

## РОЛЬ ДИСФУНКЦИИ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА В ПАТОГЕНЕЗЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАНОМЕТРИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ

Фоменко О.Ю., Титов А.Ю.,  
Ачкасов С.И., Алешин Д.В., Белоусова С.В.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии  
им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

### АКТУАЛЬНОСТЬ

Распространенность функциональной недостаточности анального сфинктера (F 1, Римские Критерии III) среди взрослого населения колеблется от 3% до 15% у лиц старше 65 лет, достигая 50% у престарелых пациентов. Выявление патогенеза нарушения держания кишечного содержимого представляет трудную задачу.

### ЦЕЛЬ

Оценить роль дисфункции внутреннего сфинктера в патогенезе функциональной недостаточности анального сфинктера.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 20 больных анальной инконтиненцией функционального генеза (11 женщин), средний возраст – 45,7±18,3 лет. Пациенты предъявляли жалобы на недержание газов – 9 (45,0%) человек, жидкого кала и газов – 11 (55,0%) человек. Был использован метод аноректальной манометрии высокого разрешения (HRAM) с 3D реконструкцией давления в анальном канале в цветовом режиме (HRAM) на комплексе для аноректальной манометрии Solar GI фирмы MMS, Голландия. Оценивались показатели давления в покое, при волевом сокращении анальных сфинктеров, тест на выносливость, кашлевая проба и проба с натуживанием. Также производилась запись ректоанального ингибиторного рефлекса внутреннего сфинктера (РАИР) в цветовом режиме с on-line переходом на запись РАИР в двухмерном режиме. Рассчитывались средний коэффициент релаксации внутреннего сфинктера (К вн ср) как отношение средней амплитуды релаксации внутреннего сфинктера к величине базального давления в покое.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При оценке результатов HRAM у 12 (60,0%) пациентов все изучаемые показатели были в пределах физиологических норм, несмотря на то, что пациенты предъявляли жалобы на инконтиненцию. Так, среднее давление в анальном канале в покое были равно 51,8±18,2 мм рт. ст. при норме (31-114 мм рт. ст.), а К вн ср составлял, в среднем, 41,2±3,2% (при норме 39,6±2,7%). У 8 (40,0%) больных на фоне нормальных показателей давления в анальном канале, в том числе, и давления покоя (42,5±10,5 мм рт. ст.), регистрировалась изолированная дисфункция внутреннего сфинктера. Это проявлялось увеличением К вн ср, в среднем, до 69,4±7,6%. При цветном картировании в момент рефлекторной релаксации о визуальном определялась практически сплошная синяя полоса провала по сравнению с нормальным зеленым уровнем заполнения виртуального распределения давления в покое до инсuffляции. Аналогично, 3D модель представляла сплошной синий цилиндр по всем плоскостям измерения, что свидетельствовало о выраженном падении давления в анальном канале.

### ВЫВОДЫ

Использование метода манометрии высокого разрешения у больных функциональной недостаточностью анального сфинктера в 60,0% не позволяет выявить причину анальной инконтиненции.

Изолированная дисфункция внутреннего сфинктера, как одна из возможных причин недержания, регистрируется в 40,0% случаев. Она проявляется выраженным увеличением коэффициента релаксации внутреннего сфинктера, что отражает падение давления в анальном канале в момент его РАИР до минимума.

Исследование РАИР при аноректальной манометрии является обязательным в диагностическом алгоритме функциональных исследований при анальной инконтиненции, но должно сочетаться с использованием других функциональных методов исследования для выявления патогенеза анального недержания.

## НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРА- И ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Фролов С.А., Кузьминов А.М., Минбаев Ш.Т.,  
Королик В.Ю., Бородин А.С., Богормистров И.С.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии  
им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

### АКТУАЛЬНОСТЬ

Лечение экстрасфинктерных и транссфинктерных свищей является актуальным вопросом для врачей-колопроктологов, что обусловлено высокой частотой развития послеоперационной недостаточности анального сфинктера, достигающей 80% и высоким процентом рецидивов свища, варьирующим от 12 до 60%.

### ЦЕЛИ

Улучшить результаты лечения экстрасфинктерных и транссфинктерных свищей прямой кишки.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Разработан новый метод лечения экстрасфинктерных и транссфинктерных свищей прямой кишки, при котором ликвидируется внутреннее свищевое отверстие и выполняется пломбировка иссеченного свищевого хода биопластическим материалом, представляющим собой коллагеновый субстрат с нереконструированной структурой.

В ГНЦК по предложенной методике оперировано 70 пациентов со свищами прямой кишки, среди них был 51 (72,9%) мужчина и 19 (27,1%) женщин, средний возраст – 43±10 лет. В основной группе у 14 (20,0%) пациентов выявлены транссфинктерные свищи и у 56 (80%) пациентов – экстрасфинктерные свищи. В контрольную группу включено 90 пациентов, которым была выполнена сегментарная проктопластика. Среди них 61 (67,8%) мужчина и 29 (32,2%) женщины, средний возраст составил 45±12 лет. Экстрасфинктерные свищи выявлены у 81 (90,0%) пациента, и у 9 (10,0%) пациентов – транссфинктерные свищи с охватом более 2/3 наружного сфинктера.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Интраоперационных осложнений не было, отторжения импланта не выявлено ни у одного пациента. В основной группе в раннем послеоперационном периоде в 1 (1,4%) случае отмечено кровотечение из послеоперационной раны. В срок от 5 месяцев до 4 лет, прослежены 48 (68,6%) пациентов основной и 44 (48,9%) пациента контрольной группы, медиана наблюдения составила 25 и 23 месяцев, соответственно. Рецидив заболевания выявлен у 4 (8,3%) пациентов в основной и у 3 (6,8%) пациентов в контрольной группе. В основной группе, с целью оценки функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки, 17 (35,4%) пациентам выполнена анальная манометрия в до- и послеоперационном периоде, при этом, спустя 3 месяца после операции, не отмечено снижения показателей функции анального сфинктера. В контрольной группе обследовано 15 (16,6%) пациентов, при этом у 3 (20,0%) выявлено значительное снижение показателей анальной манометрии в сравнении с дооперационными величинами.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение биопластического материала сопровождается низким числом рецидивов заболевания, сопоставимым с числом рецидивов в контрольной группе. Однако, применение коллагенового материала «Коллост» позволяет минимизировать интраоперационное повреждение анального сфинктера, что существенно снижает риск развития анальной инконтиненции.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН С РЕКТОЦЕЛЕ II-III СТЕПЕНИ

Хитарьян А.Г., Дульеров К.А.,  
Прокудин С.В., Стагниева Д.В., Ковалев С.А.

РостГМУ, НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст.  
Ростов-главный» ОАО «РЖД», г. Ростов-на-Дону, Россия

### АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным различных авторов, при обследовании женщин в проктологическом кабинете, явления заднего тазового пролапса и ректоцеле встречаются до 35,5% случаев, что, соответственно, может вносить коррективы в тактику лечения проктологических заболеваний и создает актуальность дан-

ной проблеме.

#### **ЦЕЛЬ РАБОТЫ**

Улучшить результаты хирургического лечения ректоцеле.

#### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Мы обследовали 2374 пациентки, страдающей различной проктологической патологией, из них у 522 (21,98%) диагностирован задний тазовый пролапс и ректоцеле. Хирургическое лечение ректоцеле за период с декабря 2010 г. по октябрь 2014 г. выполнено 79 пациенткам со II-III степенью заболевания, II степень наблюдалась у 15 пациенток, III степень – у 64 пациенток. Возраст больных колебался от 40 до 67 лет, в среднем, составил 58,3±1,9 лет. Длительность заболевания, в среднем, была 28,3±1,5 лет. Всем больным проводили обследование, включающее: клинический осмотр, определение стадии пролапса по системе POP-Q, эвакуаторную рентгеновскую проктодефекографию, дополнительно проводили тоноперинеометрию, ультразвуковое исследование тазового дна в области centrum tendineum perinei с функциональной пробой при натуживании, УЗИ органов брюшной полости, колоноскопию. При эвакуаторной рентгеновской проктодефекографии уточняли наличие и степень ректоцеле. При эзографии органов малого таза оценивали состояние тазового дна в области сухожильного центра промежности путем определения его эхоплотности и измерения высоты. Ультразвуковыми критериями недостаточности тазового дна считали уменьшение высоты тазового дна в области сухожильного центра промежности менее 10 мм. При перинеометрии оценку силы сокращения мышц промежности проводили по величине прироста давления при напряжении мышц тазовой диафрагмы с помощью влагалищного датчика перинеометра Peritron 9600 (Австралия). При недостаточности тонического усилия мышц промежности уточняли его степень: значения градиента давления 5-20 мм вод.ст. (в среднем, 12,6±2,7 мм вод. ст.) отражает умеренную недостаточность; волевое сжатие мышц промежности, при котором давление повышалось на 5 мм вод. ст. и менее (в среднем, 2,6±0,7 мм вод. ст.), расценивалось как выраженная недостаточность тазового дна. В норме прирост давления на 20-50 мм вод.ст. и выше (в среднем 37,2±5,3 мм вод. ст.) свидетельствовал об отсутствии недостаточности тазового дна. Данные проведенного клинико-инструментального обследования учитывали при выборе метода пластики тазового дна. В зависимости от результатов клинического и инструментального обследования определяли выраженность морфофункциональной недостаточности тазового дна и, исходя из этого, принимали решение о выполнении либо трансвагинальной пластики тазового дна сеткой без натяжения с установкой системы Prolift – 7 пациенток, либо сакроспинальную кольпопексию с задней кольпорафией, дополнительной трансректальной «11 часовой» мукопексией – 72 пациентки.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

У больных интраоперационных осложнений не наблюдалось. Кровопотеря не превышала 150 мл. В раннем послеоперационном периоде у 2 пациенток отмечалось формирование гематом промежности, в позднем послеоперационном периоде у 4 женщин возникли явления диспареунии, в 2 случаях сформировались лигатурные свищи послеоперационного рубца, которые зажили вторичным натяжением после удаления лигатур и у 2 больных возникли эрозии слизистой задней стенки влагалища.

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

При выборе метода хирургического лечения ректоцеле целесообразно учитывать морфофункциональное состояние тазового дна, что позволило использовать технику Tension-free transvaginal mesh только у 9% больных.

### **ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРИНОУЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ЭКСТРЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА**

Хитарьян А.Г., Праздников Э.Н., Ковалев С.А., Болочков А.С., Ромодан Н.А.

РостГМУ, НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный», г. Ростов-на-Дону, Россия

Острый парапроктит (ОП) является актуальной проблемой в современной неотложной колопроктологии, занимает 4 место после геморроя, анальных трещин, колита и составляет до 50% от общего числа больных с экстренной колопроктологической патологией.

При диагностике ОП применяют как клинические, так

и инструментальные методы исследования: ректороманоскопия, anosкопия, осмотр ректальными зеркалами, методы эндоректальной электротермометрии, абсцессография, хромоабсцессография, компьютерная и магнитно-резонансная томография. В рутинной скоропомощной ситуации возникают определенные сложности в проведении указанных методов исследования как вследствие инвазивности и выраженной болезненности одних, так из-за их дороговизны, отсутствия специалистов и оборудования, работающих в круглосуточном режиме – других.

В нашей клинике с 2012 года, наряду со стандартными клиническими исследованиями используется перинеоультрасонографии (ПУСГ) в экстренной диагностике ОП. ПУСГ имеет ряд преимуществ: исследование не требует дополнительного оборудования, обладает высокой информативностью, доступностью и относится к неинвазивным методам, способным работать в экстренном режиме.

#### **ЦЕЛЬ**

Показать опыт использования и современные возможности перинеоультрасонографии в экстренной диагностике ОП.

#### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Обследовано 52 пациента, обратившихся за медицинской помощью в Дорожную клиническую больницу на ст. Ростов-главный с предварительным диагнозом ОП.

Все пациенты были прооперированы. У 26 пациентов по результатам ПУСГ был диагностирован подкожный острый парапроктит, 9 – подслизистый, 19 – ишиоректальный, 2 – пельвиоректальный, 4 – межсфинктерный. Всем пациентам проводилось трансректальное УЗИ с использованием линейного ректального датчика 7,5-10 МГц.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

При сканировании линейным датчиком на пальце, введенном в прямую кишку, лоцируются мышцы, поднимающие анальный канал и наружный сфинктер, которые похожи по своей экзогенности, отличаются друг от друга разделительной эхо-негативной линией. Далее лоцируется зона желез Морганьи, которые в норме не визуализируются. Наличие включений в области желез Морганьи с эхопозитивными теньями является патогномоничным признаком для поиска основной кривизны, вызывающей парапроктит. Диагностическое сканирование подозрительной зоны проводят в различных плоскостях. При незначительном воспалении желез Морганьи визуализируются как более эхоплотные включения размером 2-3 мм, которые нужно дифференцировать с гипертрофическими сосочками анального канала, что не вызывает технических сложностей при ПУСГ с дигитальным контролем. Свищевой ход визуализируется как эхопозитивная тень в стороне от основного очага ОП. Жидкостные структуры (абсцедирующий парапроктит) обычно визуализируются как жидкостные включения более 0,5 см в диаметре. Сканирование проводится по 4 секторам перианальной области: 1-3, 4-6, 7-9 и 10-12, что позволяет диагностировать распространение парапроктита более 1 сектора (при подковообразном парапроктите). При сканировании также можно определить глубину распространения процесса. При глубине до 4 см можно расценивать как ишиоректальный, более 4 см – пельвиоректальный.

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Исследование позволяет в режиме ургентной хирургии на предоперационном этапе уточнить данные клинического обследования, маркировать абсцесс (судить о расположении гнойного очага – его линейных и объемных размерах, характере содержимого, вовлечения патологических стенок прямой кишки и структур анального канала, о наличии первичного свищевого хода, дополнительных очагов) и определить тактику оперативного лечения, выбрать адекватную анестезию.

### **ВНУТРИПРОСВЕТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ И СТОИМОСТИ**

Хубезов Д.А., Серебрянский П.В., Огорельцев А.Ю., Семинкин Е.И., Пучков Д.К., Родимов С.В.

ГБОУ ВПО «Рязанский Государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства Здравоохранения РФ, г. Рязань, Россия

#### **АКТУАЛЬНОСТЬ**

Малоннвазивные вмешательства при геморрое привлекают все больше внимания, как пациентов, так и врачей стационаров и амбулаторий. В наши дни имеется широкий набор методик внутрипросветного лечения геморроя.