруг внутреннего и значительной части наружного сфинктеров (I группа), а 12 больным – субтотальное иссечение свищевого хода с низведением стенки кишки и внесфинктерным проведением латексных лигатур через оба свищевых хода при подковообразных вариантах или через свищ и наложенную контрапертуру в проекции ответвлений или затеков.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В I группе из 14 больных проведенная лигатура сразу же выполняла «прорезающую» функцию, низведения свищевого хода и заживления ран удавалось достичь к 8-12 неделе, заметная деформация перианальной зоны отмечена у 9 (64,3%) пациентов, транзиторное недержание газов и жидкого кала наблюдалось у 6 (42,9%). В этой группе сроки стационарного лечения составили  $12 \pm 2,9$  дней, сроки амбулаторного долечивания и реабилитации –  $38 \pm 5,7$  дней. В отдаленные сроки рецидив свища наступил у 2 (14,3%).

Во II группе из 12 больных проведенная лигатура первые 10-12 дней выполняла дренирующую функцию, после санации иссеченного свищевого хода лигатуру переводили на «прорезающую» роль, низведение свищевого хода и заживление ран наступало к 6-10 неделе, заметная деформация перианальной зоны отмечена лишь у 1 (8,3%) пациента ( $p=0,02$ ), транзи-

торное недержание газов и жидкого кала наблюдалось у 1 (8,3%). ( $p=0,03$ ). В этой группе продолжительность стационарного лечения составила  $11 \pm 2,1$  дней, сроки амбулаторного долечивания и реабилитации –  $32 \pm 5,7$  дней. В отдаленные сроки ни одного рецидива свища не выявлено ( $p=0,01$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Субтотальное иссечение свища с низведением стенки кишки и внесфинктерным проведением латексной лигатуры можно считать малотравматичной и физиологичной операцией, которая уменьшает частоту рецидивов, частоту и выраженность рубцовых деформаций перианальной зоны, заметно улучшает качество жизни таких пациентов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕКТО(КОЛЬПО)САКРОПЕКСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Бирюков О.М., Титов А.Ю.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Выпадение прямой кишки, возникающее вследствие слабости связочно-мышечного аппарата тазового дна, не только нарушает качество жизни, но и может приводить к таким осложнениям, как кровотечение, ущемление выпавшего участка с его некрозом и перфорацией. Существует множество способов хирургической коррекции ректального пролапса, однако процент рецидивов заболевания колеблется от 8 до 30% случаев. В последние годы наибольшую популярность приобрела лапароскопическая ректо(кольпо)сакропексия, предложенная A.D'Hooghe в 2004 году.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценить результаты лапароскопической ректо(кольпо)сакропексии при лечении пациентов с выпадением прямой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 2012 по 2016 гг. было оперировано 64 пациента с выпадением прямой кишки в возрасте от 20 до 75 лет ( $49,7 \pm 14,6$ ). Женщин было 54, мужчин – 10. У 33 пациентов было внутреннее выпадение (инвагинация) прямой кишки, у 31 – полный ректальный пролапс. Во всех случаях выполнялась лапароскопическая ректо(кольпо)сакропексия. Результаты лечения оценивались в сроки от 6 до 42 месяцев. Медиана прослеженности 12 мес.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Рецидив ректального пролапса был выявлен у 7 (22,6%) из 31 пациента с полным выпадением прямой кишки. При этом ухудшения моторной функции толстой кишки в этой группе не было диагностировано ни у одного пациента. В группе с внутренним выпадением (инвагинацией) прямой кишки ее эвакуаторной функции удалось достигнуть у 27 (81,8%) из 33 пациентов.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Лапароскопическая ректо(кольпо)сакропексия дает сопоставимый с традиционными методами лечения процент рецидивов при полном ректальном пролапсе и позволяет достигнуть улучшения эвакуаторной функции прямой кишки у 81,8% пациентов при внутреннем выпадении (инвагинации) прямой кишки.