

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кузьминов А.М., Фролов С.А., Орлова Л.П., Фоменко О.Ю., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Черножукова М.О., Елигулашвили Р.Р.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургическое лечение неполных внутренних свищей прямой кишки остается достаточно сложной задачей, обусловленной тошковой дисточного хода и отсутствием наружного маркера (такого как наружное свищевое отверстие). И последствия хирургического лечения потенциально влияют не только на рецидив заболевания, но и на функциональное состояние анального сфинктера, которые отражаются на качестве жизни пациента.

ЦЕЛЬ. Оценить факторы, влияющие на рецидив заболевания и состояние функции анального сфинктера в отдаленные периоды после хирургического лечения как простых, так и сложных неполных внутренних свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 2014 до 2016 гг. нами был проведен проспективный, одноцентровой анализ 147 пациентов с неполными внутренними свищами различной степени сложности криптогенного и ятрогенного генеза. Подавляющее большинство пациентов были трудоспособного возраста. При этом мы оценивали демографические показатели: количество перенесенных оперативных вмешательств и их особенности. С целью объективности исследования мы оценивали функцию анального сфинктера не только по шкале инконтиненции (Wexnerscore), но и физиологические исследования (профилометрия, аноректальная манометрия). В послеоперационном периоде с целью диагностики рецидива заболевания выполнялось ТРУЗИ или МРТ малого таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Медиана наблюдения составила 18 ± 2 месяца. Рецидив заболевания при простых неполных внутренних свищах прямой кишки составил 2 пациента (7/2), однако нарушения функции держания не отмечено ни у одного пациента. Рецидив заболевания при сложных неполных внутренних свищах прямой кишки составил 15% (52/8). У каждого 10 пациента развилась недостаточность анального сфинктера. Стоит отметить, что у 13 пациентов на момент операции, имелись признаки недостаточности анального сфинктера. Группа пациентов, у которых в анамнезе были неоднократные оперативные вмешательства по поводу доброкачественных заболеваний дистального отдела прямой кишки.

ВЫВОДЫ. Дооперационное топирование неполных внутренних свищей прямой кишки, позволили нам разработать дифференцированный подход к лечению. Тем самым снизить частоту рецидивов и не ухудшить функцию держания анального сфинктера.

ПРЕИМУЩЕСТВА ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ САКРОКОЛЬПОПЕКСИИ В СОЧЕТАНИИ СО СТЕПЛЕРНОЙ ТРАНСАНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ СЛИЗИСТОГО СЛОЯ ПРЯМОЙ КИШКИ (STARR) ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Кривчикова А.П., Братищева Н.Н., Сторожиков Д.А., Наумов А.В., Аленичева М.С.

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгородский национальный исследовательский университет НИУ «БелГУ», Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Для хирургического лечения синдрома опущения промежности у женщин предложены различные методы. Однако эта проблема полностью не решена ввиду большого количество осложнений, неудовлетворительных анатомических и функциональных результатов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов хирургического лечения синдрома опущения промежности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. 59 пациенткам с синдромом опущения промежности, включающим ректоцеле, опущение тела промежности и опущение слизистой прямой кишки произведена интраабдоминальная сакрокольпопексия с использованием хирургической сетки, у 52 пациенток с аналогичной патологией данный метод использован в комбинации со степлерной трансанальной резекцией слизистой прямой кишки (STARR). Оценивались послеоперационные осложнения и отдаленные результаты через 6 месяцев и 2 года с использованием определения стадии пролапса по POP-Q системе, дефекографии и нормализации функции опорожнения и держания с использованием многофункциональной компьютерной системы Polygraf ID.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Частота послеоперационных осложнений, связанных с интраабдоминальным использованием сетки, была низкой и не увеличивалась при дополнительной трансанальной резекции слизистой прямой кишки: у 2 (3,4%) пациенток 1-й группы и у 1 (1,9%) пациенток 2-й группы отмечены эрозии влагалища; сморщивание сетки у 1 (1,9%) пациентки 2-й группы, сужение влагалища у 1 (1,7%) пациентки 1-й группы, диспареуния у 3 (5,1%) и 2 (3,8%) пациенток, соответственно ($p > 0,05$). Используя POP-Q систему, ректоцеле 0 ст. достигнуто у 22 (38,9%) пациенток 1-й группы и у 25 (48,1%) пациенток 2-й группы. У остальных пациенток обеих групп была достигнута I ст. Дефекография показала подъем тела промежности у пациенток обеих групп без достоверных различий, однако цифры были ближе к нормальным у тех, кто перенес комплексное оперативное вмешательство: в покое $-3,7 \pm 0,5$ см и $-3,5 \pm 0,6$ см, при натуживании $-5,9 \pm 0,6$ см и $-6,2 \pm 0,7$ см в 1-й и во 2-й группах, соответственно. Анатомическая коррекция заднего аноректального угла была достигнута в обеих группах. Исчезновение рентгенологического симптома опущения слизистой прямой кишки отмечено у 15 (25,4%) пациенток 1-й группы и у 47 (90,4%) пациенток 2-й группы. Нормализация опорожнения отмечена у 12 (20,3%) и у 15 (28,8%) пациенток, улучшение функции опорожнения у 28 (47,4%) и у 30 (57,7%), запор сохранялся у 19 (32,2%) и у 7 (13,4%) пациенток 1-й и 2-й групп, соответственно ($p < 0,05$). Аноректальная манометрия и терминальная активность срамного нерва показали постепенное улучшение функции держания в обеих группах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Абдоминальная сакрокольпопексия демонстрирует хорошие анатомические и функциональные результаты при лечении синдрома опущения промежности. Однако для устранения опущения слизистой прямой кишки предпочтительнее комбинировать ее со STARR.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКТОЦЕЛЕ В СОЧЕТАНИИ С ПРОЛЯПСОМ СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПУТЕМ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ САКРОКОЛЬПОПЕКСИИ И СТЕПЛЕРНОЙ ТРАНСАНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ (STARR)

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Кривчикова А.П., Братищева Н.Н., Сторожил Д.А., Наумов А.В., Аленичева М.С.

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгородский национальный исследовательский университет НИУ «БелГУ», Белгород, Россия

Проблема лечения опущения органов малого таза у женщин остается актуальной. Высокая частота встречаемости этой патологии, неудовлетворительные анатомические и функциональные результаты лечения, большой процент рецидивов привели к разработке многочисленных видов оперативной коррекции проляпса.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения ректоцеле в сочетании с опущением слизистой прямой кишки путем использования трансабдоминальной сакрокольпопексии в сочетании со STARR.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Для лечения ректоцеле (III-IV ст. по POP-Q) в сочетании с опущением слизистой прямой кишки у 62 была выполнена передняя леваторопластика и STARR, и у 55 пациенток была выполнена трансабдоминальная сакрокольпопексия и STARR. Послеоперационные результаты оценены через 6-12 месяцев с использованием определения выраженности проляпса по системе POP-Q, дефекографии и аноректальным функциональным тестам и использованием многофункциональной компьютерной системы Polygraf ID.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из послеоперационных осложнений, связанных с трансабдоминальной установкой сетчатого трансплантата, вагинальная эрозия отмечена у 1 (1,9%) пациентки, сужение влагалища у 1 (1,8%) пациентки, сморщивание сетки у 1 (1,8%) пациентки. Диспареуния возникла у 3 (4,8%) пациенток 1-й группы и у 2 (3,8%) пациенток 2-й группы ($p>0,05$). По классификации POP-Q стадия 0 была достигнута у 26 (47,2%) пациенток, перенесших переднюю леваторопластику в сочетании со STARR и у 23 (37,1%) пациенток, перенесших сакрокольпопексию в сочетании со STARR. У остальных пациенток обеих групп была достигнута I стадия. Дефекография показала анатомическую коррекцию заднего аноректального угла, преимущественно, у пациенток, перенесших сакрокольпопексию. Отсутствие рентгенологических симптомов опущения слизистой прямой кишки отмечено у большинства пациенток обеих групп: у 53 (85,5%) пациенток 1-й группы и у 47 (90,4%) пациенток 2-й группы без значимых различий, однако функция опорожнения была лучше у пациенток 2-й группы. Нормализацию функции опорожнения отметили 13 (20,9%) и 16 (29,1%) пациенток, улучшенные функции опорожнения – 29 (46,8%) и 31 (56,4%)

пациенток, запор сохранился у 20 (32,3%) и у 8 (14,4%) пациенток 1-й и 2-й групп, соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Трансабдоминальная сакрокольпопексия в комплексе со STARR может служить методом выбора при хирургическом лечении ректоцеле III-IV ст. в сочетании с проляпсом слизистой прямой кишки, так как показывает гораздо лучшие анатомические и функциональные результаты, по сравнению с передней леваторопластикой в сочетании со STARR. Симультантное выполнение STARR не привело к каким-либо серьезным осложнениям в обеих группах больных.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕНСОРНОГО АНАЛЬНОГО НЕДЕРЖАНИЯ

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

ОГБУЗ БОКБ «Святителя Иоасафа», межрегиональный колопроктологический центр. Кафедра госпитальной хирургии НИУ «БелГУ», Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Полноценное лечение больных с анальным недержанием возможно только при условии понимания сути патофизиологических процессов отражающих параметры нормального анального держания. Изолированное выпадение какой-то из функций данного процесса ведет за собой цепь последовательных нарушений. Нарушение сенсорной функции прямой кишки, как пусковой момент при недержании каловых масс, имеет большое значение для понимания сути некоторых функциональных форм анальной инконтиненции.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение взаимосвязи основных патофизиологических явлений, которые характерны для пациентов с анальной инконтиненцией при имеющемся нарушении сенсорной функции прямой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Для изучения данной проблемы в БОКБ Святителя Иоасафа в период с 2003 по 2017 гг. были проанализированы результаты функциональных исследований запирающего аппарата прямой кишки и мышц тазового дна 64 пациентов, у которых при проведении аноректальной манометрии, профилометрии анального сфинктера с дополнительной электромиографией были выявлены нарушения сенсорной функции прямой кишки. Основным критерием включения было отсутствие органического поражения прямой кишки (перенесенные операции в аноректальной области, травмы промежности, после родовые разрывы и т.д.) и жалобы на недержание кишечного содержимого в виде ночного «каломазания».

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. У всех пациентов в данной группе отмечалось нарушение сенсорной функции, которое проявлялось в различной степени снижения чувствительности прямой кишки к наполнению: от незначительного увеличения порога первого ощущения наполнения, порога первого позыва к дефекации и максимально терпимого объема до полной нечувствительности прямой кишки к наполнению. Следует отметить, что у всех пациентов на фоне удовлетворительной и хорошей тонической активности внутреннего и наружного сфинктеров прямой кишки отмечается достоверно подтвержденное увеличение порога, снижение амплитуды и увеличение продолжительности ректо-анального ингибиторного рефлекса. Все пациенты в той или иной степени жаловались на отсутствие своевременного позыва к дефекации, характерного для пассивной формы анального недержания (ночной энкопрез или стрессовая дефекация).