

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ХАРАКТЕР ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Ковалев Б.В., Татьяначенко В.К., Сухая Ю.В., Манулик А.Ф., Грива Р.К.

ФГБОУ ВО РостГМУ, Ростов-на-Дону, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Сочетанная травма прямой кишки в сочетании с переломами костей таза встречается довольно редко. Такие повреждения чреваты развитием грозных осложнений, требующих хирургического лечения. По данным разных авторов, летальность достигает 30-50%.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Изучить результаты хирургического лечения больных с повреждениями прямой кишки при сочетанной травме с позиции их использования в ходе судебно-медицинской экспертизы.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Исследование (с 2013 по 2017 гг.) проводилось у 64 больных с травмой прямой кишки на фоне повреждения костей таза. У 28 больных (1 группа) повреждения внутрибрюшинной части прямой кишки, а у 36 (2 группа) внебрюшинной части прямой кишки. Разделение по возрасту: до 20 лет – 6 больных, от 21 до 30 лет – 31, от 31 до 40 лет – 14, от 41 до 50 лет – 4, от 51 до 60 лет – 3, старше 60 лет – 6. Среди них мужчин было 41 и 23 – женщин. 70% пострадавших в возрасте от 21 до 50 лет.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Общая летальность в обеих группах составила 29,7% (19 человек). Самая высокая летальность была на 1-3 сутки – 11 (17,2%) человек. Затем она постепенно снижалась: на 8-12 сутки – 6 (9,3%) и на 13-21 сутки – 2 (3,13%). Основными причинами высокой послеоперационной летальности у исследуемых остается: исходно тяжелый шок с необратимыми процессами в жизненно важных органах; значительное снижение неспецифической резистентности организма в первые часы и сутки после травмы; неэффективность комплекса реанимационных мероприятий. От осложнений и сопутствующих заболеваний умерли 8 человек. Полное совпадение клинического и патологоанатомического диагноза получено у 60,5% умерших, неполное расхождение – у 39,5%.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Комплексный подход в лечении больных с повреждениями прямой кишки на фоне сочетанной травмы позволяет достичь хороших результатов после операции у 51,6% больных, при снижении послеоперационных осложнений до 18,8%, а общей летальности – до 29,7%.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ПЕРЕВЕДЕНИЯ / ПЕРЕМЕЩЕНИЯ СВИЩЕВОГО ХОДА В МЕЖСФИНКТЕРНОЕ ПРОСТРАНСТВО

Костарев И.В., Титов А.Ю., Благодарный Л.А.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ.** Проблема лечения сложных свищей прямой кишки с наличием рубцовых изменений стенки анального канала и прямой кишки, наличием выраженных рубцово-воспалительных изменений в области внутреннего свищевого отверстия и по ходу свища, гнойно-инфильтративных изменений параректальных клетчаточных пространств, до сих пор остается сложной и нерешенной. Применение сфинктеросохраняющих вмешательств у данных пациентов в большинстве случаев обречено

на неудачу. Основным вариантом лечения остается лигатурный метод, который, в свою очередь, более чем в 50% случаев приводит к развитию тех или иных явлений анальной инконтиненции. Вариантом вмешательства, который может быть применен у данной категории пациентов, является методика переведения/перемещения сложного экстрасфинктерного свища в более простой вариант – в подслизистый слой, межсфинктерное пространство (МСП). Преимущество методики связано с отсутствием ограничений ее применения при наличии широкого, рубцово-измененного внутреннего свищевого отверстия и затеков по ходу свища.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценка отдаленных результатов лечения пациентов с экстрасфинктерными свищами прямой кишки методом иссечения свища с переведением/перемещением свищевого хода в межсфинктерное пространство.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С февраля 2013 года по март 2017 года в проспективное одноцентровое исследование включено 38 пациента с экстрасфинктерными свищами прямой кишки 2-4 степени сложности, которым было выполнено иссечение свища с переведением/перемещением свищевого хода в МСП. Мужчин было 29, женщин – 9. У 9 (23,7%) пациентов свищ имел рецидивный характер. У 32 пациентов, при наличии полостей затеков, инфильтратов по ходу свища, выполнялась операция переведения свища в МСП с его дренированием эластичной лигатурой и ушиванием свищевого отверстия со стороны промежностной раны. В 6 случаях с наличием сформированного свища, без выраженных воспалительных изменений и затеков, было выполнено иссечение свища в виде трубки с его полным перемещением в МСП. Средний период наблюдения составил 23,4 (3-48) месяцев. При положительном исходе операции, контрольные осмотры проводились через 6, 12 и 18 месяцев. В отдаленном периоде (12 и более месяцев) результаты прослежены у 29 (76,3%) пациентов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Заживление свища после операции зафиксировано в 21 (55,3%) из 38 наблюдений. В 17 (53,1%) случаях отмечено заживление после иссечения свища с переведением свищевого хода в МСП, в 4 (66,7%) случаях после транспозиции выделенного в виде трубки свищевого хода в МСП. В период наблюдения за пациентами после заживления свища, рецидив заболевания зафиксирован в 3 (14,3%) из 21 случая. Пациентам, у которых после операции свищевой ход сохранялся, в последующем выполнялись повторные вмешательства. В 13 (34,2%) случаях свищ в конечном итоге был ликвидирован лигатурным методом, в 2 (5,3%) – методом иссечения свища с ушиванием сфинктера.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** В результате лечения 38 пациентов со сложными экстрасфинктерными свищами прямой кишки положительный результат был достигнут в 18 (47,4%) случаях. Операция позволила сохранить у пациентов полностью интактным наружный анальный сфинктер, без выраженных нарушений функции держания кишечного содержимого. Методика может использоваться во всех случаях, когда единственным вариантом выбора остается проведение пересекающей лигатуры.