

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., Сторожилов 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, улучшение 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.,
Сторожилов 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, послеродовые разрывы и т.д.) и жалобы на недержание калового 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).

ВЫВОД. В данной патофизиологической модели причиной сенсорного, функционального недержания кишечного содержимого является несоответствие порогов чувствительности прямой кишки к наполнению и рефлекторной релаксации внутреннего сфинктера, что приводит к чрезмерному заполнению прямой кишки без возникновения характерного позыва к дефекации (недержание – переполнения).

ХАРАКТЕРИСТИКА АНАЛЬНОГО И КИШЕЧНОГО КОМПОНЕНТОВ НЕДЕРЖАНИЯ КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОНКОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

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

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

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оперативное лечение рака прямой кишки является достаточно сложной задачей, а имеющиеся технические трудности при выполнении манипуляций в глубине малого таза и послеоперационная травма сфинктерного аппарата прямой кишки приводят к не всегда удовлетворительным функциональным результатам лечения и недержанию кишечного содержимого.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение показателей анального и кишечного факторов, приводящих к недержанию кишечного содержимого, у больных после операций по поводу рака прямой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Для изучения данной проблемы проанализировано функциональное состояние запирательного аппарата прямой кишки и мышц тазового дна у 218 больных после брюшно-анальной и низкой передней резекции прямой кишки, прооперированных в БОКБ Святителя Иоасафа в период с 1998 по 2016 гг. с локализацией опухоли выше 6 см и ниже 12 см, по данным ректоскопии, прошедших предоперационный курс лучевой терапии при наличии 12-ти месяцев безрецидивного течения, без признаков несостоятельности колоректального анастомоза и гнойно-септических осложнений. Оценивались показатели сократительной, рефлекторной, сенсорной и накопительной функций при проведении анальной манометрии, профилометрии анального сфинктера с дополнительной электромиографией до и через 3 месяца после проведенной операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ. Отмечается снижение сократительной активности наружного сфинктера в состоянии волевого сокращения и внутреннего сфинктера в покое. Наружный сфинктер: средняя амплитуда волевого сокращения – на $25,6 \pm 1,9\%$, средняя длительность волевого сокращения – на $27,2 \pm 1,8\%$, векторный объем профиля анального сфинктера – на $19,5 \pm 1,1\%$, средняя амплитуда профиля анального сфинктера – на $19,3 \pm 1,4\%$, средняя протяженность профиля анального сфинктера – на $19,7 \pm 1,0\%$, амплитуда электрической активности в покое – на $12,7 \pm 1,2\%$, амплитуда электрической активности при волевом сокращении – на $7,9 \pm 0,8\%$. Давление на уровне внутреннего сфинктера в покое снижено на $36,8 \pm 2,2\%$ при отсутствии медленных и ультра медленных волн его тонической активности. Субъективные пороги чувствительности были существенно снижены. Порог первого ощущения на 22-24%, порог первого позыва к дефекации – на 36-39% и максимально терпимого объема – на 48-51% с уменьшением диапазона между ними. Показатели адаптационной способности кишки были увеличены:

величина максимального давления – на 33-36%, время адаптации – на 43-46% и уровень остаточного давления – на 51-54%. Показателями эластичности: коэффициент эластичности снижен на 32-35% и порог сократительного ответа – на 24-26%.

ВЫВОД. Функциональные изменения у пациентов после операций по поводу рака прямой кишки, сопровождающиеся явлениями недержания кишечного содержимого, обусловлены двумя причинами, а именно нарушениями анального и кишечного компонентов держания.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИММУНОДИАГНОСТИКЕ ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К.,
Гобеджишвили В.В., Жабина А.В.

ФБГОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

Активация нейтрофилов при воспалительных процессах приводит к быстрому высвобождению дефензинов, которые затем обнаруживаются в плазме и других жидкостях организма. Нарушение активации дефензинов влечет за собой внедрение возбудителя даже при малом его количестве.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить содержание α -дефензинов, ИЛ-6, ИЛ-8 у больных с острым парапроктитом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Обследовано 20 больных с острым парапроктитом и 20 практически здоровых лиц. Группы больных и здоровых лиц были сопоставимы по возрасту (от 24 до 63 лет), во всех группах преобладали мужчины. Из 20 больных у 15 (75%) пациентов был подковожно-подслизистый, у 4 (20%) – ишиоректальный и у 1 (5%) – пельвио-ректальный парапроктит. Определение в сыворотке крови концентрации интерлейкинов 6 и 8 (ИЛ-6, ИЛ-8) осуществляли тест-наборами фирмы «Вектор-Бест», α -дефензинов – с помощью тест-набора фирмы «Nucult Biotech».

РЕЗУЛЬТАТЫ. Уровень ИЛ-6, ИЛ-8, α -дефензинов и токсической зернистости нейтрофилов у больных острым парапроктитом на момент госпитализации был, по сравнению со здоровыми пациентами, снижен на 15-20%. После радикального вскрытия острого парапроктита к 3 суткам эти показатели достигали уровня здоровых людей, а после 5 суток превышали их в 1,5-2 раза.

ВЫВОДЫ. Таким образом, анализ полученных данных показал, что у всех обследуемых пациентов с острым парапроктитом уровень ИЛ-6, ИЛ-8, α -дефензинов был снижен, по сравнению со здоровыми лицами. На фоне проводимого лечения эти показатели прогрессивно повышались, что может служить критерием эффективности проводимой терапии.

ЛЕЧЕНИЕ ИНТРА- И ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Лаврешин П.М., Линченко В.И., Владимиров О.В.

ФБГОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хронический парапроктит в структуре колопроктологических заболеваний занимает второе место после геморроя.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сократить сроки лечения больных и интра- и трансфинктерными свищами прямой кишки