



К ОЛОПРОКТОЛОГИЯ

научно-практический медицинский журнал

№ 4(10) 2004



ДЕТРАЛЕКС®

Микронизированная очищенная фракция флавоноидов

Микронизированный

Высокая клиническая эффективность
благодаря

- ✓ микронизированной форме
- ✓ комплексному механизму действия



ЭТАЛОННЫЙ ФЛЕБОТРОПНЫЙ ПРЕПАРАТ

Детралекс

Микронизированная очищенная флавоноидная фракция

Регистрационный номер: П/№011469/01-1999

Форма выпуска и состав: Упаковка, содержащая 30 таблеток, покрытых оболочкой. Микронизированная флавоноидная фракция 500 мг: диосмин 450 мг, гесперидин 50 мг.

Фармакотерапевтическая группа: Ангиопротектор.

Фармакодинамика: Детралекс обладает венотонизирующими и ангиопротективными свойствами. На венозном уровне - понижает растяжимость вен и венозную застой, на уровне микроциркуляции - повышает резистентность капилляров, уменьшает их проницаемость.

Показания:

1. Терапия симптомов, связанных с венозно-лимфатической недостаточностью:
 - ощущение тяжести в ногах,
 - боль,
 - «утренняя усталость» ног.
2. Лечение функциональных симптомов, связанных с острыми приступами геморроя.

Побочные эффекты: В некоторых случаях отмечались гастроинтестинальные и нейровегетативные расстройства, не требовавшие отмены терапии. Взаимодействия с другими лекарственными препаратами не наблюдалось.

Беременность и лактация: *Беременность:* Эксперименты на животных не показали тератогенных эффектов. До настоящего времени не было сообщений о каких-либо побочных эффектах при применении препарата у беременных женщин. *Лактация:* Из-за отсутствия данных относительно экскреции препарата в молоко, кормящим матерям не рекомендуется прием препарата.

Противопоказания: Известная гиперчувствительность к препарату.

Способ применения и дозы: Рекомендуемая доза - 2 таблетки в день: 1 таблетка в середине дня и 1 таблетка вечером во время приема пищи. В период обострения геморроя: 6 таблеток в день в течение 4 дней, затем 4 таблетки в день в течение последующих 3 дней.

Москва 115054, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3

Тел.: (095) 937-07-00

Факс: (095) 937-07-01



Хроническая венозная недостаточность

2 таблетки в день

Острый геморрой

до 6 таблеток в день

Ассоциация
колопроктологов
России



КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

№ 4 (10) 2004

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
АССОЦИАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ

Выходит один раз в три месяца
Основан в 2002 году

Адрес редакции:

123154, Москва
ул. Саляма Адила, д. 2
Тел.: (095) 199-95-58
Факс: (095) 199-04-09
E-mail: gnck@tsr.ru

Ответственный секретарь:

Обухов В.К.

Зав. редакцией:

Долгополова Е.В.
Тел.: (095) 937-07-00

Регистрационное удостоверение

ПИ № 77-14097

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор – Г.И. ВОРОБЬЕВ

Л.А. БЛАГОДАРНЫЙ, П.В. ЕРОПКИН, А.М. КУЗЬМИНОВ,
А.М. КОПЛАТАДЗЕ, Т.С. ОДАРЮК, Г.А. ПОКРОВСКИЙ,
И.Л. ХАЛИФ (зам. гл. редактора), П.В. ЦАРЬКОВ,
Ю.А. ШЕЛЫГИН (зам. гл. редактора)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

С.В. ВАСИЛЬЕВ (Санкт-Петербург)
А.В. ВОРОБЕЙ (Минск)
Е.Г. ГРИГОРЬЕВ (Иркутск)
Б.М. ДАЦЕНКО (Харьков)
Б.Н. ЖУКОВ (Самара)
В.Р. ИСАЕВ (Самара)
В.Ф. КУЛИКОВСКИЙ (Белгород)
И.А. ЛАЗАРЕВ (Ростов-на-Дону)
Ю.М. ПАНЦЫРЕВ (Москва)
В.П. ПЕТРОВ (Красногорск, Московская область)
В.В. ПЛОТНИКОВ (Курган)
Ю.П. САВЧЕНКО (Краснодар)
Ю.М. СТОЙКО (Москва)
В.К. ТАТЬЯНЧЕНКО (Ростов-на-Дону)
В.М. ТИМЕРБУЛАТОВ (Уфа)
В.З. ТОТИКОВ (Владикавказ)
В.Д. ФЕДОРОВ (Москва)
М.Ф. ЧЕРКАСОВ (Ростов-на-Дону)
В.И. ЧИССОВ (Москва)
Н.А. ЯИЦКИЙ (Санкт-Петербург)

Издается при поддержке Французской Фармацевтической компании "Сервье"



Распространяется бесплатно среди врачей-колопроктологов России

СОДЕРЖАНИЕ

Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Савинков А.И., Чернов А.А., Кудряшов С.К.,
Поликашин Н.Н., Евстигнеева Т.М.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА 3

Кузьминов А.М., Бородкин А.С., Волков М.В., Чубаров Ю.Ю., Минбаев Ш.Т.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ
СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПУТЕМ НИЗВЕДЕНИЯ ПОЛНОСЛОЙНОГО
СЕКМЕНТА СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ В АНАЛЬНЫЙ КАНАЛ 8

Коплатадзе А.М., Егоркин М.А., Проценко В.М., Шмаков В.А., Белоусова С.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННОЙ УПРАВЛЯЕМОЙ
АБАКТЕРИАЛЬНОЙ СРЕДЫ В ЛЕЧЕНИИ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА 13

Соболева С.Н., Васильев С.В., Иткин И.М., Джапаридзе Б.В.

АППАРАТНОКОНТРОЛИРУЕМАЯ БИПОЛЯРНАЯ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЯ
В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КОМБИНИРОВАННОГО ГЕМОРОЯ 17

Тотиков В.З., Цаллагова Л.В., Дзанаева Д.Б.

РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕНИТАЛЬНЫЙ ПРОЛАПС 21

Олейник Н.В., Куликовский В.Ф., Федоров Г.И.

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО
ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И МАТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
СИНТЕТИЧЕСКОЙ СЕТКИ 24

Пучков К.В., Хубезов Д.А., Юдина Е.А., Юдин И.В.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПЕРЕДНЯЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ 27

Воробьев Г.И., Жученко А.П., Ачкасов С.И., Капуллер Л.Л., Бирюков О.М.

ПРОТЯЖЕННОСТЬ ЗОНЫ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ГИПОАНГЛИОЗА
У ВЗРОСЛЫХ И ЕЁ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ
ИНТРАМУРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ 33

Тихонов А.А., Лихтер М.С., Горинов А.В.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНЫХ ОДНОМОМЕНТНЫХ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ 36

Дементьева О.П., Михайлова Т.Л., Подмаренкова Л.Ф.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ
ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА 40

Ан В.К., Коновалов С.В.

ГЕМОФИЛИЯ КАК ПРИЧИНА КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ
ПЕРИОДЕ ПРИ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ 44

Стойко Ю.М., Коновалов С.В., Синенченко Г.И.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ
ПРИ СТРИКТУРАХ КОЛОСТОМЫ 46

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА

Проф. Жуков Б.Н., проф. Исаев В.Р., Савинков А.И.,
Чернов А.А., Кудряшов С.К., Поликашин Н.Н., Евстигнеева Т.М.

Самарский Государственный медицинский университет,
кафедра госпитальной хирургии, г. Самара

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Хронический парапроктит, при котором необходимо хирургическое лечение, является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний анального канала и параректальной области. По данным различных авторов, пациенты с этой патологией составляют более 25% всех проктологических больных. Хирургическое лечение свищей прямой кишки имеет древнюю историю. Первые операции рассечения свища от наружного до внутреннего отверстия с помощью ножа или лигатуры описаны в трудах Гипократа. Всего предложено более 100 операций и их модификаций для лечения больных с анарректальными свищами. Наибольшей хирургической проблемой является лечение экстрасфинктерных и сложных чрезсфинктерных параректальных свищей. Любое оперативное вмешательство, направленное на радикальное устранение параректального свища, в большей или меньшей степени травмирует запи-

рательный аппарат прямой кишки, что приводит к развитию или усугублению ранее возникшей анальной инконтиненции. Рецидивы заболевания в данной группе больных составляют от 8,5 до 16%.

Все операции, применяемые в настоящее время для лечения параректальных свищей, можно разделить на четыре основные группы:

1. Иссечение свища в просвет прямой кишки (операция Габриэля, иссечение свища с рассечением и ушиванием анального сфинктера).
2. Лигатурный метод и его многочисленные модификации.
3. Иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки анального канала (Джада-Робле, Мосляка, Блинничева).
4. Иссечение свища с использованием ауто- или аллотрансплантата.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В колопроктологическом отделении клиники госпитальной хирургии СамГМУ за 1997-2003 гг. проведено лечение 673 больных с различными формами параректальных свищей. Выполнено 653 операции по поводу параректальных свищей различной степени сложности, что составило 12,8% от всего объема оперативных вмешательств колопроктологического отделения. 20 больным в оперативном лечении было отказано в связи с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. В этой группе больных проведены консервативные лечебные мероприятия, направленные на самостоятельное заживление свища, с временным положительным эффектом. Среди оперированных больных мужчин было 432 (66,1%), женщин – 221 (33,9%). Больных трудоспособного возраста (от 20 до 60 лет) было 548 человек (85,6%). На рис. 1 представлено распределение больных по полу в зависимости от формы параректального свища. Все больные параректальными свищами распределены в группы в соответствии с классификацией ГНЦ колопроктологии МЗ РФ по отношению свищевого хода к волокнам анального сфинктера (рис. 2).

Пациенты с параректальными свищами госпитализируются в колопроктологическое отделение полностью обследованными на поликлиническом этапе и оперируются на 2-3 день после поступления. Всем больным в обязательном порядке выполнялись ректороманоскопия и, по показаниям, фистулография. В последнее время, прокрашивание свищевого хода для выявления внутреннего отверстия свища, выполняется нами в условиях операционной после проведения обезболивания и расслабления мышц тазового дна непосредственно перед выполнением оперативного вмешательства. Проведение пробы с красителем (метиленовой синью, спиртовым раствором бриллиантовой зелени) в смотровом кабинете является недостаточно информативной и болезненной процедурой и нередко приводит к обострению воспалительного процесса в параректальной клетчатке и изменению характера планируемой операции. Выбор метода обезболивания зависит от формы параректального свища, степени выраженности воспалительного процесса и рубцовых изменений параректальной клетчатки, а также от пожелания

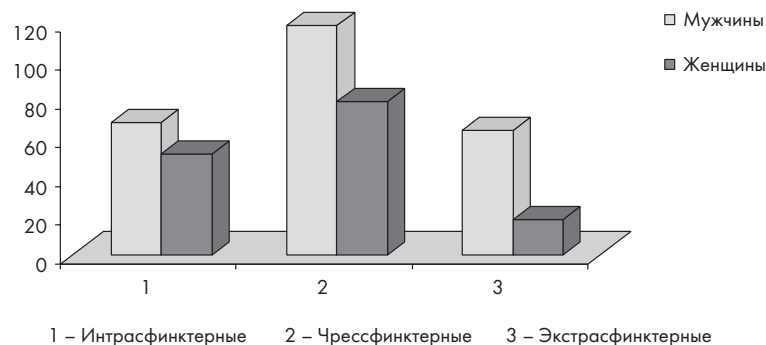


Рис. 1. Распределение больных по полу в зависимости от формы параректального свища

самого больного. При выполнении операций по поводу параректальных свищей необходима полная релаксация мышц тазового дна и анального сфинктера и глубокая анестезия области операции. Особенно это важно при иссечении сложных экстрасфинктерных параректальных свищей, так как длина иссекаемого свищевого хода может достигать 10-15 см, а сама операция проходит в зоне обильного кровоснабжения и в рубцово-измененных тканях. Во время операции нередко встречаются дополнительные ответвления свищевого хода, скрытые гнойные полости, массивный рубцовый процесс в окружающих свищевой ход тканях, что приводит к расширению объема оперативного вмешательства и увеличения его продолжительности.

При операциях продолжительностью до одного часа нами широко применяется спинномозговая анестезия с использованием 2,0-3,0 мл 2% раствора новокаина или 2% раствора лидокаина с добавлением 0,5-1,0 мл 20% раствора кофеина бензоата. Выполнено 420 спинномозговых анестезий у больных в возрасте от 18 до 70 лет.

Преимуществами спинномозговой анестезии являются: глубокое обезболивание зоны операции, полная релаксация мышц тазового дна, быстрота наступления анестезии через 3-5 мин, простота выполнения, невысокая стоимость лекарственных препаратов и используемого набора инструментов, возможность ее применения в любых условиях.

Мы считаем, что спинномозговая анестезия противопоказана больным старше 70 лет, низких показателях артериального давления, избыточной массы тела, выраженном остеохондрозе поясничного отдела позвоночника, грыжах межпозвоночного диска, а также при гнойничковых заболеваниях кожи в области проведения пункции.

При использовании спинномозговой анестезии у 420 пациентов с различными формами параректальных свищей каких-либо серьезных осложнений не выявлено, за исключением кратковременных постинъекционных цефалгий у 25(5,9%) больных. Головные боли в течение 2-3 дней проходят самостоятельно и не требуют специального лечения. Встречавшаяся ранее острая задержка мочи после операции, проводимой под спинномозговой анестезией, в настоящее время достаточно редка, что связано с более щадящим манипулированием в области операции, ранней активизацией больных в послеоперационном периоде, своевременной диагностикой и профилактическим лечением сопутствующих урологических заболеваний. Для профилактики острой задержки мочи в послеоперационном периоде нами с хорошим эффектом применялся препарат «кардура» в дозе 1 мг в течение 5-10 дней.

При операциях, продолжительность которых превышала 1 час, или при наличии противопоказаний к спинномозговой анестезии, применялась перидуральная анестезия (ПДА) с привлечением врача-анестезиолога. Выполнено 210 перидуральных анестезий, как правило, у больных, страдающих наиболее сложными формами параректальных свищей. Перидуральная анестезия проводилась с использованием традиционных и современных местных анестетиков в различных сочетаниях, в том числе и с наркотическими анальгетиками. Наиболее часто использовались следующие схемы перидуральной анестезии:

1. 2% раствор лидокаина 400-600 мг (60-80 мг/кг).
2. 2% раствор лидокаина 400-600 мг (60-80 мг/кг) + 1,0 мл 2% раствора промедола (5-7 мг/кг).

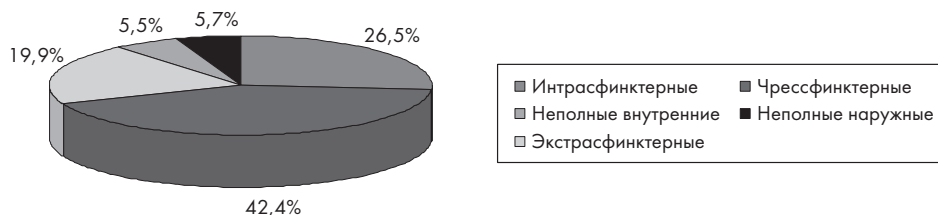


Рис. 2. Частота различных форм параректальных свищей (по данным клиники госпитальной хирургии СамГМУ)

3. 2% раствор лидокаина 400-600 мг (60-80 мг/кг) + орентол 0,07-0,05 мг/кг.
4. 0,75-1% раствор наропина 150-200 мг.
5. 0,5% раствор маркоина 75-100 мг.
6. 0,5% раствор маркоина 75-100 мг + 0,5% адреналин 1,0 мл.

В операционной осуществлялся постоянный мониторинг АД и пульсооксиметрия. Выполнялась стандартная премедикация с использованием антигистаминных препаратов, антихолинэстеразных средств и наркотических анальгетиков. Выбор анестетика и его концентрация зависит от характера и продолжительности предстоящей операции, а также от желаемой интенсивности сенсорной и моторной блокады. При использовании для ПДА лидокаина продолжительность блокады составляла 2-4 час, а в случаях применения наропина

и маркоина – достигала 6-8 час и 10-11 час, соответственно. К преимуществам ПДА можно отнести относительную доступность, отсутствие угнетающего воздействия на дыхание и кровообращение, надежное и длительное блокирование болевой чувствительности при сохраненном сознании пациента. Применение современных анестетиков позволяет повысить качество обезболивания, обеспечивает адекватное купирование послеоперационных болей с минимальным угнетением моторной функции и четкой дифференциации сенсорного и моторного блока.

При поверхностном расположении свищевого хода, отказе больного от спинномозговой и перидуральной анестезии у 23 больных операции выполнялись под местной инфильтрационной анестезией с нейролептоаналгезией или под внутривенным наркозом.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Больных с параректальными свищами, расположенными кнутри от анального сфинктера, было 173 человека (26,5%). Всем им выполнена операция иссечения параректального свища в просвет прямой кишки по Габриэлю. У 46 больных этой группы (26,6%) операция носила симультантный характер: наиболее часто иссечение параректального свища сочеталось с иссечением хронической анальной трещины, гипертрофированного анального сосочка и геморроидэктомией. В настоящее время каждую операцию мы заканчиваем ушиванием дна операционной раны до подслизистого слоя и подкожной клетчатки включительно, что существенно сокращает длительность послеоперационного периода и улучшает функциональные результаты лечения. Ушивание раны перианальной области наглухо не применяем из-за частого, в таких случаях, нагноения операционной раны. В послеоперационном периоде особое внимание уделяем профилактике раннего рецидива параректального свища. При заживлении ушитой части раны в области ее дна может возникнуть расхождение швов с формированием тоннеля в подслизистом слое и последующим формированием параректального свища. При выявлении данного осложнения необходимо снять швы и развести края раны, обеспечив ее заживление вторичным натяжением. После очищения раны и появления грануляций возможно наложение вторичных швов для профилактики деформации анального канала и формирования линейного послеоперационного рубца. Рецидивы параректальных свищей в этой группе пациентов отмечены у 4 больных (2,3%). Недостаточности функции анального сфинктера ни у одного из оперированных отмечено не было. Больные с неполными внутренними параректальными свищами составили группу из 36 человек (5,5%). При этой форме свища имеется, как правило, одно внутреннее отверстие, образующееся в результате вскрытия острого парапроктита в просвет прямой кишки чаще всего в области пораженной

анальной крипты. Всем этим больным выполнена операция Габриэля с дополнительным выскабливанием гнойной полости в подслизистом слое ложкой Фолькмана и иссечением нависающих краев слизистой оболочки. В послеоперационном периоде необходимы тщательное наблюдение за ходом заживления гнойной полости и профилактика преждевременного слипания краев слизистой оболочки, приводящего к задержке оттока раневого отделяемого. Гнойная полость в стенке прямой кишки ежедневно заполнялась тампонами с мазью на водорастворимой полиэтиленгликолевой основе («левосин», «левомеколь») до полного очищения раны от гнойно-некротических масс и образования грануляций. Таким образом происходит заживление раны от ее дна. В стадии эпителизации раны применяли препараты «Гипозоль» и «Олазоль» для внутрикишечного использования. В данной группе больных для стимуляции репаративных процессов внутиректально с успехом применен полупроводниковый лазер «Узор». Рецидивы отмечены у 2 больных (5,6%). После выполнения повторных операций наступило полное выздоровление больных. Послеоперационной недостаточности функции анального сфинктера в этой группе больных выявлено не было.

Наиболее большую группу составили пациенты с полными чрессфинктерными свищами – 277 человек (42,4%). Всем больным выполнены радикальные операции по устранению свища. При поверхностном расположении свищевого хода по отношению к анальному сфинктеру применялась операция иссечения свища в просвет прямой кишки с ушиванием раны. Подобная операция связана с рассечением и последующим сшиванием поверхностной части наружного анального сфинктера. Выполнено 127 подобных операций (45,4%). При глубоком прободении свищом волокон анального сфинктера применялась сфинктеросохраняющая операция иссечения параректального свища с пластическим перемещением слизистой оболоч-

ки анального канала, направленная на надежное устранение внутреннего отверстия свищевого хода без рассечения волокон анального сфинктера. Выполнено 110 таких операций (39,7%). При наличии гнойных полостей, дополнительных ответвлений свищевого хода, рецидивирующего течения хронического парапроктита операция дополнялась устойчивым дренированием гнойных полостей сроком до 15-20 суток (36 операций – 13%). В качестве дренажей широко используем медицинские резиновые трубки диаметром 0,6-0,8 см или дренажи из полихлорвиниловых трубок того же диаметра. После стихания воспалительного процесса в параректальной клетчатке и уменьшения или прекращения отделяемого из раны устойчивый трубчатый дренаж меняем на дренаж из перчаточной резины сроком на 2-3 дня. При выраженных рубцовых изменениях в области внутреннего отверстия свища и особенно в случаях его высокого расположения применялся лигатурный метод иссечения параректального свища по Гиппократу в модификации клиники (4 операции - 1,4%). Количество симультантных операций в этой группе больных снизилось до 18 (3,8%).

В раннем послеоперационном периоде у 5 больных (1,8%) наблюдалось нагноение операционной раны, связанное с неадекватным дренированием гнойной полости или ранним удалением устойчивого дренажа. У 2 больных выявлено артериальное кровотечение, которое было остановлено прошиванием сосуда в ране в ближайшие часы после операции. При наблюдении за пациентами этой группы в сроки от 1 до 5 лет рецидивы заболевания выявлены у 17 больных (6,1%), а недостаточность анального сфинктера, включая функциональную, – у 11 (3,9%). Больные с экстрасфинктерным расположением свищевого хода составили группу из 130 человек (19,9%). Эта категория больных, по праву, являлась наиболее сложной для хирургического лечения. При экстрасфинктерных параректальных свищах

1-2 степени сложности, коротком и прямолинейном расположении свищевого хода, как правило, использовалась операция иссечения свищевого хода с пластическим боковым перемещением слизистой оболочки анального канала без устойчивого дренирования (45 операций – 34,6%). В случаях выявления параректального свища 3-4 степени сложности оперативное вмешательство дополнялось устойчивым дренированием гнойных полостей сроком до 20 дней (69 операций – 53,1%). Устойчивое дренирование гнойных полостей и обширных операционных ран параректальной клетчатки, образующихся после иссечения свища, способствует декомпрессии и полноценной санации в области перемещенной слизистой оболочки, что создает условия для полноценного заживления внутреннего отверстия свища. В последние годы, вместо радикального иссечения свищевого хода до стенки прямой кишки, мы стали широко использовать выскабливание свищевого хода и гнойной полости ложечкой Фолькмана с последующим устойчивым дренированием резиновой или ПВХ трубкой, что уменьшает операционную травму, существенно сокращает продолжительность операции и не влияет на ее эффективность. У 16 больных с неоднократными рецидивами параректальных свищей, выраженными рубцовыми изменениями анального сфинктера и слизистой оболочки прямой кишки в области внутреннего отверстия свища выполнено иссечение свища лигатурным методом в модификации клиники. У 4 больных поэтапное затягивание лигатуры проведено с использованием аппарата оригинальной конструкции. У ряда больных с очень сложными экстрасфинктерными параректальными свищами, очагами пиодермии и гнойными затеками проводились атипичные операции частичного иссечения и рассечения свищевых ходов, вскрытие и дренирование гнойных полостей в качестве подготовки к радикальной операции. С 2003 г. в лечении больных с экстрасфинктерными

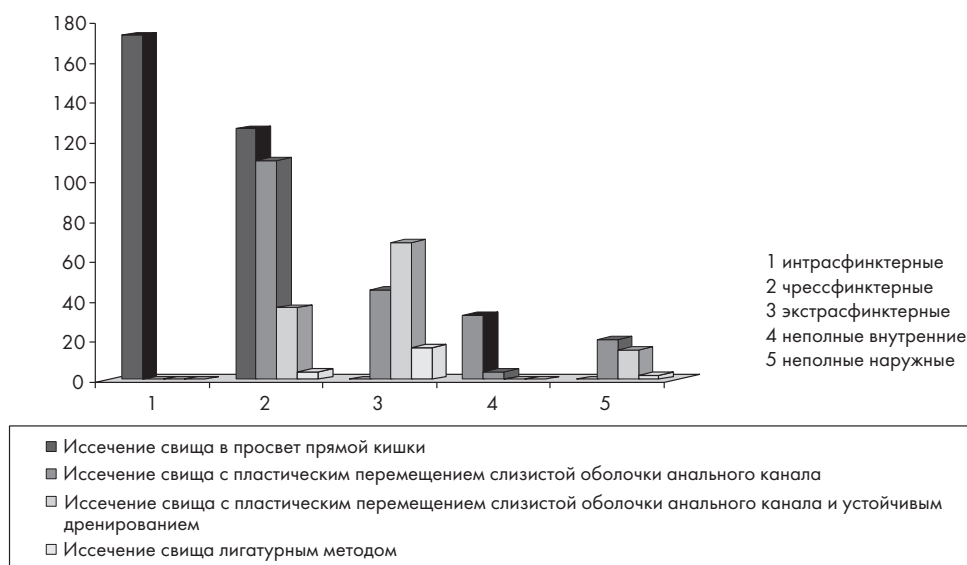


Рис. 3. Вид оперативного вмешательства в зависимости от формы параректального свища

ми параректальными свищами использована методика дополнительного укрепления внутреннего отверстия параректального свища полипропиленовой сеткой. Выполнено 5 операций с хорошими функциональными результатами. Симультантные операции выполнены у 5 пациентов (3,8%). Рецидивы заболевания в группе больных с экстрасфинктерными параректальными свищами составили 7,4%, недостаточность анального сфинктера – 5,2%. В особую группу (37 человек – 5,7%) выделены больные с временно неполными наружными свищами, когда внутреннее отверстие свища было выявлено во время проведения операции. После выполнения обезболивания и релаксации мышц промежности внутреннее отверстие параректального свища обнаруживалось при введении в свищевой ход под давлением метиленовой сини с 3% раствором перекиси водорода или определялось по косвенным признакам. Для временно закрытого внутреннего

отверстия свища характерны следующие изменения анального канала: 1) папилломатозные разрастания с рубцовым истончением или рубцовым уплотнением слизистой оболочки, 2) воронкообразное втяжение пораженной анальной крипты с ограничением смещаемости слизистой оболочки в этой области, 3) проникновение пуговчатого зонда до подслизистого слоя, 4) баллотирование ограниченного участка слизистой оболочки при потягивании за выпрепарованный параректальный свищ. При выявлении внутреннего отверстия такого параректального свища выполнялись общепринятые операции – иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки анального канала (35) и иссечение свища лигатурным методом (2). На рис. 3 представлена частота основных видов оперативных вмешательств выполняемых при разных формах параректальных свищей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в нашей клинике наиболее часто выполнялись операции иссечения свища в просвет прямой кишки с ушиванием раны (332 операции, или 51%) и иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки анального канала без устойчивого дренирования и различными вариантами устойчивого дренирования (321 операция, или 45,8%). Значительно реже применялся лигатурный метод (22 операции, или 3,4%). Количество выполняемых симультант-

ных операций зависело от формы параректального свища и степени его сложности, что подтверждается прогрессивным снижением числа таких операций от 26,6% при поверхностных интрасфинктерных свищах до 3,8% у больных с экстрасфинктерными параректальными свищами. У пациентов, перенесших симультантные операции, увеличение числа послеоперационных осложнений и ухудшения отдаленных результатов отмечено не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии. Куйбышев, 1973, т. 3, с. 90-367.
2. Воробьев Г.И., Зайцев В.Г., Давыдова Е.Н. Основные показатели колопроктологической помощи населению Российской Федерации в 1997 г. Проблемы колопроктологии. М., 1998, вып. 16, с. 37-40.
3. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. М.: Медицина, 1981, 208 с.
4. Рыжих А.Н. Атлас операций на прямой и толстой кишках. М., 1968, 307 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПУТЕМ НИЗВЕДЕНИЯ ПОЛНОСЛОЙНОГО СЕКМЕНТА СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ В АНАЛЬНЫЙ КАНАЛ

Д.м.н. Кузьминов А.М., Бородкин А.С., к.м.н. Волков М.В.,
к.м.н. Чубаров Ю.Ю., к.м.н. Минбаев Ш.Т.

Государственный Научный Центр Колопроктологии МЗ РФ
(директор – академик РАМН, проф. Воробьев Г.И.), г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Свищи прямой кишки – одно из наиболее распространенных колопроктологических заболеваний, его частота составляет 15% от числа больных госпитализированных в специализированные отделения [2, 4].

Для определения лечебной тактики в настоящее время применяется классификация свищей прямой кишки, основанная на отношении свищевого хода к волокнам анального сфинктера. Согласно этой классификации ректальные свищи делятся на: интрасфинктерные, трансфинктерные и экстрасфинктерные [2, 4].

Если хирургическое лечение интрасфинктерных и трансфинктерных свищей в достаточной мере разработано и дает хорошие результаты, то проблема лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки и до настоящего времени остается актуальной. Риск развития рецидива заболевания составляет от 4,7% до 33%, послеоперационная анальная инконтиненция развивается у 5-83 % оперированных [2, 7, 13]. Все это объясняет значительное число разнообразных способов хирургического лечения этого заболевания. Однако, вне зависимости от метода операции для излечения этих больных, хирургам следует решить три основные задачи:

1. Иссечение свищевого хода.
2. Вскрытие и дренирование гнойных полостей в параректальной клетчатке.
3. Ликвидация внутреннего свищевого отверстия.

Невыполнение хотя бы одной из этих задач может привести к рецидиву заболевания [3, 4].

Методы хирургических вмешательств при экстрасфинктерных свищах можно разделить на три основные группы:

1. Лигатурный метод.
2. Иссечение свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера.
3. Пластические способы операций.

Лигатурный метод, является достаточно надежным, однако сопровождается высоким риском развития анальной инконтиненции [3,4,14].

Иссечение свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера также может привести к анальной инконтиненции и раннему рецидиву свища, вследствие несостоятельности швов, наложенных на анальный сфинктер [8, 9].

Хорошие функциональные результаты дают пластические методики закрытия внутреннего свищевого отверстия, так как при этом не повреждаются волокна анального сфинктера. Однако, существенным их недостатком является высокий риск рецидива свища вследствие некроза и ретракции низведенного лоскута слизистой прямой кишки вследствие нарушения его кровоснабжения [5,6,11].

Вышеперечисленные обстоятельства принудили нас искать новые подходы решения проблемы лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами разработан и применяется новый метод лечения сложных экстрасфинктерных свищей прямой кишки, основанный на иссечении прямокишечного свища с пластикой внутреннего свищевого отверстия путем низведения полнослойного

секмента стенки прямой кишки в анальный канал (Патент РФ № 2186528 от 20.05.2002г.).

Техника операции заключается в следующем: в положении больного для промежностной литотомии под регионарной анестезией производится

Таблица 1. Характер операций, ранее перенесенных больными

Характер вмешательства	Число больных		Число операций
	Абс.	%	
Вскрытие острого парапроктита	34	55,9	48
Иссечение свища в просвет кишки	7	11,9	16
Иссечение свища с ушиванием сфинктера	5	8,5	6
Иссечение свища с проведением лигатуры	4	6,8	7
Иссечение эпителиального копчикового хода	1	1,7	2
Всего	51	84,8	79

ревизия перианальной области, анального канала, зондирование свищевого хода и маркировка его раствором метиленовой сини. Свищевой ход, расположенный экстрасфинктерно, экономно иссекают без повреждения наружного сфинктера от наружного свищевого отверстия до стенки кишки в области внутреннего свищевого отверстия и отсекается. Прокрашенные контрастным веществом рубцово-измененные ткани также иссекают. Гнойные затеки дополнительно вскрывают и дренируют. Далее производится полулунный разрез на уровне кожно-слизистого перехода. При помощи гидравлической препаровки с раствором диоксида и физиологическим раствором острым путем отсепааровывают эпителиальную выстилку анального канала до внутреннего свищевого отверстия. В итоге, в анальном канале образуется рана, дном которой являются волокна наружного и внутреннего сфинктеров. Далее продолжают мобилизацию лоскута вместе с внутренним свищевым отверстием. При этом, начиная с уровня свищевого отверстия и проксимальнее, лоскут состоит уже из всех слоев прямой кишки. Мобилизация производится на 2-3 см. выше зубчатой линии. Этого, как правило, бывает достаточно для низведения лоскута до уровня анодермы с таким расчетом, чтобы внутреннее свищевое отверстие располагалось снаружи, вне зоны анального канала. После мобилизации накладывается первый ряд швов, фиксирующий проксимальную часть мобилизованного трансплантата к раневой поверхности анального канала (к скелетизированной порции анального сфинктера). По периметру низведенного лоскута накладываются отдельные фиксирующие швы к перианальной коже. Таким образом, рана промежности в месте иссечения свищевого хода не имеет сообщения с просветом кишки через внутреннее свищевое отверстие. За период с 1993 по 2003г в ГНЦ Колопроктологии МЗ РФ по предложенной методике оперировано 59 пациентов. Из них мужчин было 46 (78%), женщин – 13 (22%).

Возраст пациентов исследуемой группы варьировал от 18 до 65 лет и составил 42,2±3,7 года.

В представленной группе формирование свища в результате самопроизвольно вскрывшегося парапроктита отмечено лишь в 8 случаях (13,7%). До поступления в клинику 51 пациент (86,3%) перенес ряд безуспешных операций по поводу

парапроктита, свища прямой кишки, либо эпителиального копчикового хода. У 17 из них (28,8%) свищ носил рецидивный характер (таблица 1).

В предоперационном периоде пациенты проходили специальный комплекс обследования, включающий: пальцевое исследование прямой кишки, аноскопию, ректороманоскопию, фистулографию, физиологическое исследование запирающего аппарата прямой кишки, лазерную доплеровскую флоуметрию, ультразвуковое исследование ректальным датчиком.

Для определения степени сложности свища мы использовали классификацию экстрасфинктерных свищей, разработанную в НИИ проктологии [2]. Распределение больных по степени сложности свища представлено в таблице 2.

При разработке метода операции особое внимание уделялось кровоснабжению перемещаемого трансплантата. Для оценки эффективности кровоснабжения низводимого лоскута нами проведено изучение микроциркуляции мобилизованного сегмента стенки прямой кишки методом лазерной доплеровской флоуметрии. При этом оценивались следующие параметры:

- Показатель микроциркуляции – отношение концентрации эритроцитов в единице объема к усредненной скорости движения эритроцитов.
- Сосудистый тонус – показатель тонуса прекапиллярных сфинктеров.
- Индекс эффективности микроциркуляции- отношение артериального притока к венозному оттоку.

Таблица 2. Распределение больных исследуемой группы по степени сложности свищевого хода (N=59)

Степень сложности свища	Число больных	
	Абс.	%
I	12	20,3
II	6	10,2
III	15	25,4
IV	26	44,1
ВСЕГО	59	100

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из ранних послеоперационных осложнений при использовании предложенного метода в 2-х случаях (3,4%) на 4-5 сутки отмечена ретракция низведенного лоскута, что мы связываем с нарушением постельного режима больными и, как следствие, прорезыванием фиксирующих лоскут швов. Лечение этих больных закончено лигатурным методом (лигатура проведена сразу после ретракции) (таблица 3).

Для оценки функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки до- и после операции больным выполнялось физиологическое исследование, включающее в себя электроманометрию, сфинктерометрию, электромиографию. При этом особое внимание мы уделяли функции внутреннего сфинктера.

Также до операции, интраоперационно – после мобилизации сегмента стенки прямой кишки, в раннем послеоперационном периоде, а также в отдаленные сроки от 2 до 4 месяцев после операции проводилась лазерная доплеровская флоуметрия (таблица 4).

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что несмотря на снижение показателя микроциркуляции практически в два раза, эффективность кровоснабжения низводимого лоскута существенно не изменяется по сравнению с дооперационными показателями. Это свидетельствует об адекватной микроциркуляции в низведенном сегменте, что подтверждено хорошими клиническими результатами. Анализ данных манометрии выявил нормальные показатели исследуемых параметров. При исследовании, проведенном через 2 недели после операции отмечено снижение давления в анальном канале, амплитуды ректоанального рефлекса и незначительное снижение длительности ректоанального рефлекса. Порог ректоанального рефлекса возрос почти в два раза. Данные изменения могут трактоваться как следствие операционной травмы. Исследование этих параметров через 3 месяца после операции выявило, что все вышеперечисленные параметры находятся в пределах физиологической нормы и приближаются к дооперационным величинам (таблица 5).

Аналогичная динамика отмечена нами и при изучении функции наружного сфинктера, что подтверждается параметрами сфинктерометрии (таблица 6). В таблицах приведены среднестатистические значения ввиду того, что основная группа больных (36 человек) исходно имела показатели, находящиеся в пределах нормальных значений. Два пациента исходно страдали недостаточностью анального сфинктера I степени, развившейся вследствие неоднократных ранее перенесенных хирургических вмешательств по поводу свища прямой кишки (проведение лигатуры, иссечение свища с ушиванием сфинктера). В позднем послеоперационном периоде их показатели функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки вернулись к величинам, близким к дооперационным. Анализируя полученные данные, мы пришли к вы-

воду, что при применении низведения сегмента стенки прямой кишки в лечении больных с экстра-сфинктерными свищами прямой кишки показатели функциональных исследований как наружного, так и внутреннего сфинктеров прямой кишки близки к нормальным. Однако, следует отметить, что в течение 2-3 месяцев после хирургического вмешательства по предложенной методике незначительно страдает функция внутреннего сфинктера, в результате чего могут появиться клинические симптомы недостаточности анального сфинктера I степени, что наблюдалось у 12 (20,3 %) из 59 оперированных больных. Однако уже к 3-4 месяцу после операции функция внутреннего сфинктера восстанавливается и остается стабильной.

Отдаленные результаты в сроки от 6 месяцев до 7 лет нами прослежены у 43 больных.

Продолжительность послеоперационного пребывания больных в стационаре в исследуемой группе составила от 11 до 39 дней ($16,9 \pm 1,1$ день), при этом сроки заживления промежностной раны варьировали от 22 до 45 дней ($31,7 \pm 7,4$ дней).

Нами прослежены 43 пациента в сроки от 6 месяцев до 7 лет. После вмешательства функция запирающего аппарата прямой кишки у пациентов исследуемой группы не изменялась.

Рецидив свища в отдаленные сроки отмечен в одном случае. Развитие его мы связываем с неадекватно вскрытым и дренированным затеком.

Для оценки отдаленных результатов лечения мы использовали следующие критерии:

- Хорошие – отсутствие рецидива свища, недостаточности анального сфинктера;
- Удовлетворительные – отсутствие рецидива свища, при наличии явлений недостаточности анального сфинктера I степени;
- Неудовлетворительные – рецидив свища или недостаточность анального сфинктера II-III степени.

При анализе отдаленных результатов в группе больных, оперированных по предложенной методике хорошие результаты (отсутствие явлений анальной инконтиненции и рецидива свища) отмечены у 38 пациентов (88,4%), удовлетворительные (недостаточность анального сфинктера I степени) – у 2 больных (4,6%), неудовлетворительные (рецидив свища) – у 3 пациентов (7,0%) (таблица 7).

Таблица 3. Результаты лечения в раннем послеоперационном периоде

Исход	Число больных	
	Абс.	%
Ранний рецидив	2	3,5
Выздоровление	57	96,5
Всего	59	100

Таблица 4. Параметры лазерной доплеровской флоуметрии (N=17)

Параметры	Сроки проведения исследования			
	До операции	Интраоперационно	Через 3 дня после операции	Через 4 мес. после операции
ПМ	10,3±2,6	7,4±0,2	5,0±0,6	5,3±0,4
СТ	1,52±0,04	2,57±0,12	0,31±0,04	0,21±0,03
ИЭМ	1,39±0,25	1,71±0,14	1,21±0,1	1,51±0,09

ПМ-показатель микроциркуляции (норма 9,4±1,3).

СТ-сосудистый тонус (норма 0,22±0,01).

ИЭМ-индекс эффективности микроциркуляции (норма 1,47±0,13).

Таблица 5. Динамика показателей манометрии внутреннего сфинктера у больных исследуемой группы (N=36)

Параметры		До операции	После операции		P
			Через 2 недели	Через 3 месяца	
Давление в анальном канале (норма 49-67 мм.рт.ст.)		63,5±2,7	47,5±2,4	56,0±3,0	P ₁₋₂ <0,05 P ₁₋₃ <0,05
Ректо-анальный рефлекс	Порог рефлекса (норма 15-24 см. куб.)	18,7±3,5	35,4±4,2	28,3±2,7	P ₁₋₂ <0,05 P ₁₋₃ <0,05
	Амплитуда (норма 20-26 мм.рт. ст.)	22,5±0,6	17,5±0,4	25,0±0,5	P ₁₋₂ <0,05 P ₁₋₃ >0,05
	Длительность (норма 12-15 сек.)	14,6±0,3	10,0±0,4	13,5±0,5	P ₁₋₂ <0,05 P ₁₋₃ >0,05

Таблица 6. Динамика показателей сфинктерометрии у больных исследуемой группы (N=36)

Параметры и сроки исследования		До операции	После операции		P
			Через 2 недели	Через 3 месяца	
3-9 часов	Тонус (360-470)	475,0±3,9	315,0±4,2	450,0±4,0	P ₁₋₂ <0,05 P ₁₋₃ >0,05
	Максимальное сокращение (570-680)	585,0±2,5	470,0±3,0	550,0±3,5	P ₁₋₂ <0,05 P ₁₋₃ >0,05
6-12 часов	Тонус (360-470)	425,0±2,7	300,0±3,0	385,0±2,5	P ₁₋₂ <0,05 P ₁₋₃ <0,05
	Максимальное сокращение (510-600)	530,0±2,5	450,0±2,0	545,0±2,5	P ₁₋₂ <0,05 P ₁₋₃ >0,05

Таблица 7. Отдаленные результаты лечения пациентов исследуемой группы (N=43)

Результаты	Количество пациентов	
	Абс.	%
Хорошие	38	88,4
Удовлетворительные	2	4,6
Неудовлетворительные	3*	7,0

*в таблицу включены 2 пациента с ранними рецидивами свища, дальнейшая судьба которых не прослежена.

ОБСУЖДЕНИЕ

К настоящему времени описано более ста способов хирургического лечения свищей прямой кишки. В каждом из них преследуются три основные задачи: иссечение свищевого хода, вскрытие и дренирование гнойных полостей в параректальной клетчатке, ликвидация внутреннего свищевого отверстия. Несоблюдение хотя бы одного из этих условий приводит к рецидиву заболевания [3]. Наиболее трудными и спорными до настоящего времени остаются вопросы лечения экстрасфинктерных прямокишечных свищей. До сих пор не существует универсальной методики операции для лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки [9]. На протяжении не одного десятка лет обсуждается вопрос о возможности иссечения прямокишечного свища с ушиванием сфинктера при лечении сложных форм заболевания [1,8]. Однако, несмотря на применение антибиотиков и антисептиков, достаточно высока вероятность нагноения раны, что может приводить к рецидиву заболевания и к развитию недостаточности анального сфинктера [8,9]. Авторы отмечают значительный процент рецидивов свища (14-33 %) и слабости анального сфинктера – 33-34% [8]. В настоящее время при лечении сложных свищей прямой кишки одним из наиболее распространенных способов лечения остается лигатурный метод [13]. Эта операция выполняется при наиболее сложных формах экстрасфинктерных свищей прямой кишки. Однако эта методика является одной из наиболее опасных в отношении развития послеоперационной недостаточности анального сфинктера, хотя ряд современных

авторов считают это вмешательство операцией выбора [2,4].

Частота рецидивов свища колеблется от 0 до 14%, анальная инконтиненция развивается у 0-63% больных [14]. Хотя ряд авторов отмечает, что при правильном ведении послеоперационного периода число рецидивов после этой операции незначительно, процент развития анальной инконтиненции относительно невелик, на основании чего они делают вывод о высокой эффективности этого метода [4,10,13].

Вместе с тем, результаты, полученные при иссечении свища с закрытием внутреннего свищевого отверстия путем смещения слизистой оболочки также неоднозначны, как и при лигатурном методе. Рецидивы заболевания возникают от 0 до 19,9%, анальная инконтиненция от 0 до 43 % [1,5,6,11].

В отличие от вышеперечисленных методов, предложенный нами способ имеет ряд преимуществ. К ним относятся сохранение трофики перемещенного сегмента, минимальная травматизация анального сфинктера, максимальное отграничение просвета кишки от раны промежности.

Таким образом, по нашему мнению, такая методика оперативного вмешательства может быть применена при лечении больных с экстрасфинктерными свищами любой степени сложности.

Противопоказанием к её применению является наличие активного воспалительного процесса с явлениями абсцедирования и инфильтративного воспаления, а также выраженный рубцовый процесс, захватывающий более 1/2 окружности анального канала и нижеампулярного отдела прямой кишки.

ВЫВОДЫ

1. Способ лечения экстрасфинктерных свищей основанный на иссечении свищевого хода с ликвидацией внутреннего свищевого отверстия низведением сегмента стенки прямой кишки в анальный канал, может применяться при лечении больных с экстрасфинктерными свищами в качестве операции выбора.
2. Преимуществом данного способа является: сохранение функции анального жома, сокращение послеоперационного койко-дня.
3. Разработанный метод хирургического лечения позволяет добиться хороших и удовлетворительных результатов в 93% случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии. Куйбышев, 1973, Том III, с. 163-345.
2. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Параректит. М.: Медицина, 1981.
3. Наврузов С.Н., Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Причины и профилактика рецидивов свищей прямой кишки. Вестн. хирургии, 1981, N 7, с. 43-46.
4. Назаров Л.У. Свищи прямой кишки. М.: Медицина, 1966.
5. Athanasiadis S., Kohler A., Nafe M. Treatment of high anal fistulae by primary occlusion of the internal ostium, drainage of the intersphincteric space, and mucosal advancement flap. Int. J. Colorectal Dis., 1994, 9 (3):153-157.
6. Detry R., Kartheuser A., Remacle G. Treatment of deep anal fistulas using a flap from the rectal wall. Ann. Chir., 1994, 48 (2):178-182.
7. Garcia-Aguilar J., Belmonte C., Wong W.D., Goldberg S.M., Madoff R.D. Anal fistula surgery. Factors associated with recurrence and incontinence. Dis. Colon Rectum, 1996, 39: 723-729.
8. Gensenjager E. Results with a new therapy concept in anal fistula: suture of the anal sphincter. Schweiz Med. Wochenschr., 1996, 126 (47): 2021-2025.

9. Goligher J.G. Surgery of the anus, rectum and colon. Sec. Ed. Balliere, 1967.
10. Hasegawa H., Radley S., Keighley M.R. Long-term results of cutting seton fistulotomy. Acta. Chir. Jugosl., 2000, 47 (4 Suppl. 1): 19-21.
11. Hyman N. Endoanal advancement flap repair for complex anorectal fistulas. Am. J. Surg., 1999, 178 (4): 337-340. Comment in: Am. J. Surg., 2001, 181(6): 576-577.
12. Lunniss P.J., Kamm M.A., Phillips R.K.S. Factors affecting continence after surgery for anal fistula. Br. J. Surg., 1994, 81: 1382-1385.
13. Ustynoski K., Rosen L., Stasik J., Riether R., Sheets J., Khubchandani I.T. Horseshoe abscess fistula. Seton treatment. Dis. Colon Rectum, 1990, 33 (7): 602-605.
14. Weber E., Buchmann P. Treatment of anorectal fistulas: a still current problem. Chirurg. 1984, 55 (10): 657-660.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННОЙ УПРАВЛЯЕМОЙ АБАКТЕРИАЛЬНОЙ СРЕДЫ В ЛЕЧЕНИИ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА

Проф. Коплатадзе А.М., к.м.н. Егоркин М.А.,
д.м.н. Проценко В.М., Шмаков В.А., Белоусова С.В.

Государственный Научный Центр Колопроктологии МЗ РФ
(директор – академик РАМН, проф. Г.И. Воробьев), г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Анаэробный парапроктит относится к числу достаточно редких, но жизнеопасных заболеваний. Несмотря на радикальное хирургическое лечение и массивную комплексную детоксикационную терапию самого современного уровня, летальность не подвержена особым изменениям, сохраняясь на уровне, по данным разных авторов, от 6 до 60%, особенно в стадии генерализации процесса [2,6].

Единственным радикальным методом лечения анаэробного парапроктита является тотальная некрэктомия всех пораженных тканей, в результате чего образуются различные раны значительных размеров и самых разнообразных конфигураций. В дальнейшем они традиционно ведутся под повязкой с использованием значительных количеств перевязочного материала, мазевых препаратов на водорастворимой основе. Учитывая трудности иммобилизации повязок в промежностной облас-

ти, длительные сроки заживления подобных ран, угрозу постоянной контаминации их из прямой кишки, мы решили определить возможности открытого метода лечения ран в условиях управляемой абактериальной среды (УАС).

Научное обоснование бесповязочного (открытого) способа лечения гнойных ран, вероятно, впервые было дано С.И.Костыревым (1877г.) [5], который применил в клинике "аэрационный" метод лечения ран, обеспечивающий свободное поступление воздуха к раневой поверхности, которую в этих случаях изолировали от окружающей среды с помощью ограждающего каркаса. Основным недостатком этой методики связан с образованием на поверхности раны плотного струпа, под которым в закрытой полости создаются термостатические условия для развития инфекции, что при анаэробном парапроктите недопустимо из-за развития грозных осложнений [1,3].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Метод «открытого» ведения обширных послеоперационных ран промежности в управляемой абактериальной среде, локально создаваемой в разработанном нами специальном пластиковом изоляторе, отличается от ведения раны под повязками, исключая необходимость перевязок и расхо-

дование перевязочного материала, мазевых и антисептических препаратов, позволяет осуществлять постоянный визуальный контроль за состоянием раны. Методика лечения открытым способом и контроля динамики раневого процесса в управляемой абактериальной среде проводится

с использованием аппарата «УБЛ-001». В выпускаемой промышленностью комплектации аппарата имеются только приспособления для лечения больных с заболеваниями конечностей с достаточно хорошими результатами. Поэтому мы разработали оригинальный «локальный» пластиковый изолятор, в котором в полной мере использовались бы возможности «УБЛ-001», целенаправленно именно в области промежности. В исследование вошло 10 больных с обширными послеоперационными ранами. Пять из них включены в основную группу (лечение в условиях УАС) и пять – в контрольную (лечение под повязками с водорастворимыми мазями).

У всех 10 больных имелись послеоперационные раны при передней локализации анаэробного процесса с некротическим обширным поражением мягких тканей мошонки и половых органов [6] (Рис.1). Больные были сопоставимы по возрасту, стадии заболевания, и в меньшей мере – по площади послеоперационной раны.

Описание метода лечения в условиях УАС

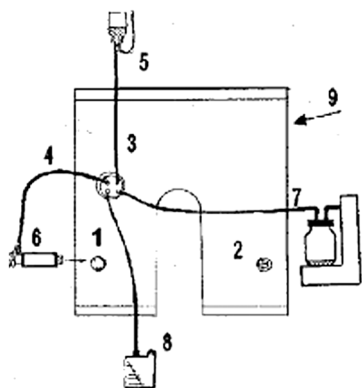
Оригинальность системы локального лечения ран в условиях УАС осуществляет разработанное и запатентованное нами приспособление, представляющее собой целлофановый мягкий прозрачный мешок в виде «бриджей» с уплотняющими кольцами в верхней и нижней частях данного мешка. По его передней и боковой поверхностям смонтированы разборные впускной и выпускной клапаны, входящие в комплект аппарата. В боковой части, соответствующей проекции паховой складки больного, в мешке вмонтирован разработанный нами универсальный переходник для проведения мочевого



Рис. 1. Вид послеоперационной раны при передней локализации анаэробного парапроктита

катетера, фракционного орошения, аспирации отделяемого и дополнительной аэрации глубоких слоев пораженных тканей. (Рисунок 2).

Данное приспособление надевается на больного как «бриджи», одновременно внутрь мешка помещается надувное резиновое судно, на котором располагается больной. Верхнее и нижнее уплотня-



1. Впускной клапан.
2. Выпускной клапан.
3. Универсальный переходник.
4. Канал для аэрации раны.
5. Канал для орошения раны.
6. Компрессор.
7. Канал для аспирации.
8. Мочеприёмник.
9. Пластиковый изолятор.



Рис. 3. Общий вид системы для лечения в условиях УАС

Рис. 2. . Схема устройства для лечения анаэробного парапроктита в условиях УАС

ющие кольца застегиваются с помощью ленты с крючково-кольцевым держателем (липучка бельевая). К выпускному клапану присоединяется шланг аппарата, что обеспечивает абактериальную среду. Температура подаваемого воздуха колеблется в пределах от 20 до 40 °С.

Принцип работы: атмосферный воздух поступает через отверстие на задней панели и через фильтр предварительной очистки нагнетается вентилятором в смесительную камеру, где происходит его обеззараживание с помощью лампы УФО и нагрев с помощью ТЭН. Очищенный и нагретый воздух подается в фильтр супертонкой очистки НЕРА, после чего по соединительному шлангу поступает в пластиковый изолятор. Автоматически обеспечивается нагрев и обеззараживание подаваемого воздуха, изменение скорости потока воздуха и давления в изоляторе. Избыточное давление воздуха

на выходе 200-1400 Па. При необходимости в изолятор может быть подан кислород из внутрибольничной магистрали. Утилизация нагнетаемого в изолятор воздуха осуществляется через выпускной клапан (Рис. 3).

Созданная таким способом микроэкология раневой поверхности позволяет ей за сутки покрыться нежным влажным (а не сухим, как при других методах открытого ведения) струпом. Один раз в сутки марлевым тампоном струп снимается в течение 7 дней. Это делается с целью контроля за состоянием раны, лучшего ее дренирования и дополнительной обработки антисептическими и физиотерапевтическими агентами [4]. Манипуляции в первые 3 дня производятся под общим обезболиванием. Отделяемое исследуется на видовой состав микрофлоры, определяется число микробных тел.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На 3-5 сутки клинически на поверхности раны определяется фибринозно-лейкоцитарный струп, а как свидетельствует морфологическая картина, к нему из дна раны подрастают тяжи молодой грануляционной ткани, богатой кровеносными сосудами. Лейкоцитарная инфильтрация захватывает жировую ткань и клетчатку. Коллагеновые волокна соединительной ткани вблизи струпа гомогенизированы, находятся в состоянии фибринозного набухания и некроза. Эпителиальный пласт у края раны истончен, клеточные слои выделяются нечетко, ядра клеток набухшие. В последующем, на 6-10 сутки грануляционная ткань полностью замещает дефект и доходит до самой поверхности, богатой клеточными элементами; она в это время значительно инфильтрирована лейкоцитами, хорошо выражено вращание коллагеновых волокон, распространяющихся тяжами от глубины раны к поверхности, что отчетливо прослеживается к 15 суткам. В эти сроки соединительная ткань краев раны уплотнена, коллагеновые волокна набухшие, эпителий кожи распространен по поверхности в виде тонкого пласта, нечетко ограниченного от соединительной ткани. Помимо поверхностного роста, эпителий дает глубокие разрастания в виде тяжей, исходящих от базального слоя эпидермиса и эпителия волосяных влагалищ.

Для определения динамики заживления послеоперационных ран при анаэробном парапроктите

мы использовали ряд сравнительных показателей у больных основной и контрольной группы (Табл. 1).

Площадь ран определялась по формуле В.Ф. Хотиняна (1983 г.):

$$S = \frac{L^2}{4} \times k - C,$$

где **S** – площадь раны,

L – периметр раны,

k – коэффициент регрессии (для ран, близких по форме к квадрату, он составляет 1,013; для ран с неправильными контурами – 0,62),

C – константа (соответственно 1,29 и 84,34).

Несмотря на статистическую недостоверность полученных данных, обусловленных малым числом наблюдений на настоящее время, метод лечения в условиях УАС создает условия для течения первой фазы раневого процесса под влажным струпом в гнотобиологической среде. Кроме того, при его применении имеются возможности для постоянного визуального контроля за заживлением раны, орошения и аспирации отделяемого в любое необходимое время, дополнительной аэрации и озонотерапии.

Кроме того, значительно снижается техническая нагрузка на персонал, расход перевязочного материала и медикаментов.

Таблица 1. Некоторые сравнительные показатели заживления ран при применении УАС (N=5) и лечения под повязкой (N=5)

Сутки	Площадь раны по Хотиняну		Микробная обсемененность раны		Морфологическая картина		Длительность пребывания в стационаре	
	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа
3-5	632,4 см ²	595,0 см ²	10 ³	10 ⁵	гран.ткань ++ кров.сосуды ++	гран.ткань ++ кров.сосуды ++	32±1,3 дня	34±2,4 дня
6-10	520,5 см ²	544,8 см ²	10 ³	10 ⁴	гран.ткань +++	гран.ткань +++		
Более 10	269,2 см ²	285,7 см ²	10 ²	10 ³	гран.ткань +++	гран.ткань +++		

$p > 0,05$

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Открытый метод лечения послеоперационных ран применён нами у 5 больных с неклостридиальной формой анаэробного парапроктита. По предварительным данным, открытый метод лечения ран в условиях локальной управляемой

абактериальной среды является эффективной и весьма перспективной технологией, особенно в лечении послеоперационных ран со сложной конфигурацией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Земляной А.Б., Каем Р.И., Матасов В.М. Клинико-морфологические особенности течения раневого процесса при сочетании использования инфракрасного лазерного излучения и управляемой абактериальной среды в лечении обширных гнойных ран. Сб. науч. тр.: Актуальные проблемы клинической хирургии. М., 1991, с.157-158.
2. Матасов В.М. Использование управляемой абактериальной среды в хирургической клинике. Дисс. док. мед. наук М., 1991.
3. Матасов В.М., Якоми В.В., Цветков В.О. Управляемая абактериальная среда в лечении анаэробной неклостридиальной инфекции. Всесоюзный симпозиум: «Анаэробная неклостридиальная инфекция в гнойной хирургии», тезисы. Тернополь, 1989, с.43.
4. Луцевич Э.В., Лычковский Р.М. Лечение гнойно-некротических процессов в управляемой абактериальной среде с распылением лекарственных препаратов. Хирургия, 1990, № 9, с.130-132.
5. Цветненко И.В., Калинин М.Р., Рисов Г.Б. Лечение гнойных ран в управляемой абактериальной среде. Актуальные вопросы оксигенотерапии. Сб. тезисов. М., 1994, с. 239-240.
6. Akita H. Fourniess gangrene in a patients with perirectal abscesses. Hinyokika, 1995, 8: 633-635.

АППАРАТНОКОНТРОЛИРУЕМАЯ БИПОЛЯРНАЯ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КОМБИНИРОВАННОГО ГЕМОРРОЯ

Соболева С.Н., проф. Васильев С.В., Иткин И.М., Джапаридзе Б.В.

Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии.
Санкт-Петербургский Государственный медицинский Университет
имени академика И. П. Павлова (Зав. кафедрой – академик РАМН,
проф. Н. А. Яицкий), г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Геморрой – одно из самых распространённых страданий человека. По данным прошлых лет геморрой в структуре проктологических заболеваний занимает первое место (38,2%), причём у 80% пациентов этот диагноз является основным [1,2,4]. Геморроидэктомия по-прежнему остаётся на первом месте по частоте среди проктологических операций (29%).

Основной операцией, используемой большинством хирургов при лечении геморроя, является геморроидэктомия по Миллигану-Моргану. Эта операция предложена в 1937 году и направлена на удаление трех основных групп геморроидальных узлов. За прошедшее время это вмешательство получило теоретическое обоснование, методика его отработана и внедрена в клиническую практику.

Однако, до сих пор, у 34-41% пациентов в послеоперационном периоде возникает выраженный болевой синдром, у 15-26% - дизурия, у 2% – кровотечения. Гнойно-воспалительные осложнения развиваются у 2% оперированных больных. В отдалённом периоде у 2% больных формируются стриктуры анального канала, а у 1% выявляется недостаточность анального жома. Средний срок нетрудоспособности после геморроидэктомии

по Миллигану-Моргану составляет 4 и более недели [1, 2, 4, 9].

Для уменьшения сроков заживления послеоперационных ран в 1959 году была предложена закрытая геморроидэктомия (Fergusson I.). Дульцевым Ю.В., и Калановым Р. Г., в 1988 году предложено ушивать раны анального канала после геморроидэктомии аппаратами УДО или УСД, что, по мнению авторов, сокращало длительность и травматичность вмешательства. Многие отечественные и зарубежные авторы применяют лазеры [4, 7] и ультразвуковые устройства для уменьшения травматичности вмешательства и надёжного гемостаза [3].

Развитие новейших технологий придало новый импульс развитию хирургической техники. В последнее время в литературе появились публикации об успешном применении установки аппаратно-контролируемой биполярной электрокоагуляции при самых разнообразных вмешательствах в хирургии и колопроктологии, в том числе и в хирургическом лечении геморроя [5, 6, 8, 9].

Целью настоящей работы является определение возможностей применения установки аппаратно-контролируемой биполярной электрокоагуляции в лечении хронического комбинированного геморроя.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За 10 месяцев (с июня 2002. по март 2003 г.) в Санкт-Петербургском городском колопроктологическом центре были оперированы 262 пациента с хроническим комбинированным геморроем III-IV стадии по международной классификации. Мужчин было 137, женщин 125. Возраст колебался от 22 до 78 лет. Средний возраст пациентов составил $50,4 \pm 11,3$ лет. Третья стадия заболевания диагностирована в 169 случаях, четвёртая – в 93. В основную группу вошли 132 пациента, которым выполнена геморроидэктомия при помощи биполярной электрокоагуляции. Из них мужчин было 59 (44,7 %) а женщин 73 (55,3 %). Средний возраст

пациентов данной группы составил $50,5 \pm 11,4$ года. В контрольной группе оперативные вмешательства выполнялись стандартными методами. В неё вошли 130 пациентов, которым была выполнена типичная открытая геморроидэктомия по Миллигану – Моргану с применением монополярной коагуляции. Мужчин в этой группе было 66 (50,8 %), женщин – 64 (49,2 %). Средний возраст в данной группе составил $50,7 \pm 11,1$ года.

Во всех случаях оперативное вмешательство проводилось под внутривенной анестезией. Статистически достоверных различий в группах по полу и возрасту не выявлено.

При оценке стадий заболевания нами использовалась общепринятая международная классификация хронического геморроя, предложенная в 1985 году Генри и Свошем. Больных III стадией геморроя в основной группе было 87 (66 %), а IV стадией – 45 (34 %) человек. В контрольной группе соотношение было примерно одинаковым – 82 (63%) и 48 (37%) пациентов, соответственно.

Методика основана на биполярной электрокоагуляции, которая вызывает денатурацию коллагена и эластина в тканях с образованием зоны коагуляционного некроза. Эта методика обеспечивает точное дозирование подаваемой энергии и давления электрода на ткань в течении необходимого времени с целью полного и надежного заваривания просвета сосудов, а также сводит к минимуму прилипание ткани к браншам зажима, обугливание и термическое повреждение близлежащих тканей. В результате биполярного воздействия значительно уменьшается травматическое воздействие на ткани, за счет меньшего проникновения тепла в глубину по сравнению с монополярными инструментами.

Оперативное вмешательство проводилось по следующей методике. Положение больного на столе, как для промежностной литотомии: на спине с уложенными на специальные подставки ногами, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах. После анестезии проводится обработка анального канала марлевыми тупферами, смоченными 70% этиловым спиртом, с последующей обработкой операционного поля также 70% этиловым спиртом. Затем, осуществляется дивульсия анального сфинктера при помощи ректального зеркала по направлениям 3-9, 4-10 и 2-8 часов по условному циферблату. При этом происходит пролабирование внутренних геморроидальных узлов за пределы анального канала и производится ревизия анального канала. Верхушка наружного геморроидального узла на 3 часа захватывается клеммой Алиса и подтягивается кнаружи. На внутренний геморроидальный узел накладывается зажим Люэра (в некоторых случаях, например, при значительных размерах геморроидального узла, используется второй зажим Алиса), которым он подтягивается кнаружи и вверх. Этот прием позволяет избежать повреждение волокон внутреннего сфинктера. Наружный геморроидальный узел при этом уплощается и растягивается. На основание наружного геморроидального узла накладывается зажим LIGASURE таким образом, чтобы изгиб рабочей части был обращен вверх и выполняется коагуляция до появления соответствующего сигнала об окончании работы. Зажим снимается и производится рассечение ножницами образовавшейся зоны коагуляционного некроза.

При значительной выраженности наружного компонента геморроидального узла после рассечения тканей в области основания и под визуальным контролем во избежание повреждения волокон сфинктера целесообразно наложить зажим LIGASURE на образовавшиеся треугольные площадки по обеим сторонам от геморроидального узла. При этом рана должна суживаться по направлению к сосудистой ножке. Обязательным условием выполнения операции является сохранение кожно-слизистых "мостиков" между удаляемыми геморроидальными комплексами до 1 см в ширину.

Далее производится повторное наложение зажима в проксимальном направлении на внутренний геморроидальный узел с выполнением тех же манипуляций (при больших размерах может быть выполнено удаление узла несколькими наложениями зажима). При этом, изгиб рабочей части должен быть обращен к стенке анального канала. Рассечение коагулированных тканей необходимо производить осторожно и как можно ближе к препарату. Особенно тщательно это надо делать в области сосудистой ножки геморроидального узла, так как именно остающийся струп обеспечивает надёжный гемостаз.

Прошивание сосудистой ножки геморроидального узла не производится. Выполняется поочередное удаление геморроидальных узлов на 3, 7, и 11 часах. При наличии гипертрофированных геморроидальных телец в остающихся кожно-слизистых мостиках выполняется их коагуляция. Зажим в данном случае накладывается обязательно параллельно ране, со стороны раны и в области наибольшей выраженности геморроидального узла. Обязательным условием этого этапа операции является сохранение участка слизистой шириной не менее 0,4 см. Альтернативой может быть интраоперационное лигирование геморроидального узла в области кожно-слизистого мостика латексными кольцами. Послеоперационные раны не ушиваются. После контроля гемостаза вмешательство завершается постановкой в анальный канал салфетки с мазью.

Первую перевязку производят на следующий день. После удаления марлевого тампона осуществляется туалет послеоперационной раны раствором фурацилина с последующим введением в нее тонкой турунды с мазью на гидрофильной основе (Левосин или Левомеколь). Пациенту при этом назначают общий режим и рекомендуют диету с большим содержанием растительных волокон. После первого стула, обычно на 3-4 день после операции, больного можно выписать из стационара. Однако, его осмотр должен осуществляться не реже 1 раза в неделю в течение 4 недель после выписки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Применение установки аппаратноконтролируемой биполярной электрокоагуляции привело к значительному сокращению времени вмешательства по сравнению с традиционной открытой геморроидэктомией ($15,0 \pm 3,5$ минуты и $33,0 \pm 9,0$ минут, соответственно). Средняя продолжительность каждого этапа операции представлена в таблице 1. Сокращение продолжительности оперативного вмешательства при использовании аппаратноконтролируемой биполярной электрокоагуляции достигается за счёт отсутствия таких этапов, как гемостаз и шовное лигирование сосудистой ножки геморроидального узла.

При сравнении двух методов отмечено полное отсутствие кровоточивости во время оперативного вмешательства при применении установки LIGASURE.

Болевой синдром оценивался с помощью международной визуально-аналоговой шкалы, предложенной Rudkin G. E. в 1997 г. по 10-балльной системе, представленной ниже, а также по необходимости назначения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде.

Пациенты самостоятельно оценивают степень выраженности болевой реакции от 0 баллов – «нет боли» до 10 баллов – «нестерпимая боль».

Следует отметить, что ни один из пациентов основной группы не получал наркотических анальгетиков, в то время как всем пациентам контрольной группы назначались инъекции 2% Промедола на 1-2 сутки послеоперационного периода (в среднем 3 инъекции).

Выраженность болевого синдрома, оцененного по визуальной аналоговой шкале, в среднем составила 3-4 балла в основной группе, что соответствовало незначительной или терпимой боли при движениях и 8-9 баллов у пациентов оперированных по методу Миллигана-Моргана. Следует также отметить, что наиболее выраженный болевой синдром у пациентов основной группы отмечался на 3-4 сутки послеоперационного периода и на первые сутки – у пациентов контрольной группы, что вероятно обусловлено отторжением коагуляционного некроза с раневых поверхностей у первой группы пациентов в эти сроки.

Наиболее опасным возможным осложнением при выполнении геморроидэктомии установкой аппаратноконтролируемой биполярной электрокоагуляции является кровотечение из послеоперационных ран, а также из сосудистых ножек после удаления геморроидальных узлов.

Таблица 1. Продолжительность этапов геморроидэктомии при использовании различных методов

Этапы операции	Средняя продолжительность в минутах	
	Основная группа (LIGASURE)	Контрольная группа (ОТКРЫТАЯ ГЕМОРОИДЭКТОМИЯ)
Удаление наружных узлов	$8 \pm 2,0$	$12 \pm 4,0$
Удаление внутренних узлов	$5 \pm 1,0$	$8 \pm 3,0$
Пересечение сосудистой ножки	$2 \pm 0,5$	$6 \pm 1,0$
Гемостаз	-	$7 \pm 1,0$
Средняя продолжительность вмешательства	$15 \pm 3,5$	$33 \pm 9,0$

МЕЖДУНАРОДНАЯ ВИЗУАЛЬНОАНАЛОГОВАЯ ШКАЛА (Rudkin G. F.)

Визуальная оценка											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Вербальная оценка	Отсутствие боли	Незначительная боли		Боль средней интенсивности			Очень интенсивная боль		Боль невозможно терпеть		
Экспертная оценка	Боль не возникает	Терпимая боль при движениях		Возникает дискомфорт			Возникающая боль может быть уменьшена		Возникающая боль носит нестерпимый характер		

При возникновении кровотечения необходимо прошивание участка раны или культи ножки геморроидального узла 8-образным швом атравматичным рассасывающимся шовным материалом 3-0.

У трёх пациентов основной группы в послеоперационном периоде возникли кровотечения, потребовавшие повторного оперативного вмешательства. Причиной кровотечения у всех трёх пациентов явилось отторжение коагуляционного некроза на 3-4 сутки после хирургического вмешательства. Ни в одном случае мы не наблюдали кровотечения из сосудистой ножки у пациентов контрольной группы.

Частота дизурии составила 2% (1 больной) в основной группе и 5,4% (7 больных) в контрольной. Под дизурией мы подразумеваем нарушение мочеиспускания (отсутствие самостоятельного мочеиспускания) после удаления тампона. Пациентке основной группы с нарушением мочеиспускания была произведена катетеризация мочевого пузыря и назначена спазмолитическая терапия. Все пациенты контрольной группы (7 человек) с развившейся дизурией были мужского пола. Им также была осуществлена катетеризация мочевого пузыря, назначены спазмолитики и α^2 адреноблокаторы.

Сроки пребывания в стационаре существенно не отличались в обеих группах и составили $6,5 \pm 2$ дня в основной группе и $6,7 \pm 2,5$ дня в контрольной группе. Сроки восстановления трудоспособности также были примерно одинаковы в обеих группах.

Как клинически, так и объективно ни у одного из пациентов в обеих группах не отмечалось явлений инконтиненции. Сроки восстановления тонуса сфинктерного аппарата исследовались на отечественном аппарате «Колодинамик 3» до операции, и на 28 сутки после вмешательства. Полное восстановление тонуса сфинктера в обеих группах отмечались к концу четвертой недели послеоперационного периода.

С целью исследования длительности заживления послеоперационных ран и оценки степени и динамики воспалительных изменений раневой поверхности у всех пациентов брали мазки-отпечатки из перианальных ран в день операции, на 1, 3, 14 и 28 сутки послеоперационного периода. Оценивали цитологический состав раневого отделяемого в разные сроки послеоперационного периода. Полученные данные в обеих группах статистически достоверно не отличались. Сроки полного заживления ран примерно одинаковы в обеих группах, и составили 4-5 недель.

Отдалённые результаты прослежены в сроки от 10 до 2 месяцев. У 2 пациентов основной группы отмечено формирование стриктуры анального канала, которая была ликвидирована бужированием, проведенным под местной анестезией. Более длительные сроки наблюдений дадут возможность объективнее судить о необходимости внедрения этой методики оперативного лечения геморроя в широкую практику.

ВЫВОДЫ

1. Показанием к применению аппаратноконтролируемой биполярной электрокоагуляции является хронический комбинированный геморрой III-IV стадии.
2. Относительным противопоказанием – комбинированный геморрой с циркулярным расположением геморроидальной ткани.
3. Полученные данные позволяют считать методику геморроидэктомии с применением аппарата LIGASURE альтернативой стандартной геморроидэктомии по Миллигану-Моргану.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г. И., Благодарный Л. А., Шельгин Ю. А. Геморрой: современная тактика лечения. Consilium medicum, 2000, т. 2, № 4.
2. Воробьев Г. И., Шельгин Ю. А., Благодарный Л. А. Фармакотерапия геморроя: алгоритм выбора препарата. Consilium medicum, 2001, т. 3, № 11.
3. Нычкин С.Г. Электрохирургия в проктологии. Первый опыт применения аппарата сургитрон. Междунар. мед. журнал, 2000, №9-10, с. 570-572.
4. Яицкий Н. А., Васильев С. В., Седнев А. В., Соболева С. Н. Использование полупроводникового лазера в хирургическом лечении хронического геморроя. Регионарное кровообращение и микроциркуляция, 2002, № 2, с. 17-21.
5. Arumugam P J. Randomized clinical trial of Ligasure versus haemorrhoidectomy. Br. J. Surg., 2002, 89, 6: 154-157.
6. Jayne D.G., Botterill J., Ambrose N.S., Brennan T.G., Guillon P.G., O'Riordain D.S. Randomized clinical trial of Ligasure versus conventional diathermy for day-case haemorrhoidectomy. British Journal of Surgery, 2002, 89, 4: 428-432.
7. Link W.J., Incropera F.P., Glover J.L. A plasma scalpel. Comparison damage and wound healing with electrosurgical and steel scalpel. Arch. Surg., 1976, III, 4: 392-397.
8. Madden J.E., Edlich E., et al. Studies in the management of the contaminated wound. IV. resistance to infection of surgical wounds made by knife, electrosurgery end laser. Am. J. Surg., 1970, 119, 2: 222-224.
9. Palazzo F.F., Francis D.L., Clifton M.A. Randomized clinical trial of Ligasure versus open haemorrhoidectomy. British Journal of Surgery, 2002, 89, 154-157.

РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕНИТАЛЬНЫЙ ПРОЛАПС

Проф. Тотиков В.З., проф. Цаллагова Л.В., Дзанаева Д.Б.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия.
Кафедра госпитальной хирургии, кафедра акушерства и гинекологии,
г. Владикавказ

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Среди многочисленных проблем современной акушерско-гинекологической науки и практики особое значение приобретают проблемы опущения женских половых органов в сочетании с ректоцеле [2].

Известно, что пролапс ведет не только к нарушениям анатомии и физиологии гениталий, но и к изменениям функции мочевого пузыря (74,1%) [3,4] и прямой кишки (21,3%) [6,7]. В то же время, эстрогенная недостаточность, возрастные изменения соединительной и мышечной ткани, склонность к висцероптозу, тяжелый физический труд, травматические роды являются патогенетическим звеном развития опущения стенок влагалища и ректоцеле [3, 4, 5, 8, 9]. Так же данные патологии оказывают отрицательное влияние на состояние репродуктивной функции женщины, вызывают

нарушения психо-эмоциональной сферы, приводят к сексуальным расстройствам.

Генитальный пролапс встречается относительно часто, и по данным отечественной и зарубежной литературы составляет от 17 до 28% среди всех гинекологических больных, а ректоцеле встречается у 15-43% женщин [1,7].

В литературе имеются единичные сообщения о сочетании опущения гениталий и ректоцеле [3, 10]. Кроме того, остается недостаточно изученной взаимосвязь, взаимовлияние данных патологий. Неудовлетворительные возможности диагностики этих состояний из-за отсутствия специальной аппаратуры, разные подходы гинекологов и проктологов к лечению и диагностике, а так же разная оценка состояния этих пациентов значительно усложняют процессы восстановления их здоровья.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Произвести анализ причин развития ректоцеле и опущения гениталий, выявить степень выра-

женности функциональных расстройств органов тазового дна, разработать способы их коррекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследование включало выяснение жалоб, семейного и медицинского анамнеза. Для уточнения диагноза всем больным было проведено комплексное гинекологическое обследование, включающее лабораторные исследования влагалищных мазков, расширенную кольпоскопию, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию и проктографию с натуживанием, УЗИ.

При ультразвуковом исследовании, особое внимание обращали на состояние эндометрия и опухолевидные образования гениталий в пре- и пост-

менопаузе. Проводилось трансвагинальное ультразвуковое исследование ректовагинальной перегородки.

Опущение стенок влагалища, цистоцеле, ректоцеле оценивали согласно классификации С.Т. Веехам 1980 г.

Всего обследовано 354 женщин с опущением внутренних половых органов и ректоцеле, находившихся на лечении в клинической больнице скорой помощи г. Владикавказа за период с 1991 по 2003 г. Возраст больных от 23 до 78 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Помимо основных жалоб, таких как затрудненное опорожнение прямой кишки, чувство неполного опорожнения ее, запоры, устраняемые с помощью ручного пособия, чувство инородного тела во влагалище, нами выявлены так же жалобы эмоционально-сексуального характера, степень которых зависела от длительности и выраженности основного заболевания.

Из 354 пациенток у 208 больных отмечено сочетание ректоцеле и опущения передней и задней стенок влагалища. У остальных – опущение только передней стенки. Из 208 пациенток 1 степень ректоцеле выявлена у 105 больных, 2 степень – у 62 женщин, 3 степень – у 41 больной. Первая степень ректоцеле в сочетании с первой степенью опущения влагалища отмечалась у 64 человек, 2 степень ректоцеле и 2 степень опущения – у 50, ректоцеле 3 степени в сочетании с опущением стенок влагалища и атрофией мышц тазового дна – у 12 человек. У остальных были различные варианты сочетания данных патологий. Средний возраст больных – 48,7 лет. Длительность заболевания колебалась от 1 года до 15 лет. У 18 пациенток после ранее проведенного лечения выявлены рецидивы опущения стенок влагалища и ректоцеле, из них 9 женщин перенесли гистерэктомию. Средний возраст больных в группе с рецидивными формами пролапса на момент обследования составил 57 лет. На момент выполнения первичной операции 100 женщин находились в репродуктивном периоде жизни, 136 – в пременопаузе, 118 – в постменопаузе. У 83 женщин в анамнезе 1 роды, у 125 – двое или более родов. В подавляющем числе наблюдений течение родов не было физиологичным: у 34 женщин – крупный плод, у 7 – многоплодная беременность (двойня), у 14 – выполнена операция наложения акушерских щипцов, у 17 – роды протекали в тазовом предлежании, у 45 женщин отмечались разрывы мягких тканей родовых путей различной степени тяжести.

В зависимости от клинического варианта ректоцеле и опущения стенок влагалища применяли следующие методы лечения. При 1 степени ректоцеле без опущения стенок влагалища больным назначалась диета с повышенным содержанием растительной клетчатки, фитосборы, чернослив, изюм, лечебная физкультура. При 1 степени ректоцеле и 1 степени опущения задней влагалища у женщин молодого возраста, с целью лечения данных патологий помимо диеты, фитосборов, лечебной физкультуры проводился комплекс физиотерапии, включающий эндовагинальный вибромассаж в сочетании с локальной декомпрессией, магнитотерапия. Данный комплекс обладает противовоспалительным действием, усиливает кровообращение органов малого таза, оказывает выраженное нормализующее действие на психо-эмоциональную, менструальную, сексуальную и детородную функции женского организма.

При ректоцеле 2 степени, выполняли переднюю леваторопластику, заднюю кольпоррафию, при необходимости – сфинктеролеваторопластику. При сочетании ректоцеле 2 степени с опущением передней

и задней стенок влагалища, производили переднюю, заднюю кольпоррафию и переднюю леваторопластику при этом использовали трансвагинальный доступ. При синдроме опущения промежности использовался промежностный доступ с выполнением передней леваторопластики с задней кольпоррафией, рану ушивали в продольном направлении с формированием высокой промежности.

При сочетании ректоцеле 3 степени и опущения стенок влагалища, а так же при рецидивах ректоцеле и резкой атрофии мышц-леваторов у женщин пожилого возраста, применялась, разработанная на нашей кафедре, трансвагинальная пластика с использованием синтетической сетки (патент на изобретение № 2212860. Способ лечения ректоцеле и опущения влагалища).

Особенности техники выполнения операции заключалось в том, что после выполнения задней кольпотомии, обнажаются крестцово-маточные связки, вводится проленовая сетка, фиксируется не рассасывающимися лигатурами к крестцово-маточным связкам в месте их отхождения и на протяжении к передней стенке прямой кишки, по бокам к мышцам, поднимающим задний проход, к передней полуокружности сфинктера, сетка подшивается к мобилизованным краям задней стенки влагалища одиночными швами в продольном направлении на расстоянии 10 мм друг от друга и на расстоянии 6-7 мм от края сетки, излишек влагалища резецируется.

Предоперационная подготовка включала обследование, санацию влагалища. Женщинам пожилого возраста назначались вагинальные свечи «Овестин» в течение 7-10 дней. Безшлаковая диета назначалась за 4 дня до операции, применялся препарат Forlaks за день до операции, с утренней механической очисткой кишечника.

В послеоперационном периоде назначался препарат Норилет по 400 мг 2 раза в день в течение 5 дней и фитосбор урологический 1\2 стакана в день.

Результаты лечения мы оценивали как значительный эффект, незначительный и отсутствие эффекта. После проведенного консервативного лечения больных с 1 степенью ректоцеле без опущения стенок влагалища положительный эффект отмечался в большинстве случаев – 35 человек. При сочетании 1 степени ректоцеле и 1 степени опущения влагалища значительное улучшение состояния после проведенного комплексного немедикаментозного лечения отмечено у 41 женщины, незначительное – у 18 человек, у 5 -улучшения не было. Нами изучен катанез 64 больных после комплекса немедикаментозной терапии. Поскольку 82,1% женщин были жителями сельской местности, отдаленные результаты изучали с помощью вызовов с последующим тщательным проктологическим, гинекологическим обследованием. Катанестические данные оценивались по субъективным ощущениям и функциональному состоянию половой сферы. Результаты обследования больных учитывались через 3-6-12 месяцев после проведенного курса

лечения. Все больные отметили улучшение общего состояния, повышение работоспособности, исчезновение сексуальных расстройств. Так, у 49 больных отмечено восстановление половой жизни, утраченного оргазма в период 4-6 месяцев после лечения.

При сочетании ректоцеле 2 степени с опущением передней и задней стенки влагалища 50 больным произведена передняя, задняя кольпоррафия с передней леваторопластикой. Осмотр пациенток проводился через 6 месяцев, 1 год, 3 года. Рецидивы заболевания, по данным клинического и специальных методов обследования, были отмечены в 4 случаях в виде цистоцеле. У 1 больной – произошло расхождение краев кожных ран. Функция кишечника улучшилась у всех больных, однако у 13 % пациенток потребовались дополнительные консер-

вативные методы коррекции. Улучшение в сексуальной сфере отметили как значительное 45%, как незначительное 31% и отсутствие эффекта 24% пациентках.

При сочетании ректоцеле 3 степени в сочетании с опущением стенок влагалища и атрофией мышц тазового дна после проведенной пластики с использованием синтетической сетки, осложнений в послеоперационном периоде, связанных с имплантацией инородного материала, не выявлено. Все женщины обследованы через 6 мес, 1 год, 3 года. Рецидива заболевания не отмечено ни у одной больной. У всех обследованных исчезло пролабирование передней стенки прямой кишки во влагалище, нормализовался стул, явлений диспареунии не отмечено, гнойно-септических осложнений, формирования ректовагинальных свищей не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ректоцеле в сочетании с генитальным пролапсом встречается у 58% обследованных больных. Наиболее частые причины развития ректоцеле и опущения стенок влагалища являются травматические роды, разрывы промежности, тяжелый физический труд, эстрогенная недостаточность, возрастные изменения соединительной и мышечной ткани. Степень выраженности патологических изменений мышц тазового дна находится в прямой зависимости от длительности заболевания.

Генитальный пролапс и ректоцеле оказывают отрицательное влияние на детородную функцию женщины, её психо-эмоциональное состояние, приводят к сексуальным расстройствам (91,1%),

к изменению функции мочевого пузыря (74,1%), прямой кишки (21,3%).

Эндовагинальный вибромассаж в комплексе с локальной декомпрессией, магнитотерапией и лечебными физическими упражнениями, направленными на укрепление мышц тазового дна дает положительный эффект у больных с 1-2 степенью ректоцеле и генитальным пролапсом.

При ректоцеле 3 степени с атрофией мышц тазового дна у лиц пожилого возраста необходимо использовать дополнительные способы укрепления тазового дна. Пластика ректовагинальной перегородки проленовой сеткой по разработанному в клинике способу позволила исключить у этой группы больных рецидив заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминов А.М. Руководство по проктологии. Куйбышев: Книжное изд., 1979, т 4, с.388-460.
2. Глебова Н.Н. Научные основы специализированной помощи при опущении и выпадении внутренних половых органов: Дис. док. мед. наук. Уфа, 1976, 276 с.
3. Краснополский В.И., Буянова С.Н., Иоселиани М.Н., Петрова В.Д. Диагностика и выбор хирургической коррекции недержания мочи при пролапсе гениталий у женщин. Акуш. и гинекология, 2000, № 1, с. 29.
4. Макаров О.В., Мазо Е.Б. Комбинированное оперативное лечение генитального пролапса. Акушерство и гинекология, 2000, № 1, с. 42-44.
5. Основы колопроктологии. Под редакцией Г.И. Воробьева. Ростов-на-Дону: Феникс, 2001, 416 с.
6. Федоров В.Д. Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. М.: Медицина, 1994, 430 с.
7. Федоров В.Д. Дульцев Ю. В. Проктология. М.: Медицина, 1984, 384 с.
8. Albo M., Dupont M.C., Rat S. Transvaginal correction of pelvic prolapse. Endourol, 1996, 10, 3: 231-239.
9. Baden W.F., Walker T. Fundamentals symptoms and classification. Syrgical Repair of Vaginal Defects. Philadelphia: Lippincott, 1992:9.
10. Barham K., Collopy B.T. Posthysterectomy rectal and vaginal prolapse, a commonly over looked problem. Obstet. Gynecol., 1993, 33,3: 300-303.

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И МАТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКОЙ СЕТКИ

К.м.н. Олейник Н.В., проф. Куликовский В.Ф., Федоров Г.И.

Белгородский региональный колопроктологический центр

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Пролапс органов таза у женщин относится к числу актуальных проблем в современной медицине [6, 7]. Причиной этой патологии является ослабление или повреждение соединительнотканых и мышечных структур тазового дна, которые в норме служат поддерживающим каркасом для тазовых органов [2, 4, 6].

Выпадение матки в сочетании с выпадением прямой кишки наблюдается относительно редко [1]. Такое страдание в еще большей степени отягощает состояние больных, требует правильной оценки совокупности патологии и хорошо продуманного плана лечения.

Существует большое количество хирургических способов лечения изолированного пролапса прямой кишки и матки. Однако отдаленные исходы лечения и одной и другой патологии из-за большого

числа рецидивов и неудовлетворительных функциональных результатов оставляют желать лучшего [2, 3].

Экстирпация матки - одно из наиболее распространенных оперативных вмешательств при ее выпадении. В связи с относительно высоким процентом осложнений, а также с тем, что многие женщины связывают удаление матки с потерей собственной физической полноценности, вопрос о показаниях к экстирпации матки в последнее время подвергается пересмотру [5, 8].

В настоящее время, как для фиксации матки [3], так и для фиксации прямой кишки [2] большой популярностью пользуются методы с использованием синтетической сетки. Они имеют наименьшее количество рецидивов и наилучшие функциональные результаты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В течение последних 3-х лет мы наблюдали 10 женщин с выпадением прямой кишки II-III степени в сочетании с выпадением матки II-III степени. Всем им было проведено общеклиническое обследование, УЗИ органов малого таза и ректовагинальной перегородки, дефекография, исследование пассажа бария по толстой кишке, аноректальная манометрия, электромиография тазового дна, а также диагностическое выскабливание полости матки для исключения рака эндометрия. У 6 больных диагностированы также недостаточность анального сфинктера II-III степени, у 4 больных - запоры, причем у двух они имели проктогенный характер, а у двух были связаны с замедлением пассажа на уровне сигмовидной кишки. Средний возраст больных составил 38 лет (от 30 до 58 лет). В анамнезе у всех пациенток было больше 2-х родов, рождение крупного плода, тяжелые физические нагрузки сразу после родов. У 2-х больных 30 и 33 лет в детском возрасте отмечался пролапс прямой кишки, который был устранен консерватив-

ными мероприятиями, но вновь рецидивировал после родов. У 8 больных изначально отмечался генитальный пролапс, а затем постепенно развивалось и выпадение прямой кишки. Средняя продолжительность заболевания от начала появления первых симптомов пролапса составляла от 3 до 12 лет, в среднем $6 \pm 1,2$ лет. Ввиду молодого возраста все женщины данной группы хотели сохранить матку. Всем этим больным были произведены органосохраняющие оперативные вмешательства, направленные на фиксацию тазовых органов в нормальное физиологическое положение с использованием синтетической сетки и коррекция поддерживающих структур тазового дна. Мы пользовались следующей разработанной нами модификацией, сохраняющей преимущества задне-петлевой ректопексии по Вэлсу и операции по фиксации шейки матки по Широкарю. У пациентки, находящейся в положении, как для литотомии, выполняем нижнюю срединную лапаротомию. Производим лиробразный разрез тазовой брюшины и мобилизуем



Рис. 1. Сетка фиксирована к крестцу и рассечена с боков. Вид во фронтальной плоскости

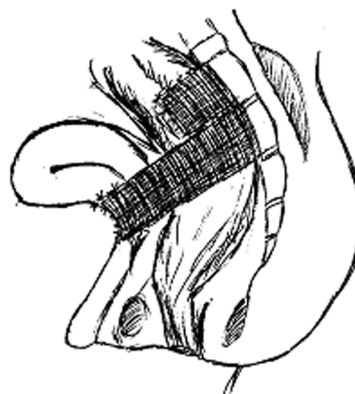


Рис. 2. Прямая кишка и матка фиксированы к крестцу с помощью сетки. Вид в сагиттальной плоскости

прямую кишку вплоть до копчика. Полипропиленовая сетка, размерами 6x15 см по ее центральной, узкой части по середине фиксируется к крестцу и рассекается с боков (рис. 1). Прямая кишка максимально подтягивается кверху и фиксируется к сетке узловыми швами с оставлением свободной 1/3 ее передней поверхности для предотвращения сужения (рис. 2). При необходимости размеры свободных концов сетки уменьшаются и отсекаются. Восстанавливается брюшина заднего Дугласова кармана с уменьшением его глубины.

Вскрывается брюшина переднего Дугласова кармана. Два нижних конца сетки, охватывая шейку матки в виде петли, фиксируются к ее передней поверхности, подтягивая ее вверх и кзади (рис. 3). Брюшина ушивается над сеткой с уменьшением глубины переднего Дугласова кармана. Позади матки дополнительно ушиваются маточно-сакральные связки и подшиваются или к передней поверхности прямой кишки или к брюшине заднего Дугласова кармана. Антеверсию дна матки усиливаем одновременным натяжением круглых связок по одному из возможных вариантов.

При II ст. выпадения матки у 3 больных отмечалось стрессовое недержание мочи. Им выполнена также кольпосуспензия к связкам Купера по Burch. У остальных больных с опущением матки II ст. и с выпадением матки III ст. признаков недержания мочи не было, а имело место затрудненное мочеиспускание вследствие перегиба шейки мочевого пузыря и проксимального отдела уретры (наружный пузырно-уретральный угол был меньше 90°). Всем им с целью предупреждения недержания



Рис. 3. Прямая кишка фиксирована сеткой к крестцу. Вид во фронтальной плоскости

жания мочи в послеоперационном периоде, т. к. при восстановлении нормальных анатомических соотношений между передней стенкой влагалища и задней стенкой мочевого пузыря происходит увеличение наружного пузырно-уретрального угла, выполнена операция по Kelly.

У всех больных данной группы имелась сопутствующая недостаточность анального сфинктера II-III ст. и ректоцеле II-III ст. и цистоцеле. Второй бригадой хирургов со стороны промежности им выполнялась передняя и задняя кольпорафия и леваторопластика.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Длительность операции составила, в среднем, 2-2,5 часа. Каких-либо значительных интра- и послеоперационных осложнений, в том числе связанных с имплантацией инородного материала не было. У одной больной отмечено нагноение лапа-

ротомной раны и у одной больной - промежностной. Послеоперационный койко-день составил, в среднем, 11,2±2,1 дня.

Отдаленные результаты операции прослежены у всех больных на протяжении от 6 мес. до 1,5 лет.

Полного рецидива пролапса не отмечено ни у одной больной. У двух больных сохранялось незначительное выпадение слизистой прямой кишки, и выпадение матки III ст. перешло в I ст. опущения. У трех больных со стрессовым недержанием мочи, последнее ликвидировано. Новых случаев развития стрессового недержания мочи в послеоперационном периоде не отмечено. Континенция улучшилась у всех больных, причем при II ст. недостаточности

анального сфинктера функция его практически полностью восстановилась. У больных с проктогенным характером запора акт дефекации нормализовался. У двух больных с задержкой бария на уровне ректо-сигмоидного отдела отмечено сокращение времени пассажа, что мы связываем с возвращением прямой кишки в ее нормальное физиологическое положение. Новых случаев развития запоров в послеоперационном периоде не зафиксировано.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в настоящее время в связи с развитием анестезиологии и реаниматологии, несмотря на большой объем вмешательства, коррекция тазового пролапса должна быть комплексной. Она одномоментно должна устранять все анатомические дефекты, улучшать функциональные результаты и избавлять пациенток от повторных хирургических вмешательств.

У женщин молодого возраста, желающих сохранить матку при ее выпадении, возможно получить хорошие анатомические и функциональные результаты при ее фиксации к крестцу синтетической сеткой. Однако, для того чтобы рекомендовать подобную коррекцию в качестве операции выбора необходим дальнейший набор клинического материала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макаров Р.Р., Габелов А.А. Оперативная гинекология. 2-е изд. М.: Медицина, 1979, 328 с.
2. Основы колопроктологии. Под ред. Воробьева Г.И. Ростов на Дону: Феникс, 2001, 416 с.
3. Хирш Х.А., Кезер О., Икле Ф.А. Оперативная гинекология: Атлас: Пер. с англ. Под ред. В.И.Кулакова, И.В.Федорова. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999, 625 с.
4. Allen R.E., Hosker G.L., Smith A.R., Warren D.W. Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. Br. J. Obstet. Gynaecol., 1990, 97, 6: 770-779.
5. Bachmann G.A. Hysterectomy – a critical review. J. Reprod. Med., 1990, 35, 7: 839.
6. Jackson S., Smith Ph. Fortnightly review: Diagnosing and managing genitourinari prolapse. BMJ., 1997, 314, 7: 875-881.
7. Stanton S.L. Vaginal prolapse. In: Shaw R., Soutter P., Stanton S., eds. Gynaecology. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1993: 437-447.
8. Wingo P.A., Huezo C.M., Rubin G.L. et al. The mortality risk associated with hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynecol., 1985, 152, 7: 839-842.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПЕРЕДНЯЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Проф. Пучков К.В., к.м.н. Хубезов Д.А., Юдина Е.А., Юдин И.В.

Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова,
Областная клиническая больница, г. Рязань

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Главной особенностью лапароскопических операций на прямой кишке является отсутствие возможности тактильной чувствительности хирурга, что далеко не всегда компенсируется преимуществами эндовидеолапароскопической техники, поскольку очень часто вся опухоль или ее часть находится под тазовой брюшиной и недоступна визуальному контролю [4,8].

Передние резекции прямой кишки выполняются, как правило, при локализации опухоли на расстоянии 10-15 см от ануса [2, 4]. Однако, ряд специалистов используют данные вмешательства при расположении карциномы на высоте 4-7 см от зубчатой линии, т.е. являются сторонниками низкой передней резекции [8, 9].

Однако в противоположность им некоторые авторы [5,6] считают неприемлемым выполнение передних резекций при расположении карциномы в пределах 12-14 см от заднего прохода не из-за технических трудностей формирования низкого колоректального анастомоза, а из онкологических соображений. Более того, ряд специалистов [4] вообще считают недопустимым выполнение лапароскопических операций при локализации опухоли на расстоянии менее 13 см от ануса вследствие отсутствия у хирургов тактильной чувствительности.

В целом, анализируя данные литературы, становится очевидным, что специалисты, выполнявшие переднюю резекцию, описывали технику, медицинскую тактику, ведение больных, послеоперационные осложнения и летальность при совершенно разных вмешательствах [3]. Так, наложение анастомозов в малом тазу на расстоянии 9 или 2 см от края ануса принципиально отличаются друг от друга по технике выполнения, возможным осложнениям, послеоперационному ведению и прогнозу [3, 8, 10].

До настоящего времени нет единого мнения относительно целесообразности выполнения лимфаденэктомии при ректальном раке. Одни авторы [14,15] настаивают на том, что аорто-подвздошная лимфаденэктомия (АПЛ) и аорто-подвздошно-тазовая лимфаденэктомия (АПТЛ) должны стать рутинной операцией при раке прямой кишки. Другие, напротив, считают ее не только бесполезной с точки зрения онкологии, но крайне рискованной,

сопровождающейся большим числом осложнений [16]. Более того, среди сторонников данной операции также нет единого мнения относительно целесообразности выполнения АПТЛ на той или иной стадии опухолевого процесса. Одни авторы считают целесообразным выполнение АПТЛ при любой стадии рака [14,19]; другие – только при запущенных формах (Т3-4) [11]; третьи считают эффективным проведение АПТЛ только на ранних стадиях [21]. Данная операция, несмотря на свою радикальность, не получила широкого распространения среди европейских хирургов вследствие значительной технической сложности, большого количества урогенитальных осложнений. С целью предупреждения возникновения мочеполовых нарушений при проведении лимфодиссекции было предложена так называемая (nerve-sparing technique – NST), которая заключается в сохранении симпатической и парасимпатической нервной системы. В соответствии с этим ряд специалистов [15,21,22] выделяет четыре уровня сохранения вегетативной нервной системы:

- 1 уровень – полное сохранение;
- 2 уровень – резекция верхнего гипогастрального сплетения с полным сохранением тазовых сплетений;
- 3 уровень – полная резекция симпатической нервной системы с односторонним сохранением тазового сплетения;
- 4 уровень – сохранение только S4 сакрального нерва с малой частью тазового сплетения
 - а) билатерально
 - б) моностерально.

При этом, показанием к полному сохранению вегетативной нервной системы являются опухоли Т-1. При Т3-4 стадии выполняются нерв сохраняющие операции 2-4 уровня. Если отсутствуют данные за поражение латеральных лимфоузлов, осуществляется второй уровень. Показанием для выполнения 3 уровня NST является подозрение на поражение параректальных лимфатических узлов и более проксимальных узлов по восходящему пути.

Цель исследования: определить объем и границы лапароскопической передней резекции при раке прямой кишки в зависимости от стадии и локализации опухоли.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клиническим исследованиям предшествовал эксперимент. Исследованию подверглись 100 трупов больных умерших от заболеваний не связанных с патологией желудочно-кишечного тракта. Обращалось внимание на анатомические особенности кровоснабжения, вегетативной иннервации, путей лимфооттока прямой кишки, а также на топографию клетчаточных пространств и фасций таза. Отрабатывались доступы и методики лапароскопической лимфодиссекции из наиболее труднодоступных областей (запирательные ямки, паракавальная область и др.).

Клиническая часть работы включает анализ историй болезней 39 пациентов в возрасте 41-74 года, пролеченных в Рязанской областной клинической больнице, за период 1998-2003 г.г. Выполнено 20 низких передних резекций и 19 традиционных. Интракорпоральная техника использовалась у 14 (35,9%) пациентов, передняя резекция с лапаротомной ассистенцией – у 17 (43,6%), техника с перинеотомной ассистенцией – у 8 (20,5%). У большинства больных имел место рак 3-4 стадии. У 15 пациентов выполнялась аорто-подвздошная и у 5 - аорто-подвздошно-тазовая лимфодиссекция. Выполнено 7 комбинированных и 4 сочетанных операций: резекция мочевого пузыря – 2, ампутация матки – 3, экстирпация матки-2, холецистэктомия-1, аднексэктомия-1, прочие-3.

При определении объема лимфодиссекции, для обнаружения лимфоузлов применялся метод гистохимического клиринга. Все узлы подвергались в последующем гистологическому исследованию.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Расположение операционной бригады и точки введения троакаров представлены на рисунке. 1.

Использовались три методики лапароскопической передней резекции.

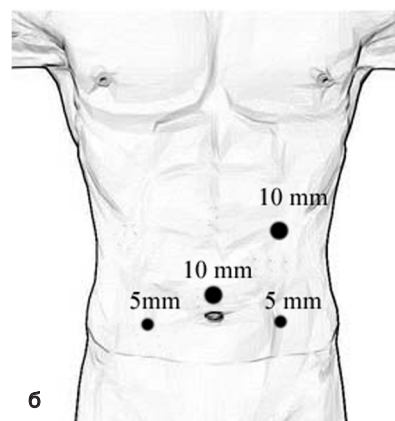
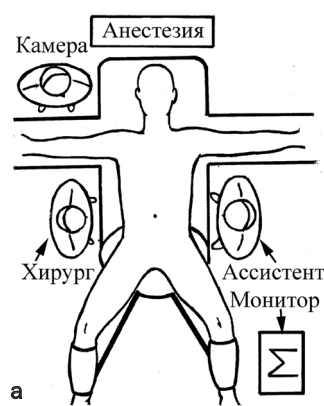


Рис. 1. Расположение троакаров и операционной бригады

а – расположение бригады

б – расположение троакаров

- 1) Лапароскопическая интракорпоральная передняя резекция (ЛИПР). В этом случае все этапы операции осуществляются интракорпоральным доступом, а минилапаротомия используется только для удаления препарата.
- 2) Лапароскопическая передняя резекция с лапаротомной ассистенцией (ЛПРСЛА). В отличие от вышеописанной, данная техника подразумевает выполнение некоторых этапов (резекция, формирование астомоза и др. через минилапаротомный доступ).
- 3) Лапароскопическая передняя резекция с перинеотомной ассистенцией (ЛПРСПА). Лапароскопически прямая кишка выделяется до тазовой диафрагмы. Затем, ноги пациента максимально сгибают в коленных и тазобедренных суставах. Выполняется передняя или задняя перинеотомия (рис.2) поперечным разрезом. Через перинеотомную рану вокруг кишки с помощью S-образного зажима, проводится резиновая трубка. Один конец трубки натягивается на свободную ветвь аппарата ТА-55 и с ее помощью аппарат проводится в таз (рис. 3). Выполняется прошивание прямой кишки дистальнее опухоли. Сигмовидная кишка на 10-12 см проксимальнее опухоли пересекается между прямыми зажимами, удаляется операционный препарат. В просвет сигмовидной кишки вводится головка циркулярного сшивающего аппарата и затягивается ранее наложенный кисетный шов. После этого, трансанально вводится базовая часть циркулярного степлера, адаптируется с головкой и производится формирование сигмо-ректального анастомоза. Операция заканчивается ушиванием перинеотомной раны и дренированием параректального пространства.



Рис. 2. Варианты перинеотомных разрезов
а – передняя перинеотомия; **б** – задняя перинеотомия

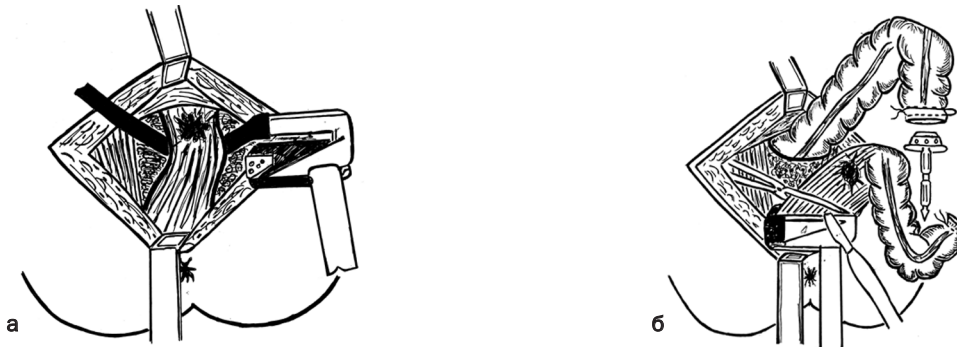


Рис. 3. Промежный этап операции: резекция кишки, формирование анастомоза
а – проведение аппарата ТА-55; **б** – резекция пораженного сегмента кишки

ТЕХНИКА АПЛ. Петли тонкой кишки отводятся кверху. Лигируется нижняя брыжеечная артерия и вена. Ниже нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки перпендикулярно аорте пересекается париетальная брюшина до мочеточников. Осуществляется диссекция тканей до уровня fascia endoabdominalis – непосредственно около аорты и до преренального листка fascia retroperitonealis – латеральнее fascia endoabdominalis. Следуя вдоль указанных фасций, сверху вниз отсепаровывается парааортальная, паракавальная клетчатка, а также клетчатка в области бифуркации аорты и подвздошных сосудов. Латеральными границами являются мочеточники, которые окружены фасциальным листком. Этот фасциальный футляр образован двумя листками околопочечной фасции. Таким образом, дальнейшая лимфодиссекция осуществляется по ходу fascia endoabdominalis, отгесняя fascia retroperitonealis с проходящими в ней мочеточниками латерально. Дорсальной границей лимфодиссекции на этом этапе операции являются m. Psoas. и ligamentum longitudinale. Сигмовидная кишка зажимом Беккокка отводится медиально, делается окно в области корня брыжейки. Таким образом сигмовидная кишка оказывается полностью мобилизованной. Выполняется лимфодиссекция в области бифуркации аорты, вдоль подвздошных сосудов. В дальнейшем выполняется мезоректумэктомия.

ТЕХНИКА АПТЛ. Над пупком и лоном вводятся 10 мм троакары, в подвздошных областях – 5 мм. Расположение троакаров для тазовой лимфаденэктомии напоминает ромб.

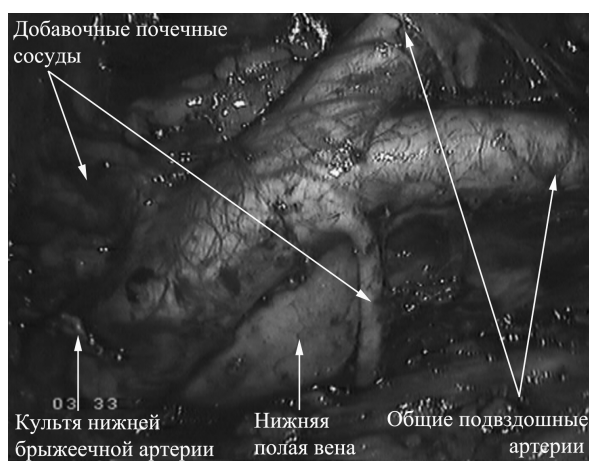
Выполняется стандартная АПЛ по описанной выше методике. Следуя вдоль f. endoabdominalis, и, ориентируясь на надкостницу крестца в области мыса, отсепаровывается париетальная фасция таза. С целью сохранения вегетативной нервной системы такую расширенную мезоректумэктомию проводят в 2 этапа: сначала выполняется резекция прямой кишки в пределах висцеральной (собственной) фасции, а уже затем удаляется клетчатка совместно с париетальной фасцией.

Начинается удаление париетальной фасции с задней полуокружности с последующим переходом на боковые стенки.

Для лимфодиссекции из запирательных ямок использовался паравезикальный доступ, позволяющий проводить четкий визуальный контроль на уровне дистальной трети запирательного пространства. Доступ обеспечивается между наружными подвздошными (латерально) и ветвями внутренних подвздошных сосудов (медиально). При этом обеспечивается адекватная визуализация дистальных ветвей внутренней подвздошной артерии, из которой и возникает чаще всего массивные кровотечения. Продолжается разрез тазовой брюшины по ходу наружной подвздошной артерии до внутреннего пахового кольца. В дистальной части разреза обязательно визуализируются семявыносящий проток и сопровождающие его сосуды. Яичниковые сосуды, проходящие в воронко-тазовых связках, пересекаются в случае удаления придатков матки. На данном этапе следует быть максимально осторожным, чтобы не повредить расположенный латеральнее наружной

подвздошной артерии бедренно-половой нерв и проходящую кнутри подвздошную вену. Последняя обычно находится в спавшемся состоянии вследствие повышенного внутрибрюшного давления, обусловленного пневмоперитонеумом. Мочеточник выделяется и отводится медиально. Лимфатические ткани, расположенные вокруг подвздошных сосудов медиальнее мочеточников удаляются в едином блоке до тазового этапа (аорто-подвздошная лимфаденэктомия). Поэтому, захватив жестким зажимом края рассеченной брюшины, вдоль наружной подвздошной артерии латеральнее мочеточника посредством острой и тупой препаровки удаляется клетчатка по направлению к наружной подвздошной вене.

С помощью эндоскопического ретрактора наружные подвздошные сосуды отводятся латерально и вверх, открывая доступ к запирательным областям. При этом кзади и медиально обнаруживается запирательный нерв с сопровождающими его сосудами и внутренняя запирательная мышца, которая является ориентиром глубины лимфодиссекции. Постоянно осуществляя тракцию вверх и в стороны, удаляется клетчатка, расположенная под наружными подвздошными сосудами и в запирательной области единым блоком с сохранением запирательного нерва. Окончательный вид после аорто-подвздошной и аорто-подвздошно-тазовой латеральной лимфодиссекции представлен на рис. 4.



а

б

Рис. 4. Вид после лапароскопической аорто-подвздошной (а) и латеральной (б) лимфаденэктомии

РЕЗУЛЬТАТЫ

Интраоперационные осложнения имели место у 3 пациентов. В двух случаях отмечены ранения магистральных сосудов. Дефекты аорты и нижней полой вены восстановлены «тахокомбом». В одном наблюдении имело место ранение мочеточника, дефект ушит непрерывным швом на атравматичной игле над катетером. Во всех случаях осложнения ликвидированы лапароскопическим доступом. Летальных исходов не было. Зарегистрировано три ранних послеоперационных осложнений – несостоятельность швов анастомоза (2), стойкая атония мочеточников с развитием гидронефроза и одно позднее – стриктура анастомоза. Таким образом, общее количество послеоперационных осложнений составило 7,7%. Конверсий не было. Средняя продолжительность операций составила 168,7 минут. Средний послеопе-

рационный койко-день составил 9,1 сут. Отмечены минимальная интраоперационная кровопотеря, раннее восстановление функций организма, комфортный послеоперационный период, сокращение сроков реабилитации (Табл. 1). Достоверных отличий в продолжительности операций, величине кровопотери не обнаружено. Отмечено достоверное снижение послеоперационного койко-дня в группе больных, оперированных с применением интракорпоральной техники. Средняя величина дистального уровня резекции составила 3,4 см. Количество удаляемых лимфоузлов колебалось в пределах 8-39 (среднее количество – 22,4). Отдаленные результаты прослежены у 75 % пациентов. Трехлетняя выживаемость составила 86,4 %, что существенно выше среднестатистической.

Таблица 1. Результаты передней резекции прямой кишки

Параметры	ИПР (n=14)	ПРСЛА (n=17)	ПРСПА (n=8)
П/о осложнения	1	1	2
Продолжит, операции (мин)	146	182	178
Конверсии	0	0	0
Кровопотеря (мл)	50	150	150
П/о койко – день	7,2	10,4	10,6

ОБСУЖДЕНИЕ

Для выполнения низкой передней резекции можно использовать любую из описанных методик.

При использовании перинеотомного доступа значительно облегчается экспозиция и визуализация тканей, у хирурга появляется тактильное чувство, не требуется проведения интраоперационной фиброколоноскопии.

Достоверных отличий в продолжительности операций, величине кровопотери не обнаружено. Более удобным, на наш взгляд, является пересечение брыжейки сигмы и подготовка к анастомозированию дистального отдела прямой кишки на интракорпоральном этапе, что существенно сокращает продолжительность вмешательства, позволяет уменьшить величину разреза брюшной стенки, и тем самым травматичность операции.

Отмечено достоверное снижение послеоперационного койко-дня в группе больных, оперированных с интракорпоральной техникой, что, на наш взгляд, связано с меньшей травматичностью и инвазивностью данной методики. Однако следует отметить, что данные результаты получены при удалении небольших по размерам опухолей. Если проводилась резекция крупной опухоли, требующей для эвакуации из брюшной полости большего разреза, то преимущества интракорпоральной техники нивелировались. А, так как лапароскопические ассистированные передние резекции почти в 2 раза дешевле, то предпочтение в данной ситуации мы отдаем именно им.

Выявлено увеличение количества осложнений при ЛПРСПА по сравнению с другими подгруппами, что вероятно связано с тем, что у всех пациентов данной подгруппы выполнялись низкие передние резекции при локализации опухоли дистальнее 8 см. На наш взгляд, на частоту осложнений влияет не столько методика, сколько уровень локализации анастомоза. Поэтому в настоящее время при низкой передней резекции перинеотомным доступом у больных с опухолью, расположенной дистальнее 8 см от ануса считаем необходимым, в большинстве случаев, выводить превентивную стому. В противном случае, поскольку практически всегда у этих больных выполняется аорто-подвздошно-тазовая лимфа-

денэктомия, при недостаточности анастомоза развивается распространенный каловый перитонит вследствие отсутствия барьера из-за невозможности ушивания тазовой брюшины.

Если методика открытой АПТЛ разработана достаточно четко, то относительно использования лапароскопического доступа для проведения АПТЛ при раке прямой кишки в литературе имеются лишь единичные сообщения. Аорто-подвздошно-тазовую лимфаденэктомию с латеральной лимфодиссекцией несомненно можно считать вершиной владения лапароскопической техникой. Для успешного и безопасного оперирования необходимы безупречное знание анатомии и хорошее владение лапароскопической техникой. Мы полагаем, что хорошее знание нормальной и топографической анатомии в большей степени актуально как раз для лапароскопического доступа вследствие отсутствия у хирурга тактильной чувствительности. Если АПЛ мы сразу стали выполнять в клинике, то техника латеральной лимфодиссекции и методика сохранения вегетативной иннервации длительное время оттачивались на трупном материале.

Проведенные исследования путей лимфооттока и анализ литературы позволил определить объем лимаденэктомии в зависимости от стадии и локализации опухоли. Показанием к лимфодиссекции считаем рак T2-4. При верхнеампулярном раке целесообразно ограничиться АПЛ с экстраперитонеализацией анастомоза париетальной брюшиной, которая подшивается непрерывным швом к кишке с двух сторон, что препятствует возникновению перитонита при несостоятельности соустья. Если выполняется низкая передняя резекция при среднеампулярном раке, то радикальность операции требует проведения АПТЛ. Наши результаты показали целесообразность выведения превентивной колостомы при локализации анастомоза дистальнее 7 см от ануса.

Поскольку количество осложнений и травматичность традиционных АПЛ и АПТЛ крайне высоки, использование лапароскопического доступа и освоение нерв-сохраняющей техники оперирования должны, по нашему мнению, существенно расширить показания к их проведению.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенных исследований установлено, что основными критериями, влияющими на выбор методики и объема лимфодиссекции, являются локализация и степень распространенности опухоли.

Интракорпоральная техника передней резекции показана при небольших опухолях (Т1-2), расположенных преимущественно в верхнеампулярном отделе. ЛПРСЛА показана при локализации опухоли на рас-

стоянии 8-10 см от края заднего прохода (Т3-4).

Если опухоль локализуется в пределах 8 см от перианальной кожи, то предпочтительнее использование ЛНПРСПа.

При локализации опухоли в верхнеампулярном и небольшой опухоли (Т2-3) среднеампулярного отдела достаточно проведения АПЛ. Выполнение АПТЛ должно сопровождаться сохранением вегетативной нервной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров К. Р., Александров В. Б., Туманов А.Б. и др. Расширенные лапароскопические операции на толстой кишке. Тез. докл. V Всерос. конф. «Актуальные проблемы колопроктологии». Ростов-на-Дону, 2001, С. 99.
2. Воробьев Г. И., Шельгин Ю. А., Фролов С. А. Передняя резекция прямой кишки. Эндоск. Хирургия, 1998, №1, С.10.
3. Ищенко В. Н., Токарчук В. В., Григорьев М. Н. О классификации передних резекций прямой кишки. Тихоокеанский медицинский журнал, 2003, № 1, С. 85-87.
4. Клейн К.В., Лахин А. В., Латышев Ю. П., Кривошеев К. В. Лапароскопические технологии в лечении колоректального рака. Тез. докл. V Всерос. конф. «Актуальные проблемы колопроктологии». Ростов-на-Дону, 2001, С.167.
5. Сажин В. П., Бубликов И. Д., Герасин Ю. Н. Видеолапароскопические операции при опухолях толстого кишечника. «Реконструкция – основа современной хирургии»; конф. молодых ученых, М.: Аир-Арт, 1999, С. 103-106.
6. Сажин В. П., Куликов Е. П., Бубликов И. Д. Лапароскопические операции при опухолях толстой кишки. Тез. докл. V Всерос. конф. «Актуальные проблемы колопроктологии». Ростов-на-Дону, 2001, С. 167.
7. Ferrara A, Ruggiero R., Voccia G. Ultra-low laparoscopic rectal resection and colo-anal anastomosis. Ann Ital Chir., 1996, 67, 3: 425-433.
8. Franklin M.E. Лапароскопическая резекция сигмовидной кишки, низкая передняя резекция и брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. «Малоинвазивная колопроктология». Под ред. Арреви М.А., М.: Медицина, 1999, С. 212-225.
9. Franklin M.E., Diaz A, Norem R. et al. Prospective comparison of open vs. laparoscopic colon surgery for carcinoma. Five years results. Dis Colon Rectum, 1997, 39, 10: 135-146.
10. Goh Y.C., Eu K.W., Seon-Choen F. Early postoperative results of prospective series of laparoscopic vs. open anterior resection for rectosigmoid cancers. Dis Colon Rectum, 1997, 40, 7: 776-780.
11. Cosimelli M., Mannella E., Giannarelli D. et al. Nerve-sparing surgery in 302 resectable rectosigmoid cancer patients: genitourinary morbidity and 10-year survival. Dis Colon Rectum, 1994, 37, 2: S42-S46.
12. Ellis H. Клиническая анатомия для хирургов, выполняющих лапароскопические и торакокопические операции. М.: Медицина, 2000, 344с.
13. Enker W. E., Thaler H. T., Cranor M.L., Polyak T. Total mesorectal excision in the operative treatment of carcinoma of the rectum. J. Am. Coll. Surg., 1995, 181, 4: 335-346.
14. Enker WE, Havenga K, Polyak T, Thaler H, Cranor M. Abdominoperineal resection via total mesorectal excision and autonomic nerve preservation for low rectal cancer. World J. Surg., 1997, 21, 8: 715-720.
15. Guillem J.G., Paty P. B., Cohen A. M. Surgical treatment of colorectal cancer. Cancer J. Clin., 1997, 47, 2: 113-128.
16. Havenga K, DeRuiter MC, Enker WE, Welvaart K. Anatomical basis of autonomic nerve-preserving total mesorectal excision for rectal cancer. Br. J. Surg., 1996, 83: 384-388.
17. Heald R. J., Chir M., Smedh R.K. et al. Abdominoperineal excision of the rectum – an endangered operation. Dis Colon Rectum, 1997, 40, 7: 747-751.
18. Heald RJ, Karanjia ND. Results of radical surgery for rectal cancer. World. J. Surg., 1992, 16, 9: 848-857.
19. Hida J., Yasutomi M., Maruyama T. et al. Indication for using high ligation of the inferior mesenteric artery in rectal cancer surgery. Dis Colon Rectum, 1998, 41, 8: 984-991.
20. Hida J, Mori N, Kubo R, et al. Metastases from carcinoma of the colon and rectum detected in small lymph nodes by the clearing method. J.Am. Coll. Surg., 1994, 178, 3: 223-228.
21. Hojo K., Sawada T., Moriya Y. An analysis of survival and voiding, sexual function after wide iliopelvic lymphadenectomy in patients with carcinoma of the rectum, compared with conventional lymphadenectomy. Dis Colon Rectum, 1989, 32, 2: 128-133.
22. Takahashi T., Ueno M., Azekura K., Ohta H. Lateral node dissection and total mesorectal excision for rectal cancer. Dis Colon Rectum, 2000, 43, 10: S59-S68.

ПРОТЯЖЕННОСТЬ ЗОНЫ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ГИПОГАНГЛИОЗА У ВЗРОСЛЫХ И ЕЁ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ИНТРАМУРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Акад. РАМН, проф. Воробьев Г.И., к.м.н. Жученко А.П., д.м.н. Ачкасов С.И., проф. Капуллер Л.Л., Бирюков О.М.

ГНЦ колопроктологии МЗРФ (директор – акад. РАМН проф. Г.И. Воробьев), г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Интрамуральная нервная система прямой кишки – это автономный нервный аппарат, представленный взаимосвязанными сплетениями нервных волокон и большого числа ганглиев, богатых нейронами [3].

Основная функция интрамуральных ганглиев состоит в регуляции двигательной активности гладкой мускулатуры кишечной стенки.

Некоторые пороки развития интрамуральной нервной системы могут приводить к выключению из перистальтики участка кишки, расширению и атонии вышележащих отделов. Клинически данное состояние проявляется запорами и признаками хронической интоксикации. Наиболее известным пороком развития является болезнь Гиршпрунга, заключающаяся в отсутствии ганглиев в стенке толстой кишки [12]. Врожденный гипоганглиоз автономной нервной системы характеризуется наличием редких, менее 3 на 1 линейный сантиметр среза препарата, плохо сформированных, небольших по размеру ганглиев, содержащих значительно меньше, чем в норме, нейронов [1,7].

По данным А.И. Ленюшкина (1999), В.Д. Федорова и соавт. (1986), О. Swenson (1959) дистальная граница зоны с нарушенной нервной структурой толстой кишки совпадает с верхним краем анального канала [2, 4, 9].

В 1955 г. О. Swenson для диагностики болезни Гиршпрунга предложил трансанальную биопсию стенки прямой кишки, позволяющую оценить состояние интрамурального нервного аппарата [8]. Метод заключался в иссечении кусочка ткани, включающего все слои кишечной стенки, длиной 5-10 мм. тотчас над внутренним сфинктером, и исследовании его на наличие интрамуральных ганглиев. Однако позднее, изучая препараты, взятые в зоне внутреннего сфинктера у трупов детей, не страдавших запорами, автор обнаружил в каждом из них редкие ганглии. Они определялись на протяжении 20 мм. от зубчатой линии до участка с нормальным строением нервной системы. Учитывая эту особенность, О. Swenson предложил производить биопсию

стенки прямой кишки на 20 мм. выше зубчатой линии [9].

Проведенные впоследствии R.T. Aldridge et al. (1968) исследования трупов новорожденных и детей, умерших в возрасте от 1 мес. до 15 лет, показали, что в норме в межмышечном нервном сплетении определяются отдельные ганглии, начиная от зубчатой линии, и распространяются до уровня 14 мм. в краниальном направлении. В подслизистом сплетении эти параметры колебались от 2 до 18 мм. [5]. Участок кишки от зубчатой линии до места появления первого ганглия был назван R.T. Aldridge et al. (1968) [5] зоной физиологического гипоганглиоза. Важно отметить, что в некоторых поперечных срезах, приготовленных из этого участка, обнаруживались ганглии, в то время как в продольных срезах установить их наличие не удавалось. Вот почему, по мнению авторов, для характеристики этой зоны больше подходит определение «гипоганглионарная», чем «аганглионарная». Была прослежена прямая корреляционная зависимость длины зоны физиологического гипоганглиоза от возраста детей.

Проксимальнее зоны физиологического гипоганглиоза определялся дополнительный участок с хорошо сформированным нервным сплетением длиной от 5 до 15 мм., где ганглии располагались менее плотно, чем в вышележащих отделах.

Выше этого уровня, начиная с 30 мм. от зубчатой линии, во всех препаратах было обнаружено плотное расположение ганглиев (от 7 до 14 в 1 линейном см.), соединенных нервными комиссурами, что представляло собой нормальное строение интрамуральной нервной системы.

Учитывая это обстоятельство, авторами было рекомендовано производить биопсию выше 30 мм. от зубчатой линии, т. е. из участка с нормальным строением автономной нервной системы и плотным расположением ганглиев.

В других работах имеются разноречивые сведения о распространенности и частоте расположения ганглиев в аноректальной зоне у детей и уровне взятия биопсии стенки прямой кишки [6, 10, 11]. До настоящего времени не получено

сведений о протяженности зоны физиологического гипоганглиоза в дистальном отделе прямой кишки у взрослых. Это побудило нас к проведению настоящего исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для исследования послужили 19 препаратов дистального отдела прямой кишки и части анального канала, взятых у трупов. Возраст умерших колебался от 50 до 74 лет ($60,7 \pm 0,2$). Мужчин было 10 (52,6%), женщин – 9 (47,4%). Нормостенический тип сложения отмечался у 8 из них, астенический – у 6 и гиперстенический – у 5. Причиной смерти были заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Критериями исключения из исследования явились указания данных катамнеза на наличие сахарного диабета, опухоли прямой кишки и анального канала, хронического запора.

Препараты, включающие в себя прямую кишку и анальный канал с перианальной кожей, извлекались из трупов при аутопсии. Каждый образец рассекался по задней стенке в продольном направлении и фиксировался в 10% растворе формалина. После фиксации продольные полоски шириной 2 мм. и длиной 60 мм. вырезались из задней стенки кишки от зубчатой линии и выше. Каждая полоска разрезалась в поперечном направлении на 3 фрагмента по 20 мм. Затем фрагменты маркировались и заливались в парафин. Из каждого блока изготавливались срезы 6 м толщиной и окрашивались гематоксилином и эозином.

Исследование проводилось одним патологоанатомом. Изучалась плотность залегания ганглиев в мышечно-кишечном нервном сплетении. Расстояние до идентифицируемых ганглиев определялось от зубчатой линии и измерялось с помощью окуляр-микрометра.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Первые ганглии мышечно-кишечного нервного сплетения определялись на расстоянии от 2,1 до 40,0 мм. ($9,4 \pm 8,1$ мм.) от зубчатой линии (рис. 1, А). Проксимальнее первого ганглия локализовалась зона, в которой встречались отдельные редкие ганглионарные структуры (менее 3 на 1 линейный см.). Ее протяженность составляла 0-39,0 мм. ($16,3 \pm 11,0$ мм.) (рис 1, Б).

Выше этой зоны обнаруживались легко идентифицируемые, плотно расположенные ганглии (от 7 до 14 на 1 линейный см.) и их соединяющие нервные пучки, представляющие нормальную

Цель исследования: Изучить протяженность зоны физиологического гипоганглиоза у взрослых и определить ее значение для диагностики пороков развития интрамуральной нервной системы прямой кишки.

Оценивались следующие параметры: а) расстояние от зубчатой линии до первого ганглия, б) расстояние от первого ганглия до зоны с плотным их залеганием, в) расстояние от зубчатой линии до зоны с плотным расположением ганглиев, представляющих нормальную нервную структуру кишечной стенки (рис. 1).

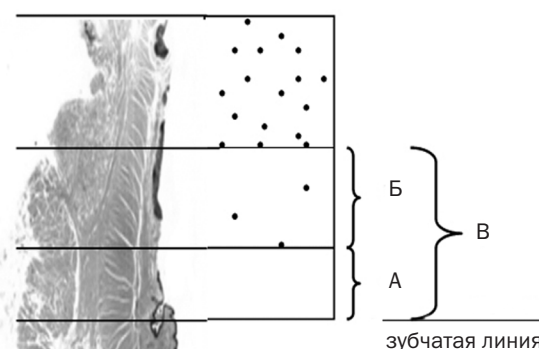


Рис. 1. Схематическое изображение высоты и частоты расположения ганглиев интрамуральной нервной системы дистального отдела прямой кишки

А, Б, В – объяснение в тексте

структуру интрамуральной нервной системы прямой кишки. Расстояние от зубчатой линии до этого участка колебалось от 7,5 мм. до 50,0 мм. ($25,7 \pm 12,0$ мм.) (рис. 1, В).

Параметрическое выражение распространенности ганглиев показано в таблице 1.

В одном случае нам не удалось определить ни одного элемента интрамуральной нервной системы до уровня 40 мм, где сразу отмечалось плотное залегание ганглиев с нервными комиссурами, характерное для нормального строения межмышечного нервного сплетения.

Таблица 1. Высота расположения ганглиев мышечно-кишечного нервного сплетения прямой кишки (N =19)

№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
А	2,1	3,0	3,0	4,0	3,6	6,6	7,2	8,0	9,3	10,0	9,0	5,4	10,0	10,0	11,0	11,0	12,6	13,0	40,0
Б	5,4	18,0	33,0	10,4	12,4	10,0	32,8	13,0	20,7	11,0	6,0	15,0	12,0	10,0	5,0	39,0	31,0	25,0	0
В	7,5	21,0	36,0	14,4	16,0	16,5	40,0	21,0	30,0	21,0	15,0	20,4	22,0	20,0	16,0	50,0	43,6	38,0	40,0

А – высота расположения первого ганглия (мм.)

Б – протяженность зоны с редким залеганием ганглиев (мм.)

В – расстояние от зубчатой линии до участка с нормальным строением интрамуральной нервной системы (мм.)

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Пороки развития интрамуральной нервной системы имеют схожие симптомы, такие как расширение толстой кишки и стойкие запоры. Для установления правильного диагноза зачастую бывает недостаточно только рентгенологического и физиологического исследований. Поэтому решающее значение в дифференциальной диагностике этих состояний имеет трансанальная биопсия стенки прямой кишки, предложенная О. Swenson в 1955 году [8].

В настоящее время установлено, что в норме в дистальном отделе прямой кишки имеется зона физиологического гипоганглиоза. Ее наличие необходимо учитывать при выполнении биопсии по О. Swenson [9]. Наиболее полное исследование интрамуральной нервной системы дистального отдела прямой кишки у детей было проведено R.T. Aldridge et al. (1968) [5]. Под зоной физиологического гипоганглиоза подразумевалось расстояние от зубчатой линии до первого ганглия, определяемого в стенке кишки. Однако до настоящего времени не существует единого мнения о протяженности этой зоны и уровне взятия биопсии стенки прямой кишки. Кроме того, все указанные исследования были проведены у детей, и не было ни одного сообщения о строении автономной нервной системы дистального отдела прямой кишки у взрослых.

Нами проведено собственное исследование на трупах, целью которого стало изучение строения интрамурального нервного аппарата дистального отдела прямой кишки у взрослых. При анализе исследуемого материала было установлено, что среднее расстояние от зубчатой линии до первого ганглия, идентифицируемого в стенке кишки, равняется $9,4 \pm 8,1$ мм. Проксимальнее имеется зона протяженностью от 0 до 39,0 мм. ($16,3 \pm 11,0$ мм.), в которой отмечается наличие редких ганглиев (менее 3 на 1 линейный см.). Выше этой зоны определяется нормальное строение интрамуральной нервной системы. Среднее расстояние от зубчатой линии до участка с нормальным строением интрамуральной нервной системы составляет, по нашим данным, $25,7 \pm 12,0$ мм., а его параметры колеблются от 7,5 до 50,0 мм.

Вероятно, зоной физиологического гипоганглиоза следует называть сегмент кишки от зубчатой

линии до уровня с нормальным строением нервной системы, а не расстояние до первого ганглия, как предложил R.T. Aldridge et al. (1968) [5]. Это обусловлено тем, редкие ганглии, расположенные проксимальнее первого из них, могут не попадать в продольные срезы при взятии материала, на что указывали и сами авторы, предлагая брать биопсию выше этой зоны. Более того, количество ганглиев в данном участке кишки соответствует таковому при гипоганглиозе (менее 3 на 1 линейный см.) [7] и, даже попадая в биопсийный материал, они будут давать ложноположительный диагноз этой аномалии развития.

В проведенном нами исследовании было установлено, что в 7 из 19 случаев протяженность зоны физиологического гипоганглиоза превышала 30,0 мм., а в 1 случае достигала 50,0 мм. Выполнение биопсии по оригинальной методике О. Swenson [9] неминуемо привело бы к диагностической ошибке у этих пациентов, так как автор предлагал взятие биоптата длиной 1 см. в 2 см. выше зубчатой линии.

Вот почему для повышения точности диагностики пороков развития интрамуральной нервной системы у взрослых целесообразно применение модификации биопсии О. Swenson. Она заключается в иссечении из стенки кишки полоски ткани длиной 60 мм., включающей в себя зону физиологического гипоганглиоза и вышерасположенный участок с потенциально нормальным нервным сплетением. Гистологическое исследование биоптата, полученного таким образом, позволит дать более полную и объективную оценку состояния нервного аппарата прямой кишки.

Так, наличие отдельных ганглиев в дистальном отделе препарата и легко идентифицируемых, плотно залегающих ганглиев (от 7 до 14 на 1 линейный см.) [5] с нервными комиссурами между ними в его проксимальной части представляет собой нормальное состояние интрамуральной нервной системы прямой кишки.

Выявление редких отдельных ганглиев (менее 3 на 1 линейный см.) [7], как в дистальном, так и в проксимальном отделах препарата, говорит о гипоганглиозе толстой кишки.

Отсутствие ганглиев на всем протяжении препарата позволяет констатировать аганглиоз толстой кишки.

ВЫВОДЫ

1. Протяженность зоны физиологического гипоганглиоза в межмышечном нервном сплетении дистального отдела прямой кишки у взрослых колеблется от 7,5 до 50,0 мм. (25,7±12,0 мм.).
2. Для повышения точности диагностики пороков развития интрамуральной нервной системы у взрослых целесообразно применение модификации биопсии O.Swenson.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вавилова Т. И., Воробьев Г. И., Насырина Т. А. Изменения интрамуральной нервной системы при идиопатическом мегаколоне у взрослых. Архив патологии, 1995, № 3, с. 28-30.
2. Ленишкин А. И. Хирургическая колопроктология детского возраста. М.: Медицина, 1999, 368 с.
3. Мельман Е. П., Дацун И. Г. Функциональная морфология прямой кишки и структурные основы патогенеза геморроя. М.: Медицина, 1986, 176 с.
4. Федоров В. Д., Воробьев Г. И. Мегаколон у взрослых. М.: Медицина, 1986, 224 с.
5. Aldridge R. T., Campbell P. E. Ganglion cell distribution in the normal rectum and anal canal. A basis for diagnosis of Hirschsprung's disease. J. Pediatr. Surg., 1968, 3: 475-489.
6. Duhamel V. Histologic investigations into idiopathic megacolon. In Seminar on pseudo-Hirschsprung's disease and related disorders. Arch. Dis. Child., 1966, 41: 143-154.
7. Scharly A. F., Sossai R. Hypoganglionosis. Semin Pediatr. Surg., 1988, 7(3): 87-91.
8. Swenson O., Fisher J. N., MacMahon H. E. Rectal biopsy as an aid in the diagnosis of Hirschsprung's disease. New Eng. J. Med., 1955, 253: 632 - 635.
9. Swenson O., Fisher J. H., Gherardi G. J. Rectal biopsy in the diagnosis of Hirschsprung's disease. Experience with one hundred biopsies. Surgery, 1959, 45: 690.
10. Venupogal S., Manser K., Shandling B. The valid of rectal biopsy in relation to morphology and distribution ganglion cells. J. Pediatr. Surg., 1981, 16: 433 - 437.
11. Weinberg A.G. The anorectal myenteric plexus: its relation to hypoganglionosis of the colon. Amer. J. Clin. Path., 1970, 54: 637-642.
12. Whitehouse F. R., Kernohan J. W. Myenteric plexus in congenital megacolon. Arch. Intern. Med., 1948, 82: 75-111.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНЫХ ОДНОМОМЕНТНЫХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

К.м.н. Тихонов А.А., к.м.н. Лихтер М.С., Горинов А.В.

ГНЦ колопроктологии МЗ РФ (директор – академик РАМН,
проф. Г.И. Воробьев), г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

До настоящего времени одним из наиболее эффективных методов диагностики заболеваний толстой кишки, вовлекающих в процесс соседние органы и ткани, является комплексное раздельное рентгенологическое исследование. При этом, пациенту последовательно, в течение нескольких дней выполняют ирригоскопию и другие необходимые рентгенологические исследования. [1,2,5]. Интервал между исследования-

ми составляет один – два, или несколько дней. Этот метод позволяет оценить патологический процесс в толстой кишке и степень вовлечения соседних органов. Однако, требуется многодневное пребывание больного в стационаре, или многочисленные амбулаторные посещения, с многократной подготовкой к каждому этапу исследования, что может оказать негативное воздействие на течение заболевания. Также

следует учесть, что при каждом виде исследования центрация рентгеновского луча производится на исследуемый орган, что в конечном итоге не позволяет адекватно судить о топографических взаимоотношениях между вовлечёнными

в патологический процесс органами и тканями[3,4]. В этой связи, весьма существенным и актуальным является разработка новых методов комплексного рентгенологического исследования у этой сложной категории больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За последние четыре года в рентгенорадиологическом отделении ГНЦ колопроктологии, активно разрабатывается и внедряется в практику метод комплексного одномоментного рентгенологического исследования толстой кишки. Сущность его заключается в том, что весь комплекс необходимых рентгенологических методов исследования выполняется одномоментно, как одно единое исследование (т.е. одновременно, вместе с контрастированием толстой кишки, осуществляется полноценное исследование мочевого пузыря, желудка, влагалища, и других заинтересованных органов). Такой подход к исследованию позволяет оценить все вовлечённые в патологический процесс органы и ткани, и получить реальную рентгенанатомическую картину заболевания. Материалом для нашего исследования послужил анализ данных комплексного одномоментного рентгенологического исследования 406 больных с заболеваниями толстой кишки, обследованных в ГНЦК с 2000 по 2003 год. Это составило 6,0 % от общего числа выполненных исследований толстой кишки за указанный период времени. Из них у 225 больных (55,4 %) имелись онкологические заболевания и у 181 (44,6%) – неопухольевые. В число последних вошли пациенты с воспалительными заболеваниями толстой кишки, больные поступившие для реконструктивно-восстановительного лечения. Всем больным была выполнена ирригоскопия в различных модификациях. Кроме этого, пациентам выполнялись урография, цистография, фистулография, исследование желудка, вагинография, уретрография (табл. 1). Наиболее частыми сочетаниями

рентгенологических исследований были фистуло-ирригоскопия (48,5%) и цисто-ирригоскопия (14,8%). Среди других сочетаний применяли проктовагинографию, уро-цисто-ирригоскопию (наиболее трудоёмкое исследование), ирригоскопию с исследованием желудка или тонкой кишки, ирриго-цисто-вагинографию, ирриго-уретрографию и различные другие сочетания. Подготовка к исследованию была однократной. К исследованию пациенты готовились очистительными клизмами или с помощью осмотических слабительных, изготовленных на основе высокомолекулярных полимеров. Накануне и в день исследования больной не принимал пищу. При рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта (ирригоскопия, исследование желудка, тонкой кишки), а также влагалища применялась бариевая взвесь в различных разведениях, и воздух, в качестве двойного контрастирования. Исследование органов мочевыводящей системы и свищей осуществлялось водорастворимыми контрастными веществами типа «Ульгравист-370», «Урографин» и «Триомбраст». За последние четыре года количество комплексных одномоментных рентгенологических исследований увеличилось с 4,57 % до 9,92 %. Это обусловлено не только активным внедрением комплексных одномоментных рентгенологических исследований в практику отделения, но и увеличением числа больных со сложными заболеваниями органов брюшной полости, требующих проведения нестандартных методов обследования.

Таблица 1. Варианты одномоментных рентгенологических исследований толстой кишки

Одномоментные исследования	Число пациентов	
	Абс.	%
Фистуло-ирригоскопия	197	48,5
Цисто-ирригоскопия	60	14,8
Ирриго-вагинография	15	3,7
Уро-цисто-ирригоскопия	21	5,2
Ирригоскопия + исследование желудка/тонкой кишки	18	4,4
Другие одномоментные исследования	78	19,2

Показанием к выполнению комплексных одномоментных рентгенологических исследований являлись:

1. Местнораспространённые опухоли толстой кишки с прорастанием в соседние органы или подозрение на прорастание (55,4 %);
2. Осложнённый дивертикулёз толстой кишки (7,1%);

3. Болезнь Крона(9,4%);
4. Наружные кишечные свищи(17,3%);
5. Планируемые реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке (7,8%);
6. Сочетание заболеваний толстой кишки с патологией урогенитальной области (3,0%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе лучевой нагрузки на пациента отмечено, что сочетанные исследования не влияют на экспозиционную дозу. Так, количество рентгенограмм при раздельной урографии и ирригоскопии было таким же, как при сочетанном исследовании. В дозовом эквиваленте это выражалось в пределах 8 – 11,5 мЗв. Выполнение одномоментных исследований снижало общее количество рентгенограмм на 2-5 снимков, что приводило к значительному снижению лучевой нагрузки.

Нами проведена сравнительная оценка экспозиционных доз у 40 пациентов, из которых 20 были выполнены раздельные фистулография и ирригоскопия, или цистография и ирригоскопия (эти пациенты в основную группу не включены); а остальным 20 пациентам – одномоментные фистуло-ирригоскопия или цисто-ирригоскопия. При этом было установлено, что средние экспозиционные дозы при раздельных исследованиях соответствовали $10,4 \pm 0,5$ мЗв, тогда как при одномоментном исследовании эти показатели равнялись $7,6 \pm 0,8$ мЗв. Таким образом, одномоментные рентгеновские исследования толстой кишки снижали лучевую нагрузку на пациента и, соответственно, на медицинский персонал на 20%.

Информативность комплексных одномоментных исследований оценивалась по качеству рентгенограмм, рентгеноанатомическим характеристикам и по общей точности исследования. Критерием точности диагностики служили результаты интраоперационной ревизии и данные гистологического исследования операционных препаратов. В наших наблюдениях общая точность составила 93,6% (положительные результаты получены у 380 больных). К отрицательным результатам исследования мы отнесли расхождение рентгенологического и патоморфологического диагнозов, а также неэффективность выполненного одномоментного исследования.

Чрезвычайно важным моментом при выполнении таких исследований является вопрос последовательности осуществления рентгенологических методик. При оценке первостепенности исследования различных отделов желудочно-кишечного тракта или органов мочевого выделения первоначально выполнялась урография и цистография (рис. 1).

Такой алгоритм диагностики применяется и при раздельном рентгеновском исследовании т.к. задержка бариевой взвеси в толстой кишке после

ирригоскопии создаёт эффект субтракции и затрудняет интерпретацию рентгенограмм.

Другим принципиальным вопросом стала оценка последовательности выполнения фистулографии и ирригоскопии. При выполнении значительного количества этих одномоментных исследований, нами установлено, что наиболее обосновано первичное выполнение фистулографии. Даже при характерной клинической картине толстокишечного свища, проявляющегося в выделении кишечного содержимого или клизмённых вод из свища при подготовке кишки; в процессе исследования этого эффекта можно не обнаружить. Введённая в кишку бариевая взвесь существенно изменяет рентгенологическую картину и выполненная, затем фистулография может оказаться неинформативной. Таким образом, фистулография всегда должна предшествовать ирригоскопии (рис. 3,4)

При оценке последовательности исследования толстой кишки, тонкой кишки и желудка последние являются уточняющими методами диагностики заболевания, и выполняются после ирригоскопии. Это в равной мере относится к контрастному исследованию влагалища и уретры у мужчин (рис. 4).

Таким образом, алгоритм выполнения комплексных одномоментных рентгенологических исследований у больных с заболеванием толстой кишки представляется следующим образом:

1. Урография
2. Цистография
3. Фистулография
4. Ирригоскопия
5. Исследование желудка или тонкой кишки
6. Вагинография
7. Уретрография

При отсутствии необходимости выполнения какого-либо из исследований порядок и последовательность рентгенологических методик остаются прежними. Не соблюдение разработанного алгоритма может приводить к искажению рентгенологической картины, осложнить интерпретацию выявленных изменений и снизить информационную ценность метода. В этой связи, алгоритм осуществления комплекса исследований одномоментной рентгенографии является обязательным фактором при выполнении этого метода исследования.

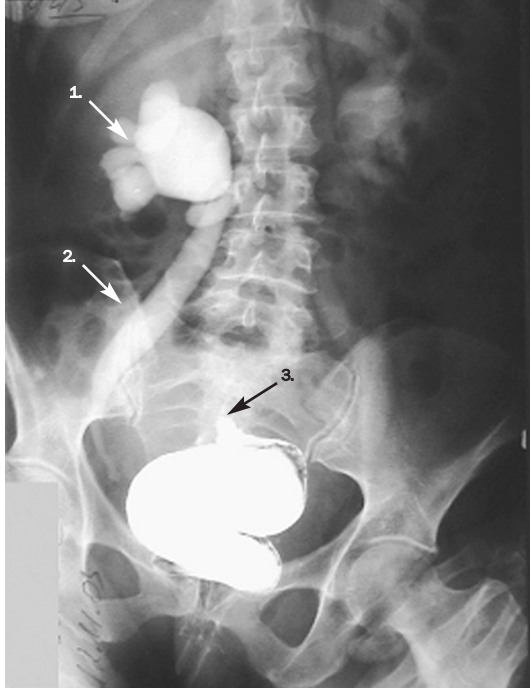


Рис. 1. Одновременная уро-проктография больной К., 56 лет. Злокачественная опухоль яичника прорастающая в толстую кишку с развитием обструкции (3), сдавлением обоих мочеточников, вторичный двусторонний гидронефроз (1), гидроуретер (2)

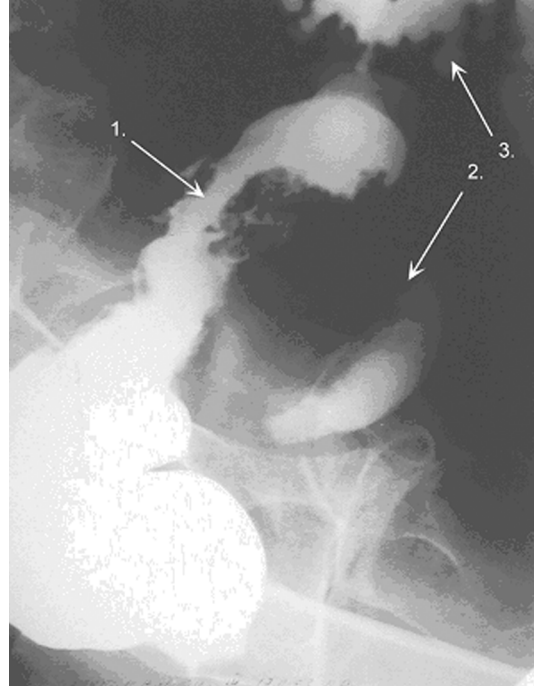


Рис. 2. Одновременная цисто-ирригоскопия больного Т., 64 года. Рак сигмовидной кишки (1) с прорастанием в стенку мочевого пузыря (2). Дивертикулёз сигмовидной кишки (3)

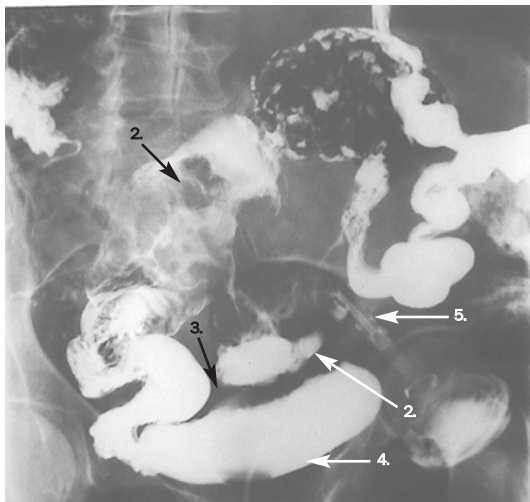


Рис. 3. Одновременная цисто-фистуло-ирригоскопия больной Б., 67 лет. Распадающаяся местнораспространённая опухоль прямой кишки (1). Опухолевый канал через свищ сообщается с патологической полостью (2), которая так же, через свищ (3) сообщается с мочевым пузырём (4), и, через наружный свищ (5) дренируется на переднюю брюшную стенку.

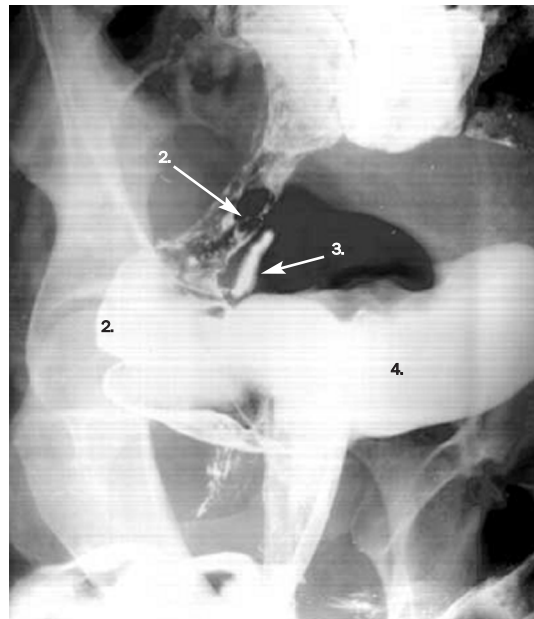


Рис. 4. Одновременная цисто-фистуло-проктография больного А., 49 лет. Актиномикоз клетчатки полости таза. В прямой кишке (1) – воспалительная стриктура (2), вблизи кишки выявляется патологическая полость (3), контрастированная водорастворимым контрастным веществом через наружное свищевое отверстие. Одновременно контрастирован мочевой пузырь (4), стенка которого вторично вовлечена в воспалительный процесс.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, комплексные одномоментные рентгеновские исследования у больных с заболеваниями толстой кишки существенно сокращают сроки обследования, не требуют многократной под-

готовки пациента к исследованию, снижают лучевую нагрузку на пациента и медперсонал, позволяют получить более качественную и более объемную информацию о патологическом процессе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кишковский А. Н. Дифференциальная рентгенодиагностика в гастроэнтерологии. М.: Медицина, 1984, 287 с.
2. Шнигер Н. У. Рентгенология прямой и ободочной кишки. М.: УДН, 1989, 251 с.
3. Портной Л. М. Современная лучевая диагностика в гастроэнтерологии и гастроэнтероонкологии М.: Видар-М, 2001, 218 с.
4. Katz D.S., Math K.R., Groskin S. A. Секреты рентгенологии, М.: Бином, 2003, с. 151-160.
5. Mendelson R.M. Общее руководство по радиологии под редакцией Н. Peterson. Nicer, 1995, T2, с. 891-1027.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Дементьева О.П., к.м.н. Михайлова Т.Л., д.м.н. Подмаренкова Л.Ф.

ГНЦ колопроктологии МЗ РФ (директор – академик РАМН, проф. Г.И. Воробьев), г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Проблема лечения синдрома раздраженного кишечника (СРК) далека от своего разрешения. По данным литературы у 30 % и более больных отсутствует эффект от назначения растительных волокон, бактериальных и фармакологических препаратов или эффект ограничивается сроком приема лекарств [1,2]. Антидепрессанты, нейролептики и другие препараты, влияющие на центральную и вегетативную нервную системы, вызывают множество побочных эффектов и плохо переносятся больными. Кроме того, трудности возникают в терапии пациентов, страдающих поливалентной лекарственной аллергией. Низкая эффективность медикаментозного лечения, необходимость длительной поддерживающей терапии создают ощущение безнадежности у пациента, вынуждая врача искать нетрадиционные пути оказания помощи больному.

Гомеопатический метод появился в Германии на рубеже 18-9 веков благодаря трудам немецкого врача и химика Самуэля Генемана [3]. Своей основной труд

«Органон врачебного искусства» он опубликовал в 1810 г.

Сущность метода заключается в применении различных органических и неорганических природных веществ в микродозах в соответствии с правилом «подобия». Это правило гласит, что вещество, введенное в организм здорового человека в токсических или субтоксических дозах и вызывающее определенные клинические проявления, будучи использовано в ничтожно малом количестве, устраняет такие проявления у больных людей. Источниками информации о действии различных веществ на организм человека является бытовая, промышленная и военная токсикология, а так же клинические испытания на добровольцах [5].

Хотя о механизмах действия микродоз нам и сейчас известно очень мало, сам факт воздействия подтверждается многочисленными экспериментальными и клиническими данными. Полагают, что химические вещества в разведении 10 в минус 32 степени являются сигнальной информацией

для клеток, нормализующих межклеточное и межорганное взаимодействие [5, 10]. В этом случае восстановление функции толстой кишки можно ожидать опосредованно через регулирующие нервно-эндокринные влияния. Подбор гомеопатического препарата базируется на анализе симптомов и их сочетании [3, 5, 10].

Благодаря применению ничтожно малых доз, терапия гомеопатическими препаратами безопасна, так как лишена токсических и аллергических осложнений, и, пожалуй, единственным ее недостатком является отсутствие стандартов и схем лечения, и поэтому необходим компьютерный

или трудоемкий эмпирический подбор гомеопатических препаратов в соответствии с анализом клинической картины по правилу «подобия» [3, 5, 10].

Цель исследования: определение места гомеопатического метода в лечении больных СРК.

Задачи исследования.

1. Оценить эффективность гомеопатического метода при различных клинических вариантах СРК.
2. Изучить влияние гомеопатического лечения на уровень порога болевой чувствительности с помощью баллонно-дилатационного теста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 54 пациента из них 11 мужчин и 43 женщины в возрасте от 15 до 65 лет. Доминировали лица молодого трудоспособного возраста. Средний возраст составил 41 год. Длительность анамнеза была значительной, от 1 года до 20 лет, средняя продолжительность заболевания была равна 4 годам. Все пациенты получали длительное и безуспешное предшествующее лечение различными аллопатическими препаратами.

Для исключения органических заболеваний органов брюшной полости использовались клинические, микробиологические, лабораторные и инструментальные методы исследования: гастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, колоноскопия или ирригоскопия и физиологическое исследование. Обследование проводилось в условиях стационара или поликлиники ГНЦ колопроктологии в течение 2002-2003гг.

Диагноз СРК выставлялся на основании общеизвестных «Римских критериев II» [7].

Все больные были разделены на 3 группы в соответствии с клиническими вариантами СРК (табл. 1):

- I. Пациенты с преобладанием диареи – 30 человек (56%).
- II. Пациенты с преобладанием запора – 17 человек (31%).

III. Пациенты с преобладанием боли и метеоризма – 7 человек (13%).

Кроме жалоб со стороны кишечника, у пациентов наблюдались внекишечные симптомы. У 47 человек они проявлялись раздражительностью, беспокойством, неустойчивым настроением. Нарушение сна было у 32 больных. Жаловались на упорные головные боли 10 человек. У 7 больных выявлялись повышенные цифры АД.

Подбор гомеопатического препарата осуществлялся нами не только с учетом специфических для заболевания симптомов, но, прежде всего, учитывались индивидуальные особенности течения болезни, конституция пациента, его психо-эмоциональное состояние. Лечение в этих условиях становилось строго индивидуальным [4, 6, 10].

Пациенты с одинаковыми кишечными симптомами получали разные гомеопатические препараты в зависимости от индивидуальных особенностей.

Например, пациентам с преобладанием диареи назначались такие препараты как гельземин, аргентум нитрикум, натриум сульфурикум, пациентам с преобладанием запора – нукс вомика, сепия, силицея, натриум муриатикум и т. д.

Лечение осуществлялось одним из выбранных препаратов в тридцатом или двухсотом сотенном разведении, который назначался в растворе с интервалом от двух раз в неделю до одного раза в месяц и реже. Продолжительность терапии варьировала от 8 до 12 недель.

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от клинических вариантов СРК (n=54)

СРК с преобладанием диареи	СРК с преобладанием запора	СРК с преобладанием боли и метеоризма
30 (56%)	17 (31%)	7 (13%)

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

После проведенного курса лечения через 8 недель положительный эффект отмечался у 34 человек, что составляет 63%. Он характеризовался нормализацией частоты дефекаций, консистенции кала, прекращением или значительным уменьшением болевого синдрома, метеоризма и миксореи. Все эти пациенты характеризовали свое состояние как хорошее.

Мы изучили эффективность гомеопатического метода при различных клинических вариантах СРК (табл. 2):

1. У пациентов с преобладанием диареи – положительный эффект наблюдался у 17 человек, что составило 57%, отсутствовал эффект у 43%.
2. У пациентов с преобладанием запора – положительный эффект наблюдался у 14 человек, что составило 82%, отсутствовал эффект у 18%.
3. У пациентов с преобладанием боли и метеоризма – положительный эффект наблюдался у 3 человек, что составило 43%, отсутствовал эффект у 57%.

Полученные данные говорят о том, что наилучшие результаты получены у больных СРК с преобладанием запора и наилучшие у больных с преобладанием боли и метеоризма.

Влияние гомеопатического лечения не ограничивалось кишечными симптомами. Выявлено положительное действие препаратов на внекишечные симптомы и, прежде всего, психо-эмоциональные (табл. 3).

1. Уменьшилась раздражительность и беспокойство, улучшилось настроение у 23 пациентов, что составляет 49%.

2. Сон нормализовался у 18 пациентов, что составляет 56%.
3. Упорные головные боли прекратились у 4 пациентов, что составляет 40%.
4. АД нормализовалось у 3 из 7 пациентов, что составляет 43%.

Полученные результаты демонстрируют разнообразное и глубокое действие гомеопатического метода на организм больного.

Для объективной оценки эффективности гомеопатического лечения мы использовали баллонно-дilatационный тест [8,9]. Нами был изучен порог болевой чувствительности у 16 пациентов до лечения гомеопатическими препаратами и через 8 недель.

До лечения было отмечено снижение порога болевой чувствительности у всех 16 пациентов и он колебался от 15,75 до 38,50 мм рт. ст при норме $45,4 \pm 5,3$ мм рт. ст (40 мм рт. ст). Среднее значение порога болевой чувствительности составило $25,27 \pm 6,45$ мм рт. ст. После гомеопатического лечения порог болевой чувствительности достоверно повысился, среднее значение его составило $36,42 \pm 8,62$ мм рт. ст. (табл.4).

После лечения клиническое улучшение наблюдалось у 12 пациентов, из которых у 9 человек порог болевой чувствительности нормализовался и у 3 значительно повысился. В среднем по группе больных с клиническим улучшением порог болевой чувствительности составил $40,69 \pm 3,20$ мм рт.ст. У 4 пациентов без клинического улучшения порог болевой чувствительности существенно не изменился (табл. 5).

Таблица 2. Результаты гомеопатического лечения у больных с различными клиническими вариантами СРК

Клинические варианты СРК	Количество больных с клинической ремиссией после лечения
СРК с преобладанием диареи (n=30)	17 (57%)
СРК с преобладанием запора (n=17)	14 (82%)
СРК с преобладанием боли и метеоризма (n =7)	3 (43%)
Всего (n =54)	34 (63%)

Таблица 3. Влияние гомеопатического лечения на внекишечные симптомы

Внекишечные симптомы	Количество больных с положительным эффектом после лечения
Раздражительность, беспокойство, неустойчивое настроение (n=47)	23 (49%)
Нарушение сна (n =32)	18 (56%)
Упорные головные боли (n=10)	4 (40%)
Повышение АД (n =7)	3 (43%)

Полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии гомеопатических препаратов на показатели порога болевой чувствительности, что совпадало с клиническим улучшением. В ходе дальнейшего наблюдения получено подтверждение стойкости эффекта гомеопатического лечения на протяжении 6 месяцев после отмены терапии у 29 человек, что составляет 54%. Сохранение нормальной функции кишечника даже после прекращения терапии вселяет надежду на последующее излечение.

Таблица 4. Динамика показателей порога болевой чувствительности у больных СРК на фоне гомеопатического лечения (n=16)

Средние значения порога болевой чувствительности (мм. рт. ст.)		P
До лечения	После лечения	
25,27±6,45	36.42±8.62	P<0,05

Таблица 5. Динамика показателей порога болевой чувствительности у больных СРК в зависимости от результатов гомеопатического лечения (n=16)

Эффект лечения	Средние значения порога болевой чувствительности (мм. рт.ст.)		P
	До лечения	После лечения	
Положительный (n=12)	27,4±5,03	40,69±3,20	P<0,05
	23,62±6,40	27,12±4,16	
Без эффекта (n=4)			P>0,05

ВЫВОДЫ

1. Гомеопатический метод может быть достаточно эффективным в терапии СРК и расширяет возможности лечения, особенно у больных, безуспешно лечившихся методами аллопатической медицины и у больных, страдающих поливалентной лекарственной аллергией.
2. Гомеопатическое лечение оказывает положительное влияние на порог болевой чувствительности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по медицине в 2 томах. Под редакцией Р. Беркоу. Перевод с английского. 1997, т. 1, с. 274.
2. Минушкин О.Н. Метеоспазмил и его место в лечении больных с синдромом раздраженного кишечника. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2001, № 1, с. 34-36.
3. Ганеманн С. Органон врачебного искусства. Перевод с англ., 1996
4. Тайлер М. Портреты гомеопатических лекарств. Перевод с англ., 2002.
5. Свейн Д. Гомеопатический метод. Перевод с англ., 2002.
6. Бейли Ф. Гомеопатическая психология. Перевод с англ., 2002.
7. Баранская Е.К. Синдром раздраженного кишечника: диагностика и лечение. Consilium Medicum, 1998, т. 2, № 7, с. 287-292.
8. Bouin M. Plourde V. Rectal distention testing in patients with irritable bowel syndrome: sensitivity, specificity, and predictive values of pain sensory thresholds. Gastroenterology, 2002, 122: 1771-1777.
9. Delvaux M. Role of visceral sensitivity in the pathophysiology of irritable bowel syndrome. Gut, 2002, 51: 167-171.
10. Vithoulkas D. Homoeopathy. Medicine of the New Man. 1979.

ГЕМОФИЛИЯ КАК ПРИЧИНА КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

К.м.н. Ан В.К., Коновалов С.В.

Городская клиническая больница № 67, отделение неотложной проктологии, г. Москва

Гемофилия – это наследственное заболевание системы гемостаза, связанное с дефицитом факторов свертывания крови. Выделяют гемофилию А (недостаток VIII-го фактора), на которую приходится до 75-80 % случаев заболевания, гемофилию В (недостаток IX-го фактора) – 5-10 % случаев и гемофилию С 9 (дефицит XI-го фактора) – 0,5-1% случаев. Существуют и другие нарушения свертывания крови вследствие дефицита других факторов, но они крайне редки и к истинным гемофилиям не относятся.

Ген, отвечающий за синтез VIII-го и IX-го факторов гемостаза лоцируется в X-хромосоме, поэтому болезнь проявляется только у мужчин, так как у женщин вторая X-хромосома обеспечивает достаточную продукцию этих факторов. Здесь следует отметить очень важный момент, что вследствие этого активность факторов у женщин-носителей снижена на 50%, поэтому, если изначально у женщины детерминирован синтез на уровне, близком к нижней границе нормы, то снижение наполовину данного показателя уже представляет собой патологическое состояние, ничем не отличающееся от легкой степени гемофилии. К тому же, вопреки расхожему мнению, что женщина не может болеть гемофилией, это происходит, если девочка наследует одну дефектную X-хромосому от матери-кондуктора, а другую от отца, больного гемофилией. Таких случаев в мировой литературе описано около 60 и чаще всего это происходило при близкородственных браках.

Гемофилия С клинически сходна с гемофилией А и В, но болеют в равной степени как мужчины, так и женщины, так как синтез XI-го фактора контролируется геном, находящимся в аутосоме, а тип наследования – аутосомно-доминантный.

Клинически выделяют крайне тяжелую (содержание фактора 0-1 %), тяжелую (содержание 1-2 %), средней степени тяжести (2-5 %), и легкую (>5 %) степени гемофилии. Первые три степени появляются уже на первых годах жизни ребенка и проявляются гематомным типом кровоточивости, гемартрозами, длительными кровотечениями после порезов, ссадин и экстракции зубов. Эти люди обречены на пожизненное проведение симптоматической терапии, что в свою очередь влечет за собой такие проблемы, как инфицирование вирусами гепатитов В и С, ВИЧ, развитием резистентности к вводимым факторам, которые для ор-

ганизма являются чужеродными белками и провоцируют сенсбилизацию организма. Все это отягощает клиническое течение болезни и требует проведения дополнительных лечебных мероприятий (плазмаферез).

Лечение гемофилии представляет собой заместительную терапию. Факторы свертывания вводятся в организм с плазмой, криопреципитатом, представляющим собой концентрат факторов свертывания. За рубежом используются специально очищенные сухие концентраты факторов, которые несут значительно меньшую антигенную нагрузку. Распространенность гемофилии, по данным различных источников, составляет примерно 16-18 человек на 100 тысяч мужского населения. Поэтому вполне очевидна важность поднятого вопроса для многомиллионного города с высокой концентрацией населения и достаточно высокой частотой болезней хирургического профиля, требующих оперативного лечения. Это особенно важно, как для отделений неотложной хирургии, где детально выяснить анамнез и провести адекватную лабораторную диагностику подчас не представляется возможным, так и для амбулаторной службы из-за недостатка времени для обследования больного. Важно уточнить, что мы отдаем себе отчет в социальной и экономической необходимости развития амбулаторной хирургии. Но в тоже время мы хотим напомнить как мало-, так и многоопытным хирургам, что каждый человек имеет право на адекватное оказание медицинской помощи несмотря на то, что в обычной поликлинике, так же как и в стационаре одного дня, врач не имеет возможности постоянного наблюдения за больным. Поэтому, если врач сталкивается во время операции с трудностями при остановке кровотечения или возникает хотя бы малейшее подозрение в патологии системы крови, такого больного нужно немедленно госпитализировать в хирургическое отделение. Ведь послеоперационное кровотечение – одно из самых частых и самое опасное осложнение в хирургии.

Еще одна проблема – это лабораторная диагностика. Обычные стандартные показатели гемокоагулограммы не дают возможности поставить правильный диагноз. Для быстрой и эффективной диагностики используются тесты с разведением крови больного плазмой, заведомо содержащей либо VIII, либо IX фактор. При этом гематологами использу-

ются сухие концентраты факторов. Тесты с разведением позволяют также количественно определить недостаток того или иного фактора. Несмотря на простоту лабораторной диагностики, редкость и специфичность заболевания ведет к отсутствию настороженности врачей в отношении гемофилии, что отягощается отсутствием спецреагентов в обычных лабораториях и делает недоступной диагностику для большинства стационаров города. Мы неоднократно пользовались помощью специалистов Гематологического научного центра РАМН в постановке правильного диагноза. Выражаем им нашу искреннюю благодарность.

Мы имеем возможность познакомить Вас с двумя клиническими наблюдениями, которые являясь достаточно редкими даже для такого отделения как наше, где проводится в год около двух тысяч операций, в тоже время весьма ярко показывают важность поднятой проблемы.

Больной З., 44 лет, поступил 8.02.2004 в проктологическое отделение ГКБ № 67 в экстренном порядке с клиникой кровотечения из заднего прохода. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Частота дыхательных движений 18 в минуту, частота сердечных сокращений 88 в 1 мин., артериальное давление 130-80 мм.рт.ст. Местно: в анальном канале имеется обширная циркулярная раневая поверхность со следами крови. Из анамнеза – 21.01.2004 в одном из стационаров г. Москвы была произведена открытая геморроидэктомия. В послеоперационном периоде отмечались кровотечения из области ран в 1-е, на 3-и и на 5-е сутки, которое останавливались, как прошиванием тканей под местной анестезией, так и коагуляцией. На 9-е сутки больной был выписан для амбулаторного лечения. Однако 02.02.04 вновь поступил в тот же стационар с клиникой кровотечения из области послеоперационных ран. Кровотечение вновь было остановлено прошиванием. 06.02.04 был выписан для амбулаторного лечения. В день поступления в наше отделение кровотечение было остановлено тампонадой раны гемостатической губкой и марлевыми тампонами. Анализы крови при поступлении: Нв 66 г/л; эр-ты 2,91; гематокрит 20,6; анизоцитоз 23,5% ;тромбоциты 370; СОЭ 26 мм в час., сывороточное железо 6,1 мкм/л.

ПТИ 87,6 (N), АЧТВ 41,9 (N), фибриноген 1,6 (<). Анализ мочи в пределах нормы. Проводилась гемостатическая терапия, инфузии плазмы, эритроцитарной массы. Однако, в связи с рецидивом кровотечения на 3-и сутки после поступления в наш стационар больной был вновь взят в операцию для ревизии анального канала и остано-

ки кровотечения, что и было сделано. Вновь проводилась гемостатическая терапия с неоднократными инфузиями свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы. В показателях гемокоагулограммы, контроль которых постоянно проводился в отделении, не было отклонений от нормы. На 12-е сутки в связи с рецидивом кровотечения больной вновь был взят в операцию, где в очередной раз кровотечение было остановлено прошиванием и тампонадой раны. 24.02.2004 была заподозрена патология системы крови, в связи с чем вызвана выездная бригада Гематологического научного центра РАМН. Был поставлен диагноз гемофилии А (содержание фактора VIII – 27%). Дальнейшее лечение осуществлялось совместно со специалистами Гематологического научного центра вплоть до выписки больного из стационара спустя 1,5 месяца после последней операции. Через 5 месяцев после выписки учитывая многочисленные оперативные вмешательства, образовалась деформация анального канала с зиянием ануса и умеренной слабостью анального жома. Последнее обусловлено многочисленными хирургическими вмешательствами на заднем проходе. Несмотря на это, пациент чувствует себя удовлетворительно и полностью социально адаптирован.

Второй пример больной Б. 15-ти лет поступил в проктологическое отделение ГКБ №67 в экстренном порядке с клиникой абсцесса эпителиального копчикового хода 10.03.04. Тогда же была произведена операция «вскрытие абсцесса с иссечением тканей эпителиального копчикового хода». При поступлении общий анализ крови и общий анализ мочи были в пределах нормы. Однако, 12.03.04. возникло кровотечение из операционной раны. При ревизии рана диффузно кровоточила. Было произведено прошивание мелких сосудов раны и ее тугая тампонада. Однако, это имело лишь временный эффект. 13.03.04. кровотечение рецидивировало, и было остановлено тампонадой раны салфетками с препаратом «Капрофер». 15.03.04 вновь был отмечен рецидив кровотечения, которое также было остановлено коагуляцией и тампонадой раны. 17.04.04. пациент был консультирован специалистами выездной бригады Гематологического центра РАМН. Был поставлен диагноз гемофилии А с содержанием фактора VIII-16 %. Лечение данного больного также осуществлялось совместно с врачами-гематологами. Рецидивов кровотечения в последующем отмечено не было. Пациент был выписан через месяц с полностью зажившей послеоперационной раной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев Ю. Н. Гемофилия на рубеже двух столетий. Гематология и трансфузиология, 2002, № 3.
2. Полонская Т. Д. Современные представления о патогенезе, профилактике и лечении гемофилии, осложненной развитием ингибиторов. Гематология и трансфузиология, 2002, № 3.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СТРИКТУРАХ КОЛОСТОМЫ

Стойко Ю.М., Коновалов С.В., Синенченко Г.И.

Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, г. Москва, Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

По данным литературы, оперативные вмешательства при рубцовом сужении колостомы делятся на три основных вида: 1) рассечение рубца, 2) устранение стриктуры с реконструкцией колостомы и оставлением ее на прежнем месте, 3) устранение стриктуры с реконструкцией и перемещением колостомы на новое место [1,2,3,4,5,6,7,8].

Мы проанализировали преимущества и недостатки применяемых способов операции. Цель исследования заключалась в изучении отдаленных результатов хирургического лечения больных со стриктурами колостомы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За 12 лет (с 1980 по 2003 год) в клинике был оперирован 101 больной с рубцовой стриктурой концевой колостомы. У 14 из 101 пациента устранение стриктуры колостомы выполнено во время операции по восстановлению непрерывности толстой кишки.

У 87 пациентов выполнены реконструктивные операции по устранению стриктуры. В 3 наблюдениях оперативное вмешательство заключалось в рассечении рубцовых тканей в области колостомы, а в 46 – циркулярно иссекали рубцы с подшиванием кишки к неизменной коже.

Учитывая высокую частоту параколостомических осложнений, с 1990 г. мы стали использовать

видоизмененный способ хирургической коррекции стриктуры, который заключался в том, что после иссечения рубцового кольца толстая кишка выделялась из сращений, подтягивалась и фиксировалась к брюшине с формированием плоской стомы. Подобным способом оперировано 38 из 87 больных. В этой группе было 16 мужчин и 22 женщины в возрасте от 50 до 79 лет (средний возраст 64 года). Ранее эти больные были оперированы по поводу рака прямой кишки, им выполнены брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (37) или операция Гартмана (1). Большинство из них имели хронические сопутствующие заболевания (86,8%).

ТЕХНИКА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Под местной анестезией производится циркулярный разрез вокруг колостомы в пределах неизменной кожи. Острым путем кишка выделяется до апоневроза, а затем до брюшины. Рубцовые ткани иссекаются. Престомальный

отдел толстой кишки подтягивается кверху до уровня кожи (2-4 см) и фиксируется узловыми швами к брюшине и апоневрозу наружной косой мышцы живота. Края кишки подшиваются к коже отдельными швами.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первой группе оперированных (n = 3) одна больная умерла на 5-е сутки от прогрессирующей раковой интоксикации. Она не вошла в группу прослеженных больных. Второй пациент

также умер от прогрессирующей раковой интоксикации, но позже – через 7 месяцев после операции. Мы включили его в группу прослеженных больных, т.к. на момент смерти у него имел место

рецидив стриктуры колостомы в стадии субкомпенсации. Третий больной умер через 4 года после операции от ишемической болезни сердца. Осложнений в области колостомы не было.

У 17 из 46 больных (36,9%), которым выполнен первый вариант реконструкции стомы, в раннем послеоперационном периоде отмечались гнойно-воспалительные параколостомические осложнения: поверхностное нагноение (n=13), абсцесс (n=3) и флегмона (n=1).

Учитывая небольшое число пациентов, которым производилось рассечение рубцовых тканей, мы объединили первые две группы в традиционные методики лечения стриктуры колостомы (n=49). В группе больных, оперированных по предложенной нами методике (n=38), в раннем послеоперационном периоде у одного больного, страдающего сахарным диабетом и ожирением, развился параколостомический абсцесс. Рана зажила вторичным натяжением. Через 5 лет у него наступило рубцовое сужение колостомы.

Отдаленные результаты лечения (более 3-х лет) прослежены у 35 из 49 (71,4%) больных, оперированных по традиционным методикам, и у 27 из 38 (71,0%) пациентов, перенесших

операции по усовершенствованной методике (табл.1).

Из 35 прослеженных больных первой группы рецидив стриктуры наступил в 11 наблюдениях (31,4%), и в 3 наблюдениях (8,6 %) возникли новые осложнения: параколостомическая грыжа (n=2) и пролапс колостомы (n=1). Рецидивы стриктуры и параколостомические грыжи были выявлены в первые 3 года после операции, а выпадение кишки через колостому – через 4,5 года. На наш взгляд, представляют интерес сведения о сроках появления рецидива стриктуры и новых поздних осложнений колостомии у 15 больных, прослеженных в течение 14 лет после операции. Эти данные представлены в таблице 2.

Как видно, после устранения рубцового сужения колостомы, рецидив и другие поздние осложнения развиваются в основном в первые три года после операции. Большая часть осложнений (60%) приходилась на период от 7 мес до 3 лет. Частота неудовлетворительных результатов хирургического лечения стриктур колостомы, по нашим данным, не зависела от степени стеноза, наличия у больного множественных поздних осложнений и вида обезболивания.

Таблица 1. Отдаленные результаты лечения больных стриктурами колостомы

Операции	Всего оперировано	Число прослеженных		Рецидивы (% к прослеженным)		Новые осложнения (% к прослеженным)		Неудовлетворительные результаты	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Традиционные операции	49	35	71,4	11	31,4	3	8,6	14	40,0
Предлагаемый способ	38	27	71,0	1	3,7	-	-	1	3,7
Всего	87	62	71,2	12	19,4	3	8,6	15	24,2

Таблица 2. Сроки появления рецидива стриктуры колостомы и других поздних параколостомических осложнений

Сроки	Число больных			Всего больных
	Рецидив стриктуры колостомы	Параколостомическая грыжа	Выпадение кишки	
До 6 мес.	2	-	-	2
7-12 месяцев	3	1	-	4
1-3 года	6	1	-	7
4-7 лет	1	-	1	2
8-14 лет	-	-	-	-
Всего	12	2	1	15

ОБСУЖДЕНИЕ

Высокая частота неудовлетворительных результатов хирургического лечения стриктур колостомы (40,0%) была обусловлена двумя основными причинами. Во-первых, конструктивными недостатками способа хирургической коррекции, когда операция заключалась в циркулярном иссечении рубцового кожно-слизистого кольца и повторном сшивании краев кожи и слизистой оболочки кишки. При этом мобилизация толстой кишки не выполнялась, и она оставалась по-прежнему фиксированной к апоневрозу. При наложении швов между фиксированной кишкой и краем кожи в большинстве случаев наблюдалось натяжение сшиваемых тканей, что приводило к нарушению кровоснабжения в области колостомы, прорезыванию швов и ретракции кишки. Рана заживала вторичным натяжением с образованием рубцовой ткани. В последующем это приводило к рецидиву стриктуры или возникновению дополнительного позднего осложнения. Вторая причина неудач – технические погрешности

во время операции: экономное или слишком широкое иссечение патологически измененных тканей, чрезмерное их натяжение и травмирование.

Как видно из представленных данных, с помощью усовершенствованной нами методики удалось добиться улучшения результатов хирургического лечения больных рубцовым сужением колостомы. Это стало возможным благодаря исключению главной причины неудач традиционного способа – натяжения швов, что приводило к ретракции колостомы, нагноению раны и повторному рубцовому сужению.

Таким образом, при традиционных способах хирургической коррекции стриктуры колостомы неудовлетворительные результаты лечения, по нашим данным, составили 40%. Применение предлагаемого способа оперативного лечения рубцового сужения колостомы на уровне кожи позволяет уменьшить частоту возникновения рецидива и новых параколостомических осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Царьков П.В. Кишечные стомы. М., МНПИ, 2001, 90 с.
2. Еропкин П.В. Профилактика и лечение осложнений концевой колостомы. Автореф. дис. док. мед. наук. М., 1990, 39 с.
3. Кашников В.Н. Хирургическое лечение отдаленных осложнений концевой колостомы. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1997, 25 с.
4. Михайлова Е.В. Профилактика и лечение осложнений и болезней колостом. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2001, 23 с.
5. Савчик А.Б., Аминев А.М., Качоровский Б.В., Лебедев Ю.А. Протиеостественный анус. Киев: Здоров'я, 1984, 135 с.
6. Allen-Mersh T.G., Thomson J.P. Surgical treatment of colostomy complications. Brit. J. Surg., 1988, 75, 5: 416-418.
7. Andivot T., Bail J.P., Chio F. et al. Les complications des colostomies: Suivi de 500 patients colostomises. Ann. Chir., 1996, 50, 3: 252-257.
8. Ramia J.M., Ibarra A., Alcalde J. Resection of an end-colostomy stricture with a circular stapling device. Brit. J. Surg., 1996, 83, 11:1581.