

На рис. 4 представлена МР-томограмма таза больной В., 50 лет, в сагиттальной проекции при максимальном натуживании. В анамнезе у больной гистерэктомия. На снимке визуализируется ректоцеле небольших размеров (показано обычной стрелкой) и энтероцеле (показано двойной стрелкой).

Сагиттальная проекция также позволяет четко визуализировать апоневроз Денонвилле и имеющиеся в нем дефекты. На рис. 5 а представлена МР-томограмма здоровой нерожавшей женщины с неизменной ректовагинальной фасцией. На рис. 5 б – МР-томограмма больной С, у которой отмечается выраженное ректоцеле (показано черной стрелкой). Кроме того, у больной отмечается истончение и прерывистость ректовагинальной фасции в верхних ее отделах и энтероцеле, расслаивающее верхнюю часть ректовагинальной перегородки (показано белой стрелкой). Энтероцеле в себя большой сальник, что делает невозможным установку диагноза при Реме-методе исследования (проктография с натуживанием + контрастирование барием петель кишечника).



Рис. 5. МР-томограммы в сагиттальной проекции. Стрелками показан апоневроз Денонвилле а – в норме; б – истончение и прерывание в верхней трети, ректоцеле (черная стрелка), энтероцеле (белая стрелка).

Таким образом, четкая визуализация соединительнотканно-мышечных структур тазового дна, органов малого таза, многоплановость изображения дает возможность оценивать различные фасциальные и анатомические дефекты, которые могут отмечаться при ректоцеле. Это помогает правильно выбрать метод оперативного лечения, улучшить результаты лечения и избежать рецидивов заболевания.

ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ У ВЗРОСЛЫХ

Н.В. Олейник, В.Ф. Куликовский

Белгородский региональный колопроктологический центр

Выпадение прямой кишки представляет собой выхождение всех слоев стенки прямой кишки через заднепроходное отверстие [3]. Ректальный пролапс является достаточно распространенной патологией и составляет около 9% среди всех колопроктологических заболеваний [1].

До настоящего времени, несмотря на большое количество работ, посвященных выпадению прямой кишки, остаются нерешенными многие вопросы и, в первую очередь, вопрос о выборе способа оперативного лечения. Известно более 200 хирургических ме-

тодов и их модификаций, предложенных для устранения этой патологии. Несмотря на огромное количество разработанных методов оперативного лечения проляпса все еще не существует консенсуса в выборе оптимального способа. Отдаленные результаты лечения оставляют желать лучшего. Так, по данным разных авторов, рецидивы заболевания после различного рода операций наблюдаются в 8-45% [4,7].

Все существующие методы оперативного лечения выпадения прямой кишки могут быть разбиты на пять групп [2]:

- операции на выпавшей части прямой кишки;
- операции, направленные на укрепление тазового дна и промежности;
- внутрибрюшные резекции дистальных отделов толстой кишки;
- операции ректопексии, или фиксации дистальных участков толстой кишки к неподвижным частям малого таза;
- комбинированные способы.

Внутрибрюшные операции при ректальном проляпсе имеют достаточно низкий процент послеоперационных рецидивов, но более высокий процент осложнений и летальности [7]. Выпадение прямой кишки может отмечаться у людей любого возраста. При развитии его у пожилых часто имеется высокий операционный риск из-за наличия сопутствующей патологии.

Задачей нашей работы является оценка ближайших и отдаленных результатов оперативного лечения больных с ректальным проляпсом в Белгородском региональном колопроктологическом центре, анализ ошибок и причин неудовлетворительных исходов в целях их улучшения в дальнейшем.

За период времени с 1986 по 2003 гг. в отделении наблюдалось всего 66 больных с выпадением прямой кишки II-III степени. Средний возраст больных составил $65 \pm 5,6$ лет (38-91 год), женщин было 40, мужчин – 26.

У пожилых больных при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний мы производили операции на выпавшей части прямой кишки. Эту группу составили 10 пациентов в возрасте от 70 до 91 года. У всех больных имелась II-III степень проляпса с сопутствующей недостаточностью анального сфинктера II-III степени. Всем им произведена промежностная резекция выпавшего участка кишки. 6 больным операция произведена с оставлением избытка низведенной кишки с его последующим отсечением. Результаты прослежены, в среднем, на протяжении 3-х лет. У 2-х больных сформировались стриктуры на уровне колоанального анастомоза, у 2-х развился рецидив, и они были оперированы повторно с использованием этой же методики. У всех больных сохранялась недостаточность анального сфинктера, хотя у троих отмечено частичное восстановление функции держания (III ст. перешла во II ст.).

В связи с этим, остальным больным в последующем мы производили резекцию выпавшего участка кишки по Altemeier с формированием первичного колоанального анастомоза и дополняли ее сфинктероплевропластикой. Все операции прошли успешно. Каких-либо значительных осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. У одной больной развилась воспалительная реакция в зоне анастомоза с частичным расхождением его краев по $\frac{1}{4}$ части окружности. Осложнение купировано проведением местной противовоспалительной терапии. Стриктуры в дальнейшем не отмечено. Однако через год у этой пациентки развился рецидив проляпса и она была оперирована повторно с оставлением избытка кишки и его последующим отсечением. У остальных больных результаты прослежены от 6 мес. до 1,5 лет. Стриктуры области анастомоза у них не отмечено. Функция держания улучшилась у всех больных, и все они были удовлетворены результатом лечения. Все операции производились под сакральной анестезией. Средняя длина выпавшей кишки составляла 11,6 см.

Таким образом, промежностная резекция выпавшего участка кишки является щадящим вмешательством, не требующим общего обезболивания. Послеоперационный период протекает с минимально выраженным болевым синдромом и хорошо переносится.

сится всеми пациентами. В случае рецидива операция может быть произведена повторно и, по нашему мнению, она идеальна для больных пожилого возраста с наличием тяжелой сопутствующей патологией и высоким операционным риском. Функциональные результаты лучше у больных с формированием первичного колоанального анастомоза и с одновременной сфинктеропластикой.

У остальных больных мы производили внутрибрюшные фиксирующие операции. Они патогенетически более обоснованы и, по данным литературы, имеют меньший процент рецидивов [8].

30 больным произведена ректопексия по Зеренину-Кюммелю с фиксацией к крестцу передней стенки прямой кишки (модификация А.Н.Рыжих). Средний возраст этой группы больных составил $58,3 \pm 5,4$ лет. По нашим данным рецидивы в отдаленные сроки возникли в 10% случаев, что соответствует литературным данным. По-видимому, под влиянием перистальтических движений, повышения внутрибрюшного давления, силы тяжести заполненного калом дистального отдела кишечника швы иногда прорезают кишечную стенку раньше, чем развиваются достаточно прочные сращения – возникает рецидив. У ряда лиц образующиеся сращения постепенно растягиваются, прямая кишка отходит от крестца, но подвижность ее остается ограниченной, и поэтому рецидив бывает неполным.

Кроме того, у 12 больных после этой операции отмечалось прогрессирование запоров. У этой группы больных, по данным ирригограмм, имелась долихосигма. При изучении пассажа бария по толстой кишке до операции и после у них отмечалась задержка контраста в удлинённой сигмовидной кишке более 48 часов. У 6 больных запоры возникли после операции, и задержка бария отмечалась у них на уровне фиксации кишки, что, скорее всего, связано с ее жесткой фиксацией к крестцу и относительным сужением на уровне перекрута.

В связи с выше сказанным, в последние три года мы пользуемся следующей тактикой лечения. Всем больным в плане предоперационного обследования производим исследование пассажа бария по толстой кишке. При выявлении у них долихосигмы с задержкой пассажа бария свыше 48 часов производим ее резекцию с формированием ручного или аппаратного анастомоза “конец в конец” с последующей фиксацией заднебоковых отделов прямой кишки к крестцу полипропиленовой сеткой с оставлением свободной передней трети ее окружности для предотвращения сужения и развития колостазы по E.H.Wells [9]. Однако, в отличие от автора, для более прочной фиксации кишки к крестцу мы делаем это практически на всем его протяжении, используя сетку округлой формы, диаметром около 10 см (рис.1). В связи с техническими трудностями при наложении швов на нижние отделы крестца в глубине таза для фиксации к нему сетки мы используем тонкую металлическую пластинку с зазубренными штырями (по принципу кнопки Амелиной)¹. Методика позволяет значительно сократить время операции, при необходимости остановить кровотечение из вен крестцового сплетения, а соединение сетки с костной тканью (в эксперименте на животных) оказалось значительно прочнее шовного.

Используя в течение последних двух лет выше описанную тактику, нами произведено 10 операций (из них с резекцией сигмовидной кишки – 3). Все операции прошли успешно. Ни один больной не отмечал болей в области крестца. У всех больных с запорами после резекции инертного участка сигмовидной кишки восстановился нормальный пассаж. Однако у двух пациентов с нормальной функцией толстой кишки до операции пассаж после операции нарушился. У них была отмечена задержка бария на уровне фиксации кишки, что, по-видимому, связано все же с относительным сужением кишки сеткой, несмотря на оставление свободной передней трети ее окружности. Частичный рецидив в виде проляпса слизистой передней стенки прямой кишки возник у

¹ Приоритетная справка 2003100760 от 15.01.2003 г.

первых двух пациенток, оперированных по данной методике. Мы связываем это с тем, что по поводу недостаточности анального сфинктера и ректоцеле им дополнительно была произведена задняя кольпорафия с передней сфинктеролеваторопластикой без удаления образовавшегося избытка слизистой по передней стенке прямой кишки.

Чтобы избежать развития запоров в послеоперационном периоде, для фиксации прямой кишки к крестцу нами предложено использовать сетку Z-образной формы². Монофиламентная полипропиленовая сетка Z-образной формы с размерами продольной части около 10 см, боковыми частями – 8 см и шириной всех частей 3 см, по ее центральной части фиксируется к крестцу (рис.2). Задняя часть мобилизованной и максимально подтянутой кверху прямой кишки фиксируется к центральной части сетки. Боковые рукава сетки фиксируют кишку с разных сторон: один – по правой боковой, другой – по левой боковой полуокружности на расстоянии друг от друга (рис.3). При необходимости излишки длины боковых рукавов сетки отсекаются. Таким образом, кишка фиксируется со всех сторон, но на разных участках, что позволяет увеличить прочность фиксации и одновременно предупредить сужение кишки.

С использованием этой методики ректопексия произведена у 16 больных. Все пациенты обследованы через 6 и 12 месяцев после операции. Новых случаев развития запоров и рецидивов заболевания в этой группе не отмечено.

Многие авторы указывают на то, что слабость сфинктера заднего прохода, является, как правило, следствием, а не причиной выпадения прямой кишки. Поэтому после устранения проляпса кишки функция держания может в той или иной степени восстанавливаться. Вопрос о целесообразности одновременной сфинктеролеваторопластики при ректопексии все еще остается спорным [5,6,8]. Нами проведено сравнительное исследование двух групп больных с недостаточностью анального сфинктера II-III степени на фоне выпадения прямой кишки. Основную группу составили 20 больных, которым одновременно с ректопексией была произведена передняя сфинктеролеваторопластика. Контрольную группу составили 15 больных, которым сфинктеролеваторопластика не производилась. Для объективизации симптомов инконтиненции мы использовали показатели аноректальной манометрии и электромиографии. Также производили проктографию в покое и при натуживании с определением величины аноректального угла. Эти же исследования проводили в послеоперационном периоде через 6 месяцев для оценки полученных результатов. В основной группе отмечены значительно лучшие послеоперационные результаты: континенция улучшилась у 16 больных (80%) основной группы против 8 больных (53,3%) ($P<0,05$) в контрольной. Показатели аноректальной манометрии улучшились у 13 (75%) больных основной группы, составив в покое 29 ± 17 см вод. ст. до операции и 45 ± 21 см вод. ст. после операции; при произвольном сокращении анального сфинктера 61 ± 25 см вод. ст. до операции и 85 ± 31 см вод. ст. после операции ($P<0,05$). В контрольной группе больных давление в покое и при произвольном сокращении повысилось только у 5 (33,3%) больных, составив в среднем в покое до операции 31 ± 16 см вод. ст., а после операции 38 ± 18 см вод. ст. ($P<0,05$), а при произвольном сокращении мышцы 64 ± 18 см вод. ст. и 75 ± 26 см вод. ст. ($P<0,05$) соответственно. Анализ проведенных исследований показал, что при значительном снижении анального тонуса и силы волевого сокращения соответственно изменяются анальный рефлекс и показатели электропроводимости мышц анального жома.

Определение величины аноректального угла в послеоперационном периоде у больных основной и контрольной групп показали в среднем большее отклонение его от нормы у больных контрольной группы.

Таким образом, сфинктеролеваторопластика простая и эффективная операция, которая не имеет противопоказаний и значительно улучшает континенцию после выпадения прямой кишки.

² Приоритетная справка 2003100759 от 15.01.2003 г.

Резюмируя полученные данные, можно констатировать, что к лечению ректального проляпса необходимо подходить дифференцированно. У больных пожилого возраста с наличием тяжелой сопутствующей патологии можно выполнять промежностные операции, которые, несмотря на свою патогенетическую необоснованность и достаточно высокий процент рецидивов, достаточно легко переносятся больными и имеют меньший процент осложнений. Всем остальным больным показаны внутрибрюшные фиксации прямой кишки к крестцу. У больных с запорами, вызванными инертностью проксимальных отделов толстой кишки, показана их резекция с последующей ректопексией. Устранение выпадения прямой кишки у большинства больных не является единственной задачей хирурга при этой патологии. Выздоровление будет не полным, если останется слабость анального сфинктера. Поэтому в большинстве случаев при ректальном проляпсе необходима коррекция тазового дна.

Рациональный выбор метода оперативного лечения этого заболевания обеспечивает выздоровление большинства больных.

Литература

1. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Фролов С.А., Сушков О.И. Лапароскопическая ректопексия // V Всеросс. конф. с междунар. участ. "Акт. пробл. колопроктологии": Тез. докл. – Ростов н/Д, 2001. – С.19-20.
2. Основы колопроктологии / Под ред. акад. РАМН, проф. Воробьева Г.И. – Ростов н/Д.: Изд-во "Феникс", 2001. – 416 с.
3. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. – М.: Изд-во "Мед-практика". – 2001.- 300 с.
4. Holmstrom B., Ahlberg J., Bergstrom O. et al. Results of the treatment of rectal prolapse operated according to Ripstein // Acta Chir. Scand. – 1978.- V. 482. –P. 51.
5. Köhler A., Athanasiadis S. The value of posterior levator repair in the treatment of anorectal incontinence due to rectal prolapse – a clinical and manometric study // Langenbeck's Arch. Surg. - 2001. – V. 386 – P. 188-192.
6. Madoff R., Williams J.G., Caushaj P.F. Fecal incontinence // N. Engl. J. Med. – 1992.- V.326. – P.1002.
7. Madoff R., Mellgren A. One hundred years of rectal prolapse surgery // Dis. Col. Rect. . – 1999. – V.42. – P. 441-450.
8. Prasad L.M. Perineal proctectomy, posterior rectopexy, and postanal levator repair for the treatment of rectal prolapse // Dis. Col. Rect. – 1986. – V.29. – P. 547.
9. Wells E.H. New Operation for rectal prolapse // Proct. Roy. Soc. Med. – 1959.- V.52. – P.602.

РЕЦИДИВНЫЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ КАК СЛЕДСТВИЕ ИЗМЕНЕНИЙ БОЛЬШОГО СОСОЧКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ПАПИЛЛОТОМИЙ

В.Д. Луценко, А.П. Седов, А.А. Должиков, И.П. Парфёнов, Т.Н. Татьяненко

Рецидивный холедохолитиаз относится к одной из наиболее сложных проблем в хирургии желчных путей [1, 2], в том числе, по причине неясности морфогенеза повторного камнеобразования, порождающего объективные противоречия точек зрения.

Располагая патоморфологическим материалом структур внепеченочных желчных путей после хирургических вмешательств на большом сосочке двенадцатиперстной кишки (БСДК), полученным в течение последних 10 лет, мы провели исследование возможной роли обусловленных постапиллотомическими изменениями сосочка изменений в развитии рецидивного холелитиаза.

Материалы и методы. Выполнено патоморфологическое исследование БСДК во всех его частях в 2-х случаях после однократных и повторных папиллотомий на сроке 3-х недель и 9 месяцев.

В одном случае нами изучены изменения БСДК у больного 62 лет с резидуальным холедохолитиазом, погибшего по суицидальной причине после двух последовательных клинически успешных папиллотомий. Повторная папиллотомия была выполнена через