

*Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.*

8,6% случаях болезнь диагностирована у женщин, по соотношению к мужчинам составив 10:1. Возрастной состав больных с неосложненным течением ЯБДПК в 167 (93,3%) случаев заболевание диагностировано в юношеском и молодом возрасте, т.е. в 15-44 года. У больных с «трудноудаляемыми» ДЯ установлено, что и в молодом возрасте частота диагностирования «трудноудаляемых» язв относительно велика. Так, возраст у 14 (32,5%) - составил 15-19 лет, у 15 (34,9%) - 20-44 лет. У них «трудность» ДЯ, в основном, определялась локализацией в постбульбарном отделе, по задней стенке луковицы ДПК с пенетрацией в окружающие органы. У 11 (25,6 %) больных возраст составил 45-59 лет и у 3 (6,0%) - старше 60 лет. У них ДЯ была гигантских размеров (более 2 см) с охватом более половины диаметра ДПК. Нередко ДЯ была каллезной, пенетрирующей в окружающие органы и локализовалась по переднебоковым, задним стенкам кишки и в постбульбарном отделе ДПК. У больных с неосложненным течением ЯБДПК в 81,0% случаев длительность язвенного анамнеза не превышала 5 лет. У больных с «трудноудаляемыми» ДЯ при длительности язвенного анамнеза 6 - 10 лет частота «трудноудаляемых» ДЯ диагностирована в 16 (37,2%) случаев, в 11 - 15 лет - у 13 (30,2%), в 16 - 20 лет - у 7 (16,3%) и более 20 лет - у 3 (7,0%) больных. Следует отметить, что лишь у 4 (9,3%) больных этой группы, длительность анамнеза заболевания составило до 6 лет. Однако, «трудноудаляемые» ДЯ могут диагностироваться и у больных с анамнезом болезни до 6 лет (9,3%), а также более 20 лет (7,0%). Выводы. «Трудноудаляемые» ДЯ значительно чаще диагностируются у лиц мужского пола, болезнь имела частое и непрерывно-рецидивирующее течение, диагностирован «гиперсекреторный» синдром, а также стойкий и выраженный болевой синдром, ДЯ длительное время (более 6 месяцев) не поддавалась комплексному противоязвенному лечению.

---

635. Результаты модифицированной внутрибрюшной сакрокольпопексии при лечении тазового пролапса у женщин

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

Белгород

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгородский национальный исследовательский университет

Актуальность. Ввиду большого количества рецидивов и неудовлетворительных функциональных результатов проблема оперативного лечения опущения органов малого таза и тазового дна у женщин является актуальной. Цель исследования. Улучшение анатомических и функциональных результатов комплексного хирургического лечения выпадения прямой кишки и матки. Материалы и методы. Наблюдалось 25 женщин с полным выпадением прямой кишки и матки и ректоцеле (IV степень по POP-Q). У всех больных данной группы имелось опущение промежности и недостаточность сфинктера заднего прохода. У 10 больных отмечалось недержание мочи при напряжении I-III степени, у остальных 15 больных имело место затрудненное мочеиспускание. Всем больным произведена внутрибрюшная сакрокольпопексия с укреплением передней и задней стенок влагалища на большом протяжении, практически до промежности, и с укреплением передней стенки прямой кишки сеткой. Для коррекции недержания мочи при напряжении или профилактики его развития в послеоперационном периоде выполняли кольпосуспензию по Burch. Средний возраст больных составил  $67,6 \pm 6,9$  лет. Результаты лечения оценивались по следующим критериям: частота воспалительных осложнений, эрозий и гранулем, развитие диспареунии в послеоперационном периоде, анатомическая коррекция пролапса и функциональных нарушений по данным УЗИ, МРТ, дефекографии, функциональных исследований с использованием аппарата Poligraf ID. Результаты. Существенных интраоперационных осложнений не отмечено ни у одной больной. Гнойно-воспалительные осложнения, которые удалось купировать консервативными мероприятиями, отмечены у 3 больных. Анатомической коррекции пролапса удалось достичь у всех пациенток. Аноректальная граница поднялась по отношению к лонокопчиковой линии, в среднем, на  $1,9 \pm 0,8$  см. Проктогенный запор ликвидирован у 16 больных. Аноректальный угол уменьшился на  $7,1 \pm 1,4^\circ$  в покое и на  $16,9 \pm 2,8^\circ$  при натуживании, сократилась длительность натуживания, уменьшилось количество оставшегося контраста

634

*Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.*

после освобождения прямой кишки от бария (с  $22,2 \pm 1,6\%$  до операции до  $15,3 \pm 0,9\%$  после операции) и увеличилась скорость его эвакуации с  $17,6 \pm 1,3$  г/сек до операции и до  $7,8 \pm 0,8$  г/сек после операции. 15 из 25 больных удалось вытолкнуть баллон, объемом 150 мл, без чрезмерного напряжения. По результатам аноректального функционального теста отмечена частичная нормализация остаточного внутрипросветного давления, амплитуды и длительности ректоанального ингибиторного рефлекса: амплитуда его составила  $27,7 \pm 2,3$  mmHg и  $23,4 \pm 3,2$  mmHg ( $P < 0,05$ ) до и после операции соответственно, длительность ректоанального ингибиторного рефлекса  $18,4 \pm 3,4$  сек. до операции и  $8,2 \pm 1,9$  сек. после операции ( $P < 0,001$ ). Отмечено постепенное улучшение функции держания, что подтверждается повышением давления при аноректальной манометрии в области наружного сфинктера с  $26,3 \pm 3,6$  мм рт. ст до операции до  $32,1 \pm 3,2$  мм рт. ст после операции ( $P < 0,05$ ) и в области внутреннего сфинктера с  $38,6 \pm 4,9$  мм рт. ст до операции до  $48,6 \pm 2,9$  мм рт. ст. после операции ( $P < 0,05$ ). Отмечено снижение латентного периода срамного нерва с  $3,2 \pm 0,4$  мсек до  $2,6 \pm 0,3$  мсек ( $P > 0,05$ ), что связано с прекращением его перерастяжения. Выводы: Модифицированная сакрокольпопексия с использованием синтетических имплантов, выделением и фиксацией стенок влагалища на большом протяжении с одновременной фиксацией прямой кишки позволяет максимально устранить все имеющиеся анатомические дефекты при сочетанном тазовом пролапсе и улучшить функциональные результаты лечения этой категории больных.

#### 636.ВНУТРИБРЮШНАЯ САКРОКОЛЬПОПЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ РЕКТОЦЕЛЕ С СИНДРОМОМ ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ

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

Белгород

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгородский национальный исследовательский университет

Актуальность. Классические методы коррекции ректоцеле, такие как кольпорафия, леваторопластика, а также укрепление ректовагинальной перегородки различными имплантатами не позволяют достичь коррекции положения промежности у пациенток с ее опущением. Использование сетчатых имплантов больших размеров позволяет добиться коррекции положения промежности, в связи с созданием неофасции, однако связано с большим количеством ранних и поздних осложнений послеоперационного периода. Цель исследования. Оценка эффективности внутрибрюшной сакрокольпопексии в лечении больных ректоцеле на фоне опущения промежности. Материалы и методы. Основную группу составили 52 пациентки, которым по поводу ректоцеле III степени на фоне опущения промежности выполнена внутрибрюшная сакрокольпопексия. Особенностью метода заключалась в выделении задней стенки влагалища вплоть до прикрепления мышц-леваторов. Для фиксации влагалища и шейки матки к крестцу использовалась проленовая сетка Gynecare Soft. Для оценки результатов лечения, помимо клинических методов, использовались УЗИ, МРТ, дефекография, функциональные исследования тазового дна с использованием компьютерной системы Poligraf ID. Результаты. Интраоперационных осложнений не отмечено ни у одной больной. Величина кровопотери, в среднем, составила  $268,7 \pm 21,3$  мл, что связано с выделением влагалища на большом протяжении. У всех больных послеоперационный период протекал без осложнений. У большинства больных достигнуты положительные анатомические и функциональные результаты, что подтверждено объективными данными. Проведенные через 6-12 месяцев после операции УЗИ, МРТ, дефекография показали коррекцию ректоцеле и положения промежности у всех больных: аноректальная граница поднялась по отношению к лонокопчиковой линии, в среднем, на  $2,4 \pm 0,6$  см. Симптом обструктивной дефекации ликвидирован у 34 больных. Аноректальный угол уменьшился на  $6,2 \pm 1,3^\circ$  в покое и на  $18,1 \pm 3,9^\circ$  при натуживании. У всех больных отмечено уменьшение времени натуживания, процента оставшегося контраста после освобождения прямой кишки от бария: с  $23,1 \pm 1,5\%$  до операции до  $16,2 \pm 0,8\%$  после операции и увеличение скорости его эвакуации: с  $18,1 \pm 1,4$  г/сек до операции и до  $7,3 \pm 0,9$  г/сек после операции. 37 больным удалось вытолкнуть баллон, объемом 150 мл, без чрезмерного напряжения.

635