

свища в 72,5% случаев. Результаты исследования показывают, что данную операцию целесообразно применять у пациентов со свищевым ходом, проходящим через поверхностную порцию сфинктера (заживление – в 82,7%). Предварительные данные свидетельствуют, что при лечении свищей имеющих более глубокое расположение хода результаты значительно хуже, однако, учитывая малые выборки, необходимо дальнейшее накопления опыта применения данной методики.

ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ПРОЛАПСЕ ТАЗОВОГО ДНА И РЕКТОЦЕЛЕ 2-3 СТЕПЕНИ

Тотиков В.З., Дзанаева Д.Б., Тотиков З.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ, Россия

ЦЕЛЬ. Разработка способа, позволяющего произвести восстановление анатомо-топографического дефекта и анатомо-функциональную коррекцию тазового дна в целом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование основано на результатах лечения 286 женщин с опущением внутренних половых органов 3 степени и ректоцеле 2-3 степени. В зависимости от выполненного вида оперативного лечения, пациентки были разделены на 2 группы. У 94 пациенток первой группы была выполнена влагалищная экстирпация матки. У 192 больных второй группы восстановление тазовой диафрагмы выполнено с использованием сетчатого материала по разработанному в клинике способу.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Непосредственные результаты мы оценивали в течение 3 месяцев. Диспареуния в первой группе выявлена у 3,3%, во второй – ни у одной больной. Грубый послеоперационный рубец в первой группе выявлен у 3,7%, во второй – ни у одной больной. Нарушения эвакуаторной функции прямой кишки в первой группе отмечены у 17,8%, во второй – у 12,2%. Болевой синдром в первой группе имел место у 13,8%, во второй – ни у одной больной. У 14 из 17 больных в первой группе и у 19 из 24 больных второй с нарушением кишечного пассажа в последующем выполнены пластики ректовагинальной перегородки. Отдаленные результаты отслежены у 57 – первой и 86 – второй. Отличные результаты получены у 13,4% первой группы, и 27,3% – второй группы. Хорошие – у 55,1% пациенток первой группы, и 63,5% – второй группы. Удовлетворительные результаты получены у 16,3% – первой группы, и 10,5% второй группы. Неудовлетворительные результаты выявлены у 14,3% больных первой, и во второй группе неудовлетворительных результатов не выявлено.

ВЫВОДЫ. При тотальном пролапсе тазового дна, при сочетании ректоцеле 3 степени с осложненными формами ОиВВПО, операцией выбора является восстановление тазовой диафрагмы с использованием синтетического материала. Данный способ позволяет выполнить одновременную фиксацию и репозицию уретровезикального сегмента, стенок влагалища, матки, прямой кишки и одновременную ликвидацию ректоцеле, профилактику развития энтероцеле.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОКЦИГОДИНИИ

Фатхутдинов И.М.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Казань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Кокцигодия – заболевание, плохо поддающееся лечению и нарушающее качество жизни больных. Существующие на сегодняшний день способы лечения далеко не всегда позволяют помочь больным.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Разработать комплекс диагностических и лечебных мероприятий, позволяющих улучшить результаты лечения больных с кокцигодией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. За период с 2007 по 2016 гг. в клинике хирургии №1 на базе ГАУЗ «Центральной городской клинической больницы №18» г. Казани и в одном из частных медицинских центров города Йошкар-Ола наблюдалось 25 пациента с кокцигодией: 24 (96%) женщин и 1 (4%) мужчина в возрасте от 24 до 68 лет. Всем больным проводились стандартные проктологические обследования, рентгенография крестцово-копчикового отдела позвоночника в двух проекциях. На рентгенограммах у всех больных была выявлена угловая деформация копчика, а у 96% пациентов обнаружены явления деформирующего остеоартроза крестцово-копчикового сочленения. В 16 случаях при остеоденситометрии обнаружены явления остеопороза. Во всех случаях было проведено комплексное лечение, включающее в себя параартикулярные блокады (лидокаин с траумель С и алфлутоп), прием хондропротекторов, транквилизаторов и препаратов кальция с витамином Д3, иглорефлексотерапия, магнитотерапия.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В двух случаях не отмечалось положительной динамики на фоне проводимой комплексной терапии (при дообследовании диагностированы грыжи межпозвоночных дисков в пояснично-крестцовом отделе позвоночника). Остальные пациенты отмечали положительную динамику после первых блокад курса комплексной терапии. На отдаленных сроках (от 1 года до 6 лет) признаки болезни отсутствовали у 16 больных.

ВЫВОДЫ. Таким образом, комплексная терапия боли в копчике, включающая в себя параартикулярные блокады с препаратами Траумель С и Алфлутоп, иглорефлексотерапию, магнитотерапия, прием хондропротекторов, транквилизаторов и препаратов кальция с витамином Д3, позволяла купировать воспалительные процессы и боли в области крестцово-копчикового сочленения, тем самым улучшая качество жизни пациентов.

ХАРАКТЕР ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ ДЕФЕКАЦИЕЙ

Фоменко О.Ю., Титов А.Ю., Бирюков О.М., Мудров А.А., Белоусова С.В.

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

ЦЕЛЬ. Оценить функциональное состояние мышц тазового дна у больных с обструктивной дефекацией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Включены 147 пациентов с симптомами обструктивной дефекации. Женщин – 137 (93,2%), мужчин – 10 (6,8%), средний возраст – 45,4±18 лет. Выраженность симптомов обструкции оценивалась анкетированием по Шкале запоров ГНЦК. По данным дефекографии, ректоцеле выявлено

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-