

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН
ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

На правах рукописи

АМИРОВ

Шарофиддин Рустамович

**УЛУЧШЕНИЕ ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН
по специальности 3.1.9 – хирургия**

**Научный руководитель:
д.м.н. Мухаббатов Дж.К.**

Душанбе 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН (обзор литературы).....	8
1.1. Этиопатогенез и диагностика выпадения прямой кишки.....	8
1.2. Методы лечения выпадения прямой кишки	18
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	31
2.1. Клинический материал и его характеристика.....	31
2.2. Методы исследования	37
ГЛАВА 3. ДИАГНОСТИКА ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН	45
3.1. Анализ причин развития осложнений и рецидива выпадения прямой кишки	45
3.2. Диагностика выпадения прямой кишки у женщин.....	50
ГЛАВА 4. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН.....	63
4.1. Предоперационная подготовка больных	63
4.2. Хирургическое лечение выпадения прямой кишки у женщин.....	66
4.3. Послеоперационное ведение больных.....	72
4.4. Отдалённые результаты лечения больных с выпадением прямой кишки у женщин	84
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	93
ВЫВОДЫ.....	107
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	108
СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ.....	109
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	110

Введение

Актуальность темы. 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]. Выпадение прямой кишки приводит к трудовым и социальным проблемам: потере трудоспособности, социальной дезадаптации, психо-невротическим нарушениям и длительным финансовым расходам [Саидов А.С., 1995; Воробьев Г.И., 2006; Коршунов М.Ю. и соавт., 2008].

Основными клиническими проявлениями выпадения прямой кишки являются недостаточность анального сфинктера, нарушение акта дефекации и постоянный дискомфорт. Среди больных с выпадением прямой кишки недостаточность анального сфинктера выявляется у 50-90% пациентов и запор - в 15-65% случаев [Мусин А.И., 2011; Титов А.Ю. и соавт., 2014; Altman D., Zetterstrom J., 2007].

Разработаны и усовершенствованы более 100 различных видов хирургического лечения выпадения прямой кишки. Несмотря на существующие методы хирургической коррекции в отдалённом послеоперационном периоде рецидивы заболевания развиваются от 3,5 до 10%, а по данным некоторых авторов составляет до 30 % наблюдений [Гайворонская С.С., 2007; Воинов М.А., 2015].

По данным сведений Всемирной Организации Здравоохранения, соотношение мужчин и женщин колеблется в пределах 1:6.7. У женщин в 40-60 % случаях выпадение прямой кишки сочетается с различной степенью недержания мочи - у 31-58% пациентов и ректоцеле - у 24-48% пациентов соответственно. [Подмаренкова Л.Ф., 2000; Шелыгин Ю.А., 2011, 2016; GouvasN., 2014].

Улучшению отдалённых результатов хирургического лечения выпадения прямой кишки у женщин могут способствовать внедрения новых методов диагностики и дифференцированный подход к выбору тактики и метода лечения, а также разработка нового и усовершенствование существующих способов операций. Этой задаче и посвящено настоящее научное исследование.

В литературных источниках отсутствуют работы по клиническому течению, комплексной оценке изменений тазового дна у женщин с выпадением прямой кишки, особенно у многорожавших и занятых тяжёлой физической работой.

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 рецидивов 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. Оценить отдалённые результаты хирургического лечения и качество жизни больных с выпадением прямой кишки у женщин.

Научная новизна работы. Изучены функциональные изменения анального сфинктера у женщин с выпадением прямой кишки с учётом возраста, степени и длительности заболевания и сочетания с синдромом опущения промежности. Установлены гендерно-связанные факторы у женщин с выпадением прямой кишки в виде высокого индекса массы тела,

запоров, симптома слабости соединительной ткани и относительное превалирование приобретённых форм заболевания. У пациенток с выпадением прямой кишки выявлена и обоснована роль «квартета» факторов в развитии осложнения и рецидива заболевания. Установлено, что у пациенток с частым выпадением и ущемлением выпавшей части кишки, развиваются разрывы и растяжения волокон мышц анального сфинктера. Выявлено, что у пациенток с выпадением прямой кишки развивается смешанная форма НАС. Усовершенствованы способы диагностики и хирургического лечения у женщин с выпадением прямой кишки с учётом возраста, степени и длительности заболевания и сочетания с синдромом опущения промежности. Научно обоснована эффективность использования комбинированных операций в лечении выпадения прямой кишки у женщин. Изучено качество 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. Гендерно- связанные факторы с возрастом больных и длительностью заболевания, непосредственно являются факторами и причинами развития осложнений и рецидивов заболевания в отдалённом послеоперационном периоде у женщин с выпадением прямой кишки.
2. В комплексном обследовании 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 пациенток с выпадением прямой кишки, необходимы не только реабилитационные курсы, но иногда и повторные корригирующие операции в зависимости от степени тяжести и длительности заболевания, возраста больных.

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 критериев выбора при операциях по поводу послеродовой недостаточности анального сфинктера. Личное участие автора подтверждено представленными материалами, данными и заключениями комиссии, ознакомившейся с первичной документацией проведённого исследования, написанием научных статей и разработкой 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, в «Городской центр 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 «Таджикский институт последипломной подготовки медицинских

кадров» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Апробация работы

Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на научно-практических конференциях молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием (Душанбе, 2015, 2018, 2020), научно-практических конференциях ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием (Душанбе, 2017, 2019, 2020), XII Российской школы колоректальной хирургии (Москва, 2019).

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 предложения и 2 патента.

Структура и объём диссертации

Диссертация изложена на 133 страницах машинного текста и состоит из введения, обзора литературы, 4 глав собственных наблюдений и исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Библиографический указатель включает ссылки на 222 источников (из них 136 отечественных и 86 зарубежных). Диссертационная работа иллюстрирована 16 рисунками и 8 таблицами.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН (Обзор литературы)

1.1. Этиопатогенез и диагностика выпадения прямой кишки

Выпадение прямой кишки является хроническим прогрессирующим заболеванием, снижающим трудоспособность больных и затрудняющим её восстановление, особенно при наличии явлений слабости запирательного аппарата [1,36,76,222].

Выпадение прямой кишки среди больных общехирургического профиля встречается от 0,22 до 2%, а среди больных с заболеваниями прямой кишки и промежности – от 1 до 14,5%. По данным Г.А. Подоляка лица мужского пола среди больных с выпадением прямой кишки встречались в 2-3 раза чаще. Некоторые авторы наблюдали приблизительно одинаковое количество мужчин и женщин [12,39,77,219].

По данным большинства зарубежных авторов выпадение прямой кишки более часто отмечали у женщин в госпитале Святого Марка, в Лондоне среди больных с выпадением прямой кишки встречались у 85% женщин и лишь у 15% мужчин. Ещё более противоречивые данные имеются у других хирургов. Так, если С.И. Галушка из 97 больных наблюдал лишь 7 женщин, то по данным было 82 женщин из 90 оперированных ими больных [7,44,82,205].

В литературе имеются различные данные по возрастному составу больных. Большинство отечественных авторов выпадение прямой кишки наблюдали в наиболее трудоспособном возрасте от 20 до 50 лет. А.М.Аминев по анализу 232 историй болезни наибольшую частоту заболевания выявил в возрасте от 30 до 60 лет. Наиболее часто отметили выпадение прямой кишки

у больных от 50 до 59 лет. Выпадение прямой кишки возникает, в основном, у людей пожилого возраста. Однако Ю.И. Малышев и некоторые другие авторы подчёркивают, что у каждого 3-4 взрослого выпадение прямой кишки началось в детском возрасте [14,37,78,190].

До сих пор нет строгой системы этиопатогенеза выпадения прямой кишки. Еще В.С. Груздев совершенно справедливо, на наш взгляд, указывал, что «происхождение выпадений нельзя объяснить для всех случаев какой-либо одной причиной». В пользу полиэтиологичности заболевания высказываются и современные авторы - А.А.Коваль, Г.А. Подоляк. Мнение Н.И. Напалкова о том, что в развитии выпадения прямой кишки следует различать предрасполагающие условия и производящие факторы, придерживаются. Несмотря на более чем столетнюю историю изучения данного заболевания, ни одна из существующих теорий этиологии и патогенеза в достаточной степени не объясняют развитие и механизмы слабости мышц запирающего аппарата прямой кишки [5,40,85,184].

А.Ф.Еремеевская считает, что недержание газов и кала сопутствует выпадению прямой кишки крайне редко о противоположном свидетельствуют исследования других авторов. По данным некоторых авторов различную степень недержания кишечного содержимого имели 23% обследованных пациентов. Из 342 больных, 17% - не удерживали газы, 24% - не держали кал [3,45,83,152]. Клинические проявления недостаточности анального сфинктера А.М.Аминев отметил у 60,5% больных, а из 166 обследованных им лиц у 109 – обнаружил снижение сократительной способности жома заднего прохода. Е.И.Шиманский наблюдал 29 пациентов, не удерживающих кишечные газы и кал, из 47 больных с выпадением прямой кишки. Г.И. Малов сообщил о 52, не удерживающих плотный кал, из 78 оперированных им больных. Д.П. Чухриенко пишет о том, что 92,8% больных с выпадением прямой кишки имеют нарушенную функцию

анального сфинктера. М.К. Бургуни Г.В. Данилевич наблюдали НАС у 70,2% больных с выпадением прямой кишки, а М.Р.В. Keighleu, - у 42,5% [13,43,90,220].

Н.Н. Porter считал, что при выпадении прямой кишки всегда имеется слабость её запирающего аппарата, которая клинически проявляется лишь через несколько месяцев и лет после начала выпадения [15,38,87,164].

Довольно разноречивый характер клинической оценки распространённости слабости запирающего аппарата прямой кишки при её выпадении, возможно, объясняется следующим: при наличии выпадающей наружу прямой кишки больные основное внимание уделяют этому факту, как наиболее беспокоящему, лишь после ликвидации выпадения жалобы на недержание газов и кала выходят на первое место.

Ю.И. Малышев и А.М.Аминев выявили прямую связь степени недостаточности анального сфинктера с длительностью выпадения и размерами выпадающей кишки. Другие же авторы не обнаружили подобной зависимости степеней слабости запирающего аппарата от давности выпадения. В развитии выпадения прямой кишки первичным моментом учёные считали слабость тазового дна и жома заднего прохода, врождённого или приобретённого характера. Однако А.А.Коваль рассматривал недостаточность анального сфинктера как следствие результата полного выпадения прямой кишки. В единичных наблюдениях НАС предшествовала выпадению кишки. Возможно, это объясняется тем, что НАС без видимого выпадения прямой кишки через задний проход может существовать в начальных стадиях заболевания, то есть при внутреннем выпадении или инвагинации [10,42,88,172].

Уже на первых теориях выпадения прямой кишки дискутировался вопрос о слабости запирающего аппарата, выпадение прямой кишки объясняли слабостью мышц тазового дна, развивающейся в результате

воспалительных процессов, происходящих в стенке кишки и ее мышечном аппарате. Несколько позже K.Ludloff причиной слабости мышц тазового дна считал атрофию тазовой клетчатки и мышц запирающего аппарата прямой кишки, возникающую при тяжёлых, изнуряющих инфекционных заболеваниях [6,35,81,181].

Развитие объективных методов исследования в последние десятилетия позволили уточнить некоторую роль нервно-мышечных структур в механизме держания кишечного содержимого, а также определить особенности слабости запирающего аппарата прямой кишки при её выпадении.

В норме, анальный канал в покое закрыт и давление в нём выше, чем в прямой и сигмовидной кишках, и в большей степени на 75-85% обусловлено тонусом внутреннего гладко-мышечного сфинктера. Функция внутреннего сфинктера не зависит от фазы активности головного мозга и воли человека. Наружный анальный сфинктер и лонно-прямокишечная мышца в отличие от других поперечно-полосатых мышц, имеют постоянную электрическую активность. Наполнение прямой кишки и растяжение её стенок сопровождаются повышением давления в её просвете, при этом тонус внутреннего сфинктера постепенно снижается и давление в анальном канале падает. При этом происходит довольно кратковременное сокращение наружного сфинктера и лонно-прямокишечной мышцы, что способствует непродолжительному компенсаторному повышению давления в анальном канале. Увеличение давления в просвете прямой кишки более 70 мм H₂O вызывает потребность эвакуации содержимого, что субъективно ощущается возникновением позыва к дефекации. Усиление электрической активности наружного сфинктера и лонно-прямокишечной мышцы отмечается как при наполнении кишки, так и при повышении внутрибрюшного давления и волевом сокращении. Подчеркивая функциональную взаимозависимость

наружного и внутреннего сфинктеров, В.Н.Демин считал, что при повреждении наружного сфинктера внутренний подчиняется законам перистальтики [2,34,89,192].

У больных с выпадением прямой кишки, предъявляющих жалобы на НАС, выявлены некоторые функциональные нарушения держания кишечного содержимого. При постоянной дилатации, повторяющемся растяжении анального канала, что происходит при длительных запорах, введении инородного тела, а также при ВПК восстановление тонуса внутреннего сфинктера замедляется и со временем не возвращается к исходному уровню, возникает феномен или рефлекс релаксации внутреннего сфинктера. У больных с выпадением прямой кишки, с недержанием газов и кала в большей степени снижен или отсутствует тонус внутреннего сфинктера, по сравнению с больными без проявлений слабости запирающего аппарата. Снижение функции внутреннего сфинктера, по мнению T.Ihre, имеет наиболее важное значение в возникновении недержания кишечного содержимого, в том числе у больных с выпадением прямой кишки. Развитие недостаточности анального сфинктера у больных с выпадением прямой кишки J.P. Todd во многом объяснял снижением сенсорной чувствительности кишки.

P.R. Hawley выявил, что наполнение латексного баллончика, введённого в прямую кишку, 150 мл воды вызывает позыв на дефекацию, а при дальнейшем увеличении объёма жидкости возникает острая потребность опорожнения кишечника. Автор подчеркнул, что у больных с выпадением прямой кишки наполнение баллона до 250-300 мл H₂O не вызывает ощущения позыва, а происходит внезапное расслабление сфинктера, помимо воли больного. C.G. Thomas указывал, что снижение ректальной чувствительности у больных с выпадением прямой кишки и потеря нормального моторного рефлекса являются причинами нарушений

координации механизма дефекации, что приводит к запорам и недержанию кишечного содержимого [30,61,106].

По мнению К.А. J. Cassimalli, при выпадении прямой кишки не только снижаются тонический и волевой компоненты функции наружного сфинктера, но и нарушается дифференциация газов и кала.

Помимо функциональных исследований, некоторыми авторами изучались морфологические изменения нервных структур и мышечных образований запирающего аппарата прямой кишки при её выпадении.

Изменения нейро-рецепторного аппарата прямой кишки при её выпадении были выявлены А.С. Умаровым и С.Т. Чеканом. Оба обнаружили вакуолизацию, некролиз и сморщивание ядер нервных клеток и явные дегенеративные изменения нервных волокон в стенке прямой кишки [16,70,109].

У больных с выпадением прямой кишки при гистологическом исследовании мышц, поднимающих задний проход, в значительной части случаев морфологических изменений не отмечено.

С помощью современной электронной аппаратуры у больных с выпадением прямой кишки выявлены дегенеративные изменения во внутримышечных нервных пучках, которые сопровождались фиброзом миелиновых оболочек. Изменение нервных волокон, как и явление дегенерации мышечных клеток, были наиболее выражены в наружном сфинктере, в меньшей степени в лонно-прямокишечной мышце.

Подобные изменения, описанной А. G. Parks с соавт., была отмечена В. Е. Tomlisonetal. у пожилых и старых людей, не имевших выпадения прямой кишки. У больных с выпадением прямой кишки в мышцах сфинктера А. G. Engel обнаружил скопление круглых телец, ранее описываемых некоторыми авторами при миопатиях. D. B. Drachmanetal нашёл сходство изменений в мышцах запирающего аппарата прямой кишки при её

выпадении с миопатическими нарушениями структуры в мышцах при длительной их деиннервации [25,65,120].

Таким образом, при выпадении прямой кишки довольно часто развивается недостаточность анального сфинктера, в основе которой лежат морфологические и функциональные изменения нервно-мышечных образований запирающего аппарата. Это обстоятельство может свидетельствовать о необходимости не только оперативного лечения, но и консервативных мероприятий, направленных на известные механизмы слабости АС у больных с ВПК. Наиболее глубокое изучение этих изменений возможно только при комплексном обследовании, результаты которого должны быть рассмотрены в непосредственной связи с клиническими проявлениями заболеваний и отражены в соответствующей классификации. Тактика и результаты лечения во многом зависят от функционально – морфологических нарушений запирающего аппарата прямой кишки.

Классификация любого заболевания, в том числе и выпадения прямой кишки, должна отвечать двум основным требованиям: отражать сущность и основные клинические показатели заболевания и диктовать адекватную тактику лечения. До сих пор нет единой общепринятой классификации выпадения прямой кишки, в достаточной степени решающей эти задачи.

Попытки классифицировать ВПК имелись еще в прошлом веке. Старая и новая французская и немецкая классификации /по А.М.Аминеву лишь констатировали выпадение всех слоёв прямой кишки, либо её слизистой оболочки или анального канала, иногда выделяя инвагинации какого-либо из отделов толстой кишки в анальный канал. В настоящее время классификации утратили своё научно-практическое значение.

Некоторые исследователи относят выпадение слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки к началу, первой стадии выпадения всех её слоев. Большинство авторов считает, что выпадение слизистой оболочки

не является начальной стадией заболевания, за которой следует полное выпадение всех слоёв прямой кишки. Г.А.Подольяк; С.С.Аведисов; Д.П. Чухриенко с соавт. справедливо указывали, что выпадение слизистой оболочки прямой кишки существует как самостоятельный патологический процесс, причиной которого является нарушение или ослабление интимной связи между слизистой и мышечной оболочками кишки на почве воспалительных изменений. Это состояние не вызывает выраженной слабости мышц тазового дна и сфинктера; довольно легко поддаётся лечению методом лепесткового иссечения, либо операцией по типу геморроидэктомии по Миллигану–Моргану. Ранее пропагандируемое циркулярное иссечение выпадающей слизистой оболочки по методу Уайтхеда нередко приводила к развитию стриктур анального канала или недостаточности анального сфинктера, так как при этом удаляется проприоцептивная зона прессорецепторов [24,68,107].

Еще В.Р.Брайцев писал: «Старая теория Крювелье Эсмарха, по которой сначала выпадает слизистая оболочка, а вслед за ней начинает выпадать и прямая кишка, потеряла свою реальность и сделалась достоянием прошлого».

Дифференциально-диагностические признаки между выпадением слизистой оболочки и полным (истинным) выпадением прямой кишки достаточно чётко описаны Г.А. Подольяком.

Некоторые классификации выпадения прямой кишки построены на анатомическом принципе. Так, Р.И. Венгловский различал неполное выпадение тазовой части и полное выпадение тазовой и анальной части прямой кишки. Н.И. Напалков чётко разделял выпадение слизистой оболочки и выпадение прямой кишки / собственно выпадение/, подчеркивая различие в тактике лечения этих состояний [17,73,111]. Г.П. Ковтунович, кроме анатомических показателей, вводил элементы функциональных расстройств: 1) выпадение слизистой оболочки; 2) выпадение прямой кишки до 4 см, без

нарушения функции наружного сфинктера; 3) выпадение прямой кишки более 4 см, с нарушением функции наружного сфинктера. Последняя напоминает классификацию, предложенную К.В.Даниель-Беком, которая выделяла три степени выпадения прямой кишки:

1 степень – прямая кишка выпадает при дефекации, не более 5 см без нарушений функции сфинктера;

2 степень - выпадение прямой кишки происходит при умеренной физической нагрузке, длиной от 6 до 10 см, сопровождается недержанием газов, иногда кала;

3 степень – массивное выпадение прямой кишки, более 10 см сопровождается недержанием газов и кала.

Г.А. Подоляк выделял выпадение прямой кишки по отделам: выпадение тазового отдела и выпадение тазового и промежностного отделов, которые могут протекать с нормальной или нарушенной функцией сфинктеров и леваторов, с наличием или отсутствием промежностной грыжи. Кроме того, автор ввёл понятие форм выпадения, осложнённых ущемлением, разрывом, опухолями прямой кишки и сочетанным выпадением прямой кишки и матки.

Классификация выпадения прямой кишки, предложенная Ю.И. Малышевым, содержит деление всех видов выпадения прямой кишки на три формы или стадии: скрытое (внутреннее) выпадение, тазового и тазового с промежностным отделом прямой кишки. Каждая из форм выпадения дополняется информацией о функции анального сфинктера, нарушение которой делится на три известных степени. Так же как и в предыдущей классификации, отдельно выделены осложнённые формы выпадения кишки [29,62,116].

Достаточно объёмная информация, но очень сложная по построению классификация С.С.Аведисова, в которой выделяются четыре степени

выпадения прямой кишки, различающиеся по длине выпадающего участка; качественным изменениям слизистой кишки и состоянию мышцы сфинктера; функциональным нарушениям подвешивающего и поддерживающего прямую кишку аппарата; клиническим показателям состояния психики больного, нарушения стула и т.п. Эта классификация представляет в основном академический интерес, так как в пределах какой-либо одной далеко не всегда наблюдается соответствие размеров выпавшей кишки, многообразие других описанных качественных, функциональных и клинических показателей. Для практических целей и выбора метода лечения эта классификация неудобна [23,66,119].

Достаточно информативной и оригинальной, на наш взгляд, является классификация А.Е. Рабовской, построенная по функциональному принципу, отражающая стадийность клинических изменений функции мышц тазового дна. Автор различает три стадии выпадения: 1 стадия компенсации - небольшое выпадение прямой кишки, возникающее при сильном натуживании; кишка вправляется самостоятельно; 2 стадия субкомпенсации - выпадение большей части кишки, возникающее при каждом акте дефекации, после вправления самостоятельно удерживается; 3 стадия декомпенсации - выпадающая даже при незначительном напряжении, прямая кишка вправляется только рукой, но долго не удерживается на месте. Недостатком классификации является отсутствие учёта недостаточности анального сфинктера, зачастую сочетающейся с выпадением прямой кишки.

Многообразие клинических форм выпадения всех слоёв прямой кишки и сопутствующие им патологические синдромы трудно уложить в рамки какой-либо одной классификации, избежав громоздкого построения. По нашему мнению, для выбора метода лечения выпадения прямой кишки классификация должна отражать: 1 стадию выпадения кишки, то есть обстоятельства, при которых происходит процесс выпадения (при дефекации,

физической нагрузке, ходьбе); 2 степень недостаточности анального сфинктера, при наличии слабости запирающего аппарата кишки (недержание газов, жидкого или плотной консистенции кала); 3 фазу компенсации функции мышц тазового дна, в основном-поднимающих задний проход (выпавшая кишка вправляется самостоятельно, либо только при помощи ручного пособия). Кроме этого, для предоперационной подготовки и послеоперационного введения больных необходимо обращать внимание на наличие и выраженность воспалительного процесса слизистой оболочки прямой кишки, сопутствующие заболевания органов желудочно-кишечного тракта, нарушение дефекации и изменения характера стула.

1.2. Методы лечения выпадения прямой кишки

Тактика лечения выпадения прямой кишки у детей и взрослых пациентов существенно отличается. Такие консервативные мероприятия, как регуляция стула, определённое положение при дефекации (лёжа на боку, со сведёнными ягодицами и т.п.), поддержание ягодиц полосками липкого пластыря, ЛФК, электростимуляция мышц тазового дна дают у 88% детей стойкое выздоровление. Основное место в детской практике всё-таки отдаётся инъекционному методу. Для введения в параректальную клетчатку предложено большое количество склерозирующих средств самого разнообразного состава, однако наибольшее распространение получил этиловый спирт [28,75,108].

У взрослых пациентов консервативное мероприятие, в том числе и инъекционная терапия, не получили широкого распространения ввиду малой эффективности. Н.Н. Прокофьев и другие авторы наблюдали летальные исходы в ближайшее время после введения спирта. Ю.И.Малышев с соавт. из 99 случаев лечения инъекциями этилового спирта, собранных по

литературным данным, отметил у 27-рецидив заболевания, а у 7- возникли свищи и стриктуры, для устранения которых потребовались неоднократные сложные пластические операции [31,63,113].

Попытка лечения выпадения прямой кишки электростимуляцией мышц тазового дна без оперативного вмешательства не дала желаемых результатов. Последний, обобщив результаты лечения 52 больных по данным нескольких клиник, у 21- пациента отметили субъективное улучшение и лишь у одного- положительный результат. [32,68,110].

Подавляющее большинство современных хирургов пришло к единому мнению, что лечение взрослых больных с выпадением прямой кишки должны быть оперативным. О сложности лечения выпадения прямой кишки говорит значительное количество операций. С.С. Аведисов писал: «Пожалуй в хирургической патологии нет ещё такого заболевания, при котором было предложено столько оперативных и других способов лечения, сколько это имеет в отношении выпадения прямой кишки». По данным А.М.Аминева насчитывается более 220 методов операций и их модификаций. Мы согласны с мнением J.P. Todd, что причиной неудовлетворительных результатов хирургического лечения этого заболевания бывает повинен не только хирург или тот или иной тип операции, а неправильно выработанные показания к выполнению данного способа операции, без учёта клинических форм болезни и данных объективных методов обследования [19,71,117].

Все известные методы операций принято делить на несколько крупных групп:

1. Операции по сужению заднего прохода;
2. Пластические операции на тазовом дне;
3. Операции, направленные на облитерацию дугласова кармана;
4. Различные виды резекций выпадающей прямой кишки;
5. Подвешивание или фиксация прямой либо сигмовидной кишки;
6. Комбинированные методы операций.

Подобная классификация оперативных методов основана на предложении Р.И. Венгловского и дополнена А.М. Аминевым.

Сужение заднего прохода достигается несколькими способами. Однако авторы после вправления кишки иссекали различные по форме участки перианальной кожи и слизистой оболочки анального канала с последующим ушиванием ран или ведением их заживления вторичным натяжением [27,72,115].

В основе другого способа сужения заднего прохода лежит идея К.Thierech, предложившего проводить серебряную проволоку вокруг дистальной части прямой кишки, фиксируя её концы скручиванием до полного обхвата указательного пальца, введённого в задний проход. По мнению автора, этой операцией достигается: а/ механическое препятствие выпадению кишки; б/ усиление функции сфинктера за счёт развития фиброзного кольца вокруг инородного тела [18,69,109].

Простота и кажущая эффективность метода породили поиски других материалов для операции: кетгутовые и шелковые нити, фасциальные полоски, сухожилия, полоски надкостницы, резиновые трубки и полоски, пуповину, кожные полоски, различные синтетические материалы. Оперативные вмешательства по методу Тирша не оправдали возлагаемых надежд. Инородное тело в параректальной клетчатке вызывало резкие боли, кольца ломались, травмировали кишку, образовывались параректальные свищи. Явления кишечной непроходимости после подобных операций наблюдали Р.Р. Вреден и другие авторы. Удаление суживающего кольца ввиду развившегося осложнения приводило, как правило, к рецидиву заболевания. По сводным данным, рецидивы выпадения прямой кишки после этих операций наблюдались в 30-64 % случаях, отметил, что функция запирающего аппарата прямой кишки после операций типа Тирша, носящих паллиативный характер, не улучшалась [20,76,118].

Сообщения об операциях типа Тирша до сих пор еще встречаются, хотя показания к их выполнению значительно сузились. Подобные вмешательства производятся пожилым больным с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями. Иногда сужения заднего прохода применяют как один из этапов в комбинированных методах операций.

Укрепление тазового дна и запирающего аппарата прямой кишки достигалось различными способами. Укрепление мышц, поднимающих задний проход и сужение нижеампулярного отдела прямой кишки выполняли либо через разрез кожи промежности, либо через влагалище. Н.И.Напалков леваторопластику дополнял резекцией глубокого дугласова кармана. Из 27 операций по Н.И.Напалкову у 4 больных обнаружен рецидив заболевания, у 3- повреждена прямая кишка и у 1 – мочеиспускательный канал. По данным из 12 человек, оперированных в госпитале Св.Марка по методу Mc Canna, в отдалённые сроки у всех обнаружен рецидив выпадения прямой кишки. Подобного типа оперативные вмешательства в «чистом» виде не получили широкого распространения, иногда используются как один из этапов в комбинированных методиках, для укрепления запирающего аппарата прямой кишки [21,64,104].

Укрепление тазового дна с помощью ушивания медиальных краев мышц, поднимающих задний проход со стороны брюшной полости. Однако авторы рекомендовали сочетать этот этап с фиксацией прямой кишки в левой подвздошной области и ликвидацией дугласова кармана [36,99,108].

Для пластических целей по укреплению промежности и сфинктера у больных с выпадением прямой кишки рядом авторов предложены различные операции с использованием мышечных трансплантатов. Суть операций заключалась в проведении и фиксации мышц или их лоскутов, вокруг дистального отдела прямой кишки. Для этой цели использовали большую ягодичную мышцу и нежные мышцы бедра. Опыт подобных операций в

лечении выпадений прямой кишки невелик, более широкое применение они получили в хирургии врождённой и травматической недостаточности анального сфинктера [39,92,114].

Нередко во время операций по поводу выпадения прямой кишки хирурги обращали внимание на чрезмерно глубокое прямокишечно-пузырное или прямокишечно-маточное пространство. Полагая, что эти усугубления являются причиной выпадения, своеобразными грыжевыми воротами, предложили ушивать его несколькими рядами отдельных узловатых швов. Для этой цели хирурги пользовались кисетными швами, расположенными горизонтально с интервалом 2,5 см, Ch.Mayo предложил поднятие и фиксацию тазового углубления фасциальными полосками. Вмешательства подобного типа не получили распространения, но даже в единичных сообщениях имелись сведения о смертельных исходах и повреждениях мочеточников. Большое количество рецидивов - более 64%, не позволяет рекомендовать эти операции, как самостоятельный метод лечения выпадения прямой кишки [44,103,117]. Ушивание глубокого дугласова кармана используется в некоторых комбинированных оперативных методах. Операциями, связанными с удалением части или всей прямой кишки при её выпадении, в основном пользовались зарубежные хирурги. E.A.Kehrer, F.Esmarch выполняли отдавливание выпавшего цилиндра кишки у его основания с помощью лигатуры или других приспособлений на резиновой трубке или буже. Одномоментно оперативным способом удаляли выпавшую кишку, тщательно послойно восстанавливая целостность тканей. По литературным материалам, собранным С.С.Аведисовым, Д.П.Чухриенко, летальность после этих операций колебалась от 3,5 до 11,2%, а рецидивы выпадения составляли 10,9-26,4% [37,101,105].

Ректосигмоидэктомию по W.E.Miles при выпадении прямой кишки пропагандировали W.B.Gabriel. Подобные большие по объёму вмешательства

при выпадении прямой кишки не давали желаемого эффекта. По сводным данным госпиталя Св, Марка, из 150 больных после операции Milessa, у 60% пациентов развился рецидив выпадения кишки, а более чем у половины больных ухудшилась функция держания кишечного содержимого [40,97,110].

F.Eiserberg успешно произвёл внутрибрюшную резекцию сигмовидной кишки в случае сочетания долихосигмы с выпадением прямой кишки. E.G. Muir предложил выполнять переднюю резекцию прямой кишки при её выпадении, оставляя в дистальной части не менее 5 см кишки. На 50 операций, проведённых в госпитале Св. Марка, рецидивов выпадения не зафиксировано, на 9 оперированных ими больных методом внутрибрюшной резекции кишки и фиксацией к крестцу у 1 больного образовался высокий свищ, а у 2 больных пресакральный абсцесс, рецидивов выпадения не отмечено. Ch.ripstein считает, что 3% больных с выпадением прямой кишки, которым показана ректопексия, нуждаются в резекции ректо-сигмоидного отдела. T.J. Theuerkaufetal утверждал, что внутрибрюшная резекция прямой кишки с её фиксацией является методом выбора при массивных выпадениях прямой кишки.

Мы согласны с мнениями Г.А.Подольяка и А.М.Аминева, считающими, что резекция дистального отдела толстой кишки при её выпадении неоправданно и рискованно, так как летальность после этих операций составляет 11,2-22,3%. Г.А.Подольяк применял подобные операции при некрозе, перфорации и наличии злокачественной опухоли на стенке выпадающей кишки. Th.Lesceretal. предлагал выполнять низкую переднюю резекцию при рецидивах выпадения и стриктурах прямой кишки после операций с применением синтетических материалов, в частности тefлоновых колец [31,93,121].

Большой интерес в свое время, среди хирургов вызвала операция-резекция слизистой оболочки выпадающей части прямой кишки с

формированием валика вокруг заднего прохода из мышечной оболочки выпадающего цилиндра. Несмотря на то, что образованный мышечный валик, по идее авторов, должен был укреплять сфинктер, в 15-80% случаев после этих операций отмечалось ухудшение держания газов и кала. В.И.Николаев связывает это обстоятельство с удалением участка слизистой оболочки, богатого чувствительными нервными окончаниями, а также с атрофией наружного сфинктера вследствие давления на него сформированного мышечного валика. Рецидивы выпадения прямой кишки после подобных операций составляли 10-80%, а летальность – 1,2-2% [45,95,115].

Внебрюшные методы фиксации прямой кишки проводятся через доступ со стороны промежности. Фиксация кишки достигается двумя способами: подшиванием прямокишечной стенки к передней продольной связке позвоночника в крестцово-копчиковой области или к надкостнице крестца, либо искусственно вызванном адгезивным процессом между стенкой кишки и передней поверхностью крестца или стенками таза. Большой опыт применения операций с тампонадой пресакрального пространства был накоплен И.Д. Корабельниковым, Д.П. Чухриенко и Ю.И. Малышевым. Авторы отмечали длительный послеоперационный период, протекающий с выраженным гнойным процессом, высокой лихорадкой, длительно незаживающей вяло гранулирующей раной. По данным разных хирургов рецидивы заболевания после операций подобного типа наблюдались у 15,6-69,2% больных. По материалам госпиталя Св.Марка /Лондон/, у 29 человек из 32 оперированных по методу Локкарт-Маммери в отдалённом периоде обнаружены рецидивы выпадения прямой кишки. В настоящее время практически все хирурги отказались от операции тампонады пресакрального и параректального пространства [32,100,107].

А.Д.Радзиевский осуществлял подвешивание подтянутой сигмовидной кишки к передней брюшной стенке. После подобных операций отмечалось появление осложнений в виде каловых свищей и кишечной непроходимости. Кроме того, М.Л. Котляревским описаны случаи смертельных исходов от перитонита и кишечной непроходимости. По сводным данным многих хирургов у 25,1-31,3% оперированных больных имелся рецидив выпадения кишки. Наиболее благоприятные результаты получены при операции А.Д. Радзиевского, где рецидивы не превышали 9,27-18,7%[43,98,111].

Ранее распространённая в Великобритании операция, предложенная J.Pemberton, заключалась в фиксации мобилизованной до уровня прикрепления леваторов прямой кишки и подтянутой сигмовидной кишки в области левой подвздошной ямки. О.Н.Bearhsetal, изучая отдалённые результаты этой операции у 34,6% больных, выявил рецидив выпадения прямой кишки[38,91,113].

Пожалуй, самым популярным среди хирургов является метод чрезбрюшной фиксации прямой кишки к крестцу. По сводным данным Г.А. Подолька, Ю.И.Малышева и В.А.Гулина рецидивы после этих операций не превышали 8,8-11,9%. А.М.Аминев писал, что частота рецидивов при чрезбрюшной ректопексии зависит от квалификации хирурга; так, в хирургической клинике Куйбышевского мединститута после операций Зеренина–Кюммеля, выполненных опытными врачами, рецидивы выпадения не превышали 3,6% тогда как после подобных операций, произведённых молодыми сотрудниками, рецидивы составили 31,6%. Б.С.Гудимов и К.Н.Тарун /1979/, анализируя причины рецидивов после операции Зеренина–Кюммеля, установили следующие типичные ошибки: 1) кишка фиксировалась не к надкостнице крестца и передней продольной связке позвоночника, а к периетальной брюшине; 2) фиксация производилась только на уровне мыса крестца, а необходимо значительно ниже ко 2-3

крестцовому позвонку; 3) в швы захватывалась боковая, а не передне-боковая стенка прямой кишки; 4) фиксация прямой кишки производилась без должного натяжения[42,105,122].

При подшивании прямой кишки к крестцу некоторые авторы применяли аллопластические материалы: капроновые и лавсановые полосы, нейлоновую губку, тефлоновую петлю, нейлоновую сетку [35,96,107].

Наибольшее распространение в США получила операция C.B.Ripstaina, в Великобритании - операция Wellsa. После применения данных методик авторы отмечали до 95% хороших результатов. Наряду с этим, Ellis, J.C.B.Penfold сообщили о случаях, осложнённых тазовым перитонитом, кровотечениями и летальных исходах после этих операций. T.E.Eisenstatetal с осторожностью относился к использованию синтетических материалов при сочетании выпадения прямой кишки с долихосигмой, дивертикулёзом и различными воспалительными явлениями со стороны толстой кишки [34,94,102].

Goligher, B.Morgan не рекомендуют применение polyvinylalcohol/ивалона/, указывая, что у крыс в эксперименте этот материал вызывает развитие саркомы. Хотя C.E.Duges, B.C.U. Mitchleu считают это опасение неоправданным в отношении к человеку [41,104,119].

Отечественные авторы получали хорошие результаты ректопексии с использованием пластических материалов. Ю.И. Малышев и В.А. Гулин при применении своей методики из 210 операций имели 10 рецидивов выпадения. А.А. Коваль из 233 оперированных по методу Д.П.Чухриенко рецидивы заболевания выявил у 5 человек [33,102,114].

Известны и другие способы ректопексии с использованием синтетических материалов: И.М.Морозов и А.А.Милаш фиксировали прямую кишку лавсановой полоской к пупартовой связке; С.И.Галушка подшивал прямую кишку лавсановой лентой, проведённой забрюшинной к

апоневрозу наружной косой мышцы; В.С. Костин последнюю модификацию дополнял фиксацией прямой кишки к передней верхней ости левой подвздошной кости. Отечественными авторами не описаны существенные осложнения, связанные с имплантацией синтетических материалов, однако из зарубежных - M.L.Corman наблюдал от 12 до 20% осложнений, которые относили только к наличию аллотрансплантата [3,49,123].

Среди некоторых хирургов до сих пор ещё нет четкого мнения о выборе между операциями по типу Зеренина-Кюммеля и Радзиевского. В пользу фиксации прямой кишки к крестцу говорят экспериментальные исследования, проведённые на лабораторных животных / собак, кроликов/. Эти работы показали, что ректопексия по методу Зеренину-Кюммелю является более надёжной, чем фиксация к апоневрозу наружной косой мышцы живота по методу Радзиевского /Н.Г.Юзбашев[12,60,134].

Ряд авторов, особенно в последние десятилетия, предлагают комбинировать различные методы ректопексии с вмешательствами на промежности и перианальной области, с целью укрепления запирающего аппарата прямой кишки.

Б.А.Барков и другие авторы сочетают ректопексию с одним из методов сужения заднего прохода. Подобные операции выполняли лишь при выпадении прямой кишки с явлениями недержания кишечного содержимого [19,51,121].

С целью укрепления промежности А.В.Вишневский, В.М. Святухин ректопексию дополняли задней леваторопластикой; А.А.Протасевич с соавт., Г.С.Михайлянц с соавт. - пластикой передней порции мышц, поднимающих задний проход. И.И.Шалаев и В.Н. Орлов чрезбрюшную ректопексию производили с передней и задней сфинктеролеваторопластикой и сужением заднего прохода кожным трансплантатом [23,47,201].

Ряд зарубежных хирургов, основываясь на принципе операции из брюшной полости, мобилизовали прямую кишку до леваторов и ушивали дугласов карман, а со стороны промежности выполняли леваторопластику .

Результаты операций оценивались как удовлетворительные, хотя рецидивы заболевания составили 11,8%, а летальность – 0,7% [31,48,209].

Ю.М. Лубенский с соавт. для укрепления тазового дна, помимо ректопексии, ушивали гофрирующими швами Дугласов карман с предварительным нанесением насечек на тазовую брюшину, выполняемую электроножом. Ректопексию и заднюю леваторопластику, выполняли через брюшную полость. С.G.Thomas эту же операцию производил из транс сакрального доступа, дополняя её ушиванием Дугласова кармана и иногда резецируя избыток сигмовидной кишки. Недостаточное количество наблюдений и отсутствие опыта применения подобных операций другими хирургами не позволяет сделать окончательных выводов по данным методикам [35,57,146].

В литературе имеются единичные сообщения по дифференцированному подходу к оперативному лечению выпадения прямой кишки со слабостью запирающего аппарата. При недостаточности анального сфинктера III степени Г.А.Подольяк после ректопексии рекомендовал выполнять пластику сфинктера по типу операций А.Н.Цастрова, И.Л.Фаермана, Б.Л.Канделис - модифицированные операции типа Ф.М. Плоткина-Г.А. Рихтер и И.Л. Фаермана в этой ситуации ограничивались сфинктеролеваторопластикой. И.Я.Макшанов при слабости жома заднего прохода любой степени дополнял фиксацию любой степени и фиксацию прямой кишки к крестцу операцией И.Л. Фаермана, выполняя её одновременно, либо после ликвидации выпадения. И.Я.Малышев и А.М.Аминев предлагали производить операции Тирша или Вредена больным с сохраняющейся после ректопексии слабостью запирающего аппарата прямой кишки [39,50,159].

Если в отношении результатов по ликвидации выпадения прямой кишки какие – либо известные методы операций авторами призваны достаточно эффективными, то в отношении коррекции слабости запирающего аппарата информация о них разноречива, у больных с выпадением прямой кишки с недостаточностью анального сфинктера после операций, включающих одним из этапов сужение заднего прохода, отмечали почти полное восстановление функции запирающего аппарата. После одного из методов колопексии наблюдали улучшение функции держания у 20-75% оперированных. При этом авторы не указывали на какие-либо определённые мероприятия, направленные на укрепление сфинктера и мышц тазового дна. Однако F.J.Theuerkaufetal, O.H.Beahrsetal пришли к заключению, что операции, применяемые для лечения выпадения прямой кишки, не приводят к полной ликвидации недостаточности анального сфинктера, а лишь создают для этого благоприятные условия [43,58,176] .

Для восстановления функции мышц запирающего аппарата прямой кишки после ликвидации её выпадения некоторые авторы считают необходимым проведение консервативного лечения. Ю.И.Малышев отметил значительное улучшение функции сфинктера у оперированных при применении массажа, восходящего душа, дарсонвализации и гимнастики сфинктера по А.Я.Духанову, дополнённые общеукрепляющими средствами. Г.А.Подольак и Д.П.Чухриенко помимо этого назначили инъекции стрихнина. Подобной тактикой лечения придерживается Б.А.Канделис для улучшения обменных процессов, в частности в мышцах тазового дна и сфинктера, рекомендовал введение гормональных препаратов [18,54,111].

О достаточно большом значении лечения сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта и нормализации дефекации в коррекции нарушений функции запирающего аппарата прямой кишки при её выпадении писали А.А.Коваль, M.L.Cormanetal [44,119].

J.P.Tood указывал, что восстановление тонуса наружного сфинктера и отчасти мышц, поднимающих задний проход, возможно лишь при длительной тренировке и электростимуляции, но тонус внутреннего сфинктера к норме не возвращается. Даже при самых активных комплексных мероприятиях процесс восстановления функции мышц запирающего аппарата прямой кишки длится от 2 до 3 лет. При этомдержание газов и кала восстанавливается у 80-90% больных [8,63,123].

В целом из анализа литературы следует, что большинство работ, посвящённых лечению выпадения прямой кишки у женщин, недостаточно освещают вопросы развития и механизмы возникновения смешанной формы недостаточности анального сфинктера, роль при этом объективных методов исследования, функции мышц запирающего аппарата, выбора метода лечения выпадения прямой кишки и остаточные явления анального сфинктера, сохраняющейся после ликвидации выпадения прямой кишки.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Клинический материал и его характеристика

Основой нашего исследования послужили истории болезни 113 больных женщин, оперированных в Государственном учреждении «Городской медицинский центр №2 имени академика К.Т. Таджиева» г. Душанбе с 2010 г. по 2020 г. в возрасте от 17 до 71 года. Наибольшее число пациентов (n=86; 75,2%) были в возрасте от 30 до 59 лет, а половина из всех оперированных – в активном трудовом возрасте (таблица 1).

Таблица 1. - Распределение пациенток по возрасту

Возраст	До 19 лет	От 20 до 29 лет	От 30 до 39 лет	От 40 до 49 лет	От 50 до 59 лет	От 60 лет и старше	Всего
Количество больных	5	12	21	35	29	11	113
В %	4,4	10,6	18,6	31,0	25,7	9,7	100

Далеко не все больные обращались за медицинской помощью в первые месяцы, и даже годы заболевания. Лишь у двоих (1,8%) пациентов давность выпадения прямой кишки не превышала 12 месяцев. 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 (таблица 2).

Стоит отметить, что в 39 (34,5%) случаях больные ранее подвергались хирургическому лечению в различных клинических учреждениях страны, при этом 24 из них неоднократно.

Таблица 2. - Распределение пациенток по возрасту

Продолжительность заболевания	Количество пациенток	
	Абс. число	В %
До 1 года	2	1,8
От одного года до 10 лет	10	8,8
3-5 лет	6	5,3
5-10 лет	24	21,2
Более 10 лет	71	62,8
Всего	113	100,0

Согласно данным литературы одним из главных факторов, приводящих к выпадению прямой кишки, является повышение внутрибрюшного давления. В наших наблюдениях ряд больных предполагаемой причиной заболевания называли различные ситуации, которые, как принято считать, сопровождаются повышением внутрибрюшного давления.

Выпадение прямой кишки у 40 (35,3%) больных началось с нарушения акта дефекации и консистенции стула, причём у 34 из них непосредственной причиной заболевания считали упорные запоры, а у 30- продолжительные поносы, нередко возникавшие при острых кишечных инфекционных заболеваниях.

У 15 (13,3%) пациентов основная работа была связана с систематическими тяжелыми физическими нагрузками, что, по нашему мнению, могло явиться причиной выпадения прямой кишки. У 17 (15,0%) больных выпадение началось после тупых травм в области живота, ягодиц области и промежности, из них затяжные травматичные роды были причиной заболевания у 6 (5,3%) женщин, у 2 (1,8%) больных прямая кишка начала выпадать после операций на промежности и органах малого таза. У 15 человек (13,3%) заболевание началось после однократного подъёма

различных предметов значительной тяжести. В 5 (4,4%) случаях пациенты указывали на наследственную предрасположенность к заболеванию, их ближайшие родственники страдали выпадением прямой кишки (таблица 3).

Таблица 3. - Причины выпадения прямой кишки у женщин

Причины	Абс. число	В %
Запоры	21	18,6
Травмы (в том числе роды и операции на промежности)	17	15,0
Тяжелый физический труд	15	13,3
Поносы	11	9,7
Наследственный фактор	5	4,4
Сочетание нескольких причин	30	26,5
Неясная причина	14	12,4
Всего	113	100,0

У 30 (26,5%) обследованных выявлено сочетание двух или нескольких выше указанных факторов. В 14 (12,4%) случаях пациентки не смогли назвать прямую причину заболевания, при этом у 9 женщин заболевание началось в раннем детском возрасте.

Диагностика заболевания, как правило, не представляет особых затруднений. Основной жалобой является сам факт выпадения прямой кишки, которое происходит при различных обстоятельствах. Из 113 наблюдаемых прямая кишка выпадала лишь при дефекации у 45 (39,8%) - выпадение происходило во время стула и при физическом напряжении: подъеме тяжести, кашле и т.п. Меньшая группа - 22 (19,5%) пациента, 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. Лишь 12 (10,6%) - 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 (рисунок 1).

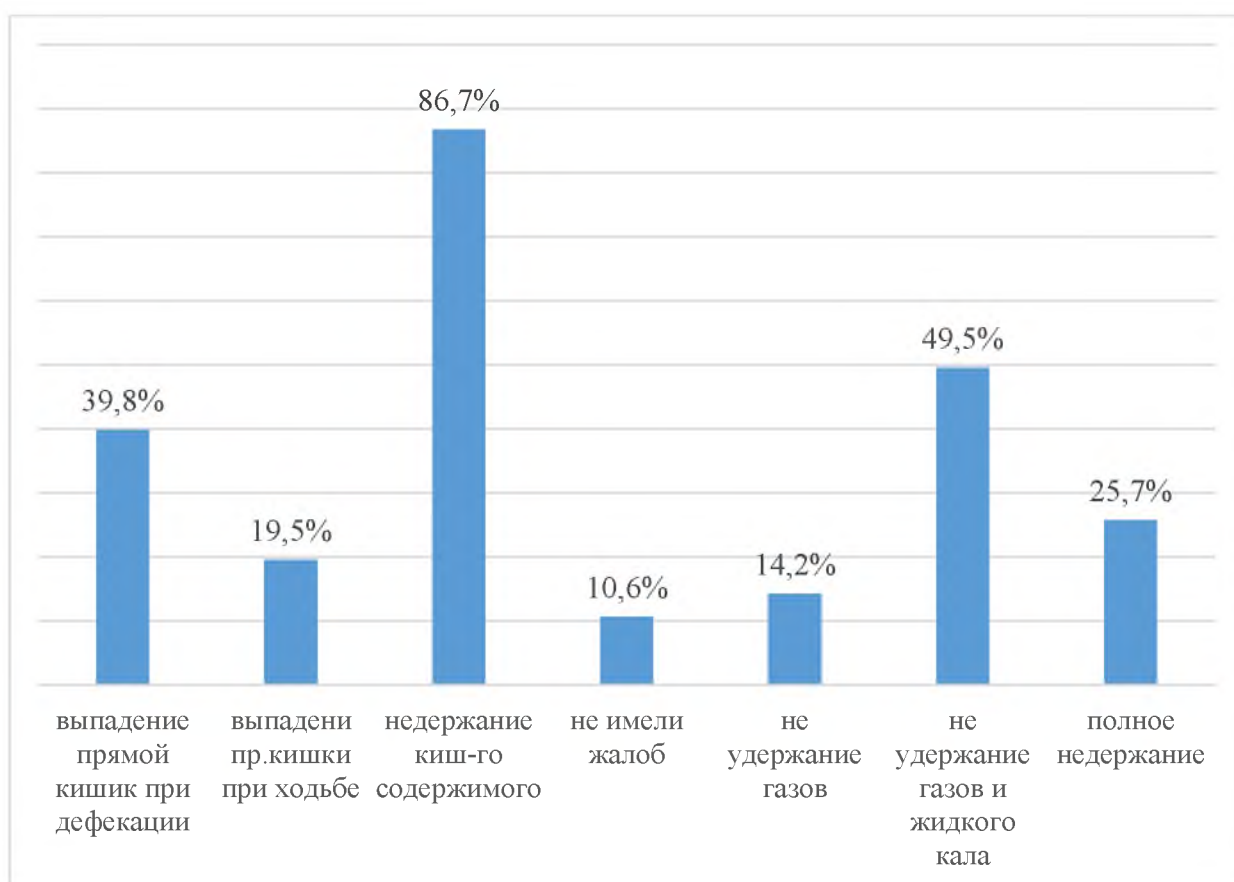


Рисунок 1. – Частота встречаемости жалоб у пациенток с выпадением прямой кишки

Необходимо отметить, что признаки слабости запирательного аппарата прямой кишки, как правило, возникали на фоне уже сформировавшегося полного её выпадения. Исключение составляют двое больных – после неоднократных операций по поводу рецидивирующего парапроктита и одной, у которой выпадение прямой кишки возникло после травматичных

родов с разрывом промежности III степени. У этих людей недостаточность анального сфинктера изначально была обусловлена нарушением анатомической целостности мышц жома заднего прохода.

Нередко больные с выпадением прямой кишки жаловались на нарушение дефекации: у 56 (49,5%) - имелась склонность к запорам, у 20 (17,7%) - к поносам, а у 17 (15,0%) - был неустойчивый стул: запоры чередовались с поносами. Из 113 человек 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. Так, 19 обследованных страдали хроническим гастритом, 10 – холециститом, 8 – язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, 2 – панкреатитом. У 44 больных выявлен хронический колит, из них у 18 - носил вторичный характер и был связан с другими заболеваниями органов пищеварения.

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 объяснились гиперсекрецией желёз и травматизацией воспалённой слизистой оболочки выпадающей кишки.

Зачастую люди, страдающие выпадением прямой кишки, отмечают чувство зуда в области заднего прохода. В наших наблюдениях на зуд в перианальной области жаловались 32 (28,3%) женщины. Это состояние наблюдалось у пациенток с недостаточностью анального сфинктера и объяснялось раздражением перианальной кожи, выделяющейся слизью и частицами кала.

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 выхода кишки наружу и длились непродолжительное время, до нескольких минут и чаще отмечались в начале развития заболевания.

Частота основных симптомов выпадения прямой кишки представлена в таблице 4.

Таблица 4. - Основные жалобы больных с выпадением прямой кишки у женщин

Симптомы	Число больных	
	Абс. число	В %
Выпадение прямой кишки	113	100
Недостаточность анального сфинктера	105	92,9
Запоры	34	30,1
Поносы	21	18,6
Патологические примеси (слизи, крови)	92	81,4
Зуд в перианальной области	64	56,6
Боли в заднем проходе, во время акта дефекации	36	31,9
Недержание мочи	41	36,3

Таким образом, наиболее часто встречающимися симптомами заболевания являются: сам факт выпадения прямой кишки, недержание кишечного содержимого, выделение слизи, нарушение акта дефекации, чувство зуда в области заднего прохода.

2.2. Методы исследования

Обследование больных с выпадением прямой кишки включало:

1. Наружный осмотр перианальной области и пальцевое исследование анального канала;
2. Ректороманоскопию;
3. Функциональные методы обследования: а/ сфинктерометрию; б/ электромиографию сфинктера и мышц тазового дна; в/ изучение ректоанальных рефлексов; г) исследование моторики и тонуса дистального отдела толстой кишки;
4. Рентгенологическое исследование толстой кишки, УЗИ и МРТ;
5. Исследование микрофлоры кала /при нарушении дефекации/ ;
6. ЛДФ аппаратом ЛАКК -01.

Различные анализы крови и мочи производятся по общепринятым принципам для больных хирургического профиля и в зависимости от сопутствующих заболеваний. Изменений лабораторных показателей, характерных для выпадения прямой кишки, нами не выявлено.

При общем осмотре больных с выпадением прямой кишки особое внимание обращалось на конституциональный тип строения.

У 14 (12,4%) больных отмечены косвенные проявления слабости связочно-апоневротического аппарата и соединительно-тканых структур. 9 человек имели различные грыжевые образования, 6 – варикозное расширение вен нижних конечностей, 5- плоскостопие, у троих женщин – выпадение или опущение органов гениталий.

Местный осмотр целесообразно начинать в положении больного сидя на корточках над лотком или тазиком: при натуживании становится виден выпадающий участок кишки. А.М. Аминев и другие авторы нередко выделяли различные формы выпадающей кишки: цилиндрическая,

коническая, шарообразная, в виде рога и т.п. На наш взгляд, форма выпавшей кишки может зависеть от многих факторов, связанных с индивидуальной особенностью организма, но несёт информации о выраженности анатомо-функциональных нарушениях и имеет значения в выборе метода лечения.

На рисунке 2 приведена частота встречаемости структуры форм выпавшей кишки. Среди исследуемых наших больных преобладают больные с конусовидной формой выпавшей кишки, которые составляют 86 (76,1%) больных.

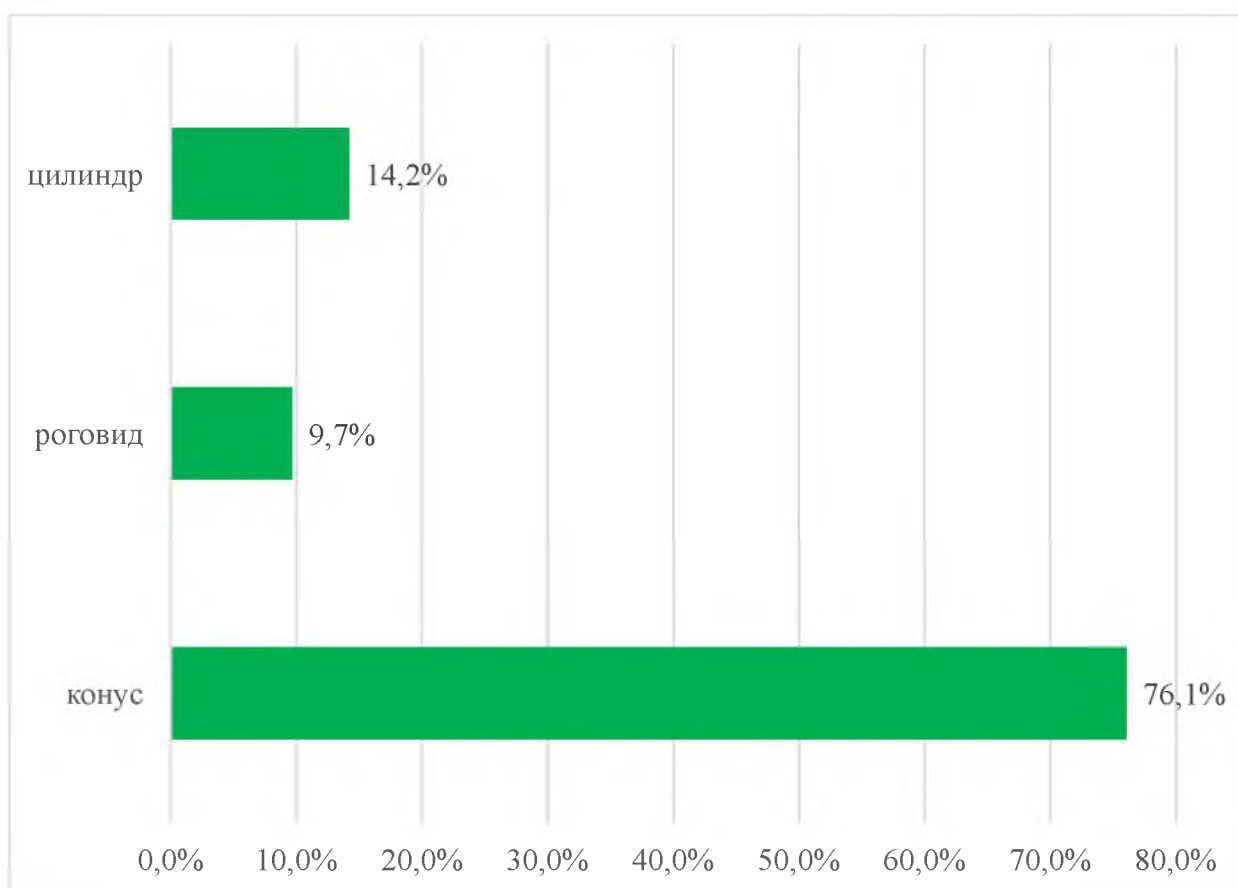


Рисунок 2. - Частота встречаемости форм выпавшей кишки

При измерении выпадающего участка можно судить о смещающемся отделе дистальной части толстой кишки. По существу видимый на глаз выпавший участок кишки является двустенным цилиндром, длина выпавшего цилиндра 6-8 см можно говорить о выпадении всей прямой

кишки, с учётом её нормальных анатомических размеров 12-14 см и растяжимости её стенки при выпадении. Размеры цилиндра более 9-11 см говорят о том, что выпадает не только прямая, но и часть сигмовидной кишки.

Наиболее часто выявлены больные с выпадением прямой кишки длиной 8 см и 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 (рисунок 3).

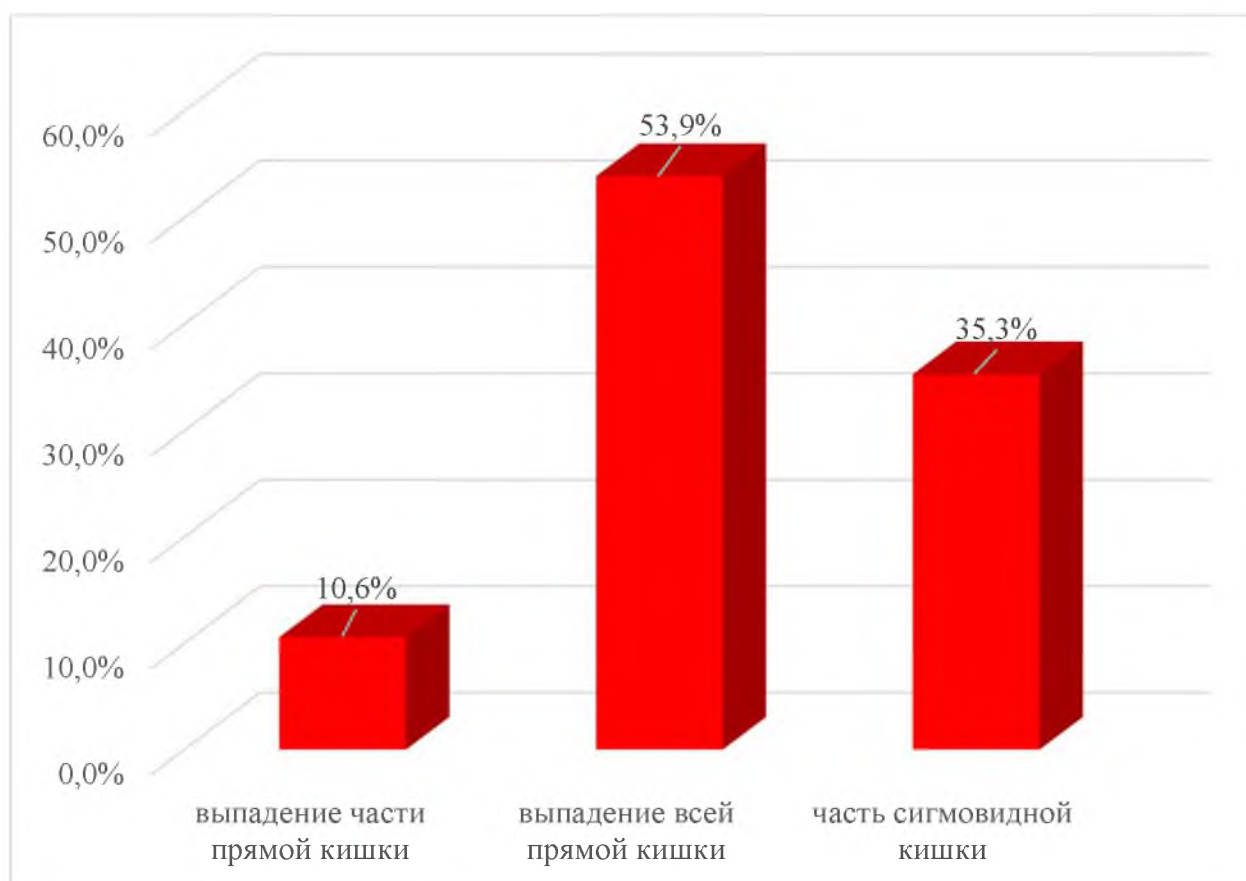


Рисунок 3. - Распределение больных в зависимости от участка выпавшей кишки

Выпадение не только прямой, но и сигмовидной кишки косвенным образом свидетельствует о выраженной слабости подвешивающих кишку образований.

Как известно, в поддержании прямой кишки и подтягивании её вверх немаловажное значение имеют мышечные образования таза, наибольшее значение из которых принадлежит мышцам, поднимающие задний проход. При волевом напряжении мышц тазового дна и поднимающей задний проход у 61 (54,0%) больных выпавшая прямая кишка самостоятельно вправлялась на своё обычное место. У 52 (46,0%) - выпавшая прямая кишка самостоятельно не вправлялась, и они вынуждены были прибегать к ручному пособию, нередко принимая вынужденное положение (рисунок 4).



Рисунок 4. – Характер вправления выпавшей прямой кишки

Таким образом, у ряда лиц с выпадением прямой кишки происходит нарушение функции мышц тазового дна, в частности поднимающих задний проход. Это объясняется постоянным растяжением мышечных структур в процессе выпадения прямой и сигмовидной кишок.

Осмотр перианальной области наиболее удобно производить на гинекологическом кресле в положении больного на спине с разведёнными

нижними конечностями. Это положение выгодно для осмотра перианальной области, определения анального рефлекса, пальцевого исследования анального канала и прямой кишки.

Изменения перианальной кожи в виде гиперемии, мацерации с наличием эксфолиаций наблюдались при выпадении прямой кишки в сочетании слабости запирающего аппарата с выраженными явлениями воспаления слизистой оболочки прямой кишки. Подобная картина выявлена у 24 (21,2%) больных.

Оценка анального рефлекса производилась по общепринятой классификации. Анальный рефлекс полностью отсутствовал у 5 (4,4%) больных, у которых при штриховом раздражении кожи области заднего прохода не происходили сокращения наружного сфинктера прямой кишки. Слабый анальный рефлекс определялся у 21 (18,6%) обследованного. У этих женщин отмечалось малозаметное сокращение сфинктера при механическом раздражении перианальной кожи. У 86 (77,0%) пациентов анальный рефлекс был живой – в ответ на раздражение кожи в области заднего прохода происходило ясное видимое сокращение наружного сфинктера (рисунок 5). Повышенного анального рефлекса, когда на раздражение происходит втяжение заднего прохода и сокращение ягодичных мышц и приведение бедер, у больных с выпадением прямой кишки не встречалось. Рефлекторные нарушения, отсутствие или ослабление анального рефлекса наблюдались у лиц с выраженной слабостью жома заднего прохода, имевших воспалительную реакцию перианальной кожи, возникшую на фоне проктосигмоидита.

У ряда больных при наружном осмотре определялось зияние заднего прохода. Это состояние отмечено у 26 (23,0%) пациенток и свидетельствовало о явном снижении тонуса и сократительной способности сфинктера прямой кишки.

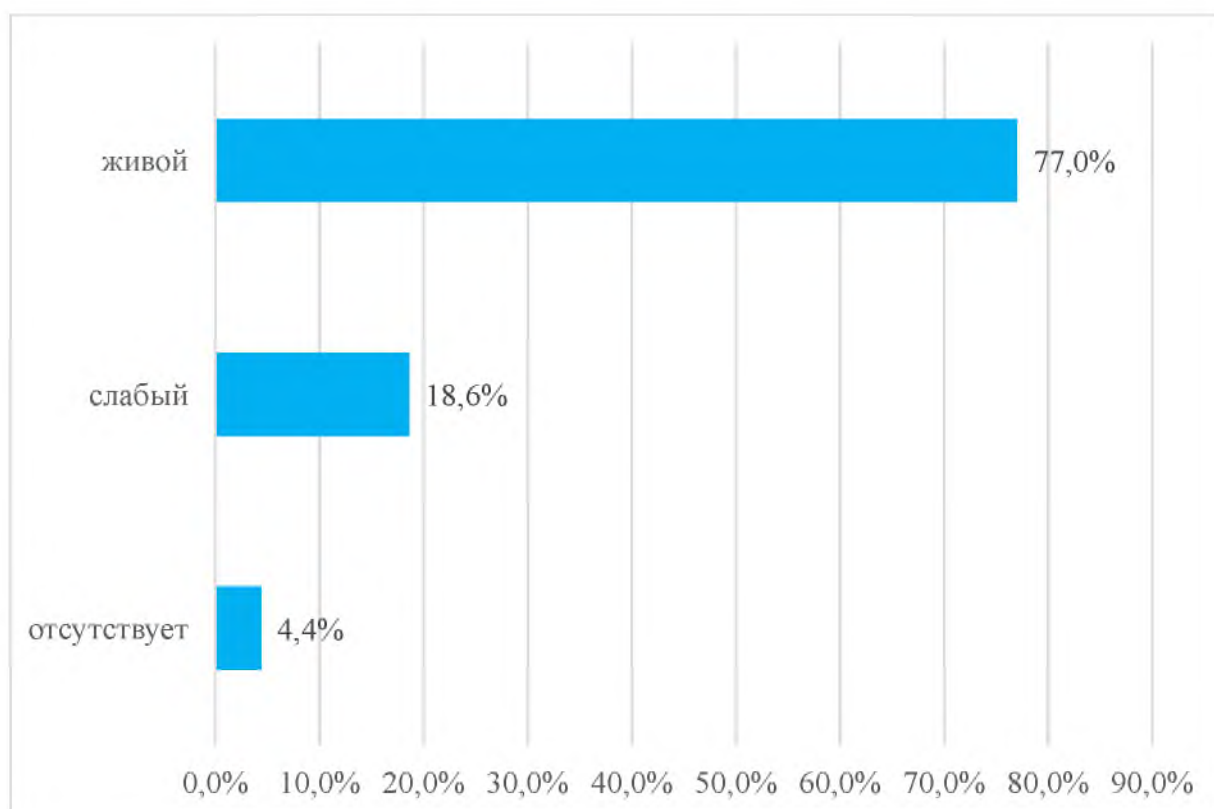


Рисунок 5. – Характер анального рефлекса

При пальцевом исследовании анального канала нами особое внимание обращалось на состояние сфинктера и мышц, поднимающих задний проход. Снижение тонуса и силы волевых сокращений сфинктера, расплывчатость контуров, дряблость мышц и снижение её эластичности, отмеченные у 68 (60,2%) женщин, косвенно свидетельствовали об атрофических процессах, происходящих в жоме заднего прохода. Клинически это проявлялось недержанием каловых масс. Изменения мышц, поднимающих задний проход, выразившиеся в потере тонуса и снижении эластичности, расширении межлеваторного пространства, иногда с признаками ректоцеле, выявлены у 46 (40,7%) пациенток. Это состояние возникало в результате их хронического перерастяжения и перенапряжения во время выпадения прямой кишки.

Характер изменения слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишки изучался при осмотре выпавшей кишки, но наиболее точные сведения мы получали при ректороманоскопии, производимой всем больным. Картина

катарального проктосигмоидита, выражающаяся гиперемией и отёком слизистой оболочки, отсутствием или сглаженностью сосудистого рисунка, лёгкой ранимостью внутренней стенки кишки и избыточным количеством слизи в её просвете, выявлена у 73 (64,6%) больных. Лишь у 4 (3,5%) пациентов, помимо описанных явлений, определялись мелкие точечные и линейные поверхностные эрозии. Полипы прямой кишки диаметром до 0,5-0,7 см, имевшие при микроскопическом исследовании железистое строение, обнаружены у 5 (4,4%) больных. Полип более 0,3 см в диаметре подлежали электрокоагуляции в предоперационном периоде после рентгенологического или эндоскопического обследования толстой кишки.

Для анализа тяжести НАС и исходов лечения нами использовались Шкала Векснера и Шкала FISI. Для оценки уровня НАС пользовались Кливлендской шкалой недержания, предложенный Стивеном Векснером. «0» баллов – полноедержание, «20» баллов - полное недержание. Шкала Векснера - это субъективный метод оценки состояния запирающего аппарата прямой кишки. Шкала FISI включает в себя от 0 до 61 балла.

Для оценки функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки применяли манометрию, сфинктерометрию и баллонную проктографию. Для определения функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки использовали аноректальную манометрию. Аноректальная манометрия была выполнена 83 пациенткам с ВПК. Ультрасонография производилась с помощью ультразвукового сканера фирмы Mindrey 5 (КНР) и датчика, работающего с частотой 7,5mHz. Исследование выполняли на базе ГУ «Городской медицинский центр №2» (ГКБ №5) врачом высшей категории Хаётовым А.М.

MPT проводилась в отделении диагностики ГКБ №1 (ГМЦ №1). Основные показания к проведению MPT тазового дна пролапс тазовых органов III-IV степени и сочетанная патология.

Для оценки состояния микроциркуляторного русла использовали лазерный анализатор микроциркуляции крови ЛАКК - 01. Метод основывается на определении объема перфузии крови в передней, боковой и задней стенках анального сфинктера в течение 30с. Путём измерения доплеровского сдвига частот, возникающего при зондировании ткани лазерным лучом, с последующей регистрацией излучения, отражённого от компонентов ткани.

Анализ полученных данных, статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 for Windows и лицензионной компьютерной программы Biostat. Обработка результатов производилась при помощи стандартизированного набора прикладных программ на базе операционной системы Windows 8 и пакета редакторов текста и графики Microsoft Office 2010. Данные непрерывных количественных показателей, подчиняющиеся закону нормального распределения, сравнивались с использованием t-критериев Стьюдента для связанных или несвязанных выборок.

ГЛАВА 3. ДИАГНОСТИКА ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН

3.1. Анализ причин развития осложнений и рецидива выпадения прямой кишки

С целью выявления причин и способствующих факторов развития послеоперационных осложнений, проведён ретроспективный анализ историй болезни 68 пациенток, оперированных по поводу ВПК в периоде 2000 -2010 г. в ГУ «Городской медицинский центр №2», на кафедре общей хирургии №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Ретроспективный анализ истории болезни больных, оперированных по поводу выпадения прямой кишки, показал, что наряду с рецидивом заболевания, также выявили нарушения моторной функции толстой кишки и мышц тазового дна (запоры, расстройства акта дефекации, НАС), которые влияли на качество жизни пациентов.

Все больные в зависимости от возрастной характеристики были распределены на 3 группы. Первую группу составили 55 (48,7%) нерожавших пациенток молодого возраста, вторую – 30 (26,5%) больных (женщины репродуктивного возраста) и третью - 28 (24,8%) больных пожилого возраста.

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%) случае 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 (таблица 5).

Таблица 5. – Результаты хирургического лечения пациенток с выпадением прямой кишки (n=113)

Результаты	Количество больных, абс (%)		
	1 группа (n=55)	2 группа (n=30)	3 группа (n=28)
Хорошие	29 (52,7%)	12 (40,0%)	7 (25,0%)
Удовлетворительные	26 (47,3%)	18 (60,0%)	10 (35,7%)
Неудовлетворительные	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (25,0%)
Рецидив	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (25,0%)

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 выявили 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 дефектографии 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 (n=28) имелось резкое ослабление эвакуаторной функции прямой кишки, более того, у 2 из них (7,1%), был 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. Нарушение моторики дистального отдела толстой кишки в более тяжёлой стадии заболевания выявлены у женщин с более длительным анамнезом заболевания у большинства исследуемых до операции. Эти данные свидетельствовали о негативном влиянии длительного анамнеза заболевания, тяжелой 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, одномоментное повреждение не только наружного сфинктера, но внутренней и лобково-прямокишечной мышцы, гнойно-воспалительные процессы промежности. Перечисленные факторы в 32,3% случаев являлись причиной развития СНАС у женщин в отличие от лиц мужского пола. Полученные данные, дали 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, длительности 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 нерожавших пациенток молодого возраста, 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 изменениями, 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 (рисунок 6).

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.

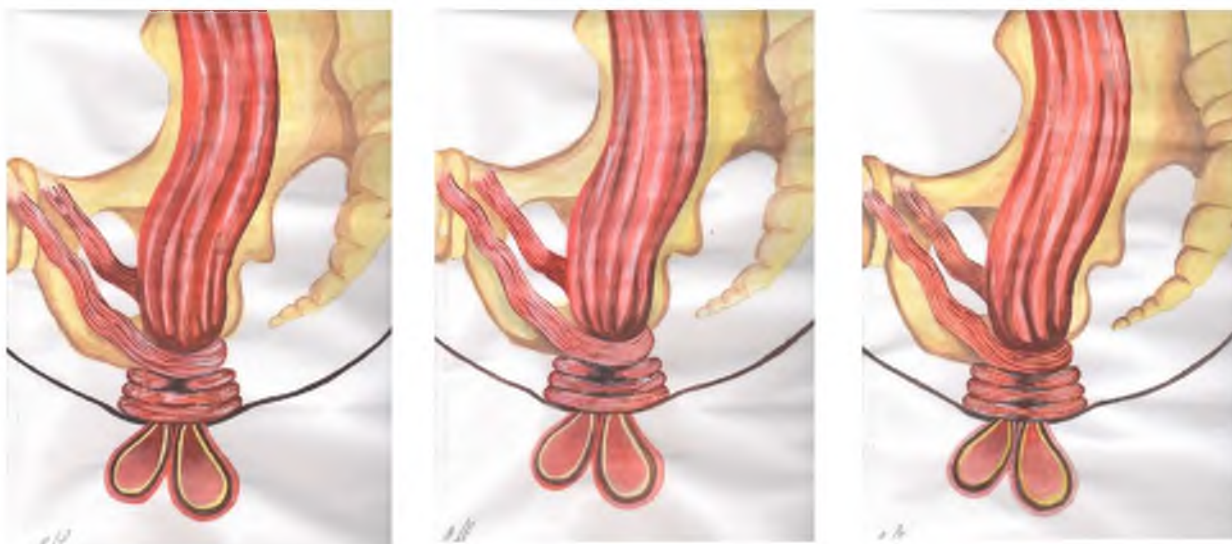


Рисунок 6. – Разрыв волокон анального сфинктера прямой кишки

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 проведённого 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.

3.2. Диагностика выпадения прямой кишки у женщин

Многообразие клинических форм выпадения прямой кишки, особенности нарушения поддерживающих и подвешивающих прямую кишку структур сложно уложить в какую-либо единую систему. Ранее предлагаемые классификации либо недоучитывали значения ряда факторов, либо изобиловали, на наш взгляд, излишней информацией и, в связи с этим

были достаточно громоздки и не давали чёткого представления о выборе тактики лечения. Каждая классификация любого заболевания должна отражать не только сущность происходящих патологических процессов, но также играть вспомогательную роль в выборе адекватного метода лечения.

На основании опыта лечения больных выпадением прямой кишки нам представляется не существенным отражать в классификации размеры и отделы выпадающей части кишки. Согласно современным представлениям выпадение прямой кишки начинается на границе средне- и верхнеампулярного отделов. Видимая на глаз выпавшая наружу часть кишки - лишь внешнее проявление заболевания. При оперативном вмешательстве логичнее фиксировать наиболее слабую, подвижную зону кишки, с которой начинается процесс выпадения, то есть средне – и верхнеампулярный отделы независимо от размеров выпавшей кишки. Таким образом, различие в размерах выпадающей части кишки не изменяет основного принципа лечения - создания неподвижности кишки, что наиболее эффективно достигается чрез брюшную ректопексию.

Для понимания глубины происходящих изменений подвешивающего и поддерживающего аппарата при выпадении прямой кишки мы считаем наиболее показательными их функциональные нарушения. Такими критериями, на наш взгляд, могут служить: стадия выпадения прямой кишки, степень недостаточности анального сфинктера и фаза компенсации функции мышц тазового дна. Учитывая степень выраженности каждого из перечисленного факторов, возможен выбор тактики лечения больных в каждом конкретном случае.

Применяли клиническую классификацию, разработанную в НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих (1992), где различаются три стадии выпадения прямой кишки. Стадии отражают обстоятельства, при которых происходит процесс выпадения.

Первой стадией выпадения прямой кишки считается такое состояние, когда прямая кишка выпадает лишь при дефекации. Таких больных было 52 (46,0%) человека.

При третьей стадии выпадение кишки происходит при ходьбе и переходе человека в вертикальное положение. Третья стадия выпадения прямой кишки имела у 10 (8,8%) пациентов (рисунок 7).

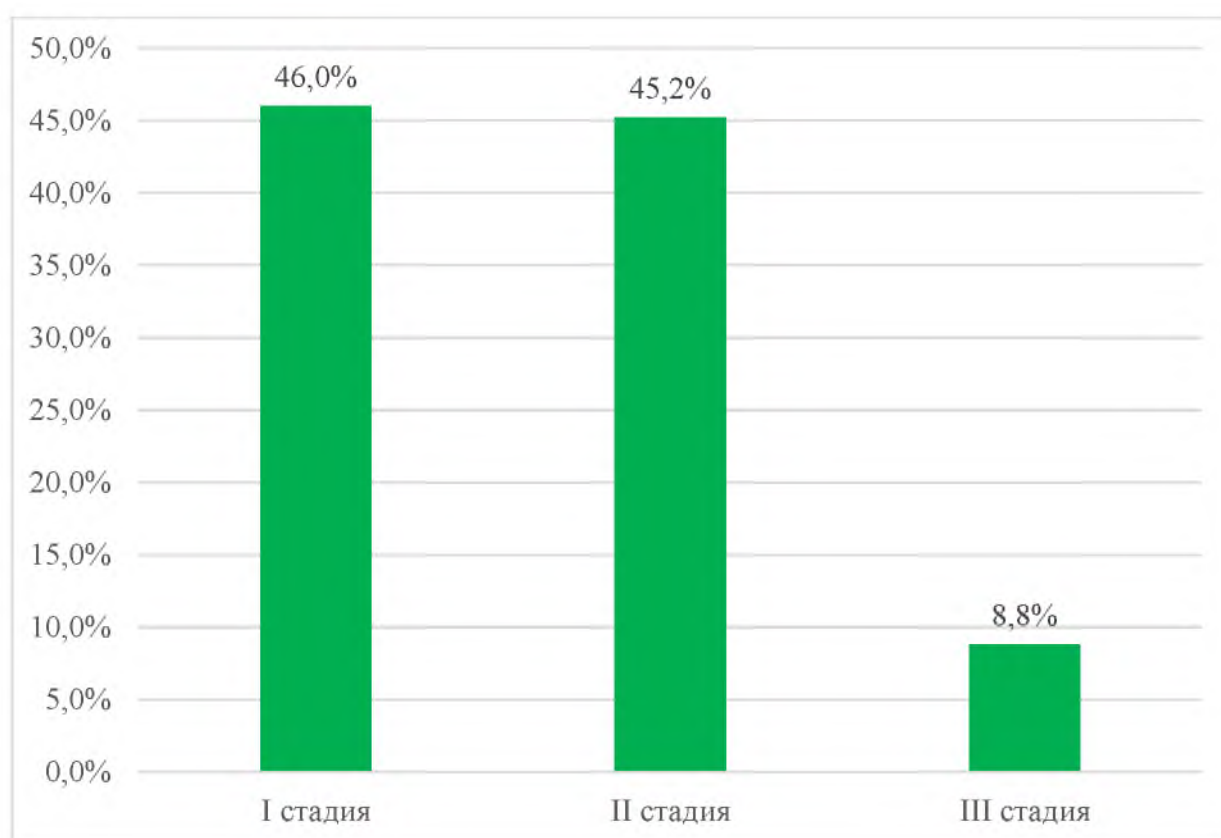


Рисунок 7. - Частота встречаемости стадии заболеваний

Для клинической характеристики НАС нами также использована клиническая классификация, разработанная в НМИЦ колопроктологии им. А.Н.Рыжих (1992), где различаются три степени. Лишь 19 (16,8%) из 113 обследованных не предъявляли жалоб на недержание кишечного содержимого.

I степень недостаточности анального сфинктера, характеризующаяся недержанием кишечных газов, была диагностирована в 16 (14,2%) случаях.

При II степени больные не в состоянии удерживать газы, кишечное содержимое жидкой консистенции и клизменные воды, что отмечено у 53 (46,9%) человек.

III степень НАС соответствовала полному недержанию кишечного содержимого любой консистенции. Подобное состояние выявлено у 25 (22,1%) пациентов.

Клинические проявления НАС и их деление на степени подтверждается объективными методами обследования. При физиологических методах исследования выявляются не только снижение сократительной способности мышц сфинктера, но и нервно-рефлекторные изменения, увеличение порога ректо-анальных рефлексов и повышение порога ректальной чувствительности. Нервно-рефлекторный компонент недостаточности анального сфинктера ставит новые проблемы и задачи в лечении этих больных.

Таким образом, сравнительное клинико-морфологическое изучение состояния сфинктера у больных с выпадением прямой кишки, выявляет определенный параллелизм между степенями недостаточности анального сфинктера и выраженностью дистрофических изменений миоцитов наружного сфинктера.

При выпадении прямой кишки страдает не только функция её сфинктера, но и мышцы тазового дна, в частности, поднимающих задний проход. Последние растягиваются, эластичность их снижается, затрудняется их способность подтягивать прямую кишку кверху.

Для характеристики нарушения функции мышц тазового дна, в частности, поднимающих задний проход, мы ввели понятие фазы компенсации. Под компенсированной фазой понимается способность выпавшей кишки вправляться самостоятельно, при волевом усилии больного. Компенсированная фаза выпадения прямой кишки имела у 54,4%

обследованных женщин. Выпавшая прямая кишка не возвращалась самостоятельно на свое место у 45,6% женщин с ВПК, и функция мышц тазового дна считалась декомпенсированной. Для вправления кишки этим больным необходимо было ручное пособие, нередко в вынужденном положении - с опущенным головным концом туловища. Функциональные показатели мышц, поднимающих задний проход у больных с некомпенсированной фазой, по данным сфинктерометрии и манометрии были снижены по сравнению с нормальными цифрами.

У различных больных встречается различное сочетание стадий выпадения прямой кишки, степеней недостаточности анального сфинктера, фаз компенсации функции мышц тазового дна. Однако при распределении больных по предлагаемой классификации выявляется их определенная взаимосвязь.

При анализе, имеющегося клинического материала, мы обратили внимание на то, что выпадение прямой кишки является прогрессирующим заболеванием. Выраженность выбранных нами клинических критериев заболевания находится в определённой зависимости от давности выпадения прямой кишки и возраста больных.

Оценка состояния микроциркуляторного русла АС у женщин с ВПК изучена с использованием методики ЛДФ аппаратом ЛААК -01. Изучение проводили до и после операции в различных группах женщин с ВПК в зависимости от стадии заболевания и степени НАС.

Все больные с ВПК были разделены на 2 группы. В 1-ую группу вошли больные с III степенью НАС (n=25). Во 2-ую группу вошли больные со II степенью НАС (n=53). В 3-ую группу вошли больные с I степенью НАС (n=16). Контрольную группу составили женщины без ВПК (n=32) (таблица 6).

Таблица 6. - Результаты ЛДФ у пациенток с ВПК

Показатель	1-я группа (n=25)	2-я группа (n=53)	3-я группа (n=53)	Контрольная группа (n=32)
Мпст,пф.ед	12,9±1*	13,8±1,01	16,9±0,62*	19,57±0,57
опст, пф .ед	1,67±0,27*	1,92±0,23	2,43±0,27	3,22±0,32
Купст,%	12,96±1,73*	13,81±1,34	14,32±1,8	16,56±1,73
Мзст ,пф.ед	13,8±1,26*	14,5±1,22	17,8±0,52*	20,5±1,11
Σзст,пф.ед	1,92±0,34	2,21±0,18	2,67±0,16*	3,84±0,32

Примечание. * различие показателей в 1-й и 2-й группах по сравнению с таковыми в 3-й (контрольной) группе достоверно ($p<0,05$)

Как видно из представленного материала, чем больше снижена функция сфинктера у больных с выпадением прямой кишки, тем чаще встречается декомпенсированная фаза функций мышц тазового дна. Чем больше страдает функция мышц тазового дна, тем в большей степени снижается функция запирающего аппарата прямой кишки. Также выявлена аналогичная связь при сопоставлении стадий выпадения прямой кишки с фазами компенсации функций мышц тазового дна.

У больных при 1 стадии выпадения прямой кишки чаще функция мышц тазового дна компенсирована: из 52 человек у 39 (75,0%). При 2-й стадии (n=51) выпадения обе фазы встречаются приблизительно одинаково часто; соответственно – в 24 (47,1%) и 27 (52,9%). При 3 стадии больные с декомпенсированной функцией мышц тазового дна встречаются в 2,5 раза чаще. Проведённые исследования показали зависимость степеней недостаточности анального сфинктера от фазы компенсации функции мышц тазового дна.

Таким образом, функция мышц тазового дна гораздо чаще бывает нарушена при выпадении прямой кишки III стадии (рисунок 8).



Рисунок 8. – Фазы компенсации функции мышц тазового дна в наблюдаемых группах больных

Обобщая материал анализа клинических критериев классификации выпадения прямой кишки, следует подчеркнуть, что выраженность каждого из них прямо пропорциональна возрасту больных и длительности заболевания.

Чем дольше существует выпадение прямой кишки и старше больные, тем в большей степени страдает функция анального сфинктера и мышц тазового дна. Это обстоятельство может свидетельствовать о прогрессирующем характере заболевания.

Наибольшее число больных встречаются с 3 степенью недостаточности анального сфинктера, которая наблюдалась у больных выше 40 лет.

Существенная особенность клинического течения заболевания выявлена в группе пациентов, у которых выпадение прямой кишки возникло в детском возрасте. Несмотря на то, что длительность существующего выпадения превышала 15-20 лет, заболевание у них протекает более благоприятно: в меньшей степени нарушается как запирательная функция анального сфинктера, так и мышц тазового дна. То обстоятельство, что из 41

больного этой группы возраст у 36 (87,8%) не превышал 40 лет, вероятно, и объясняет относительно благоприятное течение заболевания. В этом возрасте мышечный аппарат, в том числе тазового дна, и анальный сфинктер, обладая достаточными компенсаторными возможностями, в значительной степени сохраняют свою функцию.

В ходе изучения частоты встречаемости недостаточности анального сфинктера в зависимости от стадии и длительности заболевания было установлено, что в большинстве случаев длительность заболевания составляла более 10 лет – 71 (62,8%), при этом у этих больных в основном наблюдалась НАС I и II степеней.

Нами было исследовано количество пациентов с ожирением в зависимости от фазы заболевания.

Было установлено, что больные с первой степенью ожирения в фазе компенсации составили 70% человек, в фазе субкомпенсации было 25% пациентов, а в декомпенсированной фазе заболевания было 5% пациентов (рисунок 9).

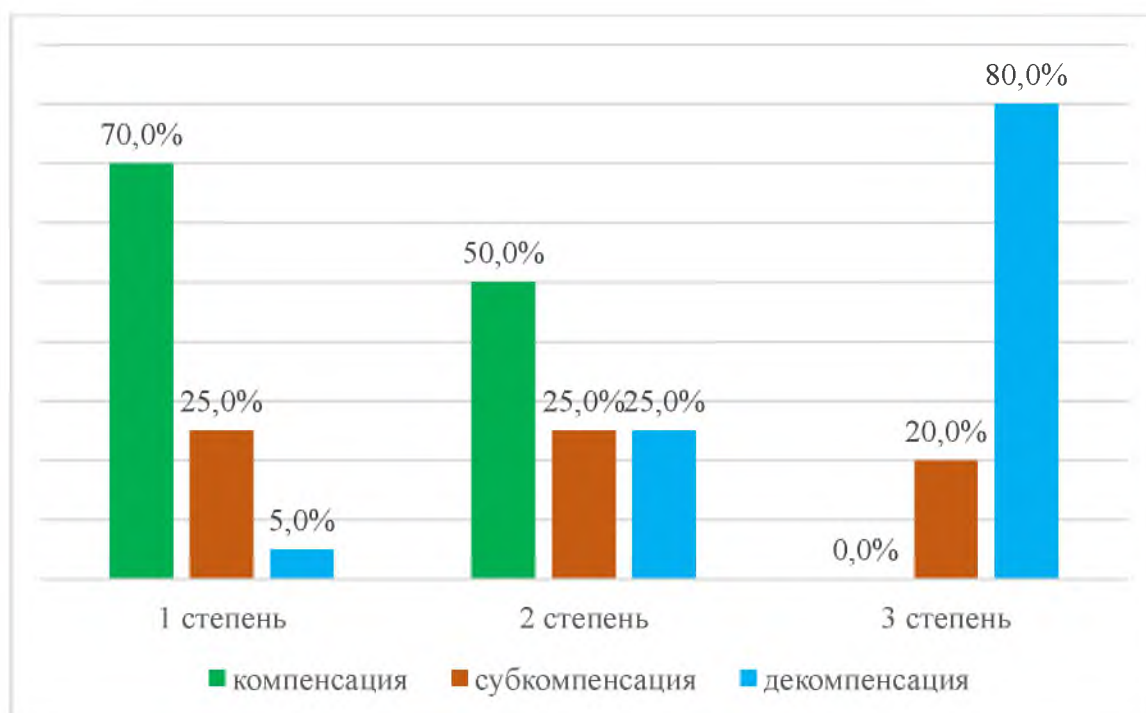


Рисунок 9. - Частота встречаемости фазы заболевания в зависимости от степени ожирения

Больные со II степенью ожирения фазе компенсации составили 50% человек, в фазе субкомпенсации было 25% пациентов, а в фазе декомпенсации было 25% пациентов.

У больных с III степенью ожирения чаще наблюдалась декомпенсированная фаза - 80% случаев, у остальных 20% больных отмечалась субкомпенсированная фаза заболевания.

На рисунке 10 приведена частота встречаемости разновидностей формы запоров.

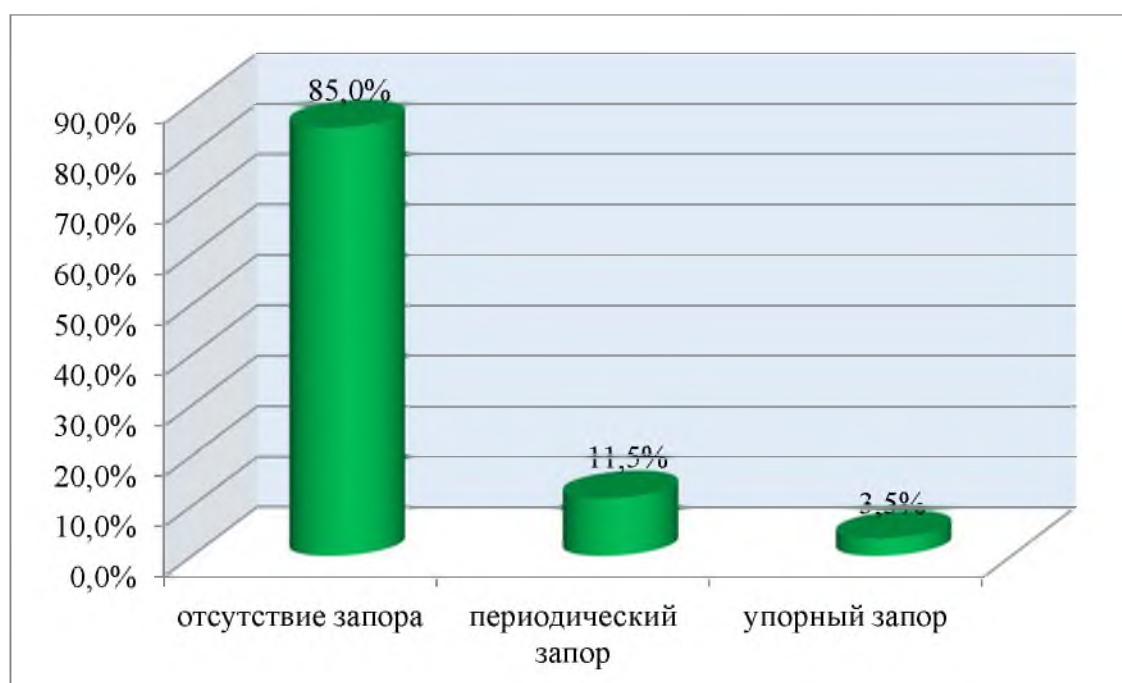


Рисунок 10. - Частота встречаемости разновидностей формы запоров

Из всех исследуемых больных у 96 (85,0%) пациенток не наблюдались запоры. У 13 (11,5%) больных наблюдались периодические запоры и у 4 (3,5%) - упорные запоры.

На рисунке 11 приведён график распределения больных в зависимости от длины выпавшей кишки.

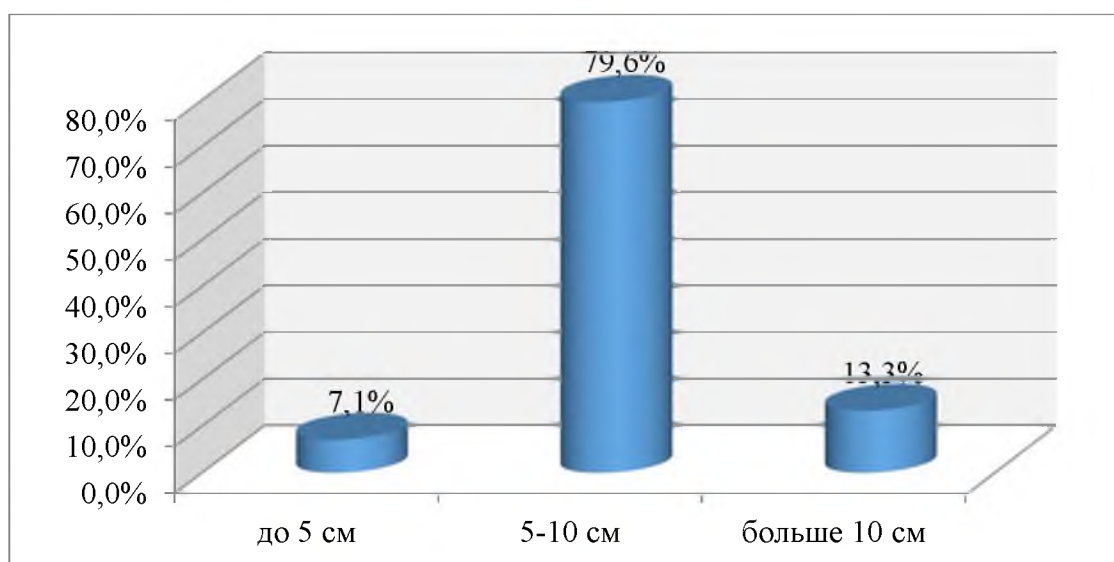


Рисунок 11. - Распределения больных в зависимости от длины выпавшей кишки

У 90 (79,6%) пациенток наблюдалось выпадение кишки длиной от 5 до 10 см. У большинства больных не наблюдались признаки запора.

На рисунке 12 показана частота встречаемости осложненных форм (сложные) заболевания в зависимости от возраста пациенток.

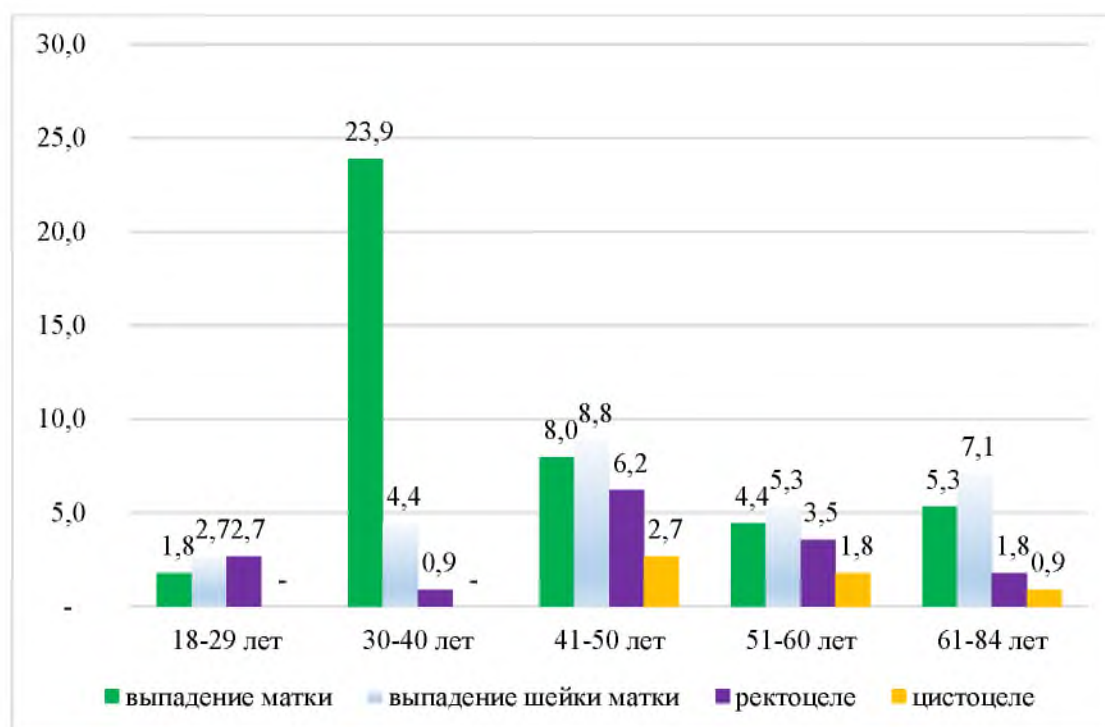


Рисунок 12. - Частота встречаемости осложненных форм (сложные) заболевания в зависимости от возраста пациенток, в %

Наибольшее число больных с осложненными формами встречалось в возрасте от 31 до 40 лет (рисунок 12). В данном возрасте у 27 (23,9%) больных наблюдалось выпадение матки, у 5 (4,4%) больных - выпадение шейки матки и у 1 (0,9%) - ректоцеле.

На рисунке 13 показана частота встречаемости осложнённых форм (сложные) заболевания в зависимости от степени ожирения.

Среди наблюдаемых нами пациенток, чаще всего наличие осложнений отмечалось у больных с ожирением 3 степени. У этих больных в 10 (8,8%) случаях соответственно отмечалось выпадение матки и выпадение шейки матки, в 8 (7,1%) случаях отмечалось ректоцеле, еще у 2 (1,8%) больных было диагностировано цистоцеле.

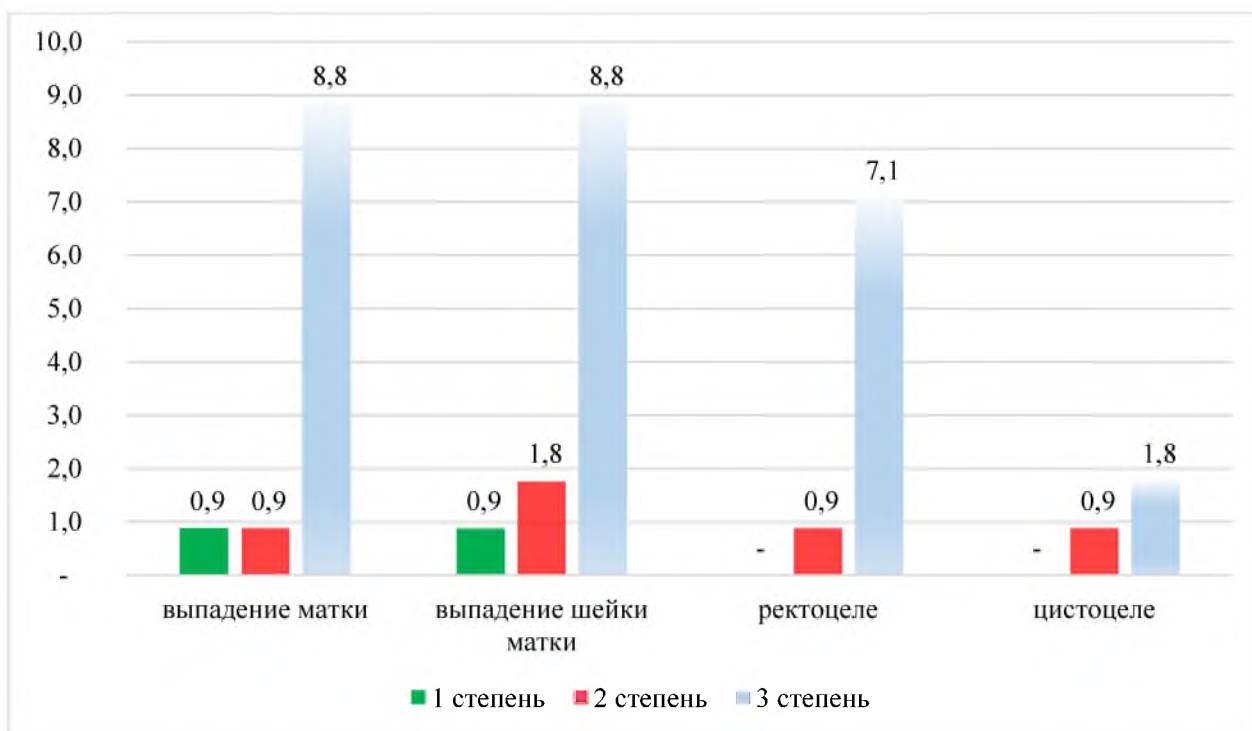


Рисунок 13. - Частота встречаемости осложненных форм (сложных) заболевания в зависимости от степени ожирения

Также у наблюдаемых нами больных мы изучили частоту встречаемости осложнений в зависимости от степени недостаточности

анального сфинктера, опущения промежности и характера анального рефлекса. Недостаточность анального сфинктера I степени была выявлена у 52 больных, недостаточность недостаточность анального сфинктера II степени была выявлена у 51 больного, у остальных 10 больных была установлена НАС III степени. Случаи опущения промежности выявлены у 16 больных с I степенью, у 7 – со II степенью и у одной – с III степенью.

На рисунке 14 приведена частота встречаемости осложнений в зависимости от степени ожирения.

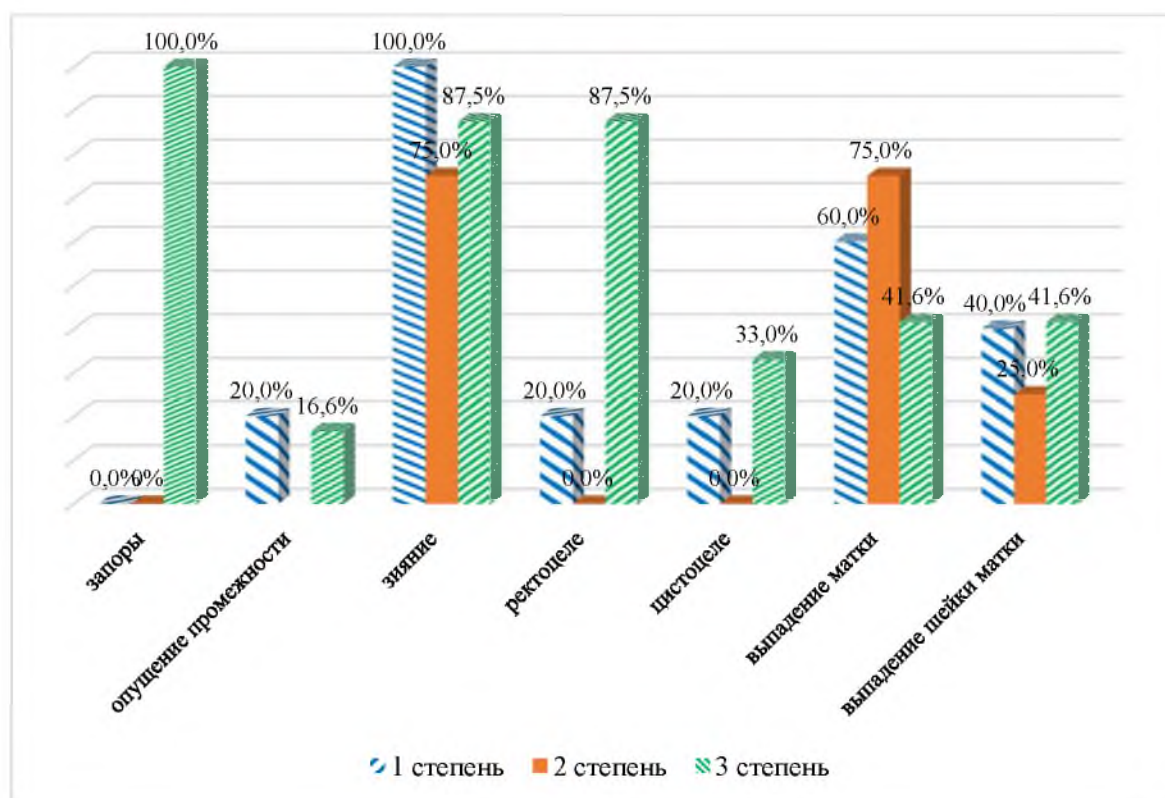


Рисунок 14. - Частота встречаемости осложнений в зависимости от степени ожирения

Результаты исследования показали, что во всех случаях пациентки с 3 степенью ожирения жаловались на наличие запоров, в 87,5% у них отмечалось наличие зияния ануса и ректоцеле, выпадение матки было диагностировано у 41,6% пациенток. У пациенток со 2 степенью ожирения

зияние ануса и выпадение матки было диагностировано в 75,0% случаев, еще у 25,0 пациенток было диагностировано выпадение шейки матки.

Клинические критерии заболевания (стадия выпадения прямой кишки, степень недостаточности анального сфинктера и фаза компенсации функций мышц тазового дна) неразрывно связаны друг с другом.

Таким образом, анализируя результаты лечения, мы пришли к выводу, что далеко не у всех больных самостоятельно восстанавливается функция запирающего аппарата после ликвидации выпадения прямой кишки. В связи с этим в настоящее время мы выделяем два этапа в лечении этих пациентов: 1- оперативное лечение выпадения прямой кишки и 2 – лечение, сохраняющей недостаточности анального сфинктера. Выбор метода операции и дальнейшая тактика лечения осуществляется согласно введенной в практику НМИЦ колопроктологии им. А.Н.Рыжих клинической классификации выпадения прямой кишки, но с учётом выявленных особенностей у женщин.

ГЛАВА 4. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН

За период с 2010 по 2020 г. в ГУ «Городской медицинский центр №2 им. академика К.Таджиева» г. Душанбе оперировано 113 женщин с выпадением прямой кишки.

Анализируя результаты лечения, мы пришли к выводу, что далеко не у всех больных самостоятельно восстанавливается функция запирающего аппарата после ликвидации выпадения прямой кишки. В связи с этим в настоящее время мы выделяем два этапа в лечении этих пациентов: 1- оперативное лечение выпадения прямой кишки и 2 – лечение сохраняющейся недостаточности анального сфинктера.

4.1. Предоперационная подготовка больных

Активная предоперационная подготовка и создание благоприятного фона для оперативного лечения нередко положительно влияет на исход операции. Поэтому соответствующая подготовка больных с выпадением прямой кишки начинается с момента установления основного диагноза и выяснения вопроса о сопутствующих заболеваниях.

После осмотра в проктологическом кабинете больные получали рекомендации по гигиеническому режиму, характеру питания, проведению некоторых лечебных мероприятий. Гигиенические мероприятия сводятся к проведению тщательного туалета перианальной области. Всем больным с выпадением прямой кишки рекомендовались сидячие ванночки со слабыми растворами антисептиков /фурацилина 1:5000, перманганата калия, отвара ромашки / и промежностное подмывание не менее 2-х раз в сутки – на ночь и после стула.

Рекомендации по режиму и характеру питания имели определённую лечебно - профилактическую направленность. Из питания исключались соленья, маринады, острые и пряные блюда, пищевые продукты, содержащие экстрактивные вещества. Рекомендовалась химически и механически щадящая диета. Людям, страдавшим склонностью к запорам, назначалась диета с преобладанием продуктов, содержащих достаточное количество клетчатки (фрукты, овощи, крупы, суточный хлеб грубого помола). Эти продукты, играя роль своего рода наполнителя кишечника, способствуют возбуждению перистальтики кишки. При склонности к учащённому жидкому и кашицеобразному стулу хороший эффект достигался сбалансированным питанием, включающим продукты с вяжущими веществами, а также применением белой глины, углекислого кальция, нитрата висмута основного.

Правильно подобранный основной состав продуктов и рациональный режим питания в ряде случаев не только нормализует стул и предупреждает воспалительные заболевания толстой кишки, но и является неотъемлемой частью и лечения этих состояний.

У 86 больных с выявленными при ректороманоскопии явлениями проктита и проктосигмоидита проводилась направленная противовоспалительная терапия, которая включала энтеросептол или интестопан по 1 т х 3 раза в день в течение 7-10 дней, микролизмы с 0,3% раствором колларгола или отваром ромашки по 100,0 на ночь в течение 3-4 недель. Это лечение проводилось не только в амбулаторных условиях, но и при необходимости продолжалось или повторялось в стационаре.

Нередко на характер стула и возникновение воспалительных явлений со стороны толстой кишки влияют заболевания органов желудочно-кишечного тракта. Поэтому 49 больным с хроническими сопутствующими заболеваниями органов пищеварения рекомендовалось проведение симптоматической терапии до госпитализации. У ряда больных это лечение,

начатое по месту жительства, продолжалось в клинике во время подготовки к операции.

Известно, что при некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта, сопровождающихся кишечным дискомфортом, выявляется дисбактериоз кишечной микрофлоры. Так, 28 больных из 39 обследованных до операции, имели нарушение видового и количественного состава микроорганизмов. Для нормализации флоры – восстановления биологического равновесия толстой кишки, им назначались различные по показаниям бактериальные препараты (колибактерин, бифидумбактерии, бификол, дюфалак, салюфальк).

Непосредственная подготовка к операции начиналась с первого дня поступления в стационар. Больным назначали диету, содержащую достаточное количество калорий, включающую легко усвояемые продукты, не образующих избыточное количество кишечных газов и шлаков. Пациенты овладевали способом мочиться в мочеприёмник, лежа в постели, без чрезмерного напряжения мышц брюшного пресса и промежности.

Накануне операции больным тщательно выбривали волосы на животе и лобке, а при вмешательстве на области заднего прохода – на промежности и ягодичных областях. Операционное поле смазывали 1% раствором йода или Люголя. За день до операции лицам с недостаточностью анального сфинктера 2-3 степени назначали несолевое слабительное – 30-40 граммов касторового масла. Вечером, накануне операции, и утром в день операции, больным ставили по две очистительные клизмы до 2 литров каждая, с интервалом 2 часа. У пациентов с сопутствующей слабостью жома заднего прохода 2-3 степени клизмы производили с применением obturаторов, либо при помощи желудочного зонда – по типу высоких. После последней очистительной клизмы перед операцией в прямую кишку выше анального канала вводили короткую (10-12 см) резиновую трубку и для лучшего

отхождения промывных вод предлагали несколько минут потужиться над унитазом.

Перед непосредственной подачей больного в операционную катетеризировали мочевого пузыря резиновым катетером и эвакуировали остальную мочу. Катетер оставляли на все время операции и на 2-3 дня в ближайшем послеоперационном периоде.

Упражнения лечебной физкультуры, направленные на укрепление мышц дна и электростимуляции анального сфинктера перед операцией нами рекомендуются. При наличии выпадающей прямой кишки, постоянно травмирующей и перерастягивающей мышцы запирающего аппарата, эффективность этих мероприятий более чем сомнительна.

4.2. Хирургическое лечение выпадения прямой кишки

Наиболее эффективным методом ликвидации выпадения прямой кишки мы считаем фиксацию прямой кишки к крестцу. Этот метод был произведен 56 (49,6%) больным (таблица 7).

Таблица 7. - Хирургическое лечение ВПК

Метод	Абс. число	В %
Ректопексия по Кюммеля –Зеренина в модификации клиники (Кахаров А.Н., Саидов А.С.)	28	24,8
Ректопексия по Кюммеля –Зеренина в модификации клиники и сигмоплекция по Гаген-Торну	19	16,8
Ректопексия по Кюммеля –Зеренина в модификации клиники и пластики тазового дна	43	38,1
Комбинированные способы	23	20,4
Всего	113	100,0

Техника операции состояла в следующем: положение больного на спине со слегка разведёнными нижними конечностями. Из ниже-срединного разреза послойно вскрывали брюшную полость. Затем отыскивали сигмовидную кишку и с помощью руки фиксировалась её дистальная часть. Полость малого таза освобождали от петель тонкой кишки, которые отводились кверху в брюшную полость и удерживались ассистентом с помощью большой влажной салфетки. Для удобства манипуляций больной переводился в положение Тренделенбурга (с опущенным головным концом приблизительно на 12%). Сигмовидную кишку выводили в рану и подтягивали кверху (рисунок 15).

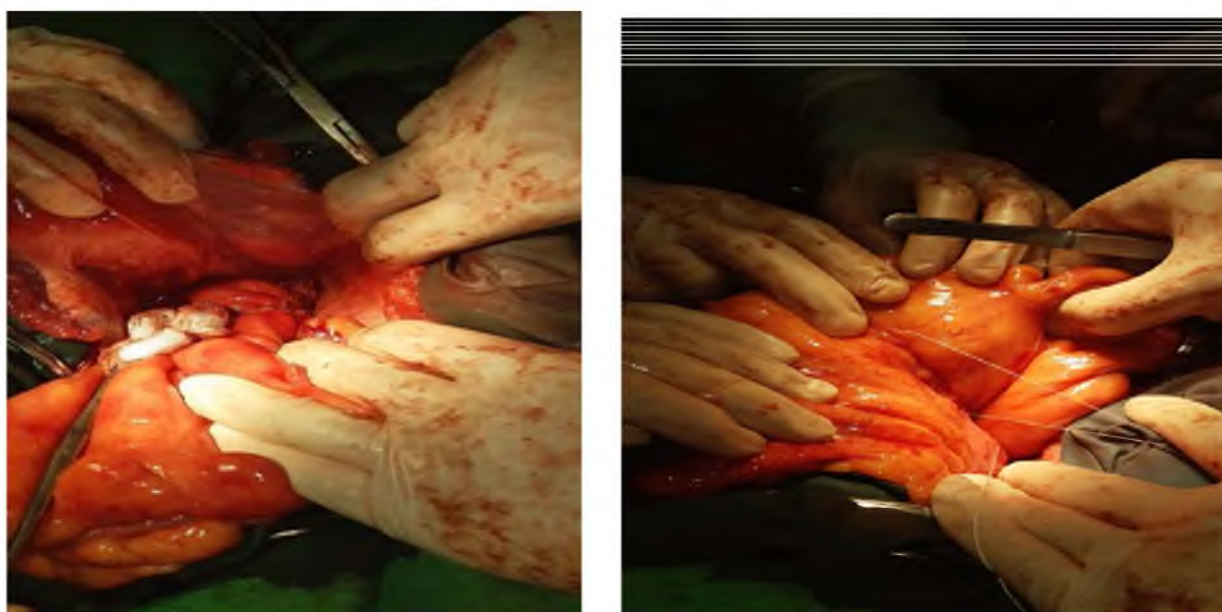


Рисунок 15. – Выведение сигмовидной кишки в рану

На переднюю поверхность крестца с захватом его надкостницы сверху вниз, начиная от мыса, режущей иглой накладывали четыре прочных шелковых лигатуры (№ 4). Затем сигмовидную и прямую кишку максимально натягивали кверху. Наложёнными капроновыми нитями вместе с сеткой с помощью круглой иглы прошивали передне-боковую стенку прямой кишки справа. Начиная снизу, лигатуры поочередно завязывали при

натяннутом положении прямой кишки. Свободный правый край брюшинного лоскута подшивали 3-4 шелковыми швами к передне-боковой поверхности фиксированной кишки. Ассистент через задний проход, под контролем со стороны брюшной полости, проводил в кишку выше уровня мыса крестца толстую резиновую трубку (желудочный зонд), которую фиксировал к перианальной коже шелковым швом. Брюшную полость послойно ушивали наглухо. На кожные шелковые швы накладывали спиртовую наклейку. Декомпенсированную трубку удаляли через 2-3 дня после операции.

Операция типа Кюммеля - Зеренина наиболее обоснована патогенетически, так как направлена на основное слабое звено в развитии заболевания – на ликвидацию подвижности выпадающей прямой кишки.

б/ Чрезбрюшная ректопексия в модификации клиники в сочетании с коррекцией пролапса органов малого таза.

Эта операция выполнена 24 (21,2%) женщинам с ВПК.

Техника операции: операционный подход и подготовительный этап существенным образом не отличается от предыдущей методики. На переднюю поверхность от мыса крестца, на 1,5-2 см последующий ниже предыдущего, с захватом его надкостницы накладывали 4 отдельных капроновых шва (№4). Далее этими же швами на круглой игле прошивали правую стенку максимально подтянутой прямой кишки и её переднюю стенку вместе с капроновой сеткой, с обязательным захватом в шов свободной тени. Швы завязывали, начиная снизу, при постоянном натяжении кишки. Во время завязывания швов происходил разворот достаточно подвижной прямой кишки по ходу часовой стрелки на 180°. Область фиксирующих швов обрабатывали раствором 70° спирта. Тазовую брюшину ушивали капроновыми швами над кишкой, с созданием дубликатуры; при этом ликвидируется глубокий дугласов карман. Как и при предыдущем методе, в прямую кишку, выше уровня фиксирующих швов проводили декомпенсированную трубку.

Основная идея метода остаётся неизменной – создание неподвижности прямой кишки при помощи подшивания к крестцу. При развороте кишки на 180° и фиксации её в таком положении решается несколько моментов. Во - первых: при этой методике суживается /уменьшается/ в диаметре ампулярный отдел прямой кишки, который нередко бывает растянут и атоничен при выпадении. Этот момент определённым образом способствует восстановлению тонуса кишечной стенки. При сужении ампулярного отдела ликвидируется возможность избыточного накопления и застоя каловых масс и усиления бродильных процессов, что в определённой степени является профилактической мерой как запоров, так и разжижения кишечного содержимого. Это обстоятельство, в свою очередь, способствует восстановлению функции АС. Во-вторых, кишка фиксируется к крестцу наиболее прочным мышечно-соединительнотканым образованием стенки – свободной тенией. И, наконец, при ушивании брюшины и создании дубликатуры над кишкой не только усиливается фиксация, но и ликвидируется глубокий дугласов карман.

Примером адекватного выбранного метода операции является история заболевания больной Д-ой А.Р., 36 лет, И.Б. № 184, поступившей в ГКБ №5 в апреле 2014 года. Жалобы при поступлении на выпадение прямой кишки во время стула, недержание газов; выпавшая кишка вправлялась самостоятельно. Больна в течение 12 лет.

Техника операции: операционный подход и подготовительный этап существенным образом не отличался от предыдущей методики. Разрез париетальной брюшины проводили на 2 см справа от кишечной стенки, от уровня мыса крестца книзу, параллельно стенке кишки. На уровне дна дугласова кармана разрез поворачивали налево, проходя спереди от кишки, заканчивали на 1 см левее боковой стенки («клюшкообразный» или «полулирообразный» разрез). Тупым и острым методом прямую кишку

мобилизовали по задней и правой боковой стенке до уровня прикрепления к кишке задней порции мышц, поднимающих задний проход. На переднюю поверхность от мыса крестца, на 1,5-2 см последующий ниже предыдущего, с захватом его надкостницы, накладывали 4 отдельных капроновых шва /№4/. Далее этими же швами колющей иглой прошивали свободный левый край рассечённой брюшины, в правую стенку максимально подтянутой прямой кишки и её переднюю стенку вместе с капроновой сеткой, с обязательным захватом в шов свободной тени. Швы завязывали, начиная снизу, при постоянном натяжении кишки. Во время завязывания швов происходил разворот достаточно подвижной прямой кишки по ходу часовой стрелки на 180 °. Область фиксирующих швов обрабатывали раствором 70° спирта. Тазовую и париетальную брюшину ушивали шёлковыми швами над кишкой, с созданием дубликатуры; при этом ликвидируется глубокий дугласов карман. Как и при предыдущем методе, в прямую кишку, выше уровня фиксирующих швов, проводили декомпрессионную трубку.

в/ Синхронная комбинированная ректопексия со сфинктеролеваторопластикой.

Синхронная комбинированная ректопексия со сфинктеролеваторопластикой выполнена 43 (38,1%) женщинам с ВПК, осложненной НАС.

Техника операции: положение больного на операционном столе: ноги умеренно разведены, согнуты в коленных и тазобедренных суставах, уложены на специальные подставки.

Этап чрезбрюшной ректопексии существенным образом не отличался от описанного выше. В то время, когда брюшная бригада хирургов приступала к мобилизации прямой кишки, два хирурга со стороны промежности производили гидравлические перегородки женщинам. Кому промежности рассекали в поперечном направлении разрезом длиной 8-10 см.

Расщепление ректовагинальной перегородки у женщин или выделение передней стенки прямой кишки у мужчин производили глубиной 6-8 см. Апоневроз Денонвилье не рассекали, таким образом, обе бригады работали в разных слоях тканей. В ране отыскивали мышцы, поднимающие задний проход и выделяли их медиальные края. Леваторопластику производили четырьмя отдельными узловатыми капроновыми швами (№4). На переднюю полуокружность сфинктера накладывали 2-3 гофрирующих кетгутовых шва. Кожную рану промежности ушивали в продольном направлении шелковыми швами, с оставлением на 1-2 дня резинового выпускника.

У 5 женщин, имевших признаки ректоцеле, доступ к мышцам, поднимающим задний проход, осуществляли заднюю стенку влагалища в виде треугольного лоскута, основанием на 1 см ниже задней спайки больших половых губ и вершиной – на 6-8 см выше кожи промежности / до верхней трети влагалища. После леваторопластики заднюю стенку влагалища ушивали редкими отдельными кетгутовыми швами.

Синхронная комбинированная ректопексия со сфинктеролеваторпластикой направлена на несколько звеньев в патогенезе выпадения прямой кишки: фиксация подвижной кишки к костному образованию и укреплению промежности, как поддерживающую прямую кишку структуру.

При сфинктеролеваторопластике не только укрепляется тазовое дно и сухожильный центр промежности, но и улучшается функция запирающего аппарата прямой кишки.

Для примера адекватного выбора метода лечения приводим одно из наших наблюдений.

Больной Т. Н.Ю., 52 года, находился на лечении в ГКБ №5 в ноябре 2017 года. Жалобы при поступлении на выпадение прямой кишки при ходьбе, недержание газов и жидкого кала; выпавшая кишка вправлялась

только при ручном пособии. Болен с 2001 года, когда в результате упорных запоров стал отмечать выпадение кишки. При осмотре: задний проход сомкнут неплотно. Анальный рефлекс ослаблен. Прямая кишка выпадает в форме цилиндра, длиной 8 см. при пальцевом исследовании: тонус сфинктера резко снижен, волевые сокращения ослаблены. Мышцы, поднимающие задний проход, истончены, дрябловаты на ощупь. Больному проведён полный комплекс обследования функции запирающего аппарата прямой кишки, подтвердивший диагноз: выпадение прямой кишки III стадии с ВПК II степени и декомпенсированной функцией мышц тазового дна. 22/У-79 г. под спинальной анестезией произведена синхронная комбинированная ректопексия со сфинктеролеваторопластикой. Послеоперационный период – без особенностей. Выписан на 15-й день после операции. Осмотрен раз 1,5 года, считает себя здоровым. Выпадения прямой кишки нет: функция мышц запирающего аппарата прямой кишки восстановлена.

4.3. Послеоперационное ведение больных

Ввиду того, что за последние годы операции по поводу выпадения прямой кишки нами выполняются под общим обезболиванием с применением миорелаксантов, важную роль в предоперационной подготовке имеет наблюдение врачей - анестезиологов. В предоперационном периоде, длящемся 12-14 дней, наряду с лечебными мероприятиями проводятся необходимые исследования и консультации врачей-специалистов.

Ведение больных после различных методов операций имело свои особенности. Так, после чрез брюшных ректопексий оперированные находились на постельном режиме до 4-5 дней, получая с первых суток вазелиновое масло по 30,0 на ночь, декомпрессионная трубка, установленная в прямую кишку во время операции, удалялась на 3-4 день, при

нормализации кишечной перистальтики и появлении из неё кала, либо окрашенного вазелинового масла. До удаления, декомпрессионную трубку ежедневно промывали раствором фурацилина при помощи шприца Жане, или резиновой груши. При явлениях недостаточности анального сфинктера через месяц после операции рекомендовали проведение локальных физических упражнений для мышц запирающего аппарата прямой кишки, без напряжения брюшного пресса.

После синхронных чрезбрюшных ректопексий со сфинктеролеваторпластикой, оперированные находились на постельном режиме 4-5 дней, в течение которых вынуждены задерживать стул / бесшлаковая калорийная пища. Первый стул вызывался при помощи очистительной клизмы. Акт дефекации должен проходить в положении больного лежа. Перевязки производили ежедневно. В послеоперационном периоде при необходимости продолжали лечение сопутствующих заболеваний органов пищеварения и коррекцию нарушений количественного и качественного составов кишечной микрофлоры.

При выписке из стационара больным рекомендовали избегать физических нагрузок сроком не менее 6 месяцев после операции. Контрольный осмотр оперированных проводился через каждые полгода, в течение двух лет.

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

Немаловажное место среди современных лечебных мероприятий отводится физическим упражнениям. Специально подобраны комплекс

лечебной физкультуры практически не имеет противопоказаний и удачно дополняется и сочетается с другими видами восстановительного лечения. Под влиянием активных целенаправленных физических упражнений улучшаются результаты лечения.

В известной литературе недостаточно широко и полно освещены физические упражнения, применяемые в лечении различных форм недостаточности анального сфинктера, в частности, при выпадении прямой кишки. Авторы заостряли внимание лишь на локальных упражнениях, не учитывали возможности общеукрепляющих и дыхательных упражнений.

В новом комплексе ЛФК, применяемом в отделении проктологии ГКБ №5, рационально сочетаются специальные локальные упражнения с общеукрепляющими и дыхательными, в отношении 3:1. Физические упражнения не только способствуют восстановлению утраченной функции запирающего аппарата прямой кишки, но и помогают больным преодолевать психологический барьер безысходности и чувства собственной неполноценности. Правильность подбора комплекса упражнений подтверждалась физиологической кривой нагрузки во время занятий. Колебания артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений не превышал средних допустимых значений.

Занятия ЛФК проводились групповым методом, при необходимости- с индивидуальным подбором упражнений. Длительность одного урока не превышала 25-40 минут. Подбор нагрузок и ритмичность упражнений зависели от сопутствующих заболеваний, возраста и функциональных возможностей больных.

Специальная часть занятий включала целенаправленные упражнения, которые решали задачу укрепления мышц запирающего аппарата прямой кишки. Локальные упражнения для наружного сфинктера заключались в ритмичном волевом сокращении жома заднего прохода.

Упражнения проводились в положении больного лежа на спине. При волевом втягивании и сжимании заднего прохода в работу содружественно включались не только анальный сфинктер, но и группа ягодичных и мышц, поднимающих задний проход. При проведении занятия преследуется цель не только усилить произвольные сокращения этих мышц, но и увеличить время удержания мышцы в сокращённом состоянии и максимальном напряжении. Тренированные мышцы могут совершать работу в течение более длительного времени и с большим усилием.

Упражнения следует начинать строго дозированно, как по частоте, их числу, так и по длительности. Опыт показывает, что при беспорядочной, бессимптомной гимнастике сфинктера, без учёта временных границ могут нарушаться анальный и ректо-анальный рефлекс и ухудшаться удерживающая сила жома заднего прохода. Следует учитывать, что быстрые и резкие движения могут нарушать координацию сокращения сфинктера, переутомляя и надолго ухудшая его функцию.

При проведении занятий ЛФК учитывался тот факт, что тонус и волевые сокращения наружного сфинктера находятся в прямой зависимости от постоянного тонуса внутреннего непроизвольного гладкомышечного сфинктера. Согласно данным электромиографии, при увеличении тренированности мышцы наружного сфинктера наблюдалось повышение тонуса внутреннего, что объяснилось содружественной иннервацией обоих сфинктеров прямой кишки.

Существенное значение имеют упражнения, связанные с рефлекторными воздействиями на мышцы запирающего аппарата прямой кишки. К этой группе относятся упражнения для мышц брюшного пресса. При напряжении мышц передней стенки живота повышается внутрибрюшное давление, что, в свою очередь, ведёт к рефлекторному сокращению мышц тазового дна и сфинктера. Это обстоятельство способствует повышению их

функциональных возможностей. Упражнения, связанные с напряжением мышц брюшного пресса, выполнялись только из исходного положения лежа.

Занятия начинались с дыхательных и общеукрепляющих упражнений. Затем после каждых 2-3 специальных упражнений следовали дыхательные упражнения на расслабление и отдых.

Данный комплекс упражнений лечебной физкультуры применялся в лечении у всех больных с недостаточностью анального сфинктера, в том числе после ликвидации ВПК.

После операции по поводу ВПК перед выпиской из стационара больные получали основные указания от врача-методиста по ЛФК. Приступать к занятиям по лечебной физкультуре рекомендуется не ранее, чем через 2 месяца после операции, начиная с минимальных нагрузок. Наибольший эффект достигался при сочетании комплекса лечебной физкультуры с проведением курсов электростимуляции анального сфинктера и применения медикаментозных средств.

Электростимуляция мышц АС и тазового дна применялась с целью улучшения трофики тканей и тонического напряжения мышц. Под влиянием электрического тока происходит увеличение сократительной способности мышц за счёт биохимических, нейрорефлекторных и непосредственно раздражающих воздействий на рецепторные и мышечные структуры.

Для гимнастики мышц с нарушенной сократительной функцией применялся импульсный постоянный ток низких частот и напряжения. У больных с недостаточностью анального сфинктера наиболее эффективным признан экспоненциальный вид тока с импульсами, изображаемыми графически в виде полого возрастающей кривой, по форме напоминающей кривую биотоков нерва при его раздражении. В отличие от других видов тока, экспоненциальный – благоприятно воздействует как на поперечно-полосатую, так и на гладкую мускулатуру, что является существенным для

лечения недостаточности анального сфинктера у больных выпадением прямой кишки.

Электростимуляция мышц запирающего аппарата прямой кишки проводилась с помощью аппарата «Эндотон-1. Современный стационарный электростимулирующий прибор «Эндотон -1» применяется как для лечения анального недержания, так и для активизации моторной деятельности желудочно-кишечного тракта и стимуляции мочевого пузыря. Амплитудное значение выходного тока не менее 35 МА при частоте следования биполярных импульсов от 25 до 1000 гц и количестве импульсов в пачке -5. В течение 5 минут от начала сеанса стимуляции подаётся непрерывный ток, а затем происходит автоматический переход на режим работы прерывистых током. Непрерывный ток, как более нежный, даёт возможность подготовить мышцу к воздействию прерывистой стимуляции.

Процедура электростимуляции проводилась в положении больного на левом боку со слегка согнутыми нижними конечностями в коленных и тазобедренных суставах. Как размеры электродов, так и стимулирующий ток устанавливался по субъективным ощущениям пациента, но не превышал 20 МА. Критерием адекватности стимулирующего импульса является получение максимального безболезненного сокращения при номинальной силе тока. Эффективность лечения контролировалась периодически проводимой сфинктер метрией.

Продолжительность ежедневных электростимуляций не превышала 15 минут, в режиме: 2 секунды – стимуляция, 4 - отдых. После проведения сеанса предоставлялся 10-15 минутный отдых в положении лежа. Электростимуляция анального сфинктера и мышц тазового дна после ликвидации выпадения прямой кишки начиналась ежедневно утром за 2 часа до занятий лечебной физкультурой. Миниатюрный электростимулятор ЭАС—01 использовался несколько иначе: прибор включался на 30 минут,

после чего следовал одночасовой перерыв. За день больной получал 8-10 сеансов электростимуляции. При этой методике утомление мышц сфинктера не наблюдалось.

У 32 человек с НАС после ликвидации ВПК сохранялось снижение или потеря рефлекторной активности запирающего аппарата прямой кишки. Для решения задач восстановления рефлексов в отделении проктологии применяется метод «условно-рефлекторного регулирования» запирающей функции сфинктеров. Усовершенствование методики состояло в объективизации теста электромиографической характеристикой состояния АС. Применение этого метода в комплексном лечении НАС преследует цель выработки условного ректо-анального рефлекса. Известно, что даже при запирающей функциональной и морфологической сохранностях мышц запирающего аппарата прямой кишки, но с нарушенным ректо-анальным рефлексом невозможно нормальное держание кишечного содержимого.

Растяжение и раздражение стенок прямой кишки сопровождается рефлекторным сокращением наружного сфинктера. Растяжение стенок прямой кишки производили при помощи баллона, в который нагнетался воздух. Во время раздражения у больных вызывались произвольные сокращения наружного сфинктера.

Для контроля за электрической активности жома заднего прохода в прямую кишку вводили датчик, через центральное отверстие которого проводили баллон с катетером, соединённым с шприцем, объёмом 100 мл. Процедура начиналась с записи фоновой электромиограммы. Затем баллон наполняли объёмом воздуха 50-70 мл и тут же давали команду больному сжать задний проход. Раздражение продолжалось 5 секунд, затем воздух выпускали, а сфинктер разрешали расслабить. Эффективность сокращения мышц сфинктера контролировали по осциллографу со звуковым сигналом. Процесс раздражения повторяли каждые 30 секунд. При первых признаках

утомления сфинктера тренировка прекращалась. Занятия проводились ежедневно по 10-20 минут.

После 5 дней занятий производили раздражение прямой кишки без фиксации внимания больного, не напоминая о необходимости сжатия заднего прохода. При возникновении рефлекторного ответа, что регистрировалась на электромиограмме, процедуры продолжали при отвлечении внимания больного (чтение, разговор и т.д.). Если и в дальнейшем выработанный рефлекс сохранялся, то занятия прекращались после 10-го сеанса. Если рефлекторные ответы отсутствовали, или были непостоянными, раздражения периодически сопровождалось напоминанием о необходимости сжимания заднего прохода.

Для восстановления ректо-анального рефлекса требуется достаточно длительное время, терпение и добросовестное отношение больных к процедурам. Необходимо сочетать с другими мероприятиями по коррекции НАС. Проведение терапии в полном объёме позволило добиться полного восстановления ректо-анального рефлекса у 4 больных с III - й и у 19 – со II-й степенями НАС: у 3 человек с III степенью отмечались непостоянные сокращения сфинктера в ответ на раздражение. Отсутствие эффекта наблюдалось у 5 больных; у 2 из которых наблюдалась III степень слабости запирающего аппарата прямой кишки.

Медикаментозная терапия предусматривала влияния на синтез белков в организме. Наиболее активными в этом отношении признаны анаболические средства. Нами применялись анаболил либо ретаболил по 0,05 г х 1 раз в неделю, внутримышечно. Анаболическим эффектом обладает оротат калия / по 0,5 г х 4 раза в день за час до еды/. Положительной стороной этого препарата является отсутствие андрогенного эффекта и содержание калия, который бывает при дистрофических изменениях миоцитов.

Лечение препаратами анаболического действия сочетали активным введением аминокислот. Это достигалось не только богатой белками диетой, но и назначением специальных препаратов: метионин по 0,5 х 4 раза и глютаминовая кислота по 0,5 х 4 раза в день.

Для усиления медиаторной функции ацетилхолина, улучшения нервно-мышечной проводимости применяются ингибиторы холинэстеразы. Из этой группы препаратов нами использован 0,05% раствор прозерина по 1 мл х 2 раза в день подкожно. Для закрепления и усиления эффекта антихолинэстеразных средств упомянутые авторы рекомендуют сочетать их в комплексе с вышеуказанными препаратами, стимулирующими обменные процессы.

В комплексном медикаментозном лечении широко применяются витамины группы В, имеющие отношение к белковому обмену, токоферол /витамин Е/, способствующий улучшению трофических процессов в поперечно-полосатой мускулатуре; энергетическое обеспечение достигается назначением АТФ.

Комплексные консервативные мероприятия проводили курсами, не реже 1-2 раз в год. Медикаментозное лечение больные получали не менее 4 недель, 15-18 дней из которых – в стационаре совместно с электростимуляцией мышц запирающего аппарата прямой кишки и занятиями лечебной физкультурой. Остальную часть лечения рекомендовали продолжать в амбулаторных условиях, сочетая его с локальными упражнениями, направленными на укрепление сфинктера и мышц тазового дна.

Лечение любых форм недостаточности анального сфинктера было бы малоэффективным без лечения сопутствующих заболеваний, особенно органов желудочно-кишечного тракта. У 53 человек с сохраняющейся НАС после оперативного вмешательства наблюдалось выпадение прямой кишки,

хронические заболевания органов пищеварения у 31 пациента. Известно, что эти заболевания нередко протекают с нарушением стула и воспалительной реакцией со стороны слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишки. Как запоры, так и поносы на фоне проктосигмоидита затрудняют восстановление тонуса и силы волевых сокращений сфинктера. При частом жидком стуле с примесью слизи, тенезмах снижается тонус внутреннего сфинктера.

Наряду с симптоматическим лечением заболеваний органов пищеварения противовоспалительная терапия была назначена 58 больным, имевшим признаки проктосигмоидита. Лечение заключалось в местных процедурах; микроклизмы с 0,4 % раствором колларгола или отваром ромашки по 100 мм на ночь. Последние средства применялись сроком не более 7- 10 дней.

Нарушения количественного или качественного составов факультативной или облигатной флоры кишечных микроорганизмов выявлены у 29 больных. Дисбактериоз 1 степени / по классификации О.П. Марко и Т.К.Корневой, 1973/ был обнаружен у 28 и II степени – у 26 человек. В зависимости от характера качественных изменений назначались бактериальные препараты /коли -, бифидиум-бактерин, бификол/.

Только комплексное лечение недостаточности анального сфинктера при выпадении прямой кишки, проводимое с учётом известных патогенетических моментов слабости жома заднего прохода, может быть достаточно эффективным. Недооценка каждого из перечисленных методов / лечебная физкультура, электростимуляция, медикаментозные средства и лечение сопутствующих заболеваний/ прямым ил косвенным образом задерживает восстановление функции запирающего аппарата прямой кишки.

В зависимости от тяжести нарушения держания кишечного содержимого нами применена различная тактика лечения.

Коррекция слабости запирающего аппарата прямой кишки после ликвидации её выпадения начинается с консервативных мероприятий.

Функция АС при 1 степени НАС довольно быстро восстанавливалась после проведения занятий ЛФК, лечения сопутствующего воспаления слизистой оболочки дистального отдела толстой кишки и заболеваний органов пищеварения.

При II и III степенях НАС применялась консервативная терапия, проводимая несколькими курсами в полном объеме. Несмотря на это, у 21 пациента сохранялась выраженная НАС, что в дальнейшем потребовало оперативной коррекции. Это обстоятельство объяснялось неправильным выбором метода ликвидации ВПК: у 10 человек выполнена операция Зеренина-Кюммеля, 6 - чрез-брюшная ректопексия в модификации клиники, - 5 – комбинированные операции.

Оперативная коррекция НАС проводилась только при отсутствии эффекта после нескольких курсов консервативной терапии и не ранее 1,5-2 лет после ликвидации выпадения прямой кишки.

Операции были выполнены 21 больному, у 13 из которых сохранялась II и у 8 – III степени НАС. До ликвидации ВПК лишь у 4 человек функция мышц тазового дна была компенсированной, а у 17- декомпенсированной. Причем у 9 женщин на фоне слабости мышц тазового дна впоследствии развились признаки ректоцеле II и III степеней.

Из применяемых методик 18 пациенткам произведена сфинктеролеватопластика и сфинктеролеваторопластика выполнена 12 больным со II и 6 - с III степенью НАС.

В предоперационном периоде, который длился 2-3 недели, назначали ЛФК; электростимуляцию мышц жома заднего прохода, тазового дна и при необходимости больших ягодичных мышц; комплекс медикаментозных средств; лечение воспалительных заболеваний толстой кишки и сопутствующих – органов пищеварения.

После операции пациенты находились на постельном режиме до 10 дней, в течение которых искусственно задерживался стул (строгий постельный режим, бесшлаковая диета). Мочу эвакуировали катетером в течение 4-5 дней. Во время операции и ближайшем послеоперационном периоде осложнений, связанных с техникой, вмешательства не было.

У одной пациентки в ближайшем послеоперационном периоде отмечалось частичное нагноение раны на ягодице на уровне подкожной клетчатки. Проведенный лоскут визуально оставался сохранным.

С первого дня после пластических операций продолжали медикаментозное лечение, а после заживления назначили курс электростимуляции и некоторые упражнения лечебной физкультуры, исключая перенапряжение мышц тазового дна и сфинктера. При выписке из стационара полной ликвидации НАС у больных не отмечено. Из 13 человек со II степенью НАС после лечения у 6 пациенток - сохранялась I степень, у 7 - II степень НАС. Из 8 пациентов с III степенью НАС после лечения у двоих отмечена I, у троих - II и у троих - III степени НАС. В дальнейшем все эти больные проходили от 1 до 3 курсов консервативного лечения в полном объёме.

Анализируя результаты лечения НАС, сохраняющейся после ликвидации ВПК, можно отметить длительный, более года, процесс восстановления функции запирающего аппарата.

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

4.4. Отдаленные результаты лечения больных с выпадением прямой кишки у женщин

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) 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 послеоперационном периоде рецидивов выпадения прямой кишки после описанных методов операций не было выявлено.

Функция запирающего аппарата прямой кишки после ликвидации выпадения 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 ближайшее 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.

Для изучения отдалённых результатов лечения больных выпадением прямой кишки изучен анкетированием по опросникам Векснера и шкалы FISI.

Эффективность оперативного лечения нами оценивалась не только в зависимости от количества рецидивов заболевания. Нами была изучена динамика восстановления функции держания кишечного содержимого после различных операций.

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 – у 87 (76,9%) пациенток.

Отдалённые результаты лечения после операции Зеренина-Кюммеля в модификации клиники прослежены у 25 (22,1%) женщин. 16 пациенток в отдалённые 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 чрез- брюшной ректопексией Зеренина-Кюммеля в модификации клиники с предварительным лечением колита и в 2 случаях – синхронной ректопексией со сфинктеролеваторопластикой. Из 10 оперированных с 1 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 двое полностью выздоровели, у одного – осталась I и у 9 – II степени 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.

Таким образом, у двух женщин рецидив заболевания объяснялся неправильно выбранным методом лечения. При III степени недостаточности сфинктера показана не только фиксация прямой кишки, но и укрепление мышц запирающего аппарата. У одной женщины рецидив выпадения прямой кишки, 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 и II степеням НАС при компенсированной функции мышц, поднимающих задний проход.

Отдаленные результаты хирургического лечения ВПК методом синхронной комбинированной ректопексии со сфинктеролеваторпластикой изучены у 34 оперированных.

Синхронная комбинированная ректопексия Зеренина-Кюммеля в модификации клиники со сфинктеролеватороплатикой выполнялась только при II и III степенях НАС. Из 34 оперированных 8 человек в отдалённые сроки после операции были полностью здоровы. Рецидив выпадения прямой кишки выявлен у одной больной, имевшей до операции III-ю стадию ВПК с НАС III степени и декомпенсированной фазой функцией мышц тазового дна.

Рецидив выпадения возник через 6 месяцев после операции, связанную 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 синхронные операции производились наиболее сложному контингенту больных, имевшим выраженное нарушение функции мышц сфинктера и поднимающих задний проход, 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 сфинктера и у большинства- при декомпенсированной. Синхронная комбинированная ректопексия со сфинктеролеваторопластикой наиболее обоснована при выраженной слабости мышц тазового дна и АС.

Отдалённые результаты после комбинированных операций: ректопексия Зеренина-Кюммеля в модификации клиники, венетропексия и утеропексия и пластика тазового дна (передная и задняя кольпорафия, сфинктеролеваторопластика) 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 недостаточностью анального сфинктера II степени, декомпенсированной функцией мышц тазового дна. Впоследствии произведена повторная синхронная комбинированная ректопексия, ВПК ликвидировано, но сохранялась недостаточность АС II степени. Из 7 больных с III степенью недостаточности сфинктера 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, имевших запор до ликвидации выпадения прямой кишки, у 7- явления моторно-эвакуаторные нарушения исчезли, а у одной – сохранялись умеренные симптомы.

Таким образом, у больных после комбинированных операций сохранилась НАС II и III степеней 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, либо значительно снизилась, либо полностью исчезла.

При анализе отдалённых результатов оперативного лечения выпадения прямой кишки 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 ее следует сочетать с консервативными мероприятиями, направленными на коррекцию слабости запирающего аппарата прямой кишки (таблица 8).

Таблица 8. - Оценка отдалённых результатов хирургического лечения ВПК (n -113)

Параметр	Ректопексия по Кюммеля –Зеренина в модификации клиники	Комбинирован ные операции	Всего	
	Абс. число	Абс. число	Абс	%
Рецидив ВПК	3	3	6	5,3
НАС	8	4	12	10,6
Запор	4	2	6	5,3

Всем больным с НАС III и II степенями с декомпенсированной функцией мышц, поднимающих задний проход, показана синхронная комбинированная ректопексия со сфинктероплевропластикой. Большинство оперированных женщин в дальнейшем нуждаются в комплексной терапии, направленной на ликвидацию слабости запирающего аппарата прямой кишки.

Таким образом, рецидив заболевания развивался у 6 (5,3%) женщин. У 12 (10,6%) обследованных женщин сохранилась 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 инконтиненции в той или иной степени выраженности, в зависимости от особенностей пораженного сфинктерного комплекса.

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

При оценке отдалённых результатов было отмечено существенное улучшение всех анализируемых нами параметров как субъективных, так и объективных. В ходе динамического контроля наблюдалось значительное снижение средних значений индекса недержания для бальных шкал, обозначенных в заполняемых пациентами анкетах, результаты которых имеют прямое отражение изменения качества жизни больного. В результате анализа отдалённых результатов определены средние значения индексов недержания по шкалам WIS и FISИ – $7,6 \pm 2,2$ 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 спустя 30

суток после операции, были рассчитаны средние величины по шкалам WIS и FISI, которые составили $12,6 \pm 1,8$ и $32,9 \pm 1,9$ баллов, соответственно (рисунок 16).

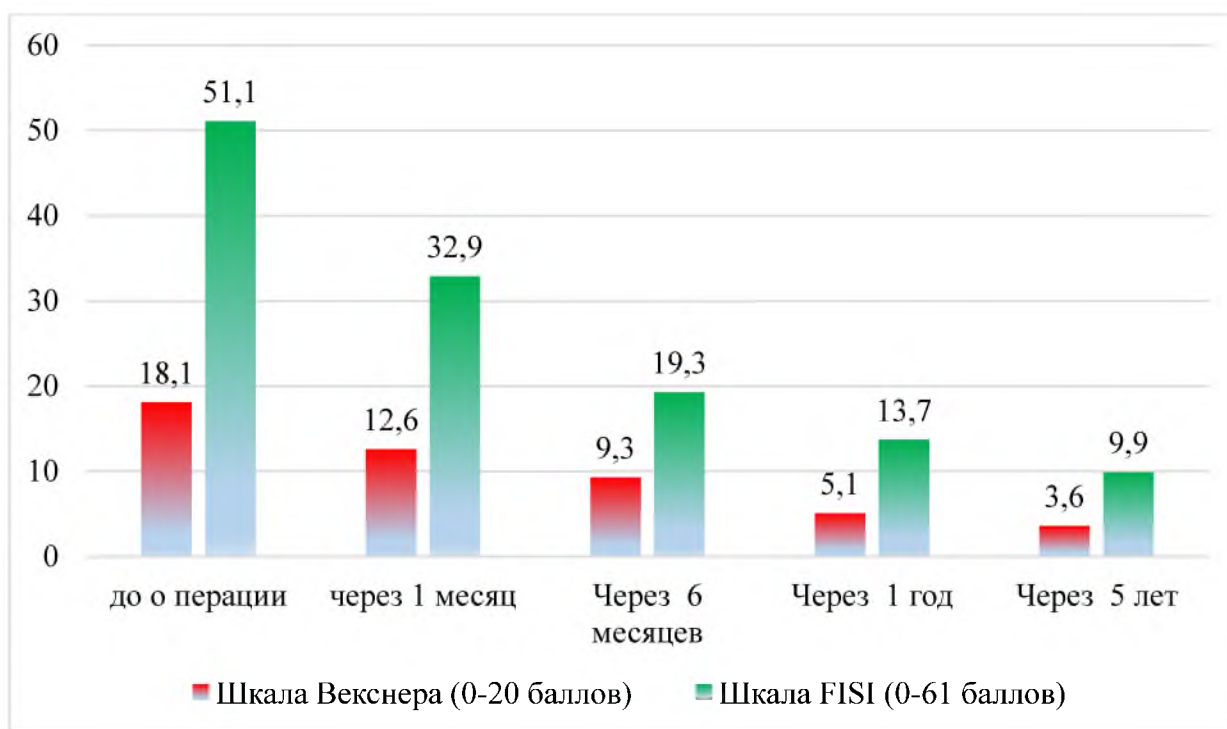


Рисунок 16. - Сравнительная оценка «качества жизни» в динамике в послеоперационном периоде у пациенток с ПК (n=113)

Полученные результаты были трактованы как удовлетворительные. Следует отметить, что за весь период наблюдения определенной доле пациенток группы, потребовалось дополнительное проведение физиотерапевтических процедур. После чего все больные отмечали улучшение функции АС, вплоть до полного восстановления держания. Таким образом, наблюдается повышение параметров давления на несколько единиц по сравнению с объективными данными до лечения.

Особую группу пациенток составили больные с ВПК в сочетании с запором, и составили 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. Наряду 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 балльных 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 FISI. Также отмечалась значительная динамика и в отношении объективных данных в сравнении с результатами на дооперационном этапе обследования.

В результате проведенного 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 3 лет, коррелирует с позитивным возобновлением социальной адаптации больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вопросы лечения выпадения прямой кишки достаточно широко дискутируются как в отечественной, так и в иностранной литературе. Обилие известных методов операций и их модификаций (более 220), говорит не только о неудовлетворённости хирургов результатами лечения, но и об отсутствии чётких объективно обоснованных критериев в выборе метода лечения. Консервативная терапия оказалась не эффективной при выпадении прямой кишки у взрослых пациентов.

За последние десятилетия большинство авторов отдают предпочтение способам фиксации прямой кишки к крестцу, либо другим образованиям.

Установлено, что процесс выпадения начинается не с терминальных отделов прямой кишки, а на 6-8 см выше края заднего прохода. Эти исследования подтвердили патогенетическую обоснованность ректопексии. Фиксация прямой кишки к крестцу является наиболее прочной, что доказано экспериментальными исследованиями [34,69,127, 192].

Одним из мало изученных состояний, сопутствующих выпадению прямой кишки, остаётся слабость её запирающего аппарата, проявляющаяся недержанием кишечных газов и кала у 23(92,8%) больных.

Благодаря развитию объективных методов исследований, были выявлены некоторые особенности в развитии слабости запирающего аппарата прямой кишки. Так, при выпадении прямой кишки исследователи отмечали снижение или потерю тонуса внутреннего сфинктера, ослабление волевых сокращений наружного сфинктера, снижение чувствительности кишки.

В литературе нет единого мнения о необходимости коррекции недостаточности анального сфинктера, сопутствующей выпадению прямой кишки. Если одни авторы после ликвидации выпадения прямой кишки и ее содержимого ликвидируют НАС, то другие - пришли к заключению, что применяемые операции не приводят к её исчезновению, а лишь создают для

этого благоприятные условия. О коррекции недостаточности анального сфинктера писали Ю.И. Малышев [42]. Рекомендации в основном касались проведения лечебной физкультуры, физиотерапевтических процедур, стимулирующих воздействия, введения общеукрепляющих и стимулирующих средств / витамины, стрихнин [29, 187].

При самых активных мероприятиях процесс восстановления функции мышц запирающего аппарата прямой кишки длится не менее 2-3 лет.

Таким образом, в проблеме эффективного лечения выпадения прямой кишки у женщин остаются недостаточно изученными вопросы, связанные с особенностями нарушения функции запирающего аппарата, выбора метода и тактики лечения больных, особенно с сопутствующей НАС.

Основой нашего исследования послужили истории болезни 113 больных женщин, оперированных в Государственном учреждении «Городской медицинский центр №2 имени академика К.Т. Таджиева» г.Душанбе с 2010 г. по 2020 г. в возрасте от 17 до 71 года. Наибольшее число пациентов – 86 (75,2%) -было в возрасте от 30 до 59 лет, а половина из всех оперированных – в активном трудовом возрасте.

Далеко не все больные обращались за медицинской помощью в первые месяцы, и даже годы заболевания. Лишь у двоих (1,8%) пациентов давность выпадения прямой кишки не превышала 12 месяцев. 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. Стоит отметить, что в 39 (34,5%) случаях больные ранее подвергались хирургическому лечению в различных клинических учреждениях страны, при этом 24 из них неоднократно..

Согласно данным литературы одним из главных факторов, приводящих к выпадению прямой кишки, является повышение внутрибрюшного давления. В наших наблюдениях ряд больных предполагаемой причиной заболевания называли различные ситуации, которые, как принято считать, сопровождаются повышением внутрибрюшного давления.

Выпадение прямой кишки у 40 (35,3%) больных началось с нарушения акта дефекации и консистенции стула, причём у 34 из них непосредственной причиной заболевания считали упорные запоры, а у 30- продолжительные поносы, нередко возникавшие при острых кишечных инфекционных заболеваниях.

У 15 (13,3%) пациентов основная работа была связана с систематическими тяжелыми физическими нагрузками, что, по нашему мнению, могло явиться причиной выпадения прямой кишки. У 17 (15,0%) больных выпадение началось после тупых травм в области живота, ягодиц области и промежности, из них затяжные травматичные роды были причиной заболевания у 6 (5,3%) женщин, у 2 (1,8%) больных прямая кишка начала выпадать после операций на промежности и органах малого таза.. У 15 человек (13,3%) заболевание началось после однократного подъёма различных предметов значительной тяжести. В 5 (4,4%) случаях пациенты указывали на наследственную предрасположенность к заболеванию, их ближайшие родственники страдали выпадением прямой кишки. У 30 (26,5%) обследованных выявлено сочетание двух или нескольких выше указанных факторов. В 14 (12,4%) случаях пациентки не смогли назвать прямую причину заболевания, при этом у 9 женщин заболевание началось в раннем детском возрасте.

Диагностика заболевания, как правило, не представляет особых затруднений. Основной жалобой является сам факт выпадения прямой кишки, которое происходит при различных обстоятельствах. Из 113 наблюдаемых прямая кишка выпадала лишь при дефекации у 45 (39,8%) - выпадение происходило во время стула и при физическом напряжении: подъеме тяжести, кашле и т.п. Меньшая группа - 22 (19,5%) пациента, 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. Лишь 12 (10,6%) - 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.

Необходимо отметить, что признаки слабости запирающего аппарата прямой кишки, как правило, возникали на фоне уже сформировавшегося полного её выпадения. Исключение составляют двое больных – после неоднократных операций по поводу рецидивирующего парапроктита и одна, у которой выпадение прямой кишки возникло после травматичных родов с разрывом промежности III степени. У этих людей недостаточность анального сфинктера изначально была обусловлена нарушением анатомической целостности мышцы жома заднего прохода.

Нередко больные с выпадением прямой кишки жаловались на нарушение дефекации: у 56 (49,5%) - имелась склонность к запорам, у 20 (17,7%) - к поносам, а у 17 (15,0%) - был неустойчивый стул: запоры чередовались с поносами. Из 113 человек 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. Так, 19 обследованных страдали хроническим гастритом, 10 – холециститом, 8 – язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, 2 – панкреатитом. У 44 больных выявлен хронический колит, из них у 18 - носил вторичный характер и был связан с другими заболеваниями органов пищеварения.

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 объяснились гиперсекрецией желёз и травматизацией воспалённой слизистой оболочки выпадающей кишки.

Зачастую люди, страдающие выпадением прямой кишки, отмечают чувство зуда в области заднего прохода. В наших наблюдениях на зуд в перианальной области жаловались 32 (28,3%) женщины. Это состояние наблюдалось у пациенток с недостаточностью анального сфинктера и объяснялось раздражением перианальной кожи, выделяющейся слизью и частицами кала.

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 в начале развития заболевания.

Таким образом, наиболее часто встречающимися симптомами заболевания являются: сам факт выпадения прямой кишки, недержание кишечного содержимого, выделение слизи, нарушение акта дефекации, чувство зуда в области заднего прохода.

Основное место в клинической картине заболевания занимают симптомы, связанные с нарушением функции поддерживающих прямую структур и мышц её запирающего аппарата.

Кроме этого, довольно часто больные с выпадением прямой кишки жаловались на нарушение акта дефекации и наличие патологических примесей слизистого характера в кале. Характер дефекации и консистенция стула определялись сопутствующими заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта и изменениями видового и количественного состава микрофлоры кишечника. Слизистые выделения из кишки объяснялись гиперсекрецией желёз воспалённой слизистой оболочки, травмирующийся при выпадении. Из сказанного следует, что лечение сопутствующих заболеваний пищеварения, нормализация дефекации и местная противовоспалительная терапия должны занимать вполне определенное место в комплексе мероприятий предоперационной подготовки больных.

Для изучения особенностей слабости запирающего аппарата прямой кишки нами использован комплекс функциональных методов обследования, включающий сфинктерометрию, манометрию, баллонографию, исследование ректо-анальных рефлексов, УЗИ и МРТ.

У всех больных с выпадением прямой кишки отмечено снижение сократительной способности АС. В большей степени страдала функция внутреннего непроизвольного сфинктера, определяющего давление в анальном канале в покое.

При разработке клинико-функциональной градации исходов хирургической коррекции мы основывались не только на топографо-анатомических признаках - рецидивах выпадения прямой кишки, но и на всесторонней оценке моторно-эвакуаторной функции толстой кишки и мышц тазового дна (запоры, расстройства акта дефекации, нарушения континенции), которые определяли самочувствие больных и их социально-бытовую адаптацию после операции. Оценивая результаты лечения нами были выделены три степени их градации - хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

За период с 2010 по 2020 г. в Государственном учреждении «Городской медицинский центр №2 имени академика К.Т. Таджиева» г.Душанбе оперировано 113 женщин с выпадением прямой кишки.

Анализируя результаты лечения, мы пришли к выводу, что далеко не у всех больных самостоятельно восстанавливается функция запирающего аппарата после ликвидации выпадения прямой кишки. В связи с этим в настоящее время мы выделяем два этапа в лечении этих пациентов: 1-оперативное лечение выпадения прямой кишки и 2 – лечение сохраняющейся недостаточности анального сфинктера.

У 86 больных с выявленными при ректороманоскопии явлениями проктита и проктосигмоидита проводилась направленная противовоспалительная терапия, которая включала энтеросептол или интестопан по 1 т х 3 раза в день в течение 7-10 дней, микролизмы с 0,3%

раствором колларгола или отваром ромашки по 100,0 на ночь в течение 3-4 недель. Это лечение проводилось не только в амбулаторных условиях, но и при необходимости продолжалось или повторялось в стационаре

Наиболее эффективным методом ликвидации выпадения прямой кишки мы считаем фиксацию прямой кишки к крестцу. Этот метод был произведен 56 (49,6%) больным. Чрезбрюшная ректопексия в модификации клиники в сочетании с коррекцией пролапса органов малого таза. Эта операция выполнена 24 (21,2%) женщинам с ВПК. Синхронная комбинированная ректопексия со сфинктеролеваторопластикой выполнена 43 (38,1%) женщинам с ВПК, осложненной НАС. Синхронная комбинированная ректопексия со сфинктеролеваторопластикой направлена на несколько звеньев в патогенезе выпадения прямой кишки: фиксация подвижной кишки к костному образованию и укрепление промежности, как поддерживающую прямую кишку структуру.

При сфинктеролеваторопластике 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 недостаточности анального сфинктера, включающее занятия лечебной физкультурой, электростимуляцию сфинктера и мышц тазового дна, применение медикаментозных средств и некоторых оперативных пособий.

Анализируя результаты лечения НАС, сохраняющейся после ликвидации ВПК, можно отметить длительный, более года, процесс восстановления функции запирающего аппарата.

Оценка отдалённых результатов лечения нами проводилась не только с позиции ликвидации ВПК, но и полного восстановления контроля наудержания 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 результатов.

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) 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 количества 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 послеоперационном периоде рецидивов выпадения прямой кишки после описанных методов операций не было выявлено.

Функция запирающего аппарата прямой кишки после ликвидации выпадения 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.

Для изучения отдалённых результатов лечения больных с выпадением прямой кишки изучен анкетированием по опросникам Векснера и шкалы FISL.

Эффективность оперативного лечения нами оценивалась не только в зависимости от количества рецидивов заболевания. Нами была изучена динамика восстановления функции держания кишечного содержимого после различных операций.

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 – у 54 (47,8%) обследованных.

Отдалённые результаты лечения после операции Зеренина-Кюммеля в модификации клиники прослежены у 63 женщин. 16 пациенток в отдалённые 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 чрез брюшной ректопексией Зеренина-Кюммеля в модификации клиники с предварительным лечением колита и в 2 случаях – синхронной ректопексией со сфинктеролеваторопластикой. 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 двое - полностью выздоровели, у одного – осталась I и у 9 – II степени 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.

Таким образом, у двух женщин рецидив заболевания объяснялся неправильно выбранным методом лечения. При III степени недостаточности сфинктера показана не только фиксация прямой кишки, но и укрепление мышц запирающего аппарата. У одной женщины рецидив выпадения прямой кишки, 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 и II степенями НАС при компенсированной функции мышц, поднимающих задний проход.

Отдалённые результаты хирургического лечения ВПК методом синхронной комбинированной ректопексии со сфинктеролеваторопластикой изучены у 34 оперированных.

Синхронная комбинированная ректопексия Зеренина-Кюммеля в модификации клиники со сфинктеролеваторопластикой выполнялась только при II и III степенях НАС. Из 34 оперированных 8 человек в отдалённые сроки после операции были полностью здоровы. Рецидив выпадения прямой кишки выявлен у одной больной, имевшей до операции III - ю стадию ВПК с НАС III степени и с декомпенсированной фазой функцией мышц тазового дна.

Рецидив выпадения возник через 6 месяцев после операции; связанный с повышенными физическими нагрузками. Этой больной выполнена повторная синхронная ректопексия со сфинктеролеваторопластикой. При дальнейшем наблюдении за больной рецидива ВПК не выявлено, функция сфинктера улучшилась и соответствовала I степени НАС.

Несмотря на то, что синхронные операции производились наиболее сложному контингенту больных, имевшим выраженное нарушение функции мышц сфинктера и поднимающих задний проход, 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 сфинктера и у большинства - при декомпенсированной. Синхронная комбинированная ректопексия со сфинктеролеваторопластикой наиболее обоснована при выраженной слабости мышц тазового дна и АС.

Отдалённые результаты после комбинированных операций: ректопексия Зеренина-Кюммеля в модификации клиники, вентропексия и утеропексия и пластика тазового дна (передняя и задняя кольпорафии, сфинктеролеваторопластика) 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 недостаточностью анального сфинктера II степени, декомпенсированной функцией мышц тазового дна. Впоследствии произведена повторная синхронная комбинированная ректопексия, ВПК ликвидировано, но сохранялась недостаточность АС II степени. Из 7 больных с III степенью недостаточности сфинктера 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, имевших запор до ликвидации выпадения прямой кишки, у 7 - явления моторно-эвакуаторные нарушения исчезли, а у одной - сохранялась умеренные симптомы.

Таким образом, у больных после комбинированных операций сохраняется НАС II и III степеней 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, либо значительно снизилась, либо полностью исчезла.

При анализе отдалённых результатов оперативного лечения выпадения прямой кишки 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 степеням с декомпенсированной функцией мышц, поднимающих задний проход, показана синхронная комбинированная ректопексия со сфинктероплевропластикой. Большинство оперированных женщин в дальнейшем нуждаются в комплексной терапии, направленной на ликвидацию слабости запирающего аппарата прямой кишки.

Таким образом, 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 пациенты представляли наибольший интерес для выполнения УЗИ, МРТ и ЛДФ на диагностическом этапе. В результате проведённого дооперационного комплексного исследования, были определены изменения сфинктерного аппарата, которые способствовали возникновению смешанной формы НАС. Так были выявлены дефекты НАС, установлена их протяжённость и локализация, определены эхографические признаки недостаточности ВАС, что сыграло значительную роль на предоперационном этапе обследования.

При оценке отдалённых результатов было отмечено существенное улучшение всех анализируемых нами параметров как субъективных, так и объективных. В ходе динамического контроля наблюдалось значительное снижение средних значений индекса недержания для бальных шкал, обозначенных в заполняемых пациентами анкетах, результаты которых имеют прямое отражение изменения качества жизни больного. В результате анализа отдалённых результатов определены средние значения индексов недержания по шкалам WIS и FISИ – $7,6 \pm 2,2$ 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 FISI – $12,6 \pm 1,8$ и $32,9 \pm 1,9$ баллов, соответственно. Полученные результаты были трактованы как удовлетворительные. Следует отметить, что за весь период наблюдения определённой доли пациенток группы потребовалось дополнительное проведение физиотерапевтических процедур. После чего все больные отмечали улучшение функции АС, вплоть до полного восстановления держания. Таким образом, наблюдается повышение параметров давления на несколько единиц по сравнению с объективными данными до лечения.

Особую группу пациенток составили больные с ВПК в сочетании с запором, и составило это 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. Наряду 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 балльных 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 FISI. Также отмечалась значительная динамика и в отношении объективных данных в сравнении с результатами на дооперационном этапе обследования.

В отдалённом послеоперационном периоде в 93,5% случаев получены хорошие и удовлетворительные результаты, что выражались в отсутствии рецидива заболевания, коррекции НАС и моторной функции толстой кишки, эвакуаторной функции прямой кишки. В целом перечисленные обстоятельства улучшили качество жизни пациенток с ВПК. Полученные клиническо-функциональные результаты, сохраняющиеся в среднем до 3 лет, коррелируют с позитивным возобновлением социальной адаптации больных.

ВЫВОДЫ

1. Ретроспективный анализ показал, что причины развития осложнений и рецидива заболевания у пациенток с выпадением прямой кишки, связаны с гендер-связанными факторами и увеличиваются от возраста больных и длительностью заболевания. В 11,8% наблюдений причины были связаны с выбором метода операций и тактики лечения пациенток с выпадением прямой кишки.
2. Проведённые комплексные методы исследования выявили особенности функциональных изменений мышц анального сфинктера и тазового дна у пациенток с выпадением прямой кишки. В 32,3% наблюдений установлены развития смешанной формы недостаточности анального сфинктера.
3. При выборе тактики лечения пациенток с выпадением прямой кишки, целесообразен дифференцированный подход к выбору метода и объёма операции, а также необходимости применения комбинированных оперативных вмешательств.
4. Сравнительная оценка показала, что применение совершенствованного подхода к хирургическому лечению выпадения прямой кишки у женщин, ближайшие результаты послеоперационного периода улучшились на 13,1%, а в отдалённом периоде в зависимости от тяжести заболевания на 7,6% и 6,4% соответственно.
5. Качество жизни пациенток оценивалось по шкале опросника Wexner-score путём анкетирования и функциональными методами исследования в сроки 6 месяцев, год, 3 года и 5 лет от момента операции и добились улучшения на 7,41 балл.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Целесообразно использовать УЗИ и МРТ при обследовании пациенток с выпадением прямой кишки.
2. Ректопексия по Кюммелю – Зеренину в модификации клиники произведена пациенткам молодого возраста и лицам с отсутствием моторно-эвакуаторных нарушений толстой кишки с органическими изменениями мышц анального сфинктера.
3. Комбинированные операции целесообразно выполнять в специализированных учреждениях, в пожилом возрасте и при осложнённой форме заболевания.
4. Для определения и мониторинга качества жизни пациенток с выпадением прямой кишки, целесообразно ориентироваться не только на данных анкетирования по шкале опросника Wexner, но и на динамику показателей аноректальной манометрии, УЗИ и МРТ.

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)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян Л. В. Сочетанные операции в гинекологии: вопросы классификации и методологического подхода / Л.В. Адамян, А.Х. Гайдарова // Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве: материалы Междунар. конгресса. - Москва, 2002. - С. 422 - 428.
2. Акопян А.С., Акопян А.А., Багдасарян Т.Г., Карагулян А.В. Хирургическое лечение больных с недостаточностью анального сфинктера, обусловленной послеродовой травмой. Материалы III Всероссийского съезда колопроктологов. Белгород. 12-14.10.2011. // Колопроктология. - 2011. - №3 (37). - С. 21.
3. Акушерская травма промежности в генезе пролапса гениталий / И.Н.Яговдик, Р.В.Кузнецов, Е.Н.Пашенко и др. // Репродуктивное здоровье в Беларуси. 2010. № 5. С. 57-66.
4. Алгоритм исследования нарушений запирающего аппарата прямой кишки при функциональной недостаточности анального сфинктера/ О.Ю. Фоменко, Л.Ф. Подмаренкова, А.Ю. Титов [и др.]// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2009. - №4. - С. 62-68.
5. Александров В. Б. Лапароскопические технологии в колоректальной хирургии В. Б. Александров. — М.: Медпрактика-М, 2003. — 188 с.
6. Алиев Э.А. Причины и профилактика недостаточности сфинктера заднего прохода // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова. - 2011. - Т. 6, № 1. - С. 48-53.
7. Алиев, Э.А. Лечение послеоперационной недостаточности анального сфинктера/ Э.А. Алиев// Международный медицинский журнал. - 2011.- №3.- С. 90-94.
8. Аминев А. М. Выпадение прямой кишки / А. М. Аминев // Руководство по проктологии: [в 4 т.] А. М. Аминев. — Куйбышев: Кн. изд-во, 1971. — Т. 2. — С. 202-412.

9. Аминев А. М. Руководство по проктологии: [в 4 т.] / А. М. Аминев. — Куйбышев: Кн. изд-во. 1965. — Т. 1. — 518 с.
10. Ан В. К. Личный опыт операции Локкарт-Маммери / В. К. Ан, А. А. Осьмин, Е. С. Пронин // Актуальные проблемы колопроктологии: V Всерос. конф. с междунар. участием : тез.докл. — Ростов н/Д, 2001. — С. 10-12.
11. Ан В.К. Опасности, осложнения и ошибки в проктологии / В.К. Ан, В.Л. Ривкин, А.Я. Соломка. - М.: Vinom, 2011. - 112 с.
12. Анатомо-функциональное состояние мышц тазового дна и ректовагинальной перегородки у женщин с задним тазовым пролапсом и ректоцеле / Хитарьян А.Г., Дульеров К.А., Погосян А.А., с соавт. // Практическая медицина. - 2013. - № 2 (67). - С. 90-94.
13. Апокина А.Н. Прогнозирование эффективности хирургической коррекции пролапса тазовых органов: Автореф. дисс. канд. мед. наук. — М., 2012. — 25 с.
14. Бапиев Т. А. Основные принципы профилактики родового травматизма промежности и отдаленные результаты лечения больных, страдающих новым разрывом промежности и прямокишечно-влагалищными фистулами / Т. А.Бапиев, Э. Ш. Султанов, Д. В. Таждинов // Вестник хирургии Казахстана. - 2013. - №2. - С. 39-42.
15. Бахаев В.В. Пролапс гениталий у женщин: методы лечения / В.В.Бахаев, В.С.Горин, В.В. Степанов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2009. Т. 8. № 4. С. 62-68.
16. Богатырева Е.В. Особенности диагностики и результаты хирургического лечения ректоцеле при пролапсе тазовых органов у женщин: автореф... дисс. к.м.н. - Санкт-Петербург, 2010. - 24 с.
17. Возможности трёхмерных ультразвуковых технологий в диагностике послеродовых осложнений Текст. / Ю.П. Титченко [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2009.-Т.8, -№2. -С. 44-47.
18. Воробьев Г.И.-Основы колопроктологии. Ростов-на-Дону,2001,414 с.

19. Выбор хирургического пособия при выпадении прямой кишки / Васильев С. В., Клименко А. Н., Недозимованный А. И., Григорян В. В., Ельцин С. С., Васильев А. С. // Актуальные вопросы колопроктологии : тез. докл. первого съезда колопроктологов России с междунар. участием / Самар, гос. мед. ун-т [и др.]. — Самара, 2003. — С. 34-35.
20. Гельфенбейн Л. С. Об исходах оперативного лечения выпадения прямой кишки / Л. С. Гельфенбейн // Труды Первой Всероссийской конференции по проктологии (март 1965 г.). — М., 1965. — С. 164-166. — (О болезнях прямой и толстой кишок: сб. науч. тр. / Моек, науч.-исслед. онкол. ин-т им. П. А. Герцена. Науч.-исслед. лаб. проктологии с клиникой М-ва здравоохранения РСФСР; [вып. 3]).
21. Генитальные инфекции / А.Н. Стрижаков [и др.] -Москва : Издательский дом «Династия», 2003. - 140 с.
22. Гинекология: национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007 — 1072 с. — Серия «Национальные руководства»
23. Горбань В.А., Безлуцкий П.Г., Головенко С.Г. Лечение больных с недостаточностью анального сфинктера. В кн.: Актуальные проблемы проктологии. Красноярск, 1991, с. 140-142.
24. Денисова Т.Б. Оптимизация хирургического лечения женщин с пролапсом тазовых органов. // Автореф. дисс. канд. мед. наук. — М., 2010. — 18 с.
25. Джанаев Ю.А., Титов А.Ю., Мудров А.А. Нейрофизиологические параметры анального рефлекса у взрослых // Колопроктология. - 2012. - № 1 (39). - С. 31-4.
26. Додонов А.Н. Совершенствование технологии хирургического лечения пролапса гениталий у женщин разных возрастных групп. / А.Н.Додонов, В.Б.Трубин, Т.Б.Трубина // Медицинский альманах. 2008. -№5.-129-131.
27. Дульцев, Ю.В. Лечение недостаточности анального сфинктера: автореферат диссертации д-ра мед. наук: 14.00.27/ Дульцев Юлий Вячеславович. - М., 1982. - 42 с.

28. Жуков Б.Н. Хирургическая тактика при сочетании геморроя и ректоцеле / Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Журавлев А.В. // Клиническая и экспериментальная хирургия. - 2013. - №2. - С. 7- 13
29. Журавлева А.С. Принципы выбора хирургических технологий для коррекции осложненных форм пролапса гениталий и оценка их эффективности. / Журавлева А.С. // Автореф. дисс. канд. мед. наук. — М., 2009. — 23 с.
30. Зубайдов А. У. Современные представления о лечении выпадения прямой кишки: (обзор лит.) / Зубайдов А. У. // Амбулатор. Хирургия: Орлова. И. Н. Кабанова. А. В. Лангнер // Рос.журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1996. — № 1. — С. 78-82.
31. Ильканич А.Я., Слепых Н.В., Барабашинов Н.А., Абубакиров А.С. Опыт применения анальных тампонов «Колопласт» у больных с анальной инконтиненцией // Колопроктология. - 2013. - № 4 (46). - С. 35-7.
32. Исторические аспекты и современное хирургическое лечение больных с недостаточностью анального сфинктера/ С.А. Фролов, А.Ю. Титов, Н.Н. Полетов [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2015. - №3. - С. 78-84.
33. Кайзер А. М. Колоректальная хирургия. — М.: Бином, 2011. - С. 382-387.
34. Клиника и выбор способа лечения внутреннего «выпадения» прямой кишки I интраректальной инвагинации) / Каппулер Л.Л., Подмаренкова Л.Ф., Орлова Л.П., Воробьев Г. 11. Шелыгин Ю.А., Титов А.Ю. // Анналы хирургии. — 2000. — № 6. —С. 54-39.
35. Клиническая оперативная колопроктология: рук. для врачей / Гос. науч. центр проктологии М-ва здравоохранения и мед. пром-сти Рос. Федерации; под ред. В.Д. Федорова. Г. И. Воробьева, В. Л. Ривкина. — М., 1994. — 432 с.
36. Клинические аспекты дисплазии соединительной ткани у женщин с опущениями и выпадениями внутренних половых органов / Л.И.Кох, Л.П.Назаренко, Т.Н.Дорош и др. // Сибирский медицинский журнал. 2008. - Т. 23. - № 4-1. - С. 24-24.

37. Клиническое представление о дисплазии соединительной ткани у взрослых. / Б.В.Головской, Л.В.Усольцева, Я.В.Кховаева, Н.В.Иванова // Клиническая медицина. 2002. - №12. - С. 39—41.
38. Колопроктология и тазовое дно : патофизиология и лечение / под. ред. М. М. Генри, М. Своша : пер. с англ. В. Л. Ривкина, Н. В. Морозова. — М. : Медицина, 1988. — 460 с.
39. Комбинированное оперативное лечение больных с выпадением матки и стрессовым недержанием мочи. / А.И.Ищенко, Ю.В.Чушков, А.И.Слободянюк, К.А.Суханбердиев // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2004. - том 3. - №5. - с. 39-42.
40. Комиссаров И.А. Опыт применения объемообразующего агента в лечении анальной инконтиненции, связанной с недостаточностью и травмами внутреннего анального сфинктера // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 2016. - № 5. - С. 79-82.
41. Коршунов М.Ю. Пропалс тазовых органов: Пособие для врачей. / / М.Ю.Коршунов, Е.И.Сазыкина / СПб.: ООО «Издательство Н-Л», 2003. - 16с.
42. Краснопольский В.И. TVM (transvaginalmesh) новый взгляд на хирургию генитального пролапса. / В.И.Краснопольский, А.А.Попов, С.Н.Буянова, В.Д.Петрова // Журнал акушерства и женских болезней. 2006. № 5. - С. 79-80.
43. Краснопольский, В.И. Гнойно-септические осложнения в акушерстве и гинекологии: патогенез, диагностика и лечебная тактика / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина // Рос. вестн. акушера-гинеколога. -2007. - № 5.-С. 76-81.
44. Крижановская А.Н. Патогенез и ранняя диагностика несостоятельности тазового дна после физиологических родов. // Автореф. дисс. канд. мед.наук. — М., 2012. — 25 с.
45. Кулаков В.И. Несостоятельность сфинктера прямой кишки после родов / В.И.Кулаков, Е.А. Чернуха // Акушерство и гинекология. 2000. - № 1. - С.11-14.

46. Куликовский В. Ф. Пропалс прямой кишки: оценка результатов различных методов лечения / Куликовский В. Ф., Олейник Н. В. // Актуальные вопросы колопроктологии : тез.докл. первого съезда колопроктологов России с междунар. участием / Самар, гос. мед. ун-т [и др.]. — Самара, 2003. — С. 85-86.
47. Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилов Д.А., Наумов А.В. Метод биологической обратной связи для лечения анального недержания // Современные проблемы науки и образования. - 2013. - № 1. - С. 35
48. Куляпин А.В., Лопатин В.М., Аитова Л.Р. — Хирургическая коррекция недостаточности ректовагинальной перегородки и анального сфинктера. В кн.: Болезни толстого кишечника. Вопросы организации проктологической помощи. Минск, 2001, с.48-50.
49. Курбанова А.Г. К вопросу хирургического лечения выпадений женских половых органов. // Азербайджанский медицинский журнал. 1975. - №1. — С.33-35.
50. Лапароскопическая ректопексия / Г. И. Воробьев и др. // Актуальные проблемы колопроктологии: V Всерос. конф. с междунар. участием: тез.докл. — Ростов н/Д, 2001. — С. 19-20.
51. Лапароскопический, лапаротомический и влагалищный доступы коррекции несостоятельности мышц тазового дна и стрессового недержания мочи / Л.В.Адамян, С.И.Аскольская, С.Ш.Джабраилова, М.А. Блинова // Эндоскопия в гинекологии. М., 1999. - С.499-503.
52. Лоран О. Лечение больных недержанием мочи в сочетании с пролапсом гениталий с использованием современных методик. / О.Лоран, А.Серегин, Т.Матвеевская, З.Довлатов // Врач. 2008. № 8. С. 62-64.
53. Магнитно-резонансная томография (мрт) при пролапсе тазовых органов / Баринаева М.Н., Солопова А.Е., Тупикина Н.В., с соавт. // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2014. - № 1. - С. 37-46.
54. Макаров Р. Р. Оперативная гинекология / Р. Р. Макаров, А. А. Габелов. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1979. — 328 с.

55. Малышев Ю. И. Выпадение прямой кишки: (причины, механизм возникновения, классификация, клиника, диагностика, лечение у взрослых и детей): автореф. дис. ... д-ра мед.наук / Малышев Юрий Иванович ; [Горьк. мед. ин-т]. — Горький, 1964. — 24 с.
56. Мамаева А.В. Причины постгистерэктомического пролапса гениталий / А.В.Мамаева, А.Г.Ящук // Мать и дитя в Кузбассе. 2005. - №4 (23).-С. 8-12;
57. Маткаримов, С.Р. Модифицированная передняя сфинктероплевропластика при хирургическом лечении больных послеродовым разрывом ректовагинальной перегородки/ С.Р. Маткаримов// Вестник Российского государственного медицинского университета. - 2008.- №3.- С. 102.
58. Машков А.Е., Куликов А.В., Шумский В.И., Филюшкин Ю.Н., Куликов Д.А., Слесарев В.В., Пыхтеев Д.А., Полянская З.И., Ермилова Е.А., Рогаткин Д.А., Литвинова Н.С. Опыт лечения анальной недостаточности с применением костномозговой трансплантации в эксперименте и клинике // Альманах клинической медицины. - 2011. - № 25. - С. 13-6.
59. Мудров А.А. Хирургическая коррекция ректовагинальных свищей: новые перспективы / А.А.Мудров, А.Ю. Титов, И.В. Костарев // Колопроктология. - 2015. - №1 (27). - С. 33.
60. Муравьев К.А. Дифференцированный подход к хирургическому лечению ректовагинальных свищей: Автореф. дисс. канд. мед.наук. - Ставрополь. - 2005. - 17 с.
61. Мусаев Х.Н. Оценка применения новых методов оперативных вмешательств в комплексном лечении больных послеродовой недостаточностью анального сфинктера / Х.Н. Мусаев, М.М. Мамедов, Е.М. Алиева // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2010. - № 10. - С. 77-81.
62. Мусаев Х.Н. Результаты реабилитации заболеваний промежности неопухолевой этиологии у женщин / Х.Н. Мусаев, В.А. Агаев, Э.М. Алиева // Вестник хирургии Казахстана. - 2010. - № 1(21). - С. 55-58.

63. Мусаев Х.Н., Мамедов М.М., Алиева Е.М. Оценка применения новых методов оперативных вмешательств в комплексном лечении больных послеродовой недостаточностью анального сфинктера // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. - 2010. - № 12. - С. 77-81.
64. Наврузов Р.М., Агаев Б.А. Хирургическое лечение сложных форм сочетанных опущений органов малого таза / Р.М.Наврузов, Б.А.Агаев // Казанский медицинский журнал. 2008. Т. 89. № 2. С. 174-178.
65. Недозимованый А. Н. Лечение пациентов с инконтиненцией кала методом биологической обратной связи: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Недозимованый. Анатолий Николаевич; [С.-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова]. — СПб. 2003. — 15 с.
66. Недозимованый А.И. Лечение пациентов с инконтиненцией кала методом биологической обратной связи: Дис. ... канд. мед.наук. - Санкт-Петербург, 2003. - С. 11-46.
67. Новик А.А. Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. - 320 с.
68. НошуS. [Delorme procedure for rectal prolapse] S. НошуJ. chir. — 2000. — Vol. 137, №6, —P.338-341.
69. О синдроме инконтиненции / С. А. Тарасенко, К. В. Клейн, А. В. Лахин, Ю. П. Латышев. Проблемы колопроктологии. — М., 1998. — Вып. 16. — С. 98-104.
70. Озолия, Л.А. Гнойно-воспалительные послеродовые осложнения и пути их профилактики Текст. / Л.А. Озолия, И.В. Бахарева, А.В. Сорокина // Проблемы беременности.-2002. №6. - С. 48-54.
71. Олейник Н. В. Выбор метода хирургического лечения при выпадении прямой кишки у взрослых / Н. В. Олейник // Рос.журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2004. — № 5. — С. 88-92.

72. Опыт реконструкции тазового дна при генитальном пролапсе с использованием системы PROLIFT® / В.Е.Радзинский, О.Н.Шалаев, Н.Д.Плаксына и др. // Журнал акушерства и женских болезней. 2006. № 5. С. 84-85.
73. Орлов А.И. Статистические модели в медицине / А.И. Орлов // Политематический сетевой электронный научный журнал кубанского государственного аграрного университета. - 2016. - № 124. - 954-983.
74. Орлов И. И. Модификация способа Делорма-Рен-Бира при выпадении прямой кишки / И. И. Орлов // Медицинская мысль Узбекистана. — 1926. — № 1. — С. 32-33.
75. Орлова Л.П. УЗИ-диагностика заболеваний толстой кишки / Л.П. Орлова. - Под ред. В. В. Митькова // Практическое руководство по УЗИ диагностике. - М.: Видар - М, 2011. - С. 331-342.
76. Осложнения использования полипропиленовых имплантатов при тазовом пролапсе. / К.В.Пучков, В.Б.Филимонов, Р.В.Васин, И.В.Васина // Журнал акушерства и женских болезней. 2009. Т. LVIII. № 5. С.41-42.
77. Основы колопроктологии: учеб, пособие / под.ред. Г. И. Воробьева. — Ростов н/Д: Феникс, 2001. — 414 с.
78. Отдаленные результаты лечения анальной инконтиненции/ А.В. Муравьев, Р.В. Журавель, К.А. Муравьев, С.И. Петросянц [и др.] // Колопроктология. - Приложение.- 2015.- №1 (51).- С. 36.
79. Оценка состояния тазового дна после родов через естественные родовые пути / В.И. Кулаков [и др.] / Акушерство и гинекология. - 2004. - №4. -С. 26-30.
80. Павлов О. Г. Медицинские и социальные аспекты материнского травматизма в родах / О.Г.Павлов // Российский Вестник Акушера-гинеколога.-2008.-№ 5.-С. 44-46.
81. Парфенов, А.И. Инконтиненция / А.И. Парфенов, А.В. Карлов // Фарматека. - 2014.- №2.- С. 72-75.

82. Патент РФ № 2576445, 11.03.2015. Шелыгин Ю.А., Фоменко О. Ю., Титов А.Ю., Ачкасов С.И., Алешин Д.В. Способ оценки функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки // Патент России № 2576445.
83. Перинеология: болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах / под ред. В. Е. Радзинского. - Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. - 336с.
84. Подольский В.В. Современные возможности восстановления и заживления половых органов нижнего отдела у женщин / В.В. Подольский, Вл. В. Подольский // Здоровье женщины. - 2014. - № 8(94). - С.102.
85. Подоляк Г. А. Выпадение прямой кишки / Г. А. Подоляк. — Л.: Медицина, 1966. —212 с.
86. Практическая колопроктология / В. М. Масляк. М. И. Павловский, Ю. С. Лозинский, И.М. Варивода. — Львов: Свит, 1990. —183 с.
87. Применение модифицированной ирригоскопии в диагностике наружного и внутреннего выпадения прямой кишки / Зароднюк И. В., Тихонов А.А. Кабанова И.Н., Титов А.Ю./7 Вести, рентгенологии и радиологии. — 2001. — № 1. — С. 25-29.
88. Причины возникновения послеоперационной недостаточности анального сфинктера/ Т.К. Камолов, З.И. Муртазаев, К.У. Шеркулов [и др.] // Национальная Ассоциация Ученых. - 2016.- №17-1.- С. 120-121.
89. Пушкарь Д. Ю. Тазовые расстройства у женщин/ Д.Ю.Пушкарь, Л.М.Гумин,- Москва, 2006,- С. 124 - 194.
90. Радзиевский А. Г. Лечение выпадения прямой кишки с помощью colorexiaaroneurotica/А. Г. Радзиевский // Вести, хирургии и погранич. областей. — 1934. — Т. 33, кн. 97/99. —С. 260-262.
91. Реконструктивная хирургия несостоятельности тазового дна у женщин. / С.Г.Штофин, О.Г.Карманов, М.Н.Чеканов, В.Г. Швайко // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2006. № 5. С. 211-213.

92. Ривкин В.Л. Анальная инконтиненция // Справочник поликлинического врача. - 2009. - № 10. - С. 89-90.
93. Ривкин В.Л., Устинов В.А., Бронштейн А.С. Бесконтактная телевидеокомпьютерная ректальная сфинктерометрия // Российские медицинские вести. - 2004. - № 2. - С. 54-6.
94. Ривкин, В.Л. Анальная инконтиненция: состояние проблемы / В.Л. Ривкин// Consiliummedicum. Приложение. Хирургия. - 2016. - №1. - С. 24-25.
95. Саидов А.С. Сравнительная оценка методов выпадения прямой кишки. Автореф.дисс...кандмед. наук., Душанбе.,1995, 21С.
96. Смольнова, Т.Ю., Буянова С.Н., Савельев С.В. и др. Фенотипический симптомокомплекс дисплазии соединительной ткани у женщин // Клин.мед. — 2003.— №8. — С. 42-48.
97. Сочетанные операции при патологии аноректальной области / Ахмедов М.А., Даутов Ф.А., Юсупов Ш.Б., с соавт. // Врач-аспирант. - 2012. - Т. 51. №2.2.-С. 308-314.
98. Сочетанные операции при ректоцеле и цистоцеле / Даутов Ф.А., Юсупов Ш.Б., Сапаев Д.А., Джуманиязов Д.Ф. // Колопроктология. -2008.-№ 4.-С. 10-12
99. Субботин Д.Н. Качество жизни женщин с опущением и выпадением внутренних половых органов после экстраперитонеального неофасциогенез / Д.Н. Субботин // Медицинский альманах. 2009. № 4. С. 155-157.
100. Султанова, С.Г. Структура, диагностика, профилактика и лечение послеоперационных осложнений родовых разрывов промежности, осложненных анальной инконтиненцией/ С.Г. Султанова // Казанский медицинский журнал. - 2015. - Т. 96, №5. - С. 779-783.
101. Титов А. Ю. Виды выпадения прямой кишки и выбор способа их лечения: автореф. дис. ... д-ра мед.наук : 14.00.27 / Титов Александр Юрьевич ; [Рос. мед. акад. последиплом. образования]. - М., 1999. - 30 с.

102. Тищенко Л.И., Чечнева М.А., Петрухин В.А., Иванкова Н.А., Краснопольская И.В. Возможности ультразвуковой диагностики анатомии и патологий тазового дна в послеродовом периоде // Sonoase Ultrasound. Раздел - УЗИ в акушерстве. - 2010. - № 21. - С. 13-20.
103. Токтар Л.Р., Дурандин Ю.М., Денисова Т.Б. и др. Гистиоструктура тазового дна у женщин с пролапсом гениталий. // Вестник РУДН. Сер. «Медицина. Акушерство и гинекология». — 2010. — № 6. — С. 151-157.
104. Уварова Е.В., Султанова Ф.Ш. Влагалище как микросистема в норме и при воспалительных процессах гениталий различной этиологии. // Гинекология — 2002. — № 04 — С. 189-195.
105. Уменушкин А. А. Дифференциальная диагностика и выбор метода лечения запоров у детей
106. : автореф. дис. ... канд. мед.наук : 14.00.35 / Уменушкин Алексей Анатольевич ; [С.-Петербург. педиатр, мед. акад.]. — СПб. 2000. — 26 с.
107. Федоров В. Д. Проктология / В. Д. Федоров. Ю. В. Дульцев. — М.: Медицина, 1984. — 383 с.
108. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М., 1984, 384 с.
109. Фоменко О.Ю. Алгоритм исследования нарушений запирающего аппарата прямой кишки при функциональной недостаточности анального сфинктера / О.Ю. Фоменко // Новости колопроктологии. ЖГГК. - № 4. - 2009. - 62-68.
110. Фоменко О.Ю., Ачкасов С.И., Титов А.Ю., Джанаев Ю.А., Алешин Д.В., Егорова Д.В. Роль аноректальной манометрии, БОС-терапии и тиббиальной нейромодуляции в диагностике и консервативном лечении анальной инконтиненции у пожилых // Клиническая геронтология. - 2015. - № 5-6. - С. 1620.
111. Фоменко О.Ю., Подмаренкова Л.Ф., Титов А.Ю., Алешиин Д.В., Вязьмин Д.О. Роль изменений параметров ректоанального ингибиторного рефлекса в патогенезе анальной инконтиненции // Колопроктология. - 2012. - № 3 (41).

112. Фоменко О.Ю., Подмаренкова Л.Ф., Титов А.Ю., Ким Л.А., Рыжов Е.А., Алешин Д.В. Типы функциональных нарушений запирающего аппарата прямой кишки у больных анальной инконтиненцией // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2011. - № 2. - С. 73-7.
113. Фоменко О.Ю., Подмаренкова Л.Ф., Титов А.Ю., Рыжов Е.А., Алешин Д.В., Окулов Е.А., Тернавский А.П. Алгоритм исследования нарушений запирающего аппарата прямой кишки при функциональной недостаточности анального сфинктера // РЖГГК. Новости колопроктологии. - 2009. - № 4. - С. 62-8.
114. Фролов С. А. Исторические аспекты и современное хирургическое лечение больных с недостаточностью анального сфинктера / С. А. Фролов, А.Ю. Титов, Н.Н. Полетов, И.С. Аносов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2015. - №3. - С. 78-84.
115. Фролов С.А., Полетов Н.Н., Костарев А.В. Качество жизни больных, перенесших грацилопластику по поводу недостаточности анального сфинктера // Колопроктология. - 2012. - № 4 (42). - С. 16-21.
116. Фролов С.А., Титов А.Ю., Костарев И.В., Полетов Н.Н., Джанаев Ю.А. Тиббиальная нейромодуляция в лечении больных с различными формами недостаточности анального сфинктера // Колопроктология. - 2013. - № 2 (44).
117. Функциональное состояние анального сфинктера и мышц тазового дна после перенесенных разрывов промежности в родах/ Т.Н. Калаев, Г.У. Миль-дзихов, В.Г. Джепоев [и др.] // Колопроктология. - 2011.- №3. - Приложение.- С. 29-31.
118. Хамадьянов, У.Р. Новые подходы к лечению инфицированных послеоперационных ран в акушерстве Текст. / У.Р. Хамадьянов, Э.М. Камалов, В.И. Иваха // «Мать и дитя»: Мат. 11-го Рос. форум Тез. докл. - М.-2010. -С. 258-259.

119. Характер морфологических нарушений у женщин с синдромом опущения промежности / Шелыгин Ю.А., Титов А.Ю., Шехтер А.Б., с соавт. // Колопроктология. - 2011 - № 3 (37). - С.3 – 13.
120. Хирургическое лечение больных недержанием кишечного содержимого/ С.А. Фролов, Т.С. Одарюк, Л.Ф. Подмаренкова [и др.]// Хирургия. - 2014. - №14. - С. 27-33.
121. Хирургическое лечение больных с недостаточностью анального сфинктера, обусловленной послеродовой травмой/ А.С. Акопян, А.А. Акопян, Т.Г.Багдасарян [и др.]// Колопроктология. - 2011. - №3. - Приложение. - С. 21.
122. Хирургическое лечение больных с опущением и выпадением внутренних половых органов и профилактика опущения купола влагалища после гистерэктомии / В.И. Краснопольский [и др.]// Рос. вестн. акушера -гинеколога. - 2006. - №4. - С. 66-71.
123. Хирургическое лечение опущения и выпадения влагалища и матки / В.И.Кулаков, Л.В.Адамян, О.А.Мынбаев и др. // Оперативная гинекология хирургические энергии // М.: Медицина, 2000. - С. 741-760.
124. Хирургическое лечение послеродовых разрывов ректовагинальной перегородки сочетанных с недостаточностью анального сфинктера/ С.Н. Наврузов, С.Р. Маткаримов, Ш.М.Маматкулов [и др.] // Колопроктология. - 2008.- №2.- С. 15-16.
125. Частная хирургия: рук. для врачей: в 3 т. пол ред. А. А. Вишневого и В. С. Левита. - -М.: Медгиз, 1963. — Т. 2. — 718 с.
126. Чечнева М.А. Рациональная концепция комплексного обследования женщин с синдромом тазовой десценции и мочевого инконтиненции: Автореф. дисс. ... докт. мед.наук. — М., 2011. — 49 с.
127. Чихрадзе, А.К. Реконструктивные операции у больных с различными видами анальной недостаточности/ А.К. Чихрадзе // Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ. - М., 2011. - С. 547.

128. Чухриенко Д. П. Выпадение прямой кишки ' Д. П. Чухриенко. — Киев: Госмедиздат УССР, 1963, —288 с.
129. Чухриенко Д. П. Оперативное лечение рецидивных и больших форм выпадения прямой кишки с применением капроновой ткани / Д. П. Чухриенко // Вести, хирургии им.И. И. Грекова. — 1959. — № 10. — С. 78-83.
130. Шелыгин Ю.А. Клинические рекомендации. Колопроктология / Ю.А. Шелыгин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - С. 108-126.
131. Шелыгин, Ю.А. Справочник по колопроктологии/ Ю.А. Шелыгин, Л.А. Благодарный - М.: Литтерра, 2012. - 596с.
132. Шелыгин Ю.А., Васильев С.В., Григорьев Е.Г. «Ассоциация колопроктологов России». Клинические рекомендации по диагностике и лечению пациентов недостаточностью анального сфинктера. - М. - 2013. - С. 121.
133. Шелыгин Ю.А., Фоменко О.Ю., Веселов В.В. Нормативные показатели давления в анальном канале при неперфузионной манометрии // Колопроктология. - 2015. - №3 (53) - С. 4-9.
134. Шкарупа Д.Д. Протезирующая реконструкция тазового дна влагалищным доступом: современный взгляд на проблему / Д.Д. Шкарупа, Н.Д. Кубин // Экспериментальная и клиническая урология. - 2015. - №1. - С. 88-93.
135. Эволюция промежностных методов хирургического лечения выпадения прямой кишки у больных пожилого и старческого возраста / Г. И. Воробьев [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии: V Всерос. конф. с междунар. участием : тез. докл. —Ростов н/Д, 2001. — С. 18-19.
136. Яковлев В.М., Глотов А.В., Ягода А.В. Иммунопатологические синдромы при наследственной дисплазии соединительной ткани.- Ставрополь.-2005.-232 с.
137. Ящук А. Г., Нафтулович Р.А., Хусаинова Р.И. Клинико-генетическое исследование у больных с семейными формами опущения тазового дна. // Российский вестник акушера - гинеколога. — 2012. — № 2. С. 31-35.

138. Allam M. Laparoscopic-assisted abdominoperineal proctosigmoidectomy for rectal prolapse: a new technique M. Allam. G. Piskun. R. Fogler Surg. endosc. — 1997. — Vol. 11, N 2. — P. 150-151.
139. Altemeier W. A. Treatment of extensive prolapse of the rectum in aged or debilitated patients// W. A. Altemeier. I. Guiseffi. P. Hoxwirth Arch. surg. — 1952. — Vol. 65, N 1. — P. 72-80.
140. Anatomy of the anal sphincters. Comparison of anal endosonography to magnetic resonance imaging / R. Schafer, P. Enck, G. Furst. T. Kahn. T. Frieling. H. J. Tubke Dis. colon, rectum. 1997. — Vol. 37, N 8. — P. 777-781.
141. Andrews N. J. ABC of colorectal diseases Rectal prolapse and associated conditions/ N. J. Andrews, D. J. Jones // Brit. med. j. — 1992. — Vol. 25. N 305. — P. 243-245.
142. Anorectal function: defecographic measurement in asymptomatic subjects / R. Goei, J. van Engelshoven, H. Schouten, C. Baeten, C. Stassen ' Radiology. — 1989. — Vol. 173, N 1, —P. 137-141.
143. Bergamaschi R. Preserving the superior rectal artery in laparoscopic sigmoid resection for complete rectal prolapse / R. Bergamaschi, K. Lovvik, R. Marvik // Surg. laparosc. endosc. percutan. tech. — 2003. — Vol. 13, N 6. — P. 374-376.
144. Biofeedback therapy in rectal prolapse patients / K. J. Hamalainen, P. Raivio, S. Antila, Palmu. J. P. Mecklin // Dis. colon rectum. — 1996. — Vol. 39, N 3. — P. 262-265.
145. Bosnians L. Perineal repair of procidentia recti with a silastic sling / L. Bosmans, P. Storms, J. A. Gruwes // Acta chir. Belgica. — 1993. — Vol. 93, N 6. — P. 268-270.
146. Bremmer S. Defaeco-peritoneography in the diagnosis of rectal intussusception and rectal prolapse / S. Bremmer, R. Uden, A. Mellgren // Acta radiol. — 1997. — Vol. 38, N 4, pt. 1. — P. 578-583.
147. Briel J. W. Long-term results of suture rectopexy in patients with incomplete rectal prolapse J. W. Briel. W. R. Schouten, M. O. Boerma // Dis. colon rectum. — 1997. — Vol. 40, N 10. — P. 1228-1232.

148. Caronia F. P. Laparoscopic rectopexy : our experience in the treatment of complete rectal prolapse F. P. Caronia. E. Cortese, H. Mosnier //G. chir. — 1999. — Vol. 20, N 6/7. — P.311- 313.
149. Cheetham M. J. Fecal incontinence / M. J. Cheetham, A. J. Malouf, M. A. Kamm // Gastr. clin. North Amer. —2001. —Vol. 30, N 1, — P. 115-130.
150. Christiansen J. Delorme's operation for complete rectal prolapse / J. Christensen, P. Kirkegaard Brit. j. surg. — 1981. — Vol. 68, N 8. — P. 537-538.
151. Chrysos, J. Tsiaoussis, E. Epanomeritakis, J. S. Vassilakis // Surg. endosc. — 1999. —Vol. 13. N9. — P. 862-864.
152. Circular stapling procedure for mucosal prolapse of rectum associated with outlet obstruction / Y. Araki, N. Ishibashi, Y. Kishimoto, K. Matono, M. Nakagawa, Y. Nozoe, T. Sasatomi.Y. Ogata, K. Shirouzu//Kurum med. j. — 2001. — Vol. 48, N 3. — P. 201-204.
153. Coloanal anastomosis using a circular stapling device following perineal rectosigmoidectomy for rectal prolapse J. Hida. M. Yasutomi. T. Maruyama, A. Nakajima, T. Uchida, T. Wakano. T. Tokoro. R. Kubo. H. Umemura, K. Shindo // Surg. today. - 1999. — Vol. 29, N 1. — P. 93- 94.
154. Comparison of three perineal procedures for the treatment of rectal prolapse F. Agachan.P. Reissman. J. Pfeifer. E. G. Weiss, J. J. Nogueras, S. D. Wexner // South, med. j. — 1997. — Vol. 90. n 9. — P. 925-932.
155. Complete rectal prolapse: evolution of management and results / D. S. Kim, C. B. Tsang.W. D. Wong. A. C. Lowry, S. M. Goldberg, R. D. Madoff // Dis colon rectum. — 1999. —Vol. 42. N 4. — P. 460—466.
156. Continence is improved after the Ripstein rectopexy : different mechanisms in rectal prolapse and rectal intussusception? /I. Schultz, A. Mellgren, A. Dolk, C. Johansson, B. Holmstrom Dis. colon rectum. — 1996. — Vol. 39, N 3. — P. 300-306.
157. Curry J. I. The MACE procedure: experience in the United Kingdom / J. I. Curry, A. Osborne. P. S. Malone // J. pediater. surg. — 1999. — Vol. 34. N 2. — P. 338-340.

158. Cuthbertson A. M. An abdominal repair for complete rectal prolapse / A. M. Cuthbertson, J. A. Smith // Aust. New Zealand j. surg. — 1988. — Vol. 58. N 6. — P. 499-503.
159. Dalen R. M. van. Flow to do it in Surgery: laparoscopic rectopexy / R. M. van Dalen, K. Modi, M. J. Flershaman // Brit. j. hosp. med. — 1997. — Vol. 58. N 11. — P. 587-588.
160. Delorme's operation: the first choice in complete rectal prolapse? / J. R. Monson, N. A. Jones. P. Vowden, T. G. Brennan // Ann. R. Coll. surg. England. — 1986. Vol. 68, N 3. — P. 143—146.
161. E. A. Agbakwuru ' East Afr. med. j. — 1991. — Vol. 68. N 10. — P. 795-800.
162. El-Sibai O. Cauterization-plication in the treatment of complete rectal prolapse / O. El-Sibai, A. A. Shafic // Tech, coloproctol. — 2002. — Vol. 6. N 1. — P. 51-54.
163. Eu K. W. Functional problems in adult rectal prolapse and controversies in surgical treatment / K. W. Eu. F. Seow-Choen // Brit. j. surg. — 1997. — Vol. 84. N 7. — P. 904-911.
164. Felt-Bersma R. J. Rectal prolapse, rectal intussusception, rectocele. and solitary rectal ulcer syndrome / R. J. Felt-Bersma. M. A. Cuesta // Gastroenterol, clin. North Amer. — 2001. — Vol. 30. N 1. — P. 199-222.
165. Frykman H. M. The surgical treatment of rectal procidentia FI. M. Frykman. S. M. Goldberg Surg. gynecol.obstet. — 1969. — Vol. 129, N 6. — P. 1225-1230.
166. Functional results after abdominal suture rectopexy for rectal prolapse or intussusception \V. Graf. U. Karlbom, L. Pahlman, S. Nilsson, S. Ejerbländ Europ. j. surg. — 1996. — Vol. 162. N 11, — P. 905-911.
167. Functional results two years after laparoscopic rectopexy S. Benoist. N. Taffmder, S. Gould, A. Chang. A. Darzi // Amer. j. surg. — 2001. — Vol. 182. N 2. — P. 168-173.
168. G. S. Duthie, A. B. MacGregor, D. C. Bartolo // Brit. j. surg. — 1994. — Vol. 81, N 5. — P. 743-746.

169. Goei R. Rectal intussusception and rectal prolapse: detection and postoperative evaluation with defecography / R. Goei, C. Baeten // Radiology. — 1990. — Vol. 174. N 1. — P. 124-126.
170. Goligher J. C. Surgery of the anus, rectum and colon Jonh Goligher. with the collaboration of FI. L. Duthie and FF. FF. Nixon. — 5 th ed. — London: Bailliere Tindall. 1984. — VII, 1186 p.
171. Gundersen A. L. Reappraisal of Delorme's procedure for rectal prolapse / A. L. Gundersen, T. FF. Cogbill. J. Landercasper // Dis. colon rectum. — 1985. — Vol. 28, N 10. — P. 721-724.
172. H. Kellokumpu, M. Kairaluoma // Ann. chir. gynaecol. — 2001. — Vol. 90, N 1. — P. 66-69.
173. Hiltunen K. M. Improvement of continence after abdominal rectopexy for rectal prolapse K. M. Hiltunen, M. Matikainen // Intern, j. colorectal dis. — 1992. — Vol. 7, N 1. — P. 8-10.
174. Holl G. R. Surgical treatment of recurrent complete rectal prolapse: a thirty-year experience / G. R. Holl. T. L. Hull, V. W. Fazio // Dis. colon rectum. — 1997. — Vol. 40, N 3. - P. 270- 272.
175. Hopkinson B. R. Electrical treatment of anal incontinence B. R. Hopkinson, R. Lightwood // Lancet. — 1966. — Vol. 5, N 1. — P. 297-298.
176. Huber F. T. Functional results after treatment of rectal prolapse with rectopexy and sigmoid resection / F.T. Huber, H. Stein. J. R. Siewert World], surg. — 1995. — Vol. 19.N 1. — P. 138-143.
177. Ihre T. Intussusception of the rectum-internal procidentia: treatment and results in 90 patients / T. Ihre.U. Seligson Dis. colon rectum. — 1995. — Vol. 1S. X 5. — P. 391-396.
178. Incidence of occult rectal prolapse in patients with clinical rectoceles and defecatory dysfunction/ J. R. Thompson. A. H. Chen. P. D. Pettit. M. D. 3: idges Amer. j. obstet. gynecol. — 2002. — Vol. 187. N6. — P. 1494-1490.
179. Internal rectal intussusception seldom develops into total rectal prolapse / A. Mellgren.Schultz. C. Johansson. A. Dolk // Dis. colon rectum. — 1999 — Vol. 40. N 7. — P. 817-820.

180. J. B. Gathright, A. E. Timmcke, T. Hicks J. Louisiana State Med. Soc. — 1997. — Vol. 149.N 1. — P. 22-26.
181. J. Isler. R. Billingham // Dis. colon rectum. — 2001. — Vol. 44. N 4. — P. 565-570.
182. Jacobs L. K. The best operation for rectal prolapse L. K. Jacobs. Y. J. Lin, B. A. Orkin Surg. clin North Amer. — 1997. — Vol. 77. N 1. — P. 49-70.
183. Kellokumpu I. H. Laparoscopic repair of rectal prolapse: a prospective study evaluating surgical outcome and changes in symptoms and bowel function /I. H. Kellokumpu, J. Vironen, T. Scheinin // Surg. endosc. — 2000. — Vol. 14, N 7. — P. 634-640.
184. Laparoscopic rectopexy for complete rectal prolapse: clin. outcome and anorectal function tests ' A. C. Poen. M. de Brauw. R. J. Felt-Bersma. D. de Jong. M. A. Cuesta /" Surg. endosc. — 1996. — Vol. 10. N 9. — P. 904-908.
185. Laparoscopic surgery for rectal prolapse and outlet obstruction H. P. Bruch. A. Flerold, T. Schiedeck. O. Schwandner Dis. colon rectum. — 1999. — Vol. 42. N 9. — P. 1 189-1195.
186. Lazorthes F. [Rectal prolapse] / F. Lazorthes, A. Liagre, F. Iovino // G. chir. — 2000. —Vol. 137. N 2. — P. 76-81.
187. Lechaux J. P. Results of Delorme's procedure for rectal prolapse: advantages of a modified technique / J. P. Lechaux, D. Lechaux, M. Perez // Dis. colon rectum. — 1995. —Vol. 38, N 3. — P. 301-307.
188. Leenen L. P. Treatment of complete rectal prolapse with foreign material / L. P. Leenen,J. H. Kuijpers //Neth. j. surg. — 1989. — Vol. 41. N 6. — P. 129-131.
189. Liberman H. Evaluation and outcome of the delorme procedure in the treatment of rectal outlet obstruction / FI. Liberman, C. Hughes. A. Dippolito // Dis. colon rectum. — 2000. —Vol. 43. N 2. — P. 188-192.
190. Long-term follow-up of the modified Delorme procedure for rectal prolapse / B. P. Watkins, J. Landercasper. G. E. Belzer. P. Rechner. R. Knudson. M. Bintz. P. Lambert // Arch. surg. — 2003. — Vol. 138.X 5, —P. 498-502.

191. Long-term functional results of colon resection and rectopexy for overt rectal prolapse/ R. D. Madoff. J. G. Williams. W. D. Wong. D. A. Rothenberger. S. M. Goldberg // *Amer. j. gastroenterol.* — 1992. - Vol. 87, N 1. - P. 101-104.
192. Madoff R. D. One hundred years of rectal prolapse surgery R. D. Madoff. A. Mellgren // *Dis. colon rectum.* — 1999. — Vol. 42, N 4. — P. 441—150.
193. McMahan J. D. Rectal prolapse: an update on the rectal sling procedure / J. D. McMahan. C. B. Ripstein // *Amer. surg.* — 1987. — Vol. 53. N 1. — P. 37-0.
194. Mollen R. M. Effects of rectal mobilization and lateral ligaments division on colonic and anorectal function / R. M. Mollen, J. H. Kuijpers. F. van Hoek // *Dis. colon rectum.* — 2000. — Vol. 43.X 9, —P. 1283-1287.
195. Morgan B.The Teflon sling operation for repair of complete rectal prolapse / B. Morgan ' *Aust. New Zealand j. surg.* — 1980. — Vol. 50. N 2. — P. 121-123.
196. Pathology of the rectal wall in solitary rectal ulcer syndrome and complete rectal prolapse Y. S. Kang, M. A. Kamm, A. F. Engel. I. C. Talbot // *Gut.* — 1996. — Vol. 38. N 4. —P. 587-590.
197. Penninckx F. Manometric evaluation of incontinent patients / F. Penninckx. B. Lestar.R. Kerremans // *Acta gastroenterol. Belgica.* — 1995. — Vol. 58, N 1. — P. 51-59.
198. Perineal rectosigmoidectomy for rectal prolapse: role of levatorplasty / S. W. Chun,J. Pikarsky. S. Y. You. P. Gervaz. J. Efron. E. Weiss. J. J. Noguerras, S. D. Wexner // *Tech, coloproctol.* — 2004. — Vol. 8. N 1. — P. 3-8.
199. Pescatori M. A new grading of rectal internal mucosal prolapse and its correlation with diagnosis and treatment / M. Pescatori, C. Quondamcardo Intern, *j. colorectal dis.* — 1999. — Vol. 14, N 4/5. — P. 245-249.
200. Pigot F. Treatment of rectocele and internal rectal by transanal resection with stapled anastomosis / F. Pigot // *G. chir.* - 2004. - Vol. 141, N 5.- P. 308-310.
201. Prosthetic rectopexy to the pelvic floor and sigmoidectomy for rectal prolapse / J. P. Lechaux, P. Atienza. N. Goasguen. D. Lechaux, I. Bars // *Amer. j. surg.* — 2001. — Vol. 182. N 5. —P. 465-469.

202. Ramanujam P. S. Perineal excision of rectal prolapse with posterior levator ani repair in elderly high-risk patients / P. S. Ramanujam, K. S. Venkatesh // Dis. colon rectum. — 1988. — Vol. 31. N 9. — P. 704-706.
203. Rectal prolapse after oral cathartics / A. M. Korkis, P. F. Miskovitz, R. W. Yurt, H. Klein ' J. clin. gastroenterol. — 1992. — Vol. 14, N 4. — P. 339-341.
204. Rectal prolapse: rational therapy without foreign material / G. J. Blatchford, R. E. Perry, G. Thorson. M. A. Christensen // Neth. j. surg. — 1989. — Vol. 41, N 6. — P. 126-128.
205. Rectopexy is an ineffective treatment for obstructed defecation / W. J. Orrom, D. C. Bartolo. R. Miller, N. J. Mortensen, A. M. Roe // Dis. colon rectum. — 1991. - Vol. 34, N 1. - P. 41-46.
206. Rectopexy to the promontory for the treatment of rectal prolapse : report of 257 cases J. Loygue, B. Nordlinger, O. Cunci, M. Malafosse, C. Huguet, R. Parc // Dis. colon rectum. — 1984. — Vol. 27, N 6. — P. 356-359.
207. Rogers J. Postanal repair and intersphincteric Ivalon sponge rectopexy for the treatment of rectal prolapse / J. Rogers. P. J. Jeffery // Brit. j. surg. — 1987. — Vol. 74, N 5. — P. 384-386.
208. Rowsell M. Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy : randomised controlled trial / M. Rowsell. M. Bello. D. M. Hemingway // Lancet. — 2000. — Vol. 355. — P. 779-781.
209. Rutter K. R. The solitary ulcer syndrome of the rectum / K. R. Rutter. R. H. Riddell Clin, gastroenterol. — 1975. Vol. 4, N 3. — P. 505-530.
210. Sagar P. M. Delorme's operation: the first choice in complete rectal prolapse P. M. Sagar. P. H. Brown, P. J. Finan // Ann. R. Coll, surg England. — 1988. — Vol. 70. N 2. — P. 113.
211. Schutz G. Extracorporal resection of the rectum in the treatment of complete rectal prolapse using a circular stapling device / G. Schutz Dig. surg. — 2001. — Vol. 18. N 4. — P. 274-278.

212. Senagore A. J. Laparoscopic techniques in intestinal surgery A. J. Senagore ' Semin, laparosc. surg. — 2001. — Vol. 8. N 3. — P. 183-188.
213. Surgical treatment for rectal prolapse / H. H. Chiu, J. B. Chen, H. M. Wang, C. Y. Tsai, T. H. Chao *Zhonghua yi xue za zhi*. — 2001. — Vol. 64, N 2. — P. 95-100.
214. Surgical treatment of complete rectal prolapse: results of abdominal and perineal approaches P. Boccasanta. R. Rosati. M. Venturi. U. Cioffi, De M. Simone, M. Montorsi, Peracchia J. *laparoendosc. adv. surg. tech. Pt. A*. — 1999. — Vol. 9, N 3. — P. 235-238.
215. Surgical treatment of rectal prolapse: a retrospective analysis of 94 cases / M. Yakut, N. Kaymakcioglu. A. Smtsek. A Tar.. D. Sen *Intern, surg.* — 1998. — Vol. 83, N 1. — P. 53-55.
216. Sutured posterior abdominal rectopexy with sigmoidectomy compared with Marlex rectopexy for rectal prolapse J. Sayfan. M. Pinho. J. Alexar. der-Williams. M. R. Keighley *Brit. j. surg.* — 1990. — Vol. 77. N 2. — P. 143-145.
217. Treatment of rectal prolapse in the elderly by perineal rectosigmoidectomy / J. G. Williams, D. A. Rothenberger, R. D. Madoff, S. M. Goldberg // *Dis. colon rectum*. — 1992. — Vol. 35, N9. — P. 830-834.
218. Viera A. J. Rectal prolapse during pregnancy: a case report / A. J. Viera, M. Larkins- Pettigrew // *J. reprod. med.* — 2000. — Vol. 45, N 1. — P. 45-47.
219. Watts A. M. Evaluation of Delorme's procedure as a treatment for full-thickness rectal prolapse / A. M. Watts, M. R. Thompson // *Brit. j. surg.* — 2000. — Vol. 87, N 2. — P. 218- 222.
220. What role does full rectal mobilization alone play in the treatment of rectal prolapse? / R. Nelson, J. Spitz, R. K. Pearl, El. Abcarian // *Tech, coloproctol.* — 2001. — Vol. 5, N 1. — P. 33-35.
221. Whole gut transit is prolonged after Ripstein rectopexy / I. Schultz, A. Mellgren, M. Oberg, A. Dolk, B. Holmstrom // *Europ. j. surg.* — 1999. — Vol. 165, N 3. — P. 242-247.

222. Willson P. D. Laparoscopic Treatment of Rectal Prolapse / P. D. Willson, N. S. Williams // Semin, laparosc. surg. — 1995. — Vol. 2, N 4. — P. 262-267.
223. Zechini. G. Nigita. D. Arselmi. A. Terenzi. A. Rossi Lemeni. F. Mantella. E. Scaffichir. — 2000. — Vol. 21. N 5. — P. 248-251.