

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 сакрокольпопексия 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.

ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НОРМАЛЬНОГО АНАЛЬНОГО ДЕРЖАНИЯ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожил Д.А., Наумов А.В.

*Белгородская областная клиническая больница
Святителя Иоасафа, г. Белгород, Россия*

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Качественное лечение больных с анальным недержанием возможно только при глубоком изучении физиологических характеристик, отражающих параметры нормального анального держания, а также в изучении патофизиологических закономерностей реабилитации функции анального держания.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение клинических особенностей и патофизиологических закономерностей восстановления функции анального держания у пациентов с анальной инконтиненцией после онкоколопроктологических операций.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В Белгородской областной клинической больнице Святителя Иоасафа в период с 2003 по 2014 годы включительно для изучения механизмов восстановления функции анального держания в исследование включено 128 пациентов с признаками анальной инконтиненции, которые ранее перенесли операцию по поводу рака среднеампулярного отдела прямой кишки. Доказательной базой послужили исследование, проводившиеся на аппарате «Polygraf ID» фирмы «Medtronic» по методике аноректального функционального теста, включающего в себя аноректальную манометрию, профилометрию анального сфинктера и электромиографию сфинктерного аппарата прямой кишки и мышц тазового дна, с изучением сократительной, рефлекторной, накопительной, эвакуаторной и сенсорной функций сфинктерного аппарата и прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании полученных результатов и при проведении их сравнительного анализа следует отметить, что восстановление функции анального держания представляет из себя цепь последовательных этапов, замыкающихся в единый цикл, который объясняет, каким образом происходит восстановление нормального держания кишечного содержимого.

А именно: продолжительное волевое сокращение наружного сфинктера приводит к последующему сокращению внутреннего сфинктера, как составная часть нормального акта дефекации. Улучшение тонической активности внутреннего сфинктера приводит к последующей реабилитации рефлекторной функции, а именно, формированию нормального колоанального ингибиторного рефлекса. При возникновении которого включается комплекс приспособительных и компенсаторных механизмов со стороны кишки, в именно, происходит улучшение её накопительной функции с формированием нормальных субъективных порогов чувствительности кишки к наполнению. Улучшение чувствительности кишки к наполнению приводит к возникновению своевременных позывов к дефекации с последующей адекватной, сократительной, ответной реакцией наружного сфинктера прямой кишки – цикл замыкается. Следует отметить особое значение в данном процессе функциональной активности внутреннего сфинктера, который выполняет связующую роль для согласованной работы прямой кишки и сфинктерного аппарата.

ВЫВОДЫ

Механизм восстановления функции анального держания представляет из себя замкнутый цикл. При выпадении каково-либо из звеньев данного процесса добиться хороших результатов лечения анального недержания практически невозможно. Для согласованной работы прямой кишки и сфинктерного аппарата необходимым и обязательным условием является анатомическая целостность и функциональная активность внутреннего сфинктера. По нашему мнению, именно внутрен-

ний сфинктер является связующим звеном между анальным и кишечным компонентами держания.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Линченко В.И., Кораблина С.С., Гобеджишвили В.В., Байчоров Х.М.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В структуре колопроктологической патологии парапроктит занимает 2-е место после геморроя. После радикального вскрытия острого парапроктита у 8–10% больных возникают рецидивы заболевания, свищи прямой кишки, у 4–7% – недостаточность анального сфинктера.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Путем дифференцированного подхода к выбору метода операции улучшить результаты лечения больных острым парапроктитом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с 2006 по 2013 гг. в клинике лечился 191 больной острым парапроктитом: 112 – с подкожным, 60 – с ишиоректальным, 19 – с пельвиоректальным. При обследовании больных применялись клинические методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Выбор метода операции зависел от распространенности воспалительного, рубцового процесса в окружающих гнойник тканях, стенке прямой кишки и расположения первичного гнойного хода к волокнам сфинктера.

У 103 больных острым подкожным и 12 пациентов с острым ишиоректальным парапроктитом первичный гнойный ход располагался интрасфинктерно. Этим больным выполнена операция – вскрытие, дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты и гнойного хода в просвет прямой кишки.

У 9 больных с острым подкожным, 40 пациентов с острым ишиоректальным, 2-х больных острым пельвиоректальным парапроктитом первичная «фистула» располагалась трансфинктерно. Экстрасфинктерное расположение первичного гнойного хода наблюдалось у 8 больных острым ишиоректальным и 17 пациентов острым пельвиоректальным парапроктитом.

При невыраженном рубцовом процессе в слизистой прямой кишки и внутреннего отверстия у 38 больных острым ишиоректальным и 13 пациентов острым пельвиоректальным парапроктитом с трансфинктерным и экстрасфинктерным расположением первичной фистулы хирургическое лечение выполнялось в 2 этапа. Первым этапом вскрывали параректальный абсцесс, затем через 5–6 дней устраняли внутреннее отверстие путем перемещения слизистой прямой кишки по типу операции Джад-Робле при свищах прямой кишки.

При выраженном рубцовом процессе в слизистой прямой кишки и окружающих ее тканях у 7 больных с трансфинктерном расположением первичной фистулы: у 6 острым ишиоректальным и 1 пельвиоректальным парапроктитом – выполнена операция вскрытия парапроктита в просвет прямой кишки с иссечением первичного гнойного хода и пораженной крипты. У 7 пациентов с экстрасфинктерным расположением первичной «фистулы»: у 3 больных с острым ишиоректальным и 4 пациентов с острым пельвиоректальным парапроктитом – внутреннее отверстие устраняли лигатурным методом.

Отдаленные результаты прослежены у 178 (93,2%) больных. У 3 (1,6%) пациентов после операции типа Джад-Робле возник свищ прямой кишки. У 4 (2,1%) пациентов, оперированных лигатурным методом, наблюдали недостаточность анального сфинктера I степени.

ВЫВОД

Дифференцированный подход к выбору метода операции у больных острым парапроктитом позволил значительно улучшить результаты лечения.