

*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

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

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  $17,2 \pm 3,1$  сек. до операции и  $6,7 \pm 1,7$  сек. после операции ( $P < 0,001$ ). Отмечено постепенное улучшение функции держания в обеих группах, что подтверждается повышением давления при аноректальной манометрии в области наружного сфинктера с  $27,7 \pm 3,2$  мм рт. ст до операции до  $34,3 \pm 2,4$  мм рт. ст после операции ( $P < 0,05$ ) и в области внутреннего сфинктера с  $42,2 \pm 6,0$  мм рт. ст до операции до  $48,6 \pm 2,9$  мм рт. ст. после операции ( $P < 0,05$ ). Выводы. Внутрибрюшная сакроколькопексия с выделением и фиксацией задней стенки влагалища позволяет ликвидировать ректоцеле и достичь нормализации положения тазового дна, а также улучшить функцию опорожнения и держания кишечного содержимого у больных с синдромом опущения промежности.

---

637. Очаговая и паразитарная патология печени в условиях Крайнего Севера – методы и результаты оперативного лечения.

Антоненко И.В., Зверев Я.Г., Макаров С.В., Бабин И.Е., Халиков И.Д., Тадибе А.В., Казимиров И.С., Семенов Е.В., Авдеев В.С., Савин О.В., Сафьянов А.И., Сотникова Е.Ю.

Салехард, ЯНАО

Салехардская окружная клиническая больница

Эхинококкоз печени является основной нозологической формой очагового поражения печени среди коренного населения Ямала, ведущего традиционный образ жизни. Сложные коммуникационные условия оказания медицинской помощи жителям Крайнего Севера, обеспечение возможности для коренного населения Ямала получать специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь по месту жительства определило формирование Центра хирургии печени и поджелудочной железы на базе хирургической службы Салехардской окружной клинической больницы. В период с 2004 по 2015 года на базе хирургического отделения оперировано 73 пациента, из них 33 (44%) с паразитарной патологией печени (эхинококкоз - 32, альвеококкоз - 2), с непаразитарными кистами печени – 11 (15%), опухолевое поражение печени, включая метастазы колоректального рака – 10 (14%), с поражением внепеченочных желчных протоков опухолевого, воспалительного и ятрогенного характера – 16 больных (22%), врожденной патологией желчных протоков (киста холедоха) – 3 человека. Среди оперированных пациентов 23 (31,5%) мужчины, 50 – женщины. Средний возраст оперированных пациентов – 52 года, а в случаях с эхинококкозом печени – 39 лет. Преимуществ резекционных методик, включая перицистэктомию, перед эхинококкэктомиями не видим. По поводу эхинококкоза печени выполнено 30 операций, среди них эхинококкэктомий – 18, перицистэктомий – 9, сегментэктомий и атипичных резекций печени – 3. По поводу альвеококкоза печени выполнено 2 гемигепатэктомии (правосторонняя и левосторонняя кавальная). Предпочтение отдается поперечным доступам, всегда используются ранорасширители Сигала и выполняется полноценная мобилизация печени. Из 30 выполненных операций по поводу эхинококкоза печени в 2 случаях во время операции развился анафилактический шок при работе с живым паразитами, расположенными внутрипеченочно в медиальном секторе печени. В обоих случаях шок купирован. Паразит обрабатывается глицерином, при выписке рекомендуется медикаментозная профилактика. Из 30 выполненных эхинококкэктомий рецидив зафиксирован в 1 случае (3,3%), потребовавший повторной операции через 3 года. Из 30 эхинококкэктомий только в 1 случае во время операции диагностирован цистобилиарный свищ. Из 32 операций (включая 2 гемигепатэктомии по поводу альвеококкоза) по поводу паразитарного поражения печени релaparотомии выполнены в 3 случаях (9,3%), что было связано с желчным перитонитом в 1 случае и кровотечениями в 2 случаях. Все пациенты выздоровели, летальность, в том числе послеоперационная – 0. Широко в хирургической технологии используется РЧА (Хабиб электрод), биполярные и УЗИ ножницы, аргон, современные гемостатические губки. По поводу опухолевого поражения печени выполнено 5 правосторонних гемигепатэктомий и 5 атипичных резекций с

636