

ности у пациенток с хроническими вирусными инфекциями // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 4. – С. 16–18.

4. *Краснопольский В. И., Логутова Л. С., Туманова В. А., Савельев В. С., Титченко Л. И., Барина И. В., Пырскова М. Ю.* Клиническая, ультразвуковая и морфологическая характеристика хронической плацентарной недостаточности // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 1. – С. 13–16.

5. *Назарова Е. К., Гиммельфарб Е. И., Созаева Л. Г.* Микробиоценоз влагалища и его нарушения (этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика) (лекция) // Клиническая лаб. диагностика. – 2003. – № 2. – С. 25–32.

6. *Орджоникидзе Н. В., Пасхина И. Н., Пономарева Л. П.* Перинатальные инфекции и многоводие // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 3. – С. 5–8.

7. *Останин А. А., Кусов С. М., Тихонова М. А.* Показатели иммунитета беременных в раннем прогнозе развития фетоплацентарной недостаточности // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 1. – С. 33–38.

8. *Пустотина О. А., Бубнова Н. И., Ежова Л. С.* Клинико-морфологическая характеристика фетоплацентарного комплекса при много- и маловодии инфекционного генеза // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 2. – С. 19–20.

9. *Серов В. Н., Тихомиров А. Л., Олейник Ч. Г.* Современные представления о бактериальном вагинозе // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – Т 4. № 1. – С. 66–71.

Поступила 04.02.2015

**Н. В. МАКАРОВ**

## **ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСЛОКАЦИОННОЙ ПРОКТОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПАРАПРОКТИТОВ**

*Кафедра хирургических болезней ФПО Медицинской академии имени С. И. Георгиевского  
ФГАОУ ВО «КФУ имени В. И. Вернадского»,  
Россия, Республика Крым, 295006, г. Симферополь, бульвар Ленина, 5/7;  
тел. +79787600986. E-mail: mak.nik.vik@mail.ru*

После хирургического лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки в 5–30% случаев развиваются рецидивы, в 15–80% – анальная инконтиненция. Для улучшения результатов разработан новый метод хирургического лечения – транслокационная проктопластика, заключающаяся в иссечении свищевого хода и ликвидации внутреннего отверстия путем перемещения слизистой анального канала. Все участники разделены на две группы: с применением нового метода (основная, n=36) и лигатурного (контрольная, n=45). Койко-день в основной группе – 13,9±1,5 суток, в контрольной – 18,6±1,7 суток (p<0,05). Результаты послеоперационной сфинктерометрии в основной группе – в пределах нормы, в контрольной – значительное снижение тонуса и максимального сокращения. Рецидивов заболевания в основной группе не было, в контрольной – 2 (4,4%) (p<0,05). Предложенный метод более эффективен, чем лигатурный.

*Ключевые слова:* транслокационная проктопластика, хронический парапроктит, хирургическое лечение.

**N. V. MAKAROV**

### **EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS TRANSLOCATIONAL PROCTOPLASTY IN CHRONIC PARAPROCTITIS**

*Department of surgical diseases FPO Medical academy S. I. Georgievskiy  
of FSBI HT «Crimea state university V. I. Vernadskiy»,  
Russia, Crimea, 295006, Simferopol, Lenin str., 5/7;  
tel. +79787600986. E-mail: mak.nik.vik@mail.ru*

After surgical treatment of chronic extrasphincteric fistulas 5–30% develop recurrence in 15–80% – anal incontinence. To improve the results of a new method of surgical treatment – translocational proctoplasty comprising excision of fistulous and eliminate the internal opening by moving the mucosa of the anal canal. All participants are divided into two groups using a new method (basic, n=36) and a ligation method (control, n=45). Day bed in the main group 13,9±1,5 days in the control – 18,6±1,7 days (p <0,05). The results of postoperative sphincterometry in the main group – in the normal range, the control -Significant decreased tone and minimize. Recurrence of the disease in the study group was not in control – 2 (4,4%) (p <0,05). The proposed method is more effective than the a ligation method.

*Key words:* translocational proctoplasty, chronic paraproctitis, surgical treatment.

Хронический парапроктит — часто встречающееся колопроктологическое заболевание, составляет 11–15% от общего числа проктологических больных [1, 5].

Классификация, используемая для выбора метода оперативного лечения хронических парапроктитов, основана на соотношении свищевого хода к волокнам анального сфинктера. По этой классификации, ректальные свищи делятся на интрасфинктерные, трансфинктерные и экстрафинктерные [2].

При достаточном количестве результативных способов лечения интрасфинктерных и трансфинктерных свищей лечение экстрафинктерных свищей до настоящего времени остается спорной и трудной проблемой проктологии. Упорное течение, частые рецидивы заболевания, составляющие от 5% до 30%, а также анальная инконтиненция, выявляемая в 15–78% после предпринятых оперативных вмешательств [3, 4], заставляют искать новые методы лечения.

Целью исследования является улучшение результатов лечения пациентов с хроническими экстрафинктерными парапроктитами.

### Материалы и методы

Мы разработали метод хирургического лечения хронических экстрафинктерных парапроктитов с иссечением свищевого хода и ликвидацией внутреннего свищевого отверстия путем пластического перемещения участка слизистой анального канала (патент Украины № 58849).

**Техника операции.** В положении больного для промежностной литотомии производится ревизия при помощи ректального зеркала. Далее производится зондирование свищевого хода через наружное отверстие для окончательного установления его отношения к волокнам сфинктера. Затем свищевой ход маркируется раствором бриллиантовой зелени. Под контролем зрения острым путем производится выделение свищевого хода от наружного свищевого отверстия до стенки прямой кишки, где он пересекается и уши-

вается. Промежностная рана заживает вторичным натяжением.

Затем выполняется гидравлическая препаровка стенки анального канала по полуокружности (передней или задней, в зависимости от месторасположения внутреннего отверстия). Применяется 0,5%-ный раствор новокаина с цефтриаксомом. Раствор вводится в подслизистый слой до верхней границы анального канала.

Пораженная крипта с окружающими рубцово-измененными тканями (если таковые имеются) иссекается в виде ромба. При этом открываются внутреннее отверстие и интрамуральная часть свищевого хода, которые после обработки ложкой Фолькмана и санации 1%-ным раствором диоксида ушиваются непрерывным швом Альберта. После этого правая или левая нижняя грань полученного ромба в виде разреза продлевается краниально до уровня вершины и вниз, так, чтобы линии полученных разрезов образовали угол, равный верхнему углу ромба. Полученные два слизистомышечных лоскута острым путем отсепаровываются и перемещаются по горизонтали в противоположных направлениях, один на место другого. Лоскуты фиксируются между собой и к слизистомышечному слою анального канала узловыми швами, 2–3 шва на каждую грань с интервалом 0,3–0,4 см. Таким образом, внутреннее отверстие свищевого хода отграничивается от просвета прямой кишки неизменным полнослойным сегментом стенки анального канала.

Для оценки эффективности предложенного метода был проведен сравнительный анализ результатов лечения экстрафинктерных свищей прямой кишки предложенным нами методом с лигатурным методом. Для этого были сформированы две группы больных: основная (n=36 человек) с методом транслокационной проктопластики и контрольная (n=45 человек) с использованием лигатурного метода. По возрасту, полу, длительности анамнеза, количеству и характеру перенесенных ранее операций по поводу свищей прямой кишки основная и контрольная группы были сравнимы.

Оценивались следующие показатели: длительность нахождения в стационаре, состояние

### Данные сфинктерометрии в послеоперационном периоде у пациентов основной и контрольной групп

Группы исследования	Напряжение по осям			
	3–9 часов		6–12 часов	
	Тонус, мм рт. ст.	Максимальное сокращение, мм рт. ст.	Тонус, мм рт. ст.	Максимальное сокращение, мм рт. ст.
Основная	451,0±11,3	571,0±14,7	390,0±13,6	539,0±15,3
Контрольная	320,4±12,9	470,2±14,3	270,0±15,1	415,0±11,7
P	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05

сфинктерного аппарата анального канала, рецидивирование параректального свища в отдаленном периоде.

Сфинктерометрия выполнялась на сфинктерометре THDS4401 с графической регистрацией данных. Исследование проводилось утром натощак. Накануне вечером и утром за два часа до исследования больным ставили очистительную клизму до чистой воды. Перед исследованием проводили определение анального рефлекса. Оценка анального рефлекса производилась по общепринятой методике [3, 4]. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием статистических программ «Statistika-10.0», «SpSS». Вычисляли среднюю арифметическую ( $M$ ), коэффициент вероятности ( $p$ ). Определяли доверительный интервал при помощи  $t$ -теста Стьюдента. Результаты считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

Сроки нахождения в стационаре в основной группе менялись от 11 до 19 дней и в среднем составили  $13,9 \pm 1,5$  суток, в контрольной – от 13 до 32 дней (в среднем  $18,6 \pm 1,7$  суток,  $p < 0,05$ ).

Данные сфинктерометрии в послеоперационном периоде приведены в таблице.

Таблица наглядно показывает, что в основной группе показатели, характеризующие состояние запирающего аппарата прямой кишки, находятся практически в пределах нормы, тогда как у пациентов контрольной группы отмечается значительное снижение тонуса и максимального сокращения по всем осям.

Рецидивирования заболевания в основной группе в отдаленном послеоперационном пери-

оде не было. В контрольной группе 2 рецидива (4,4%) в отдаленные сроки. Причиной их явились дополнительные свищевые ходы в параректальной клетчатке, не рассеченные лигатурой.

Таким образом, разработанный метод транслокационной проктопластики, суть которого заключается в ликвидации внутреннего свищевого отверстия путем взаимного перемещения участков стенки анального канала, является более эффективным и менее травматичным по сравнению с лигатурным методом. Это подтверждается снижением послеоперационного койко-дня, достоверным снижением уровня воспалительной реакции и цитохимического дисбаланса, сохранением функции запирающего аппарата прямой кишки и отсутствием рецидивов. Метод транслокационной проктопластики может служить операцией выбора при лечении хронических экстрасфинктерных парапроктитов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г. И. Основы колопроктологии. – М.: ООО МИА, 2006. – 431 с.
2. Дульцев Ю. В., Саламов К. Н. Парапроктит. – М.: Медицина, 1981. – 208 с.
3. Кондратенко П. Г. Клиническая колопроктология. – Донецк, 2006. – С. 263–267.
4. Лурия И. А. Сравнительная оценка отдаленных результатов лечения больных с экстрасфинктерными свищами прямой кишки с использованием современных хирургических методик // Украинский медицинский часопис. – 2006. – № 4 (54). – С. 31–37.
5. Ривкин В. Л., Капуллер Л. Л., Белоусова Е. А. Колопроктология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 367 с.

Поступила 27.04.2015

Е. А. МИХАЛЬЧУК

## ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ НА РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ ТРЕТЬЕГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Кафедра нормальной физиологии ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. (861) 2685502. E-mail: PokrovskyVM@ksma.ru

У 89 больных со стенокардией 3-го функционального класса (ФК) был определен регуляторно-адаптивный статус по параметрам сердечно-дыхательного синхронизма. Больные по наличию сопутствующей патологии были разбиты на 4 группы. В первую группу были включены пациенты со стенокардией напряжения 3ФК без сопутствующей патологии (29 больных). Во вторую группу вошли пациенты, у которых стенокардия напряжения 3ФК сочеталась с гипертонической болезнью (20 больных), в третью – пациенты со стенокардией напряжения 3ФК и сахарным диабетом II типа (20 больных), в четвертую – пациенты, страдающие стенокардией напряжения 3ФК в сочетании с гипертонической болезнью и сахарным диабетом II типа (20 человек). У больных первой группы со стенокардией 3ФК без сопутствующих заболеваний регуляторно-адаптивный статус по сравнению с другими пациентами был наибольшим. При сопутствующих заболеваниях (гипертонической болезни, сахарном диабете и их сочетании) он