

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 топикой свищевого 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., Сторожилов 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 количества 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.