

## ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ СКАЛЬПЕЛЕМ

Кузьминов А.М., Мухин И.А., Фоменко О.Ю.,  
Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Вышегородцев Д.В.  
ФГБУ «ГНЦК им.А.Н.Рыжих» Минздрава России,  
Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** В структуре колопроктологических заболеваний геморрой занимает одно из первых мест. Частота встречаемости геморроя среди всех колопроктологических заболеваний составляет до 40%. При хирургическом лечении геморроя 3-4 стадии нередко отмечаются такие осложнения, как недостаточность анального сфинктера 1,8-4%, стриктура анального канала – до 8%, кровотечение – 2-10%. Потеря трудоспособности может составлять до 1,5 месяцев. Геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем является одним из наиболее эффективных хирургических методов лечения хронического геморроя 4 стадии.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Улучшение результатов лечения пациентов с 4 стадией геморроя.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России в период с 2015 по 2017 гг. было оперировано 500 пациентов по поводу комбинированного геморроя 4 стадии, из них 281 (56,2%) мужчина и 219 (43,8%) женщины. Возраст пациентов составил от 18 до 76 лет. Продолжительность заболевания варьировала от 1 года до 30 лет. Всем больным до и после операции на 10 и 45 день проводилось комплексное обследование: сбор анамнеза, пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия, профилометрия, ультразвуковое исследование ректальным датчиком, колоноскопия, анкетирование по опросникам VAS и по опроснику QoLSF-36.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Метод ультразвуковой геморроидэктомии является малотравматичным, а продолжительность его составляет всего 18,0±3,0 мин. Результаты хирургического лечения больных геморроем 4 стадии прослежены в сроки от 45 дней до 1 года. Интраоперационных осложнений диагностировано не было. В раннем послеоперационном периоде в сроки до 10 дней, у 10 (2,0%) пациентов развилось кровотечение из ран анального канала, что потребовало прошивания кровоточащих участков. Выраженный болевой синдром, оцененный в 7-10 баллов, диагностирован у 25 (5,0%) человек. Длительно незаживающие раны диагностированы у 30 (6,0%) человек в сроки от 2 до 3 месяцев, а у 50 (10,0%) человек отмечены тенезмы. По данным аноректальной манометрии, выполненной на 45 сутки после операции у 30 (6,0%) человек, отмечалось снижение показателей анального давления в покое, что косвенно свидетельствует о снижении тонуса внутреннего сфинктера, 10 (2,0%) из этих пациентов предъявляли жалобы на периодическое недержание газов, что соответствует недостаточности анального сфинктера 1-2 степени. При оценке качества жизни пациентов использованная нами анкета QoLSF-36 позволила провести анализ состояния физического (PH) и психического (MH) здоровья. Так на 10 сутки после операции полученные показатели PH=42,76±8,16 баллов, MH=41,37±6,06 баллов, соответствовали среднему качеству жизни пациентов, на 45 день, при оценке качества жизни, выявлено увеличение баллов PH=44,77±7,68 баллов, MH=43,46±5,60 баллов, как психического, так и физического состояния пациентов, что свидетельствует об улучшении качества жизни по сравнению с ранним послеоперационным периодом.

**ВЫВОДЫ.** Несмотря на небольшое количество осложнений, таких как кровотечение, развившееся в после-

операционном периоде у 10 (2,0%) пациентов, отсутствие стриктур анального канала, у 30 (6,0%) пациентов при оценке функционального состояния тонуса сфинктера, нами отмечено снижение показателей, клинические проявления недостаточности анального сфинктера 1-2 степени отмечены у 10 (2,0%) пациентов. В связи с этим мы считаем, что пациентам с недостаточностью анального сфинктера целесообразно проведение реабилитационных мероприятий, а именно лечение по принципу биологической обратной связи, анальной электростимуляции и тиббиальной нейромодуляции.

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кузьминов А.М., Фролов С.А., Королик В.Ю.,  
Минбаев Ш.Т., Черножукова М.О.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Хирургическое лечение неполных внутренних свищей прямой кишки является сложной задачей, и связано это с особенностями свищевого хода и отсутствием наружного свищевого отверстия.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В период с 2014 до 2017 гг. нами был проведен проспективный, одноцентровой анализ 156 пациентов с неполными внутренними свищами различной сложности криптогенного генеза. При этом мы оценивали: количество перенесенных оперативных вмешательств и их особенности. На догоспитальном этапе всем пациентам выполнялось МРТ органов малого таза с в/в контрастированием и трансректальное УЗИ.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Мы проанализировали зависимость объема хирургического вмешательства и развития рецидива заболевания. Наибольшее количество рецидивов наблюдалось после иссечения свища с ушиванием сфинктера (18%). При этом осложнения при иссечении свища с пластикой внутреннего свищевого отверстия полнослойным лоскутом стенки прямой кишки и иссечения свища по типу «марсуализации» были одинаковыми 13,6% и 14,2%, соответственно. Из трех пациентов, которым было выполнено хирургическое вмешательство в объеме иссечения свища с сфинктеропластикой, рецидив заболевания отмечен у одного больного, которому лечение выполнялось в один этап. Учитывая статистически значимое влияние на частоту развития рецидива заболевания таких факторов как общее количество затеков (>1) (p=0,002) и сложность свищевого хода (p=0,031), при сложных неполных внутренних свищах прямой кишки целесообразно выполнять хирургическое лечение в два этапа. При этом рецидив заболевания наблюдался у 20,9% (9/43). При хирургическом лечении в объеме иссечения свища с ушиванием сфинктера рецидив наблюдался у 18% пациентов, при этом неполный внутренний транссфинктерный свищ прямой кишки с наличием межсфинктерного затека диагностирован у 4/6 (67%) пациентов. Таким образом, хирургическое лечение у данной категории должно выполняться либо в два этапа с проведением дренирующей лигатуры, либо с частичным ушиванием сфинктера.

**ВЫВОДЫ.** При простых неполных внутренних свищах прямой кишки достаточно эффективной операцией является иссечение свища в просвет кишки. При этом рецидив заболевания наблюдался у 5,8% (6/104). Основным фактором риска рецидива заболевания является наличие гнойного затека в параректальных клетчаточных пространствах и сложность свищево-

го хода. Мы считаем, что эти два фактора являются решающими в выборе двухэтапного лечения сложных неполных внутренних свищей прямой кишки, несмотря на то, что нами не было получено статистически значимой разницы.

## АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Кривчикова А.П., Абулатифа А.М., Аленичева М.С., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Братищева Н.Н.

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» МЗ РФ, Белгород, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний при опущении тазовых органов является ректоцеле. Однако до настоящего времени не существует стандартов в выборе метода коррекции данной патологии. Рецидивы и неудовлетворительные результаты хирургического лечения ректоцеле составляют 25-30%.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Выбор оптимальной тактики хирургического лечения ректоцеле.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен анализ отдаленных результатов хирургического лечения ректоцеле с использованием методик задней кольпорафии (ЗКР) у 67 пациенток, ЗКР в сочетании со степлерной трансанальной резекцией прямой кишки (STARR) у 46 пациенток, сакрокольпопексии с использованием синтетического импланта (СКПСИ) у 42 пациенток.

Результаты оценивались с помощью клинических, рентгенологических, ультразвуковых и МРТ методов исследования.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При оценке по системе POP-Q установлена нормализация положения точек Ar и Br у больных всех групп. Дислокация точки С и уменьшение TVL отмечено у 25 (37,3%) пациенток, перенесших ЗКР. 15 (32,6%) пациенток перенесших ЗКР в сочетании со STARR. Рентгенологически у больных с дислокацией точки С диагностировано «верхнее» ректоцеле. Ретроспективный анализ МРТ до операции показал повышенную подвижность маточно-шеечного сегмента у этих пациенток  $17,4 \pm 1,6$  мм (у здоровых женщин  $8,1 \pm 0,8$  мм). В отдаленном послеоперационном периоде отмечено прогрессирующее опущение маточно-шеечного сегмента, в среднем, на  $7,6 \pm 0,8$  мм, по сравнению с дооперационными данными. У 17 (40,4%) пациенток, перенесших СКПСИ, до операции также отмечена повышенная подвижность маточно-шеечного сегмента. В послеоперационном периоде отмечена нормализация его подвижности и уровня. Дислокации точки С после проведения у пациенток этой группы не отмечено.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Одной из причин развития рецидива ректоцеле после хирургического лечения является нескоррегированный апикальный пролапс. ЗКР, в том числе дополненная операцией STARR, неэффективны для коррекции ректоцеле у больных со слабостью апикальной поддержки. Использование СКПСИ позволяет осуществить коррекцию ректоцеле и укрепить связочный аппарат матки.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ С АПИКАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКОЙ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Кривчикова А.П., Абулатифа А.М., Аленичева М.С., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Братищева Н.Н.

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» МЗР, Белгород, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ** определяется частотой встречаемости ректоцеле у женщин всех возрастов, достигающей 50% в перименопаузе и неудовлетворительными результатами лечения у 25-30% пациенток.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ** – улучшение результатов хирургического лечения ректоцеле.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** 42 пациенткам с ректоцеле III степени и слабостью связочного аппарата матки произведена внутрибрюшная сакрокольпопектопексия с использованием сетчатого импланта. Для оценки результатов использовались клинические методы, дефекография, УЗИ, аноректальные функциональные тесты, МРТ.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Через 5 лет после оперативного лечения при оценке по системе POP-Q 0 степень пролапса диагностирована у 30 (71,5%) пациенток, I ст. – у 12 (28,5%) пациенток. Эти данные соответствовали результатам дефекографии: размеры ректоцеле перед оперативным вмешательством составляли  $4,8 \pm 0,7$  см. В отдаленном периоде рецидива, т.е. ректоцеле II-III ст. не отмечено ни у одной пациентки: у 30 (71,5%) пациенток размер выпячивания не превышал 1 см, в среднем,  $0,9 \pm 0,1$  см, у 12 (28,5%) пациенток ректоцеле соответствовало II степени, размеры выпячивания были не более 2 см, в среднем,  $1,6 \pm 0,4$  см. У большинства больных отмечено улучшение функции опорожнения. У 4 (9,5%) запоры сохранялись, что объяснялось постепенным опущением слизистой прямой кишки в послеоперационном периоде. Скорость эвакуации бария составила у них  $12,7 \pm 2,6$  г/сек, до операции –  $17,3 \pm 1,5$  г/сек ( $P < 0,05$ ); у остальных –  $7,8 \pm 0,9$  г/сек, достоверно не отличаясь от нормы,  $5,6 \pm 0,9$  г/сек. Улучшились также функциональные показатели: порог чувствительности  $26,1 \pm 1,2$  мл ( $31,9 \pm 1,7$  мл); объем, вызывающий позыв на дефекацию  $75,2 \pm 3,7$  мл ( $85,2 \pm 3,7$  мл); эластичность прямой кишки  $6,6 \pm 1,0$  ( $8,9 \pm 1,1$ ) мл/мм рт. ст. В скобках приведены данные до операции. МРТ показало уменьшение подвижности маточно-шеечного сегмента:  $10,2 \pm 1,2$  мм, по сравнению с дооперационными показателями:  $17,2 \pm 2,4$  мм ( $P < 0,05$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Интраабдоминальная сакрокольпопектопексия является эффективным методом хирургического лечения ректоцеле у пациенток со слабостью апикальной поддержки влагалища.

## ЛЕЧЕНИЕ РАН ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Гобеджишвили В.В., Жабина А.В.

«Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Частота заболевания, рецидивов у 8-12% больных острым парапроктитом (ОП) определяет актуальность темы.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Улучшить результаты лечения пациентов с ОП.