у 68 (46,3%), внутренняя ректальная инвагинация – у 25 (17,0%), их сочетание – у 54 (36,7%) пациентов. Функциональное состояние мышц тазового дна в рамках функции эвакуации оценивалось по манометрии высокого разрешения (HRAM): сравнением показателей давления в покое и в тесте с натуживанием. Нарушение эвакуации подтверждалось тестом на выталкивание ректального баллона в положении сидя. Функцию держания оценивали по данным аноректальной манометрии неперфузионным катетером (сфинктерометрии) и исследования проводимости по половому нерву.

РЕЗУЛЬТАТЫ. По данным HRAM, функциональные расстройства дефекации (F3, Римские критерии III) выявлены у 114 (77,6%) пациентов, отсутствует – у 33 (22,4%). Диссинергия I типа – у 71 (62,3%), (среднее давление покоя $69,3 \pm 24,2$ мм рт. ст., при натуживании $80,2 \pm 27,2$ мм рт. ст., балл обструкции – $11,3 \pm 3,5$, эвакуаторная проба отрицательная в 60,0% случаев. Неадекватная пропульсия (II тип) – у 9 (7,9%), балл обструкции $12 \pm 3,2$, эвакуаторная проба отрицательная в 78%. Диссинергия III типа – у 34 (29,8%) пациентов (давление покоя $66,5 \pm 20,3$ мм рт. ст., при натуживании – $61,2 \pm 19,8$), балл обструкции $10,3 \pm 4,8$, эвакуаторная проба отрицательная у 15,0%. Среди этих 114 пациентов снижение тонуса и сократительной способности анальных сфинктеров выявлено у 27 (23,7%) (среднее давление в покое – $37,2 \pm 2,5$ мм рт. ст., при волевом сокращении $99,9 \pm 7,6$ мм рт. ст.), увеличение проводимости по половому нерву более 2,2 мс зарегистрировано у 54 (47,4%). У больных без диссинергии снижение тонуса и сократительной способности анальных сфинктеров – у 11 (33,3%) больных (давление покоя $34,4 \pm 3,5$ мм рт. ст., при волевом сокращении – $84,5 \pm 10,1$ мм рт. ст.). Нарушение проводимости зарегистрировано в 21 (63,6%) случаях.

ВЫВОДЫ. У пациентов с обструктивной дефекацией функциональные расстройства дефекации выявлены у 114 (77,6%) пациентов, что сочетается с ослаблением функции держания в 27 (23,7%) случаев.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ И ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА «КОЛЛОСТ»

Фролов С.А., Кузьминов А.М., Минбаев Ш.Т., Королик В.Ю., Богормистров И.С., Черножукова М.О. ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лечение свищей, охватывающих полностью или проходящих через глубокую порцию наружного сфинктера, остается сложной задачей в колопроктологии. Важным являются не только надежность ликвидации свищевого хода (рецидив заболевания достигает 35%), но и сохранение функции анального сфинктера. Пластические операции, применяемые при подобных свищах прямой кишки, сопровождаются развитием инконтиненции в 5-40% случаев.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения экстрасфинктерных и трансфинктерных свищей прямой кишки. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» накоплен опыт лечения 101 пациента со свищами прямой кишки, оперированных с применением биопластического материала «Коллост», среди них был 70 (69,3%) мужчин и 31 (30,7%) женщина, в возрасте от 22 до 63 года (средний возраст – 43 ± 10 лет). В группе исследования 21 (20,8%) пациент с трансфинктер-

ными свищами и 80 (79,2%) – с экстрасфинктерными свищами.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» разработан (2014 г.) и применяется способ хирургического лечения экстрасфинктерных 1-4 степени и трансфинктерных свищей прямой кишки с применением биопластического материала «Коллост», заключающийся в пластике внутреннего свищевого отверстия коллагеновой мембраной и пломбировке ложа иссеченного свищевого хода биопластическим материалом в форме жгута с последующим введением геля «Коллост». В раннем послеоперационном периоде в 1 (1,0%) случае отмечено кровотечение из послеоперационной раны. В срок от 3 месяцев до 6 лет, прослежены 88 (87,1%) пациентов, медиана наблюдения составила 38 месяцев. Рецидив заболевания выявлен у 7 (8,0%) пациентов. При анальной манометрии, выполненной 39 (44,3%) пациентам, данных за послеоперационную инконтиненцию не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предложенный способ операции позволяет сократить время оперативного пособия, уменьшить травму анального сфинктера, а применение биопластического материала позволяет надежно ликвидировать хронический парапроктит.

ТРЕХУРОВНЕВАЯ ПЛАСТИКА ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ

Хитарьян А.Г.,^{1,3} Дульеров К.А.,^{1,3} Стагниева Д.В.,² Прокудин С.В.,³ Ковалев С.А.^{1,3}

¹ НУЗ «Дорожная клиническая больница» ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД», г. Ростов-на-Дону, Россия
² МБУЗ Городская поликлиника № 16, г. Ростов-на-Дону, Россия

³ ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургическая анатомия тазового дна весьма сложна для понимания и стала предметом научного спора при разработке реконструктивных операций на тазовом дне в проктологии. С точки зрения понимания 3-х уровневой анатомии тазового дна становится понятным, что тяжелые формы тазовых пролапсов сопряжены с повреждением и недостаточностью связочного аппарата первого и второго уровня. **ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты хирургического лечения ректоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Клиническую группу составили 49 женщин, страдающих ректоцеле 2-3 степени. Возраст больных колебался от 31 до 70 лет. Пластика ректоцеле заключалась в сакрокардинальной фиксации справа, кольпорафии, дополненной трансанальной «11-часовой» мукопексией на высоту до 5 см от зубчатой линии.

Всем пациенткам проводили предгоспитальное обследование, включающее: клинический осмотр, мануальное гинекологическое и проктологическое исследование, оценку опущения тазового дна по системе POP-Q, эвакуаторную рентгеновскую проктодефектографию, дополнительно проводили тоноперинеометрию в покое и при напряжении, соноэластографию с функциональной пробой при натуживании.

При перинеометрии измеряли силу сокращения мышц промежности по величине прироста давления при напряжении мышц тазовой диафрагмы. При этом уточняли степень недостаточности тонического усилия мышц промежности.

Для оценки симптомов заболевания до и после операции использован опросник PFDI, CRADI, POPDI.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У исследуемых пациенток (n=49) ректоцеле 2 степени было выявлено у 21 (42,9%), а 3 сте-

пени – у 28 (57,1%).

При перинеометрии умеренная недостаточность мышц тазового дна встречалась у 20 (40,8%), а выраженная – у 29 (59,2%) больных.

Длительность операции составила 53,8±1,2 мин. Объем кровопотери при операции – 129,1±5,2 мл. В ранний послеоперационный период у 2 (4,1%) больных развилась гематома промежности. В исследуемой группе «хороший» результат был отмечен у 37 (75,5%) пациенток, «удовлетворительный» и «неудовлетворительный» – у 11 (22,4%) и 1 (2,0%) пациенток, соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При диагностике и лечении ректоцеле и газового пролапса необходимо учитывать уровни поражения тазового дна и, в соответствии с этим, подбирать вид тазовой пластики, для улучшения результатов хирургического лечения ректоцеле.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ И ИНТРОНОДАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ (ИНЛК) ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Хитарьян А.Г.,^{1,2} Савченко С.В.,¹ Ковалёв С.А.,^{1,2} Ромодан Н.А.,¹ Орехов А.Н.^{1,2}

¹ НУЗ ДКБ на станции Ростов-Главный ОАО «РЖД», г. Ростов-на-Дону, Россия

² ГБОУ ВПО РостГМУ, кафедра хирургических болезней № 3, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Высокая распространенность геморроя диктует необходимость совершенствования традиционных (оперативных) методов его лечения, а также поиска новых, малоинвазивных способов, применимых в амбулаторной практике, позволяющих снизить сроки нетрудоспособности и уменьшить количество осложнений.

ЦЕЛЬЮ нашего исследования было оценить ближайшие и отдаленные результаты лечения внутреннего геморроя 3 степени с использованием отечественного лазера «Полус» и лазерных световодов системы Radial Elves Painless Blolitec (Германия), по сравнению с применением широко известной методики склерозирования геморроидальных узлов 3% раствором этокси-склерола.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Все малоинвазивные операции проводили в амбулаторных условиях в положении больного для камнесечения без общего обезболивания. Склеротерапию выполняли с использованием аноскопа Self light Sapimed с диаметром рабочей части 23 мм, иглы 26G, склерозант вводили в объеме 1,5-2,5 мл в зависимости от объема узла непосредственно выше зубчатой линии.

При проведении ИНЛК геморроидальных узлов сразу выше зубчатой линии вводили 2-3 мл раствора анестетика, после чего, трансмукозно, над зубчатой линией во внутренний геморроидальный узел вводили лазерный световод в режиме лазерного воздействия таким образом, чтобы установить всю радиальную рабочую часть световода в просвет геморроидального узла. Затем осуществляли лазерную коагуляцию энергией 80-140 Дж по данным индикатора лазера в зависимости от объема и консистенции геморроидального узла. Критерием достаточности воздействия считали появление клинических признаков карбонизации: повышение задымленности в месте стояния световода, нарастание звука выпаривания тканей, появление первых неприятных тепловых ощущений у пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все малоинвазивные операции по лечению хронического внутреннего геморроя паци-

енты двух групп перенесли хорошо, не требуя дополнительного обезболивания. У одного пациента в первой группе и у 4 во второй отмечалось кровотечение из места вкола иглы, потребовавшее его прошивания нитью Викрил 3.0. В раннем послеоперационном периоде (до 2 недель) в первой группе ректальных кровотечений не отмечалось, в второй группе – на 6-8-й день отмечались ректальных кровотечения, в одном случае потребовавшие прошивания зоны коагуляции под общим обезболиванием и в 3-х случаях остановленные консервативно. Данные осложнения получены в период освоения методики и связаны с большой энергией лазерного воздействия более 130 Дж, а так же, возможно, с неполным погружением рабочей части лазерного световода в подслизистый слой и последующим развитием его некроза. Болевой синдром в обеих группах был выражен незначительно, и лишь в 10,5 и 15% случаев соответственно, потребовал 1-2-кратного приема обезболивающих препаратов в течении первых трех суток после операции. Тромбозов наружных геморроидальных узлов, острой задержки мочеиспускания в двух группах не отмечалось. С целью оценки отдаленных результатов лечения в сроки до 1 года удалось осмотреть 19 пациентов 1-й группы и 32 пациента 2-й группы. У пациентов после склерозирования хорошие результаты лечения отмечались у 10 пациентов, в то время, как после ИНЛК геморроидальных узлов – у 22 больных. Удовлетворительные результаты были получены у 4 больных первой группы и 6 – 2-й. Так же у больных исследуемой группы почти вдвое уменьшилось количество неудовлетворительных результатов лечения 12,5 при ИНЛК против 26,3%.

Проведение трансректального доплеровского сканирования эндоректальным датчиком 8-10 МГц, для оценки состояния концевых ветвей верхних прямокишечных артерий у всех больных 2-й групп, показал отсутствие признаков их повреждения в сроки 1 год после ИНЛК геморроидальных узлов.

ВЫВОДЫ. Методика ИНЛК в лечении неосложненно-го хронического геморроя 3 стадии по своей малоинвазивности сопоставима со склерозированием геморроидальных узлов 3% раствором этокси-склерола, однако, в отдаленном периоде она дает лучшие результаты, по данным комплексной оценки.

К ВОПРОСУ ОБ УЛУЧШЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ

Хренов В.Е., Шлыков О.А.

БУЗ ВО «ВГКБ № 3», ВГМУ им. Н.Н.Бурденко, г. Воронеж, Россия

В литературных публикациях нет единого мнения о преимуществах определенного способа лечения эпителиальных копчиковых ходов (ЭКХ).

ЦЕЛЬЮ данной работы является усовершенствование методов оперативного лечения больных с ЭКХ путем первичным натяжением, что, на наш взгляд, сводит процент рецидива заболевания к минимуму.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведено обследование и оперативное лечение 100 пациентам с ЭКХ в период с 2010 по 2016 год. Возраст большинства больных составил от 16 до 40 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Всем больным в качестве предоперационной подготовки проводилось тщательное бри-тье волос в области копчика и ануса. Проводилась дооперационная антибактериальная профилактика цефалоспоридами и фторхинолонами в зависимости от результатов бакпосева.