

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.