

На правах рукописи

**АМИРОВ
ШАРОФИДДИН РУСТАМОВИЧ**

**УЛУЧШЕНИЕ ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЯ
ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН**

3.1.9 – Хирургия

Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Душанбе 2021

Работа выполнена на кафедре общей хирургии №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Научный руководитель: **Мухаббатов Джиёнхон Курбонович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты: **Муравьёв Александр Васильевич** – доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет Минобрнауки Российской Федерации»

Благодарный Леонид Алексеевич -доктор медицинских наук, профессор кафедры колопроктологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минобрнауки Российской Федерации (РМАНПО)

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «__» _____ 2021г. в 15-00 часов на заседании диссертационного совета 73. 2.009.01 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» (734003, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» и на официальном сайте (<https://www.tajmedun.tj/ru/dissertatsionny>)

Автореферат разослан «__» _____ 2021 г.

**Учёный секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук, доцент**

Назаров Ш.К.

Введение

Актуальность. Выпадение прямой кишки является одной из наиболее актуальных проблем колопроктологии, и её частота составляет около 9-10% наблюдений. По данным многих авторов, выпадение прямой кишки среди пациентов общехирургических стационаров, наблюдается от 0,3% до 5,2% [Дульцев Ю.В. и Саламов К.Н., 1983, Ривкин В.Л. 2019]. Выпадение прямой кишки приводит к трудовым и социальным проблемам: потере трудоспособности, социальной дезадаптации, психо-невротическим нарушениям и длительным финансовым расходам [Кахаров А.Н., Саидов А.С., 1995; Воробьев Г.И., 2006; Коршунов М.Ю. и соавт., 2008; Сажин В.П. и соавт., 2017].

Клиническая картина выпадения прямой кишки проявляется выпадением прямой кишки, недостаточностью анального сфинктера, нарушением акта дефекации и постоянным дискомфортом. Недостаточность анального сфинктера является одним из осложнений выпадения прямой кишки и, по данным многих авторов выявляется у 50-90% пациентов. Кроме того, хронический запор сопровождается заболеванием в 15-65% случаев и для опорожнения кишки пациентам приходится применять слабительные, клизмы, а в ряде случаев и ручное пособие [Титов А.Ю. и соавт., 2014; Муравьев А.В., 2015; Стяжкина С.Н. и соавт., 2020; Altman D., Zetterstrom J., 2007].

Основным и единственным способом лечения больных с выпадением прямой кишки является хирургический. Предложено более 100 различных видов оперативных вмешательств для лечения выпадения прямой кишки и их подразделяют на промежностные и трансабдоминальные операции [Мусин А.И., 2011 и соавт., 2014; Осмоналиев Б.К. и соавт., 2016; Федорова А.А. и соавт., 2019; Doll D. et al. 2009]. Однако, в отдалённом послеоперационном периоде, выполнение одних видов вмешательств сопровождается большим количеством осложнений – от 3,5 до 10%, других – приводит к частому развитию рецидивов заболевания – до 30 % наблюдений и в третьих сопровождаются развитием тяжёлых функциональных нарушений в послеоперационном периоде [Гайворонская С.С., 2007; Воинов М.А., 2015].

Выпадение прямой кишки чаще встречается у женщин и по данным многих исследователей и сведений Всемирной Организации Здравоохранения, соотношение мужчин и женщин колеблется в пределах 1:6,7 [Оскретков В.И. и соавт., 2012; Климентов М.Н. и соавт., 2017; Благодарный Л.А. и соавт., 2015; Титов А.Ю. и соавт., 2017].

Проблема состоит в том, что у данной категории больных, как правило, в 40-60 % случаев, выпадение прямой кишки сочетается с синдромом опущения промежности, из них, недержание мочи – у 31-58% пациентов, у 24-48% выявляют пролапс гениталий и ректоцеле, сопровождающиеся выпадением в 30-50% случаев [Подмаренкова Л.Ф., 2000; Куликовский В.Ф. и соавт., 2014; Шелыгин Ю.А., 2016, 2018; Gouvas N., 2014].

Предложенные методы оперативного лечения направлены на коррекцию собственно выпадения прямой кишки и отсутствие алгоритма дифференцированного выбора метода хирургической коррекции с учётом паритета, возраста, степени и длительности заболевания. В доступной литературе отсутствуют целенаправленные работы по изучению клинического течения и комплексной оценки изменений тазового дна у женщин с выпадением прямой кишки.

Цель исследования. Разработка комплексного подхода к хирургическому лечению выпадения прямой кишки у женщин.

Задачи исследования:

1. На основе ретроспективного анализа изучить причины развития осложнений и рецидива заболевания при операциях, выполненных по поводу выпадения прямой кишки у женщин.
2. Усовершенствовать способы диагностики функциональных изменений анального сфинктера у женщин с выпадением прямой кишки с учётом возраста, степени и длительности заболевания.
3. С учётом полученных результатов разработать совершенствованный подход к хирургическому лечению выпадения прямой кишки у женщин.
4. Провести оценку отдалённых результатов хирургического лечения больных с выпадением прямой кишки у женщин.

Научная новизна работы. Изучены функциональные изменения анального сфинктера у женщин с выпадением прямой кишки с учётом репродуктивного возраста, степени и длительности заболевания и сочетания с синдромом опущения промежности. Установлены гендер-связанные факторы риска у женщин с выпадением прямой кишки в виде высокого индекса массы тела, запоров, симптомы слабости соединительной ткани и относительное превалирование приобретённых форм заболевания. У пациенток с выпадением прямой кишки выявлены и обоснованы роль «квартета» факторов в развитии осложнения и рецидива заболевания. Установлено, что у пациенток с частым выпадением и ущемлением выпавшей части кишки, развива-

ется смешанная форма НАС. Усовершенствованы способы диагностики и хирургического лечения у женщин с выпадением прямой кишки. Научно обоснована эффективность использования комбинированных операций при оперативном лечении выпадения прямой кишки у женщин. Изучены качества жизни прооперированных женщин с выпадением прямой кишки.

Практическая значимость работы. Разработаны показания и противопоказания к комбинированным способам лечения выпадения прямой кишки. Разработан алгоритм диагностики и лечения выпадения прямой кишки, позволяющий уменьшить количество осложнений и рецидивов, а также улучшить функциональные результаты пациенток.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Гендер-связанные факторы риска наряду с существующими, являются факторами и причинами развития осложнения и рецидива заболевания в отдалённом послеоперационном периоде женщин с выпадением прямой кишки.
2. В комплексное обследование пациенток с выпадением прямой кишки необходимо включить использование МРТ, УЗИ и ЛДФ для диагностики функциональных изменений анального сфинктера и мышц тазового дна.
3. Совершенствованный подход к хирургическому лечению пациенток с выпадением прямой кишки показаны женщинам с длительным анамнезом заболевания и относящимся к старшим возрастным группам.
4. С целью улучшения отдалённых результатов хирургического лечения и качества жизни пациенток с выпадением прямой кишки, необходимы комбинированные операции и реабилитационные курсы.

Личное участие автора в получении результатов

Автором лично осуществлено ведение большинства пациенток, участие в оперативных вмешательствах. Лично проведена статистическая обработка и анализ клинического материала, разработка критерий выбора при операциях по поводу выпадения прямой кишки и недостаточности анального сфинктера. Личное участие автора подтверждено представленными материалами, данными заключениями комиссии, ознакомившихся с первичной документацией проведенного исследования, написание научных статей и разработки рационализаторских предложений.

Внедрение результатов исследования

Основные результаты диссертационной работы внедрены в клиническую практику колопроктологического отделения ГУ «Городской медицинский центр №2 имени академика К. Таджиева» г. Душанбе, Городского центра колопроктологии г. Душанбе Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Основные положения диссертации используются при чтении лекций и проведении практических занятий с врачами-курсантами факультета повышения квалификации и при подготовке специалистов колопроктологов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» и ГОУ «Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Апробация работы

Результаты работы доложены и обсуждены на научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием (Душанбе, 2015, 2018, 2020), научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием (Душанбе, 2017, 2019, 2020), XII Российской школы колоректальной хирургии (Москва, 2019). Апробация диссертации состоялась 01.06.2021 г. протокол №13 на заседании межкафедральной проблемной комиссии по хирургическим дисциплинам ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Публикации результатов исследования

По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, из них - 3 статьи в изданиях, рекомендованных ВАК Министерства науки и высшего образования Российской Федерации для публикации результатов диссертационных работ, в том числе получено 4 рационализаторских предложений и 2 патента.

Структура и объём диссертации

Диссертация включает: введение, обзор литературы, 2 главы собственных исследований, заключение, выводы и список литературы. Диссертация написана на 133 страницах машинного текста. Работа дополнена 16 рисунками и 8 таблицами. Список литературы содержит ссылки на 222 источника (из них 136 отечественных и 86 зарубежных).

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Общая характеристика клинического материала

Основой нашего исследования послужили истории болезни 113 больных женщин, оперированных в ГМЦ №2 г. Душанбе с 2010 г. по 2020 г. в возрасте от 17 до 71 года. Наибольшее число пациенток – 86 (75,2%) - было в возрасте от 30 до 59 лет.

Далеко не все больные обращались за медицинской помощью в первые месяцы, и даже годы заболевания. Лишь у 2 (1,8%) давность выпадения прямой кишки не превышала года. У большинства пациентов (n=71; 62,8%) до поступления в стационар давность заболевания составляла от 1 до 10 лет, а у 40 (35,4%) пациентов выпадение прямой кишки отмечалось еще с детского возраста.

Основной жалобой является сам факт выпадения прямой кишки, которое происходит при различных обстоятельствах. Из 113 наблюдаемых прямая кишка у 46 (40,7%)-выпадала лишь при дефекации, у 45 (39,8%) - выпадение происходило во время стула и при физическом напряжении, подъеме тяжести, кашле и т.п. 22 (19,5%) пациентки жаловались на выпадение прямой кишки при ходьбе и переходе в вертикальное положение.

Второй жалобой по частоте является недержание кишечного содержимого, которое имелось у 98 (86,7%) больных. Использована клиническая классификация, разработанная в НМИЦ им. А.Н. Рыжиха Минздрав РФ (1972). Лишь 12 (10,6%) человек не имели жалоб на недержание газов и кала. 16 (14,2%) пациенток не могли удерживать кишечные газы, 56 (49,5%) - не удерживали газы и жидкий кал, 29 (25,7%) - страдали полным недержанием кишечного содержимого, не могли удерживать газы и кал любой консистенции.

Нередко больные с выпадением прямой кишки жаловались на нарушение дефекации: у 56 (49,5%) - имелась склонность к запорам, 20 (17,7%)- к поносам, а у 17 (15,0%) - был неустойчивый стул: запоры чередовались с поносами. Из 113 пациенток с нарушенной дефекацией у 82 (72,6%) - имелись сопутствующие хронические заболевания органов желудочно-кишечного тракта, что в ряде случаев могло влиять на изменение характера стула.

Патологические примеси в кале отмечали 83 (73,5%)- пациентки. Подавляющее большинство – 76 (67,3%) - обращали внимание на наличие слизистых выделений. Лишь 7 человек (6,2%) жаловались на скудную примесь или прожилки крови в кале, либо кровянистые помарки на белье и прокладках. Нередко патологические примеси объ-

яснялись гиперсекрецией желёз и травматизацией воспалённой слизистой оболочки выпадающей кишки. В наших наблюдениях на зуд в перианальной области жаловались 32 (28,3%) женщины.

В 8 (7,1%) случаях больные с выпадением прямой кишки иногда отмечали тупые, тянущие болевые ощущения незначительной интенсивности, возникающие внизу живота или в области промежности. Как правило, подобные явления возникали в момент выхождения кишки наружу и длились непродолжительное время, до нескольких минут и чаще отмечались у лиц с частым выпадением и ущемлением.

Среди исследуемых наших больных преобладают пациентки с конусовидной формой выпавшей кишки, которые составляют 86 (76,1%) женщин. Наиболее часто выявлены больные с выпадением прямой кишки длиной 8 см и более, что составляли 30 (26,5%) женщин. Выпадение части прямой кишки было лишь у 12 (10,6%) человек, у 81 (71,7%) - прямая кишка выпадала полностью. У остальных – 20 (17,7%) - в состав выпадающего цилиндра входила и часть сигмовидной кишки.

Методы исследования

Обследование больных с выпадением прямой кишки включало: наружный осмотр перианальной области и пальцевое исследование анального канала, ректороманоскопию, функциональные методы обследования (сфинктерометрию; электромиографию сфинктера и мышц тазового дна; изучение ректоанальных рефлексов), рентгенологические исследования толстой кишки, ФКС, УЗИ, МРТ и ЛДФ аппаратом ЛАКК -01.

Для анализа тяжести НАС и исходов лечения нами использовались Шкала Векснера и Шкала FISI. Для оценки уровня НАС пользовались Кливлендской шкалой недержания, предложенной Стивеном Векснером. «0» баллов – полноедержание, «20» баллов -полное недержание. Шкала Векснера - это субъективный метод оценки состояния запирающего аппарата прямой кишки. Индекс тяжести инконтиненции FISI разработан Американской ассоциацией колопроктологов. Шкала FISI включает в себя от 0 до 61 балла. Главное её отличие – значительное количество градаций по частоте недержания.

Для оценки функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки наряду с традиционными методами исследования (манометрия, сфинктерометрия), применяли баллонную проктографию, которая позволила судить о функциональном состоянии лонно-прямокишечной мышцы.

Ультрасонография производилась с помощью ультразвукового сканера фирмы Mindrey 5 и датчика, работающего с частотой 7,5 мHz. Главной задачей исследования являлась оценка толщины и структуры ВАС и НАС, а также определение размеров и локализации их дефектов. Исследование выполняли в отделении диагностики ГУ «ГМЦ №2»

МРТ проводилась в отделении диагностики ГУ «ГМЦ №1». Перед исследованием каждой пациентке выполнялась мануальная репозиция пролапс тазовых органов, в связи с чем МР - данные положения в состоянии покоя рассматривались как данные исследования с репозицией пролапса тазовых органов.

Для оценки состояния микроциркуляторного русла использовали лазерный анализатор микроциркуляции крови ЛАКК - 01. Метод основывается на определении объёма перфузии крови в передней, боковой и задней стенках анального сфинктера в течение 30 с. Полученные параметры обрабатывали с использованием программного обеспечения ЛАКК -20, при этом оценивались следующие показатели: М- среднее арифметическое значение объёма перфузии крови, измеряемое в перфузионных единицах. Всего проведено 27 исследований лазерной доплеровской флоуметрии.

Анализ полученных данных и статистическая обработка результатов проводились с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 for Windows и лицензионной компьютерной программы Biostat. Обработка результатов производилась при помощи стандартизованного набора прикладных программ на базе операционной системы Windows 8 и пакета редакторов текста и графики Microsoft Office 2010 (Базылев В.В. и соавт., 2008; Костюкова Н.И. и соавт., 2011). Для каждой выборки проверялась гипотеза о нормальности распределения (Курбатова К.А. и соавт., 2014). Различия между показателями считались статистически значимыми при $p < 0,05$, статистически высоко значимыми - при $p < 0,01$. При сравнении качественных показателей использовали точный критерий Фишера (Пранов Б.М. и соавт., 2011; Супильников А.А. и соавт., 2012). Данные непрерывных количественных показателей, подчиняющиеся закону нормального распределения, сравнивались с использованием t-критериев Стьюдента для связанных или несвязанных выборок (Орлов А.И., 2016; Римжа М.И. и соавт., 2013).

Собственные результаты

С целью выявления причины и способствующих факторов развития послеоперационных осложнений, проведён ретроспективный анализ историй болезни 68 пациенток, оперированных по поводу ВПК в периоде 2000 -2010 г. Были выделены три степени результатов лечения и их градация на - хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

При разработке клинико-функциональной градации исходов хирургической коррекции, мы основывались не только на топографо-анатомических признаках- рецидивах ВПК, но и на всесторонней оценке моторно-эвакуаторной функции толстой кишки и мышц тазового дна (запоры, расстройства акта дефекации, НАС), которые определяли самочувствие больных и их социально-бытовую адаптацию после операции.

Из 55 больных 1 группы у 29 (52,7%) выявили хорошие результаты. В отдалённые сроки у этих пациенток после хирургического лечения не было рецидива заболевания и не выявлены нарушения моторной функции толстой кишки, а также НАС. Из 30 больных 2 группы в 18 (60,0%) случаев выявили удовлетворительные результаты. Во второй группе больных также не был рецидив заболевания, однако имелись расстройства двигательной функции толстой кишки и мышц тазового дна незначительной степени выраженности. Среди 28 пациенток 3 группы в 7 (25,0%) случаях были получены неудовлетворительные результаты. Был выявлен рецидив ВПК и имелись нарушения эвакуаторной функции толстой кишки и II-III степени НАС.

Всего неудовлетворительные результаты оперативной коррекции были отмечены у 7 пациентов (25,0%) и причины были связаны с возрастом больных и длительностью заболевания. Наличие сопутствующих соматических патологий со стороны других органов и систем наблюдалось у 13 (11,5%) больных. Возраст больных в 3 группе колебался от 41 до 71 года, составляя в среднем $58,2 \pm 6,1$ лет, что было значительно больше, чем в первой группе ($24,2 \pm 5,3$ лет) и второй ($50,4 \pm 6,7$ лет) группах. Кроме того, у большинства женщин ($n=17$; 60,7%) из 3 группы был выявлен высокий индекс массы тела и ожирение разной степени. Все больные страдали запорами разной степени тяжести, кроме того, их беспокоило чувство неполного опорожнения после «стула», необходимость применения ручного пособия для полноценной эвакуации кала, а также очистительных клизм в связи с неэффективностью слабительных средств. Комплексная клинико-

функциональная оценка состояния больных в отдалённом периоде после операции во всех наблюдениях выявила значительное замедление эвакуации контраста из желудочно-кишечного тракта за счёт задержки в левой половине толстой кишки в сроки до 96 часов. Исследование акта дефекации при помощи дефекографии показало, что увеличение периода полуопорожнения кишки от введённого контраста превышало норму более чем в 4 раза, а остаточного объёма после дефекации в 8 и более раз (3 тип нарушения эвакуаторной функции толстой кишки). Так, у всех больных 3 группы имелось резкое ослабление эвакуаторной функции прямой кишки, более того, у 2 из них (7,1%) обнаружен акинетический тип моторики. Кроме того, у всех пациентов после операции имелось крайне выраженное ослабление реакции стенки кишки на механическую стимуляцию, значительное повышение порога её чувствительности которые, вероятнее всего, носили необратимый характер.

Рецидив ВПК имелся у 7 человек (25,0%). У четверти больных третьей группы (25,0%) также отмечались выраженные нарушения держания кишечного содержимого. При оценке нарушений пассажа по толстой кишке до операции задержка эвакуации из левых отделов толстой кишки имелись у 64,3% пациентов, лишь у 35,7% больных опорожнение кишки происходило в нормальные сроки. Изучение двигательной функции дистального отдела толстой кишки при помощи баллонографии у больных 3 группы до операции подтверждало значительное ослабление её двигательной активности в 57,1% наблюдений. При анализе данных анамнеза у больных 3 группы мы отметили большую длительность ВПК (в среднем $14,3 \pm 5,2$ лет), что в 7 раз выше аналогичного показателя пациентов 1 группы. Анализ показал, что у 15 (53,6%) пациенток из 3-ей группы было диагностировано выпадение органов малого таза (ректоцеле, цистоцеле, выпадение матки (полное и неполное). Кроме того, у 32,7% пациенток выявлены косвенные признаки дисплазии соединительной ткани (грыжа передней брюшной стенки, варикозное расширение вен нижних конечностей). В 11,8% наблюдений причины были связаны с выбором метода операций и тактики лечения пациенток с выпадением прямой кишки.

Ретроспективный анализ показал, что клиническое течение ВПК у женщин и функциональных нарушений со стороны запирающего аппарата прямой кишки имеют гендерные особенности. У большинства больных до операции нарушения моторики дистального отдела толстой кишки и более тяжёлой стадии заболевания выявили у жен-

щин с более длительным анамнезом заболевания. Эти данные свидетельствовали о негативном влиянии длительного анамнеза заболевания, тяжёлой стадии ВПК на двигательную активность прямой кишки у пациенток старших возрастных групп.

Факторами, способствующими развитию этих нарушений, являются повторные роды и давность заболевания свыше 5 лет, одномоментные повреждения не только наружного сфинктера, но внутреннего и лобково-прямокишечной мышцы гнойно-воспалительными процессами промежности. Перечисленные факторы в 32,3% случаев являлись причиной развития СНАС у женщин в отличие от лиц мужского пола. Полученные данные, дают основание пересмотреть некоторые тактические вопросы хирургического лечения данного контингента пациенток.

Комплексное обследование 113 пациенток с выпадением прямой кишки показало, что в зависимости от возраста больных, длительность анамнеза и репродуктивной функции развиваются различные степени тяжести заболевания, характер функциональных нарушений мышц ЗАПК, формы НАС и сочетанные заболевания органов малого таза. Первую группу составили 55 больных молодого возраста (женщины, незамужние или не рожавшие), вторую – 30 больных (женщины репродуктивного возраста) и третью - 28 больных пожилого возраста.

У всех пациенток первой группы установлено, что начало заболевания было связано с детским возрастом. В молодом возрасте в 44 (80,0%) случаях отмечалась II степень ВПК в компенсированной фазе заболевания (65,5%) и с преобладанием I и II степени НАС (27,3% и 18,2% соответственно). У всех больных первой группы функциональный характер нарушения держания кишечного содержимого имело место, т.е. отмечалось функциональная форма НАС. Пациентки данной группы не жаловались на запор и со стороны дополнительных инструментальных методов исследования также не были выявлены моторно - эвакуаторные нарушения толстой кишки.

У 25 (83,3%) пациенток из второй группы начало заболевания связывали с детским возрастом. Однако у 5 (16,7%) пациенток заболевание имело приобретённый характер и причину связывали с выполнением тяжёлой физической работы и родами (4-5 родов). Выпадение прямой кишки III степени отмечалось в 8 (26,6%) наблюдениях и в 34,9% случаев -III степени НАС. У 10,9% больных этой группы НАС имела смешанный характер, т.е. наряду с функциональными из-

менениями, на УЗИ и МРТ также выявили органические изменения волокон АС в виде разрыва и дефектов различного характера и размеров по передней и передне-боковой стенкам прямой кишки.

В третьей группе больных - заболевание в 19 (67,9%) случаях началось с детского возраста и в 9 (32,1%) - приобретенного генеза. У большинства пациенток наблюдалась декомпенсированная фаза ВПК (71,4%) и НАС III степени (85,7%). У 6 (21,4%) пациенток выявили смешанную форму НАС.

В предоперационном периоде у пациенток первой группы не было нарушений, срок продвижения контраста по толстой кишке составил более 72 часов и не установлен медленно-транзитный характер запоров. В группе среднего и пожилого возрастов больных срок продвижения контраста по толстой кишке составила более 72 часов (у 46,7% и 65,5%) соответственно. Исследование эвакуаторной функции прямой кишки в 45 (39,6%) случаях выявили различную степень нарушения в виде обструктивных дефекаций у лиц с ректоцеле - 15 и цистоцеле в 30 случаях.

На основании проведенного исследования можно сказать, что под ВПК следует подразумевать не только наличие анатомического дефекта положения прямой кишки, но и весь комплекс моторно-эвакуаторных расстройств толстой кишки и мышц тазового дна, степень выраженности которых зависит от пола и возраста больного, длительности и стадии ВПК. Значение этих показателей нельзя не учитывать при выборе тактики оперативного лечения.

Анализируя результаты лечения, мы пришли к выводу, что далеко не у всех больных (особенно при сочетанном пролапсе органов таза) самостоятельно восстанавливается функция запирающего аппарата после ликвидации выпадения прямой кишки. В связи с этим мы выделяли два этапа в лечении этих пациентов: 1 этап - оперативное лечение выпадения прямой кишки и 2 этап - лечение сохраняющейся НАС и улучшение моторно-эвакуаторной функции толстой кишки (табл.1).

Ректопексия по Кюммелю - Зеренину в модификации клиники была произведена 28 (24,8%) больным. 19 (16,8%) больным выполнена ректопексия по Кюммелю - Зеренину в модификации клиники и сигмоплекции по Гаген-Торну. Ректопексия по Кюммелю - Зеренину в модификации клиники со сфинктеропластикой выполнена 43 (38,1%) женщинам с ВПК, осложнённой НАС.

Таблица 1.-Хирургическое лечение ВПК

Метод	Абс.число	В %
Ректопексия по Кюммелю – Зеренину в модификации клиники	28	24,8
Ректопексия по Кюммелю – Зеренину в модификации клиники и сигмоплекция по Гаген-Торну	19	16,8
Ректопексия по Кюммелю – Зеренину в модификации клиники и пластика тазового дна	43	38,1
Комбинированные способы	23	20,4
Всего	113	100

Комбинированные способы операции выполнены 23 (20,4%) женщинам с ВПК. Ректопексия со сфинктеропластикой направлена на несколько звеньев в патогенезе выпадения прямой кишки: фиксация подвижной кишки к костному образованию и укрепление промежности, как поддерживающую прямую кишку структуру. При сфинктеропластике не только укрепляется тазовое дно и сухожильный центр промежности, но и улучшается функция запирающего аппарата прямой кишки.

Учитывая характер дистрофических нарушений в мышце АС и нейро-рефлекторные изменения запирающего аппарата прямой кишки, нами проводилось комплексное лечение НАС, включающее занятия лечебной физкультурой, электростимуляцию сфинктера и мышц тазового дна, применения медикаментозных средств и некоторых оперативных пособий.

Оценка отдалённых результатов лечения нами проводилась не только с позиции ликвидации ВПК, но и полного восстановления контроля над удержанием кишечного содержимого, что могло свидетельствовать о полной социально – трудовой реабилитации оперированных больных.

Для объективной оценки любого метода лечения необходим анализ не только непосредственных и ближайших результатов, но и в большей степени отдалённых.

У 2 из наблюдаемых нами больных в послеоперационном периоде отмечалось нагноение лапаротомной раны в пределах подкожно-жировой клетчатки. Рецидивов выпадения прямой кишки в ближайшем послеоперационном периоде после метода Зеренина-Кюммеля в модификации клиники (А.Н. Кахаров, А.С.Саидов,2000) нами не отмечено. В одном случае при мобилизации прямой кишки возникло

кровотечение из вен пресакрального сплетения, остановленное во время операции. Расширение объёма операции существенно не увеличило количество послеоперационных осложнений. Лишь в двух случаях отмечено частичное нагноение раны промежности на уровне подкожно - жировой клетчатки, швы на сфинктере и мышцах, поднимающих задний проход, сохранили свою функцию. У 2 оперированных женщин отмечалось нагноение раны с частичным или полным расхождением швов. Таким образом, в ближайшем после операционном периоде рецидивов выпадения прямой кишки после описанных методов операций не было выявлено.

Функция запирающего аппарата прямой кишки после ликвидации ВПК в ближайшие недели и даже несколько месяцев после оперативного лечения тенденции к улучшению не имела. 6 больных, оперированных по методу Зеренина-Кюммеля в модификации клиники, и 5 – по комбинированному способу отмечали ухудшение функции держания кишечного содержимого. Это обстоятельство, вероятно, было связано с травмой и вовлечением в рубцовый процесс не только ослабленной мышцы сфинктера, но и нервных волокон, регулирующих функцию жома заднего прохода. Отсутствие улучшения запирающей функции АС в ближайшие несколько месяцев после чрезбрюшной ректопексии свидетельствует о длительности процесса восстановления тонуса и волевых сокращений сфинктера. Этот факт подтверждается тем, что после комбинированной операции, включающей этап сфинктеролеваторопластики, лишь в 5 наблюдениях отмечалось улучшение функции сфинктера в первый месяц после ликвидации выпадения прямой кишки.

Отдалённые результаты лечения больных с выпадением прямой кишки изучены методом анкетирования по опросникам Векснера и шкалы FISI.

Из 113 больных отдалённые результаты лечения ВПК у женщин в сроки до 2 лет изучены у 95 (84,1%) и в сроки до 5 лет – 87 (76,9%).

Отдалённые результаты лечения после операции Зеренина-Кюммеля в модификации клиники прослежены у 25 (22,1%) женщин. 16 пациенток в отдаленные сроки после операции считали себя полностью здоровыми. У 3 больных выявлен рецидив выпадения прямой кишки, который возник в сроки от 1 до 3 лет. В первом случае рецидив заболевания ликвидирован повторной ректопексией Зеренина - Кюммеля в модификации клиники с предварительным лечением колита и в 2 случаях – синхронной ректопексией со сфинктеролевато-

ропластикой. Из 10 оперированных с I степенью НАС у 6 – признаки НАС исчезли, но оставались у двоих с компенсированной и у двоих – с декомпенсированной функцией мышц тазового дна до операции. Из 13 больных после ликвидации выпадения со II степенью НАС и компенсированной функцией мышц тазового дна после операции, две пациентки полностью выздоровели, у одной – осталась I и у 9 – II степень недостаточности сфинктера. У всех 8 пациентов с декомпенсированной функцией мышц, поднимающих задний проход, сохранилась II степень недостаточности. Из 9 наблюдаемых с III степенью НАС у двух – возник рецидив заболевания, а у 7 – после ликвидации выпадения оставались признаки НАС III степени.

У двух женщин рецидив заболевания объяснялся неправильно выбранным методом лечения. При III степени НАС показана не только фиксация прямой кишки, но и укрепление мышц запирающего аппарата. У одной женщины рецидив ВПК, скорее всего, был связан с наличием выраженных воспалительных изменений со стороны толстой кишки и упорными запорами. НАС той же степени в основном сохранялась у больных с декомпенсированной функцией мышц тазового дна. Функция сфинктера восстановилась лишь у части обследованных с I степенью НАС и со II степенью при компенсированной функции мышц, поднимающих задний проход.

Отдаленные результаты хирургического лечения ВПК методом ректопексии со сфинктеролеваторопластикой изучены у 34 из 43 общего количества оперированных.

Ректопексия Зеренина-Кюммеля в модификации клиники со сфинктеролеваторопластикой выполнялась только при II и III степенях НАС. Из 34 оперированных 8 человек в отдаленные сроки после операции были полностью здоровы. Рецидив ВПК выявлен у одной больной, имевшей до операции 3-ю стадию ВПК с НАС III степени и декомпенсированную фазу функций мышц тазового дна.

Рецидив ВПК возник через 6 месяцев после операции, связанный с повышенными физическими нагрузками. Этой больной выполнена повторная синхронная ректопексия со сфинктеролеваторопластикой. При дальнейшем наблюдении за больной рецидив ВПК не выявлен, функции сфинктера улучшились и соответствовали I степени НАС.

Несмотря на то, что комбинированные операции производились наиболее сложному контингенту больных, имевшим выраженное нарушение функции мышц сфинктера и поднимающих задний про-

ход, рецидив ВПК наблюдался у 3 женщин. Причиной рецидива, вероятно, послужил не только имеющийся колит, сопровождающийся упорными запорами, но и повышенные физические нагрузки, которые начались в достаточно ранний срок после операции. Функция запирающего аппарата прямой кишки изменялась следующим образом: при компенсированной фазе функции мышц тазового дна у всех больных улучшилась функция АС и у большинства при декомпенсированной. Ректопексия со сфинктеролеваторопластикой наиболее обоснована при выраженной слабости мышц тазового дна и АС.

Отдаленные результаты после комбинированных операций: ректопексия Зеренина-Кюммеля в модификации клиники, венетропексия и утеропексия и пластика тазового дна (передняя и задняя кольпорафия, сфинктеролеваторопластикой) прослежены у 19 оперированных женщин. У двоих - выявлен рецидив заболевания, возникший в сроки от 3 до 6 лет. В первом случае до операции имелось выпадение прямой кишки III стадии с НАС II степени, декомпенсированной функцией мышц тазового дна. Впоследствии произведена повторная ректопексия, ВПК ликвидировано, но сохранялась НАС II степени. Из 7 больных с III степенью НАС и декомпенсированной функцией мышц, поднимающих задний проход, у 4- оставалась прежняя степень недостаточности, у 2 –II, а у одной – возник рецидив заболевания. Из 8 женщин, имеющих запор до ликвидации ВПК, у 7- явления моторно-эвакуаторные нарушения исчезли, а у одной – сохранились умеренные симптомы заболевания.

У больных после комбинированных операций сохраняется НАС II и III степени в основном у тех, у которых до операции определялась декомпенсированная фаза функции мышц тазового дна. НАС после ликвидации ВПК не прогрессировала и, в подавляющем большинстве случаев, при I степени исчезала, у остальных женщин со II степенью и компенсированной функцией мышц, поднимающих задний проход уменьшились до I степени заболевания.

При анализе отдалённых результатов оперативного лечения ВПК можно отметить, что наиболее эффективным методом является чрезбрюшная ректопексия Зеренина-Кюммеля, выполняемая в модификации клиники. При II степени НАС с компенсированной функцией мышц тазового дна её следует сочетать с консервативными мероприятиями, направленными на коррекцию слабости запирающего аппарата прямой кишки. Всем больным с НАС III и II степени с декомпенсированной функцией мышц, поднимающих задний проход, показана ректопексия со сфинктеролеваторопластикой.

Рецидив заболевания развивался у 6 (5,3%) женщин. У 12 (10,6%) обследованных женщин сохранился НАС и у 6 (5,3%) клинические проявления запора.

Основным субъективным критерием мы считали средние величины индекса тяжести (по шкалам WIS: 0-20 и FISI: 0-61), определяемых в ходе анализа заполненных больными анкет. В качестве главного субъективного критерия мы использовали данные сфинктерометрии. Производилась непосредственная сравнительная оценка объективных параметров исследования до лечения и в следующие периоды: через 3 недели, 6 месяцев и 1 год. Непосредственные результаты, оцененные нами через 3 недели, отличались, как и в других группах, неожиданным успехом. Отмечалось улучшение как субъективных параметров, так и объективных. Произошло снижение средних значений индекса тяжести инконтиненции с $9,54 \pm 3,5$ до $1,7 \pm 1,5$ баллов по шкале WIS и с $34,8 \pm 5,2$ до $4,0 \pm 2,8$ баллов для шкалы FISI. В процессе исследования нами была установлена прямая зависимость степени выраженности симптомов анального недержания от параметров давления в анальном канале. При увеличении базального давления обеспечивается, так называемая, имитация работы ВАС, в результате этого наступает отсутствующее ранее полное тоническое смыкание стенок заднепроходного канала и, как следствие, наблюдается редукция эпизодов инконтиненций в той или иной степени выраженности, в зависимости от особенностей поражённого сфинктерного комплекса.

Необходимо отметить, что наиболее сложный контингент женщин составили пациентки по поводу сложных форм заболеваний. Именно такие пациентки представляли наибольший интерес для выполнения УЗИ, МРТ и ЛДФ на диагностическом этапе. В результате дооперационного проведённого комплексного исследования были определены изменения сфинктерного аппарата, которые способствовали возникновению смешанной формы НАС у 32,3% пациенток. Так были выявлены дефекты НАС, установлена их протяжённость и локализация, определены эхографические признаки недостаточности ВАС, что сыграло значительную роль на предоперационном этапе обследования.

В результате анализа отдалённых результатов определены средние значения индексов недержания по шкалам WIS и FISI – $7,6 \pm 2,2$ баллов и $28,8 \pm 3,1$ баллов, соответственно. Подобная картина положительной динамики наблюдается и в группе, представленной 23

(20,4%) пациентками после комбинированных операций. Отдалённые результаты хирургического лечения после комбинированных операций были оценены через 3 недели при анкетировании, в результате расчёта средних значений бального индекса НАС. Окончательные отдалённые результаты, полученные нами через один год, 3 и 5 лет после лечения, отличались от первоначальных данных в положительную сторону. При расчёте средних значений индексов недержания установлена прямая зависимость увеличения индекса от интенсивности эпизодов НАС и выраженности клинических проявлений заболевания. В ходе анализа анкет, заполненных пациентками, рассчитаны средние величины по шкалам WIS и FISИ – $12,6 \pm 1,8$ и $32,9 \pm 1,9$ баллов, соответственно (табл.2).

Таблица 2. - Сравнительная оценка «качество жизни» в динамике в отдаленном послеоперационном периоде у пациенток с ПК (n -113)

Опросники	До операции	После операций			
		Через 1 месяц	Через 6 месяцев	Через 1 год	Через 5 лет
Шкала Векснера (0-20 баллов)	18,1	12,6	9,3	5,1	3,6
Шкала FISИ (0-61 баллов)	51,1	32,9	19,3	13,7	9,9

Особую группу пациенток составили больные с ВПК в сочетании с запором, что составило 19 (16,8%) случаев. В процессе сравнительной оценки отдалённых результатов лечения выявлено улучшение моторно-эвакуаторной функции толстой кишки. Через год показатели фиксировались практически на прежнем уровне. На ряду с этим мы наблюдали клинический ответ разной степени выраженности, при этом все больные субъективно отметили существенное улучшение своего состояния. При последнем контрольном обращении пациентов получены данные индекса недержания по системе обеих бальных шкал. Таким образом, средние величины индексов тяжести инконтиненции составили $5,1 \pm 1,3$ баллов по шкале WIS и $13,7 \pm 2,8$ баллов по шкале FISИ. Также отмечалась значительная динамика и в отношении объективных данных в сравнении с результатами в дооперационном этапе обследования.

В результате проведённого нами сравнительного анализа полученных отдалённых результатов у 93,5% пациенток отмечена положительная динамика изменения субъективных и объективных параметров, отражающих повышение качества жизни больного и коррекции ВПК, связанного с уменьшением степени выраженности симптомов НАС и нередко с полным восстановлением функции АС. Достигнутый клинический эффект, сохраняющийся в среднем до 5 лет, коррелирует с позитивным возобновлением социальной адаптации больных.

Выводы

1. Ретроспективный анализ показал, что причинами развития осложнений и рецидива заболевания у пациенток с выпадением прямой кишки, связаны с гендерсвязанными факторами риска. В 11,8% наблюдений причины были связаны с выбором метода операций и тактики лечения пациенток с выпадением прямой кишки.
2. Проведённые функциональные методы исследования показали, что у пациенток с выпадением прямой кишки наряду с наружным и внутренним сфинктерами прямой кишки, нарушаются функции лонно-прямокишечной мышцы. В 32,3% наблюдений установлены развития смешанной формы недостаточности анального сфинктера.
3. При выборе тактики и этапности лечения больных с выпадением прямой кишки, целесообразно учитывать не только степень тяжести заболевания, но и форму недостаточности анального сфинктера, степени выраженности запора и характер функциональных изменений мышц запирающего аппарата прямой кишки.
4. Сравнительная оценка показала, что при применении совершенствованного подхода к хирургическому лечению выпадения прямой кишки у женщин, результаты отдалённого послеоперационного периода улучшились на 7,6%.
5. Качество жизни пациенток оценивалось по шкале опросника Wexner-score путём анкетирования и функциональным методам исследования в сроки 6 месяцев, год, 3 года и 5 лет от момента операции и добились улучшения на 7,41 баллов.

Практические рекомендации

1. Пациенткам с выпадением прямой кишки показано комплексное обследование не только моторно-эвакуаторной функции толстой кишки (ректороманоскопия, ирригоскопия и колоноскопия), но и мышц тазового дна (УЗИ, МРТ).
2. Ректопексия по Кюммелю – Зеренину в модификации клиники показана пациенткам молодого возраста и у лиц с отсутствием моторно-эвакуаторных нарушений толстой кишки с органическими изменениями мышц анального сфинктера.
3. Комбинированные операции целесообразно выполнить в специализированных учреждениях, в пожилом возрасте и при осложненной форме заболевания.
4. Для определения и мониторинга качества жизни пациенток с выпадением прямой кишки, целесообразно ориентироваться не только на данные анкетирования по шкале опросника Wexner, но и динамики показателей аноректальной манометрии, УЗИ и МРТ.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Амиров, Ш.Р. Улучшение отдалённых результатов хирургического лечения у женщин с выпадением прямой кишки / Дж.К. Мухаббатов, М.К. Гулов, С.И. Расулова // Известия академии наук Республики Таджикистан.- 2020.-№2(209) .-С. 89-96.
2. Амиров, Ш.Р. Улучшение отдалённых результатов послеродовой недостаточности анального сфинктера / Дж. К. Мухаббатов, С.И. Расулова, П.С. Музафарова // Доклады Академии наук Республики Таджикистан.-2020.-№ 1-2.-Т-63.-С.124-128.
3. Амиров, Ш.Р. Недостаточность анального сфинктера у женщин/ Дж.К. Мухаббатов, М.К. Гулов, С.И. Расулова // Здоровоохранение Таджикистана.-2021.- №2.-С.68-74.
4. Амиров, Ш.Р. Смешанная недостаточность анального сфинктера/Дж.К. Мухаббатов, С.И. Расулова, П.С. Музафарова // Авчи Зухал.-2020.- №1.-С.78.
5. Амиров, Ш.Р. Особенности хирургического лечения выпадения прямой кишки у женщин. / Дж.К. Мухаббатов, С.И. Расулова, Д.Д. Давлатов// Российская школа колоректальной хирургии (РОКХ).- Москва.- 29-30мая 2017.-С.55.

6. Амиров, Ш.Р. Смешанная форма недостаточности анального сфинктера у женщин/Ш.Р. Амиров, С.И. Расулова, А.А. Караева// Материалы XV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021) 24 апреля 2020 стр.124.
7. Амиров, Ш.Р. Улучшение результатов хирургического лечения выпадения прямой кишки у женщин/ С.И. Расулова, А.А. Караева// Материалы XV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021) 24 апреля 2020 стр.124.
8. Амиров, Ш.Р. Хирургическое лечение выпадения прямой кишки у женщин/Д.Д. Давлатов, Ф.М. Сафолова// Материалы XI научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённой 25-летию государственной независимости Р.Т. «Медицинская наука: достижения и перспективы» г. Душанбе 24.04.2016 г. стр.154.
9. Амиров, Ш.Р. Клиническое проявление выпадения прямой кишки у женщин/ Д.Д. Давлатов, М.Ш. Убайдуллоев// Материалы XII научно - практической конференции молодых учённых и студентов ТГМУ им.Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году молодёжи» г. Душанбе 28.04.2017 г. стр.110.
10. Амиров, Ш.Р. Особенности недостаточности анального сфинктера у женщин/ Дж.К. Мухаббатов., Ф.М., Сафолова// Материалы международной научно-практической конференции (68-ой годичной), посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» 27.11 2020 г.стр.205-206.
11. Амиров, Ш.Р. Некоторые хирургические аспекты лечения запоров/ А.С. Саидов., Г.А. Гулзода., Б.А. Саидов. Материалы 67-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им.Абуали ибни Сино. Душанбе. 2020 г.стр.267-269.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ И ПАТЕНТЫ:

1. Амиров, Ш.Р. «Способ хирургического лечения выпадения прямой кишки при сочетании с выпадением матки» Дж.К. Мухаббатов, Ф.Х. Нозимов. Удостоверение на рационализаторское предложение № 3430/R818, выданное ТГМУ от 02.05.2021 г.

2. Амиров, Ш.Р. «Способ хирургического метода лечения выпадения прямой кишки при сочетании с долихосигмой». Дж.К. Мухаббатов, Ф.Х. Нозимов. Удостоверение на рационализаторское предложение №№3429/R817, выданное ТГМУ от 02.05.2021 г.
3. Амиров, Ш.Р. «Способ диагностики смешанной формы недостаточности анального сфинктера» Дж.К. Мухаббатов, С.И. Расулова. Удостоверение на рационализаторское предложение № 3432/R820, выданное ТГМУ от 16.08.2021 г.
4. Амиров, Ш.Р. «Способ коррекции аноректального угла» Дж.К. Мухаббатов, С.И. Расулова. Удостоверение на рационализаторское предложение №3431/R819, выданное ТГМУ от 20.04.2021 г.
5. Амиров, Ш.Р. " Способ хирургического лечения недостаточности анального сфинктера". Дж.К. Мухаббатов, С.И. Расулова. Патент № TJ 1023.
6. Амиров, Ш.Р. "Способ диагностики смешанной формы недостаточности анального сфинктера". Дж.К. Мухаббатов, С.И. Расулова. Патент № TJ 1028.

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВАС	- внутренний анальный сфинктер
ВПК	- выпадение прямой кишки
ВСПК	- внутренний сфинктер прямой кишки
ГОУ	- Государственное образовательное учреждение
ГМЦ	- Городской медицинский центр
ГУ	- Государственное учреждение
МРТ	- магнитно-резонансная томография
МЗ и СЗН	- Министерство здравоохранения и социальной защиты населения
НСПК	- наружный сфинктер прямой кишки
НАС	- недостаточность анального сфинктера
ПРП	- послеродовой разрыв промежности
ПРМ	- пуборектальная мышца
СНАС	- смешанная форма недостаточности анального сфинктера
ТГМУ	- Таджикский государственный медицинский университет
УЗИ (ТРУЗИ)	- ультразвуковое исследование (трансректальное ультразвуковое исследование)