

В основной группе хорошие результаты получены у 135 (95,1%) пациентов ($\chi^2 = 5,27$, $p = 0,022$). Удовлетворительные результаты — у 5 (3,5%) пациентов ($\chi^2 = 0,15$, $p = 0,7$). Неудовлетворительные результаты были у 2 (1,4%) больных ($\chi^2 = 12,98$, $p = 0,0003$), все являлись следствием рецидива заболевания.

Таким образом, применение метода рассечения свища на всем протяжении (фистулотомия) с выскабливанием его дна острой ложечкой и открытым ведением раны в сравнении с методом полного иссечения свища с восстановлением анального сфинктера дает достоверно хорошие результаты и уменьшает вероятность рецидива заболевания.

84. Информативность методов диагностики ректоцеле у женщин с тазовым пролапсом

Наврззов Б. С., Шаймарданов Э. К.

Республиканский научный центр колопроктологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Актуальность темы. Ректоцеле у женщин с тазовым пролапсом является одной из наиболее актуальных проблем в хирургии. Высокие показатели тазового пролапса у рожавших женщин (15–30%) предрасполагает к проявлению ректоцеле у женщин (Смирнов А. Б., 2006; Petros P., Inoue H., 2013).

Целью нашего исследования явилось изучение информативности методов диагностики ректоцеле у женщин с пролапсом тазовых органов.

Материалы и методы исследования. Основой материала настоящей работы послужили результаты обследования 54 рожавших женщин с ректоцеле 2–3 степени при тазовом пролапсе, наблюдавшихся в Республиканском научном центре колопроктологии МЗ РУз с 2005 по 2013 гг. Возраст пациенток колебался от 25 до 62 лет (средний возраст $43,2 \pm 4,8$ года). С первой степенью ректоцеле больных не было. 20 пациенток имели третью степень пролапса, у остальных (34) диагностирована вторая стадия болезни.

Результаты и их исследования. Наиболее частыми проявлениями тазовой дисфункции у пациенток были чувство тяжести в области промежности (77,8%), ощущение инородного тела во влагалище/промежности (94,4%), у пациенток с сопутствующим цистоцеле — чувство неполного опорожнения мочевого пузыря (9,3%).

При ультразвуковом исследовании больных наличие ректоцеле подтверждено у всех пациенток, и практически у всех (92,6%) лоцировались ультразвуковые признаки недостаточности мышц тазового дна (расширение межлеваторного пространства, истончение, нарушение эхогенности мышц-леваторов, снижение высоты промежности). Изучение информативности ультразвукового исследования при выявлении дефектов ректовагинальной фасции показало достаточно хорошие для этого метода результаты: чувствительность 84,6%, специфичность 75,8%.

При проктодефекографии ($n = 14$) более чем в половине случаев (64,3%) было выявлено ректоцеле более 4 см, что соответствует по рентгенологическим критериям 3 степени ректоцеле, в 42,9% случаев отмечалась задержка контраста в «кармане» ректоцеле, что подтверждает нарушение эвакуаторной функции прямой кишки у данных больных, и у каждой третьей

женщины (28,6%) было отмечено опущение промежности в стадии декомпенсации мышц тазового дна.

Вывод. Таким образом, результаты исследования подтверждают высокую эффективность УЗИ и проктографии, эти методы исследования дают полную картину стадии болезни и дисфункции прямой кишки.

85. Оценка результатов хирургического лечения ректоцеле

Наврззов С. Н., Шаймарданов Э. К.

Республиканский научный центр колопроктологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

В современной литературе отображено большое количество способов лечения ректоцеле. Однако частота неудовлетворительных результатов при различных способах хирургического лечения таких больных составляет от 6,7% до 50,1% (Зароднюк И. В., 2004; Reboa G., 2009).

Целью нашего исследования явилось улучшение отдаленных результатов лечения ректоцеле с применением объективных и инструментальных методов исследования.

Материал и методы. Накоплен опыт лечения 32 пациенток с различными степенями ректоцеле. Возраст больных колебался от 24 до 62 лет (средний возраст $44,6 \pm 5,8$ года). Всем пациенткам в плановом порядке была выполнена промежностная сфинктеролеваторопластика в различных ее модификациях. Сроки наблюдения составили от 2 до 24 мес. Результаты проведенного обследования оценивались комплексно по следующим критериям: хорошие, удовлетворительные, неудовлетворительные: хорошие — отсутствие жалоб, клинических, рентгенологических и ультразвуковых симптомов ректоцеле; удовлетворительные — самостоятельное опорожнение прямой кишки на фоне корригирующей диеты без применения ручного пособия, наличие выпячивания кишки во влагалище в размере до 2 см по данным инструментальных обследований; неудовлетворительные — сохранение затрудненного опорожнения, использование ручного пособия при дефекации, отсутствие уменьшения размеров ректоцеле.

Результаты и их обсуждение. После хирургического вмешательства у 27 (84,4%) больных не наблюдалось ранее выявленного выпячивания стенки прямой кишки во влагалище, у 5 (15,6%) пациенток, ранее имевших ректоцеле размером более 4 см, сохранялось выпячивание до 2,0 см, при этом у всех этих больных анастомоз располагался высоко (выше 4–5 см зубчатой линии), но нарушения опорожнения прямой кишки на фоне соблюдения корригирующей высокошлаковой диеты в послеоперационном периоде не было ни у кого. Заднее ректоцеле и избыточная складчатость слизистой оболочки прямой кишки не отмечены ни в одном случае по сравнению с показателями до операции.

Хорошие результаты отмечены в 78,1% случаев. При этом большая часть из них наблюдалась у больных, имевших до операции размеры ректоцеле в пределах 4–5 см. Удовлетворительные результаты зарегистрированы у 21,9%, но сохранность незначительного выпячивания по данным дефекографии