

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Применение модифицированной техники с применением фибринового клея позволило улучшить результаты лечения низких транссфинктерных свищей прямой кишки, что объясняется более дифференцированным подходом к лечению.

**ВЫВОДЫ.** Накопленный опыт свидетельствует о патогенетической обоснованности и эффективности применения сфинктерсохраняющих методик лечения свищей прямой кишки.

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кузьминов А.М., Фролов С.А.,  
Вышегородцев Д.В., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т.,  
Елигулашвили Р.Р., Черножукова М.О.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Проблема диагностики и лечения неполных внутренних свищей прямой кишки остается недостаточно изученной. В первую очередь, отсутствие единого терминологического определения не позволяет выделить группу подобного типа свищей в отдельную нозологическую форму. Во-вторых, сложности диагностических мероприятий (ввиду отсутствия наружного отверстия), затрудняют дооперационное определение архитектоники свищевого хода. Поэтому в отношении данного вида свища отсутствует стандартизация лечения. По данным литературы, частота рецидивов неполных внутренних свищей достигает 22%.

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты диагностики и лечения больных с неполными внутренними свищами прямой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включено 79 пациентов в возрасте от 24 до 76 лет, прооперированных в ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» МЗ РФ в период с ноября 2014 по январь 2016 гг. по поводу различных форм неполных внутренних свищей прямой кишки. На дооперационном этапе с целью классификации выполнено обследование: ТРУЗИ, МРТ малого таза, аноректальная манометрия, колоноскопия. В группе исследования 50 (63%) пациентов с интерсфинктерными свищами прямой кишки, 21 (27%) с транссфинктерными и 8 (10%) с экстрасфинктерными.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Пациентам с транссфинктерными свищами через глубокую порцию и наличием затеков в параректальной клетчатке и экстрасфинктерными свищами 2-4 степени сложности выполнялось оперативное лечение в два этапа. Первый этап – дренирующая лигатура, второй этап – пластическая операция. Пациентам с высокими и подковообразными интерсфинктерными свищами выполнялась операция по типу «марсупиализации». Период наблюдения составил от 3 до 12 месяцев. Рецидив диагностирован у 6 (7,6%) пациентов, из которых 2 с высокими интерсфинктерными свищами, 2 – с транссфинктерными и 2 – с экстрасфинктерными свищами 4 степени сложности.

**ВЫВОДЫ.** Разработанная нами модифицированная классификация неполных внутренних свищей прямой кишки позволила применить более дифференцированный метод лечения, тем самым снизить частоту рецидивов и не ухудшить функцию держания.

## ПРЕИМУЩЕСТВА ВНУТРИБРЮШНОЙ САКРОКОЛЬПОПЕКСИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ НА ФОНЕ ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ У ЖЕНЩИН

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Братищева Н.Н.,  
Наумов А.В., Сторожилов Д.А., Кривчикова А.П.

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа,  
БелГУ, г. Белгород, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Проблема хирургического лечения ректоцеле на фоне опущения промежности остается актуальной.

**ЦЕЛЬ.** Улучшение анатомических и функциональных результатов хирургического лечения данной патологии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Клинические, ректоскопия с натуживанием по Парксу, дефекография, УЗИ, МРТ, аноректальные функциональные тесты. Сакрокольпопексия с использованием синтетического трансплантата для коррекции данной сочетанной патологии произведена 20 пациенткам.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Гнойно-воспалительных осложнений не отмечено. Жалобы на диспареунию в отдаленном послеоперационном периоде отсутствовали. Функция опорожнения улучшилась у 19 из 20 пациенток. Анатомические результаты улучшились у всех пациенток. При дефекографии уровень расположения промежности относительно лono-копчиковой линии составил: в покое  $-3,8 \pm 0,5$  см до операции и  $-2,5 \pm 0,4$  см после операции ( $P < 0,01$ ); при натуживании  $-7,7 \pm 0,5$  см до операции и  $-5,5 \pm 0,5$  см после операции ( $P < 0,03$ ). Скорость эвакуации составила  $17,6 \pm 1,3$  г/сек до операции и  $7,9 \pm 0,7$  г/сек после операции ( $P < 0,002$ ); количество оставшегося бария составило  $21,2 \pm 2,1$  % до операции и  $15,4 \pm 0,8$  % после операции ( $P < 0,02$ ). Показатели аноректальной манометрии составили: первое опущение при заполнении прямой кишки  $33,1 \pm 1,9$  мл до операции и  $25,2 \pm 1,5$  мл после операции ( $P < 0,01$ ); объем, вызывающий позыв на дефекацию  $87,2 \pm 2,1$  мл до операции и  $74,1 \pm 1,8$  мл после операции ( $P < 0,03$ ). Давление в области внутреннего анального сфинктера составило до операции  $27,7 \pm 2,9$  мм рт. ст. и  $35,2 \pm 2,9$  мм рт. ст. после операции ( $P < 0,01$ ); давление в области наружного анального сфинктера  $40,6 \pm 4,7$  мм рт. ст. и  $50,1 \pm 4,5$  мм рт. ст. до и после операции, соответственно ( $P < 0,03$ ). При проведении теста с выталкиванием баллона, баллон объемом 150 мл смогли вытолкнуть без значительных усилий 14 пациенток. У 15 из 20 больных улучшилась функция держания.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Для коррекции ректоцеле на фоне опущения промежности внутрибрюшная ректопексия с использованием трансплантата может служить операцией выбора, т. к. позволяет достигнуть хорошего анатомического эффекта и значительно улучшить функциональные результаты лечения.

## КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилов Д.А.,  
Наумов А.В., Братищева Н.Н.

ОГБУЗ БОКБ «Святителя Иоасафа», межрегиональный  
колопроктологический центр, Кафедра госпитальной  
хирургии НИУ «БелГУ», г. Белгород, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Органосохраняющие операции для лечения рака прямой кишки направлены на решение вопросов социальной и трудовой реабилитации пациентов. Однако их применение сопровождается явлени-