



В.С. Грошилин, В.К. Швецов, Л.В. Узунян

СОВРЕМЕННЫЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ

*Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра хирургических болезней №2.*

Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: groshilin@yandex.ru

Цель: исследование направлено на повышения эффективности хирургического лечения ректоцеле путем разработки и внедрения оригинального способа операции.

Материалы и методы: проведен комплексный анализ результатов обследования и оперативного лечения 32 пациентов с ректоцеле. У 12 пациенток использованы методы передней сфинктероплеваторопластики, у 8 – эндоректальной аппаратной циркулярной слизисто-подслизистой резекции (по методу Лонго).

Результаты: разработан оригинальный метод комбинированного хирургического лечения ректоцеле, сочетающий в себе технологии эндоректальной циркулярной слизисто-подслизистой резекции и передней леваторопластики. Предложенный метод направлен на укрепление ректовагинальной перегородки, восстановление ее анатомии и создание удерживающего фасциально-мышечного каркаса. Способ апробирован у 12 больных с ректоцеле II и III степени.

Заключение: применение разработанной методики, учитывающей основные звенья патогенеза ректоцеле, позволяет достичь стабильных положительных результатов, а также снижает вероятность рецидива заболевания.

Ключевые слова: ректоцеле, циркулярная резекция, леваторопластика.

V.S. Groshilin, V.K. Shvetcov, L.V. Uzunayn

MODERN PATHOGENETIC APPROACH TO SELECTING THE METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF RECTOCELE

*Rostov State Medical University,
Department of Surgical Diseases №2*

29 Nakhichevanskiy per, Rostov-on-Don, 344022, Russia E-mail: groshilin@yandex.ru

Purpose: The study aims to improve the effectiveness of surgical treatment of rectocele by developing and implementing an original method of operation.

Materials and methods: A comprehensive analysis of the survey results and surgical treatment of 32 patients with rectocele. In 12 patients used the methods sfinkterolevatoroplastik front, and 8 - endorectal hardware circular mucosal-submucosal resection (using Longo).

Results: The resulting clinical experience has allowed to develop an original method of combined surgical treatment of rectocele, combining the technology of circular endorectal mucosal-submucosal resection and front levatoroplastik. The proposed method is aimed at strengthening the rectovaginal septum, the restoration of its interior and the creation of the holding fascial-muscular frame. The method was tested in 12 patients with rectocele II and III.

Summary: The application of the developed method, which takes into account the main elements of the pathogenesis of rectocele, achieves stable positive results, and reduces the likelihood of recurrence of the disease.

Keywords: rectocele, circular resection, levatoroplastika.



Введение

В последние два десятилетия как в нашей стране, так и за рубежом, отмечается явная тенденция к устойчивому росту заболеваемости ректоцеле, причем количество пациенток, оперированных по поводу переднего ректоцеле II-III степени, также неуклонно растет [1-3]. По данным литературы, более половины случаев клинически значимых проявлений обструктивной дефекации у женщин обусловлены именно наличием переднего ректоцеле [1, 4, 5]. Исследования последних лет показали, что данная патология, выявляемая у 15–43% женщин, с трудом поддается лечению. При этом, эффективность использования различных по методике и сложности способов оперативной коррекции оставляет желать лучшего [2, 3, 6]. Об этом свидетельствует тот факт, что более четверти оперированных пациенток подвергаются повторным хирургическим вмешательствам вследствие неэффективности результата, либо развития рецидива ректоцеле [1, 2, 3, 7, 8]. Учитывая современные тенденции и весьма высокий удельный вес послеоперационных осложнений и неудовлетворительных результатов хирургического лечения, а также разнообразие существующих оперативных методов и хирургических технологий, следует заключить, что проблема лечения больных с ректоцеле актуальна и требует углубленного изучения.

Известно, что ведущая роль в патогенезе ректоцеле принадлежит расхождению передних порций мышц поднимающих задний проход, истончению и перерастяжению ректовагинальной перегородки с формированием дивертикулообразного выпячивания передней стенки прямой кишки [2, 3, 7]. В двух третях наблюдений изучаемая патология развивается у женщин, перенесших в анамнезе избыточные физические нагрузки, тяжелые многократные роды, а также роды крупным плодом, что зачастую является пусковым механизмом в развитии рассматриваемой патологии [1, 4, 5, 9, 10].

В последние годы всё более активно используются новые методы оперативного лечения ректоцеле, которые заключаются в использовании аппаратных технологий. Одной из них является слизисто-подслизистая резекция прямой кишки при помощи механического циркулярного сшивающего аппарата (операция Лонго). Предложенная для лечения геморроя, модифицированная операция Лонго нашла применение в том числе у пациенток с ректоцеле. Это вмешательство позволяет менее травматично, по сравнению с другими методами, корректировать избыток ткани по передней стенке прямой кишки [2, 3, 8, 11]. Однако изолированное применение данного способа далеко не всегда обеспечивает стойкий положительный эффект, так как ведущим среди известных факторов патогенеза ректоцеле является расхождение передних порций леваторов. В связи с вышеизложенным, особое внимание привлекли перспективные предложения отдельных авторов [2, 6, 12] дополнять операцию Лонго различными модификациями сфинктеропластики.

Цель исследования: повышение эффективности оперативного лечения ректоцеле за счет обоснования дифференцированного лечебного алгоритма и разработки оригинального способа оперативного лечения, включающего эндоректальную циркулярную слизисто-подслизистую резекцию в сочетании с передней леваторопластикой.

Материал и методы

Проведен комплексный анализ результатов обследования и оперативного лечения 32 пациенток с ректоцеле. Средний возраст пациенток составил 51,4 года. Диагностический алгоритм, помимо традиционных клинических, лабораторных и инструментальных (включая ано- и ректоскопию) исследований, включал проведение эндоректального УЗИ, аноректальной манометрии и электромиографии. Показания к операции определялись на основании клинических данных с учетом объективных качественных и количественных результатов инструментального исследования. В предоперационном периоде пациентки консультированы урологом, гинекологом. У 12 пациенток использованы методы передней сфинктеропластики, у 8 – эндоректальной аппаратной циркулярной слизисто-подслизистой резекции (по методу Лонго). Полученный клинический опыт позволил разработать оригинальный метод комбинированного хирургического лечения ректоцеле, сочетающий в себе технологии эндоректальной циркулярной слизисто-подслизистой резекции и передней леваторопластики (заявка на патент РФ, получена приоритетная справка № 2013111352 от 13.03.2013г.). Заявляемая методика была предложена на кафедре хирургических болезней №2 ГБОУ ВПО РостГМУ. Способ заключается в выполнении циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя прямой кишки с применением циркулярного сшивающего аппарата, адаптированного для метода Лонго, дополненной иссечением избытка слизистой задней стенки влагалища и модифицированной методикой передней леваторопластики. Для реализации способа мы использовали аппараты GRENA (производства Великобритании), марок DCSS-32F, DCSS-33F, DCSS-34U, отличавшиеся диаметром «головки» и глубиной емкости основной части, выбор аппарата осуществляли в зависимости от размеров ректоцеле. Способ апробирован у 12 больных с ректоцеле II и III степени в хирургическом отделении клиники ГБОУ ВПО РостГМУ.

Сроки послеоперационного мониторинга составили не менее 4-х месяцев, с обязательными контрольными осмотрами через 4 и 12 недель после операции.

Результаты и обсуждение

Анализ клинической симптоматики подтвердил доминирование среди жалоб проявлений обструктивной дефекации. Так, бесспорно, наиболее распространенными жалобами при опросе были чувство неполного опорожнения прямой кишки и затрудненная дефекация, выявленные у 100% пациенток. Кроме того, 22 пациентки (68,8%) обращали внимание на необходимость применения ручного пособия при акте дефекации, а 7 женщин (21,8%) прибегали к регулярному использованию очистительных клизм. С целью облегчения опорожнения прямой кишки 15 (46,8%) обследованных пациенток бесконтрольно применяли слабительные препараты. Отметим, что в патогенезе большинства отмеченных клинических проявлений ведущую роль играет опущение тазового дна, а также дисфункция его фасциально-мышечных структур.

В группе больных, которым выполнена традиционная передняя сфинктеропластика, после устранения ректоцеле III степени отмечено 2 рецидива заболевания (16,7%) в сроки от 3 месяцев, кроме того, еще у 2 женщин (16,7%) при отсутствии рецидива сохранялись умеренно



выраженные проявления обструктивной дефекации при минимизации жалоб. Других осложнений не отмечалось. После ликвидации ректоцеле методом Лонго в традиционном варианте рецидивов не было, однако, у 2 больных (25%) имели место некупируемые консервативно, выраженные эвакуаторные расстройства при сохранявшемся расхождении передних порций леваторов и манометрически подтвержденной дисфункции мышечных структур тазового дна.

При использовании разработанного оригинального способа эндоректальной циркулярной слизисто-подслизистой резекции, дополненной передней леваторопластикой, рецидивов заболевания интраоперационных осложнений не отмечено. Средняя продолжительность оперативного вмешательства предложенным способом превышала длительность традиционных операций не более, чем на 20 минут. В послеоперационном периоде применялись антибактериальные препараты, анальгетики, пребиотики, слабительные средства по общепринятым схемам. Нагноительных, геморрагических осложнений не отмечено. Чувство неполного опорожнения кишечника после акта дефекации имело место у 2 (16,7%) больных. Данные жалобы купированы в течение 10 суток на фоне проводимой комплексной терапии. После хирургического вмешательства у 11 (91,6%) больных не наблюдалось ранее выявленного выпячивания стенки прямой кишки во влагалище, но у 1 (8,3%) пациентки, ранее имевшей ректоцеле размером более 7 см, в послеоперационном периоде сохранялись тенезмы. При амбулаторном контрольном обследовании спустя 3 месяца после операции ранее предъявляемые жалобы нивелированы, рецидива заболевания у больной не отмечено, констатирована компенсация синхронной и рефлексорной деятельности запирательного аппарата. Резистентных к послеоперационной корректирующей терапии эвакуаторных расстройств в рассматриваемой группе не было.

Сроки послеоперационного пребывания в стационаре составили от 6 до 9 суток.

Полученные результаты были достигнуты благодаря ликвидации пролапса передней стенки прямой кишки (что устранило проявление обструктивной дефекации и обеспечило адекватное опорожнение прямой кишки), восстановлению ректовагинальной перегородки с одномоментной ее реконструкцией. Считаем, что именно это дало возможность снизить вероятность рецидивов в послеоперационном периоде, а также достичь адекватной

коррекции расхождения мышц, поднимающих задний проход и, следовательно, предотвратить вновь развитие дисфункции мышц тазового дна и повторное появление патогенетических факторов развития рецидива ректоцеле.

Заключение

Выбор оптимального способа хирургического лечения пациенток с ректоцеле следует осуществлять с учетом индивидуальных критериев - размеров ректоцеле, выраженности дисфункции тазового дна и аноректальных эвакуаторных расстройств. Разработанный алгоритм диагностики дает возможность объективизировать выбор способа операции. У пациентов, оперированных с использованием разработанного нами способа, достигнут удовлетворительный функциональный результат в отдаленные сроки, отсутствовали рецидивы ректоцеле. Полученные данные позволяют заключить, что применение разработанного способа оперативного лечения ректоцеле, направленного на основные звенья патогенеза, позволяет: достичь купирования обструктивной дефекации; снизить вероятность послеоперационных рецидивов; сократить длительность послеоперационного пребывания в стационаре, а также сроки медицинской и социальной реабилитации больных. Полученный эффект достигается за счет одномоментного выполнения циркулярной слизисто-подслизистой резекции нижеампулярного отдела прямой кишки и создания удерживающего фасциально-мышечного каркаса (сфинктеролеваторопластика). При наличии ректоцеле размерами более 4-5 см целесообразно применять данную методику ввиду того, что она, наряду с устранением избытка слизистой оболочки стенки прямой кишки и влагалища, обеспечивает возможность восстановления типовой анатомии, ремоделирования удерживающего фасциально-мышечного каркаса тазового дна и промежности.

Таким образом, разработанный оригинальный комбинированный способ эндоректальной циркулярной слизисто-подслизистой резекции, дополненной иссечением избытка слизистой влагалища и передней леваторопластикой, позволяет существенно оптимизировать функциональные результаты лечения больных с ректоцеле II-III степени и перспективен для широкого внедрения в повседневную клиническую практику колопроктологических стационаров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии / А.М. Аминев. - Куйбышев, - т. 4, С. 388-460.
2. Ачкасов С.И. Справочник по колопроктологии / С.И. Ачкасов, Л.А. Благодарный, А.В. Бойко - М.: «Литтера», 2012. - 608 с.
3. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии / Г.И. Воробьев. - Ростов-на-Дону: «Феникс», 2006. - С. 203 - 209.
4. Генри М., Свош М. (ред.). Колопроктология и тазовое дно: Пер. с англ. / М. Генри, М. Свош - М.: «Медицина», 1988. - 459 с.
5. Федоров, В.Д., Проктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев - М.: «Медицина», 1984. - С. 131 - 136.
6. Кузьминов А.М. Эндоректальная циркулярная проктопластика в лечении ректоцеле / А.М. Кузьминов, Л.П. Орлова, И.В. Зароднюк, В.Ю. Королик, Ю.А. Джанаев, Ш.Т. Минбаев // Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии Под редакцией академика РАМН В.Т. Ивашкина. - М.: ИД «М-Вести», 2011. - С. 75 - 81.
7. Грошилин В.С. Послеоперационная реабилитация при анальных трещинах / В.С. Грошилин, А.А. Погосян // Врач. - 2010. - №11. - С. 47-50.
8. Boccasanta P. Which surgical approach for rectocele? A multicentric report from Italian coloproctologists / P. Boccasanta, M. Venturi, G. Calabro et al. // Tech. Coloproctol. - 2001. - Vol. 5, N 3. - P. 149-156.
9. Altomare D.F. Veglia Combined perineal and endorectal repair of rectocele by circular stapler. A novel surgical technique / D.F. Altomare, M.A. Rinaldi // Dis. Colon Rectum. - 1999. - Vol. 45, N 11. - P. 1549-1551.



10. Gorsch R.W. Proctologic anatomy / R.W. Gorsch // – Baltimore. – 1985. – P. 21–23, 35–42.
11. Regadas F.S. Transanal repair of rectocele and full rectal mucosectomy with one circular stapler: a novel surgical technique/ F.S. Regadas, S.M. Regadas, L.V. Rodrigues et al. // Tech. Coloproctol. – 2005. – N 9. – P. 63–66.
12. Reboa G. The impact of stapled transanal rectal resection on anorectal function in patients with obstructed defecation syndrome/ G. Reboa, M. Gipponi, M. Logorio et al. // Dis. Colon Rectum. – 2009. – Vol. 52, N 9. – P. 1598–604.

ПОСТУПИЛА 02.10.2013

УДК 617.735-007. 17-08

А.Н. Епихин, Р.В. Гайбарян, Ю.Н. Епихина

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ВЛАЖНОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ ПУТЁМ ВВЕДЕНИЯ БЕВАЦИЗУМАБА НА ВЯЗКОМ НОСИТЕЛЕ В СУБТЕНОНОВО ПРОСТРАНСТВО (предварительные результаты)

*Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра глазных болезней № 1*

Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: kgb1rostgmu@yandex.ru

Цель: оценить возможность клинического применения субтенонового введения бевацизумаба на вязком носителе с целью усиления и пролонгации терапевтического эффекта при лечении влажной формы возрастной макулярной дегенерации (ВМД).

Материалы и методы: В исследование включены 6 пациентов (6 глаз) с влажной формой ВМД, которым проводилось введение бевацизумаба в дозе 5 мг (0,2 мл) в заднее субтеноново пространство на вязком носителе – гидроксипропилметилцеллюлозе (заявка на патент на изобретение РФ № 2013105697 от 11.02.2013). Всем пациентам проводилось визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, фоторегистрация глазного дна, оптическая когерентная томография и флюоресцентная ангиография. Срок наблюдения 3 месяца.

Результаты: Средние значения остроты зрения с коррекцией улучшились после лечения (с 0,06 до 0,2). Средняя центральная толщина сетчатки сократилась после лечения у всех пациентов (с 363,5 мкм до 309 мкм). Также мы наблюдаем значительное уменьшение транссудативных процессов в сетчатке у всех пациентов и сокращение субретинальной неоваскулярной мембраны в 1,2 раза, что говорит о подавлении активности хориоидальной неоваскуляризации. Эффект отмечался на протяжении всего срока наблюдения.

Заключение: Субтеноновое введение бевацизумаба является безопасным и оказывает положительный эффект при влажной ВМД, а применение его на вязком носителе оказывает пролонгированное действие.

Ключевые слова: возрастная макулярная дегенерация, хориоидальная неоваскуляризация, бевацизумаб, заднее субтеноново пространство.