

ческого случая, не только возможно оперативное лечение большинства общепроктологических заболеваний в амбулаторных условиях, но и по многим показателям это дает лучшие результаты, по сравнению с аналогичными, выполненными в условиях стационара, с минимальным риском осложнений и рецидивов заболевания, что доказано нашей клинической практикой.

ВАРИАНТЫ ЭНДОРЕКТАЛЬНОЙ ПРОКТОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ

Кузьминов А.М., Королик В.Ю.,
Минбаев Ш.Т., Черножукова М.О.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время сохраняется стойкая тенденция к росту заболеваемости ректоцеле. При этом выраженные нарушения эвакуаторной функции наблюдаются примерно у 58% пациенток. Ведущая роль в патогенезе развития ректоцеле отводится расхождению передней порции мышц m. levator ani, истончению и перерождению ректовагинальной перегородки. Исходя из этиопатогенеза развития ректоцеле, нами разработан комбинированный метод хирургического лечения, направленный на укрепление ректовагинальной перегородки, восстановление ее анатомии и создания прочного фасциально-мышечного каркаса тазового дна путем эндопротекторной аппаратной механической циркулярной резекцией сплизисто-подслизистого слоя по методике Лонго с пластикой ректовагинальной перегородки аллотрансплантатом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С использованием циркулярной эндопротекторной проктопластики оперировано 148 женщин с ректоцеле 2-3 степени.

Как самостоятельный метод лечения, эндопротекторная проктопластика по методике Лонго, применена у 118 пациенток с ректоцеле в возрасте 31 до 68 лет: 2-я степень ректоцеле диагностирована у 95(80,5%) из них, 3 степень – у 23(19,5%).

У 30 больных в возрасте 54,5±2,8 года, с ректоцеле 3 степени операция Лонго дополнена пластикой ректовагинальной перегородки аллотрансплантатом.

Сроки наблюдения за пациентками составили от 1 месяца до 6 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При использовании операции Лонго, как самостоятельного метода лечения, у 118 пациенток со 2-й и 3-й степенью ректоцеле, в отдаленные сроки положительные результаты лечения отмечены в 89% и в 57% случаев, соответственно.

При 2-й степени ректоцеле при применении данного методики рецидивов заболевания не было, в группе больных с 3-й степенью ректоцеле рецидивы клинических симптомов возникли в 17% наблюдений.

У всех 30 больных с ректоцеле 3 степени, оперированных комбинированным методом, т.е. дополнением операции Лонго пластикой ректовагинальной перегородки аллотрансплантатом, уже через 1 месяц наступила нормализация опорожнения прямой кишки, не требующая ручного пособия при дефекации. При сроках наблюдения до 48 месяцев, ни у одной из оперированных больных признаков рецидива заболевания не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение операции Лонго, как самостоятельного метода лечения, при ректоцеле 3 степени, сопровождается высокой частотой рецидивов заболевания, что обусловлено, по нашему мнению, истончением соединительно-тканых структур ректовагинальной перегородки.

Накопленный нами опыт лечения больных с 3 степенью ректоцеле, свидетельствует о необходимости применять для их лечения эндопротекторную проктопластику с пластикой ректовагинальной перегородки, т.е. выполнять лечение комбинированным методом, так как при этом достигается надежное укрепление аллотрансплантатом истонченной ректовагинальной перегородки.

Опыт наблюдения за оперированными больными свидетельствует о патогенетической обоснованности и высокой эффективности лечения ректоцеле 3 степени комбинированным методом.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ МЕТОДОМ СЕГМЕНТАРНОЙ ПРОКТОПЛАСТИКИ

Кузьминов А.М., Минбаев Ш.Т., Королик В.Ю.,
Бородкин А.С., Богористров И.С.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Экстрасфинктерные свищи прямой кишки являются наиболее сложными для хирургического лечения. Несмотря на то, что существует более 100 различных хирургических пособий, ни одно из них полностью не удовлетворяет хирургов, вследствие развития таких осложнений, как рецидив свища и анальная инконтиненция. В зависимости от метода хирургического лечения экстрафинктерных свищей рецидив заболевания возникает в 4,7-33,0%, а развитие анальной инконтиненции в послеоперационном периоде составляет от 5,0-83,0%. Надежная ликвидация внутреннего свищевого отверстия является залогом успеха при лечении свищей прямой кишки, а сохранение структур анального жома позволяет снизить частоту развития анальной инконтиненции.

С 2004 г. в ГНЦК в качестве основного метода лечения экстрафинктерных свищей прямой кишки применяется метод сегментарной проктопластики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы изучали долгосрочные результаты сегментарной проктопластики в лечении экстрафинктерных свищей. В период с 2006 по 2013 гг. с применением сегментарной проктопластики оперировано 135 пациентов с экстрафинктерными свищами прямой кишки (1-4 степени сложности). Средний возраст больных составляет 45,9±11,2 лет. Были включены 98(72,6%) мужчин и 37(27,4%) женщин. У 12(8,8%) пациентов была рецидивирующая форма свища.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 2(1,5%) больных на 6-7 день после операции, возникла ретракция низведенного лоскута, что потребовало проведения лигатуры, с последующей ликвидацией свища лигатурным методом. При изучении отдаленных результатов у 3(2,2%) пациентов в сроки от 3 месяцев до 1,5 лет выявлен рецидив заболевания. В 2(1,5%) случаях рецидив свища ликвидирован при помощи лигатурного метода, что было обусловлено выраженным рубцовым процессом, распространяющимся более чем на полуокружность анального канала. Еще в 1(0,7%) случае рецидив свища ликвидирован повторным применением метода сегментарной проктопластики. Результаты лечения были классифицированы как хорошие-отсутствие рецидива свища и недостаточности анального сфинктера, удовлетворительные – при отсутствии явлений недостаточности анального сфинктера I степени и рецидива свища, неудовлетворительные – рецидив свища или II-III степень недостаточности анального сфинктера. В отдаленном периоде были прослежены 43(28,1%) пациента. Хорошие результаты лечения, достигнуты у 34(79%) пациентов, удовлетворительные – у 6(14,0%) пациентов и неудовлетворительные – у 3(7,0%) пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Низведение сегмента прямой кишки по предложенной методике позволяет радикально ликвидировать внутреннее свищевое отверстие, сопровождается малым количеством рецидивов свища и является щадящим в отношении анального сфинктера, что подтверждается результатами исследования в отдаленном периоде.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ И МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА, СВЯЗАННЫЕ С ВОЗРАСТОМ В НОРМЕ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожил Д.А., Наумов А.В.
Областная клиническая больница Святителя Иоасафа,
Региональный колопроктологический центр, г. Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка объективности результатов проводимых функциональных исследований в аноректальной области должны отражать возрастные изменения, что особенно актуально при определении диагностических критериев и оценке результатов лечения колопроктологических больных различных возрастных групп.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с вышесказанным, определены следующие цели. Определить показатели нормальной функциональной активности сфинктерного аппарата прямой кишки у здоровых людей различных возрастных групп. Создать методические программы с алгоритмами обследования сократительной способности сфинктерного аппарата прямой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для выявления возрастных отличий и определения норм функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки и мышц тазового дна у лиц пожилого возраста, в Белгородском региональном колопроктологическом центре областной клинической больницы Святителя Иоасафа в период с 2003 по 20013 годы включительно проведено исследование в двух группах пациентов, не страдающих колопроктологическими заболеваниями и не предъявляющих жалоб на нарушение держания кишечного содержимого, что подтверждено данными проведенных обследований.

Общее количество пациентов 67 человек, первая группа – 36(53,7%) человек в возрасте от 17 до 50 лет и вторая группа – 31(46,3%) человек в возрасте от 51 до 72 лет. Средний возраст первой группы составил – 33 года, второй – 59 лет. В первой группе мужчин было – 17(47,2%) человек, женщин – 19(52,8%), во второй группе мужчин было – 14(45,2%) человек, женщин – 17(54,8%).

Основной объем исследований осуществлен на полифункциональном лечебно-диагностическом комплексе «Polygraf ID» американской фирмы «Medtronic» с оценкой 34 показателей сократительной, рефлекторной, сенсорной и накопительной функций при проведении аноректальной манометрии, профилометрии анального сфинктера с дополнительной электромиографией. Подготовка прямой кишки к обследованию осуществлялась постановкой очистительных клизм не менее чем за 2 часа до обследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Отмечается снижение показателей сократительной активности внутреннего сфинктера на 12-15% и сократительной активности наружного сфинктера на 6-10%, со снижением показателей электрической активности наружного сфинктера на 11-15%.

Накопительная функция прямой кишки изменяется за счет снижения адаптационной способности кишечной стенки на 15-20%, эластичности на 10-12% и чувствительности к наполнению на 10-15%, с одновремен-

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.