

ным увеличением смещаемости тазового дна на 23%. Изменения функциональной протяженности и ассиметрии сфинктерного аппарата незначительны и недостоверны, различий в эвакуаторной функции не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение вышеуказанных изменений функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки и мышц тазового дна у пациентов пожилого возраста позволит правильно оценивать показатели лечебно – диагностических мероприятий и научных исследований у колопроктологических больных.

ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Кривчикова А.П., Аль-Омари М.

Белгородская областная клиническая больница Свяителя Иоасафа, Белгородский национальный исследовательский университет, г. Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время для коррекции тазового пролапса используются наборы, включающие проленовую сетку и инструменты для ее фиксации. Фиксация рукавов сетки к тканям таза на большом протяжении позволяет корригировать положение не только органов малого таза, но и уровень расположения промежности, что не достигается классическими методами, такими как кольпорафия и леваторопластика. Однако значительное количество ранних и поздних осложнений, связанных с использованием сетчатых имплантов больших размеров, заставляет многих хирургов отказываться от них и искать новые пути решения проблемы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность внутрибрюшной сакрокольпопексии в сравнении с системой Gynecare Prolift в комплексе с TVT-O для лечения синдрома опущения промежности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В группу исследования включено 111 пациенток с опущением органов малого таза (II-III степень по POP-Q) на фоне опущения промежности. 1-ю группу составили 52 пациентки, которым была выполнена сакрокольпопексия лапаротомным доступом с дополнением ее позадилоной фиксацией шейки мочевого пузыря по Burch для коррекции или профилактики стрессового недержания мочи после операции. Для фиксации влагалища и шейки матки к крестцу использовалась проленовая сетка, при этом трансплантатом укрепили переднюю, заднюю стенку влагалища и переднюю стенку прямой кишки задней полоской сетки. 2-ю группу составили 59 пациенток, которым для коррекции аналогичной патологии операция производилась с использованием системы Gynecare Prolift Total в комплексе с TVT-O.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Продолжительность операции составила, в среднем, 112,6±5,8 мин. в 1-й и 47,8±5,6 мин. во 2-й группе. В 1-й группе интраоперационных осложнений не отмечено, во 2-й – повреждение прямой кишки при ее выделении – у одной больной. Гнойно-воспалительные отмечены у 2 больных 1-й и 4 больных 2-й группы. Отдаленные результаты прослежены до 5 лет. В 1-й группе полного рецидива не отмечено ни у одной больной. У 2 больных, оперированных по поводу переднего и заднего пролапса III ст., сохранялся передний пролапс II ст. по POP-Q и у одной больной пролапс слизистой прямой кишки. У одной больной отмечена эрозия задней стенки влагалища. У 22 сексуально-активных женщин диспареунии не отмечено. Недержание мочи при напряжении I степени сохранялось у 2 из 8 больных, у которых до операции оно соответствовало III степени. Недержание мочи I степени de novo отмечено у 3 больных. Во 2-й группе у 3-х больных отмечено сморщивание сетки и рецидив пролапса, у 4-х – эрозии сетки, диспареуния у 8 из 19 сексуально-активных женщин. Дефекография показала коррекцию положения промежности и ректоцеле у всех больных 1-й группы; аноректальная граница поднялась по отношению к лонокопчиковой линии, в среднем, на 2,4±0,6 см. Дополнительное контрастирование мочевого пузыря также показало коррекцию цистоцеле. Во 2-й группе при коррекции ректо- и цистоцеле уровень промежности поднялся меньше, на 1,4±0,4 см. Отмечена нормализация конфигурации прямой кишки: аноректальный угол уменьшился на 6,2±1,3 в покое и на 18,1±3,9 при натуживании в 1-й и на 4,6±1,4 в покое и на 14,3±2,7 при натуживании во 2-й группе. У всех больных отмечено уменьшение времени натуживания, процента оставшегося контраста после освобождения прямой кишки от бария: с 23,1±1,5% до операции до 16,2±0,8% после операции в 1-й группе и с 22,5±1,8% до операции до 18,2±1,1% после операции во 2-й группе и увеличение скорости его эвакуации: с 18,1±1,4 г/сек до операции и до 7,3±0,9 г/сек после операции в 1-й группе и с 17,8±2,0 г/сек до 6,1±0,8 г/сек соответственно во 2-й группе. Отмечено постепенное улучшение функции держания в обеих группах, что подтверждается повышением давления при аноректальной манометрии в области наружного сфинктера с 27,7±3,2 мм рт. ст. до операции до 34,3±2,4 мм рт. ст. после операции и в области внутреннего сфинктера с 42,2±6,0 мм рт. ст. до операции до 48,6±2,9 мм рт. ст. после операции в 1-й группе и 28,2±4,1 мм рт. ст. до 32,7±2,5 мм рт. ст. в области наружного сфинктера и 43,1±4,7 мм рт. ст. до 45,5±3,7 мм рт. ст. после операции в 1-й группе. Отмечено снижение латентного периода срамогого нерва с 3,2±0,4 мсек до 2,1±0,3 мсек в 1-й и 3,3 мсек до 2,7 мсек во 2-й группе, что связано с прекращением его перерастания.

ВЫВОДЫ

Комплексное хирургическое лечение больных тазовым пролапсом, включая опущение промежности, с использованием набора Gynecare Prolift позволяет максимально устранить все имеющиеся анатомические дефекты и улучшить функции органов малого таза у этой категории больных. Однако большое количество осложнений, таких как эрозия, сморщивание сетки, диспареуния заставляет искать альтернативные методы. Одним из них можно считать внутрибрюшную сакрокольпопексию. Несмотря на больший объем вмешательства, нами отмечено меньшее количество осложнений, а анатомические и функциональные результаты оказались лучше.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ПО МАТЕРИАЛАМ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЛОКБ

Ляхин А.А., Ляхин А.В., Живилов А.П.

Липецкая областная клиническая больница, г. Липецк, Россия

Проведен ретроспективный анализ лечения больных с острым парапроктитом за период с 2001 г. по 2013 г. Колопроктологическое отделение ЛОКБ функционирует в режиме оказания круглосуточной специализированной помощи жителям города и области. По данным анализа в общей структуре колопроктологических заболеваний, острый парапроктит занимает 4 место среди госпитализированных больных. Он уступает лишь геморрою, анальным трещинам и ВЗК.

За анализируемый период прооперировано 1196 больных. В период с 2001 по 2003 гг. отделение было единственным специализированным центром на 40оек, с 2004 по 2012 гг. также работало городское отделение на 30оек, которое сокращено с 2013 года. При анализе совместных данных отмечается, что число оперированных больных не уменьшается, а имеет тенденцию к увеличению.

По нашим данным, чаще болеют мужчины – 64%, чем женщины – 36%, наибольшая заболеваемость отмечена в возрастной группе 30-50 лет – (61%).

По нашим данным, наибольшее число больных было с подкожно-подслизистым парапроктитом 56,97%, с ишиоректальным – 34,09%, пельвиоректальным – 3,36%.

5,58% пациентов были с гнилостно-некротическими формами парапроктита, в т. ч. 0,97% с присоединением анаэробной клостридиальной инфекции. Именно в этой группе больных имеются летальные исходы. За анализируемый период умерло 3 больных:

2008 г. Мужчина 47 лет. Острый гнилостно-некротический парапроктит. Сопутствующая патология: ТХПН. Гемодиализ с 1999 года.

2012 г. Мужчина 75 лет. Острый гнилостно-некротический парапроктит. Сопутствующая патология: Ревматизм. 2 приобретенных порока сердца. Декомпенсированная сердечная недостаточность.

2013 г. Мужчина 64 лет. Гнилостно-некротический парапроктит. Терминальная стадия цирроза печени. Асцит. Гидроторакс.

Все пациенты были с крайне тяжелой сопутствующей патологией в стадии декомпенсации. По микробиологическому анализу отмечен микст кишечной микрофлоры с гемолитическими стрептококками и анаэробами.

Умерших в группе пациентов с анаэробными парапроктитами не было. Следует отметить, что в связи с ростом числа пациентов с приобретенным иммунодефицитом (гематологические болезни, онкологические на фоне химиотерапии, больные с ТХПН, с декомпенсированным циррозом печени) будет возрастать число больных в этой группе, лечение этой патологии крайне затратно, и требует длительных сроков интенсивной терапии, и этапного хирургического лечения.

Парапроктит – это очень серьезное хирургическое заболевание, которое должен лечить только квалифицированный врач-колопроктолог.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ПО МАТЕРИАЛАМ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЛОКБ №1 ЗА 4 ГОДА (2009-2012 ГГ.)

Ляхин А.А., Ляхин А.В., Мотин А.С.

Липецкая областная клиническая больница, г. Липецк, Россия

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) представляет собой узкое кожное втяжение в крестцово-копчиковой области. Наружными проявлениями его являются чаще одно, иногда несколько точечных отверстий, называемых первичными, которые располагаются в межягодичной складке. Это врожденная патология обнаруживается у 4-5% взрослого населения, преимущественно в возрасте 20-40 лет (Врублевский В.А., Милитарев Ю.М., 1985).

Классификация клинического течения эпителиального копчикового хода:

- Эпителиальный копчиковый ход неосложненный
- Острое воспаление эпителиального копчикового хода (инфильтративная стадия; абсцедирование)
- Хроническое воспаление эпителиального копчикового хода (инфильтративная стадия; рецидивирующий абсцесс; гнойный свищ)
- Ремиссия воспаления эпителиального копчикового хода

Лечение эпителиального копчикового хода всегда хирургическое и заключается в иссечении ЭКХ вместе с измененными тканями.