

Практический интерес представляет вопрос об эректильной дисфункции, как правило, сопутствующей хроническому простатиту. В последние годы на хронический простатит и сексуальные дисфункции у пациентов с воспалением простаты обратили пристальное внимание [15], а были высказаны предположения о возможном развитии эректильной дисфункции при хроническом простатите. Наши исследования кожной микроциркуляции в головке полового члена прямо показывают, что венозный застой в простато-везикулярном комплексе приводит к нарушению микроциркуляции в наружных половых органах. Это, в свою очередь, приводит к склерозу и атрофии мышечных элементов кавернозных тел и, возможно, к деструкции эндотелиальной выстилки кавернозных синусов и как следствие – к нарушению нормального высвобождения нейротрансмиттеров эрекции (NO, простагландинов E, катехоламинов, VIP), с дальнейшим развитием эректильной дисфункции. В этой связи важное значение имеет ранняя диагностика нарушения микроциркуляции в половых органах.

Заключение

Гемодинамические нарушения у больных хроническим простатитом (категории IIIa) находят отражение в показателях кожной микроциркуляции головки полового члена. 86% пациентов с хроническим простатитом (категории IIIa) имеют микроциркуляторные нарушения, которые характеризуются структурными изменениями микрососудов, реологическими сдвигами и снижением реактивности микрососудов, которые нарастают по мере развития заблевания.

Лазерная доплеровская флоуметрия и компьютерная капилляроскопия головки полового члена могут быть рекомендованы как достоверные методы при исследовании микроциркуляторных расстройств мужских половых органов у больных хроническим простатитом.

Литература

1. Козлов В.И., Корси Л.В., Соколов В.Г. Лазерная доплеровская флоуметрия и анализ коллективных процессов в системе микроциркуляции // Физиология человека. 1998. Т. 24. № 6. С. 112–121.
2. Козлов В.И., Гурова О.А., Азизов Г.А., Сабанцева Е.Г., Литвин Ф.Б., Морозов М.В. и др. Лазерная доплеровская флоуметрия в оценке состояния микроциркуляции крови // Методы исследования регионарного кровообращения и микроциркуляции в клинике: Матер. конф. СПб., 2004. С. 71.
3. Лопсткис И.А. Руководство по урологии. М.: Медицина, 1998. Т. II. С. 400–439.
4. Лорси О.Б., Сегаз А.С. Хронический простатит // Мат. X Росс. съезда урологов. М., 2002. С. 209–222.
5. Мазз Е.Б. Хронический инфекционный простатит // Пленум правл. Росс. общества урологов: Материалы. М., 2004. С. 267–289.
6. Ткачук В.Н. Диагностика и лечение воспалительных заболеваний предстательной железы // Пленум всеросс. общества урологов: Тезисы. Пермь, 1994. С. 4–9.
7. Ткачук В.Н. Хронический простатит. М., 2006. С. 12–20.
8. Barbalius G.A., Nikiforidis G., Liatsikos E.N. Alpha-blockers for the treatment of chronic prostatitis in combination with antibiotics. // J. Urol. 1998. Vol. 159 (3). P. 883–887.
9. Fawzy A., Shirvani A. The incidence of chronic prostatitis in ultrasound guided prostate biopsy of asymptomatic men with elevated PSA // Brit. J. Urol. 1997. Vol. 80. № 2. P. 213–218.
10. Irwin P.P., Galloway N.T. Impaired bladder perfusion in interstitial cystitis: a study of blood supply using laser Doppler flowmetry. J. Urol. 1993. Vol. 149 (9). P. 890–892.
11. Krieger I., Riley D. Prostatitis: what is the role of infection // Intern. J. Antimicrob. Agents. 2002. Vol. 19 (6). P. 475–479.
12. Kaplan S., Te A., Jeckobs B. Urodynamic evidence of vesical neck obstruction in men with misdiagnosed chronic nonbacterial prostatitis // J. Urol. 1994. Vol. 152. P. 2063–2065.
13. Kaplan S., Valpe M., Te A. A prospective, 1-year trial using saw palmetto versus finasteride in the treatment of category II prostatitis // J. Urol. 2004. Vol. 171. P. 284–288.
14. Moon T. Management of nonbacterial prostatitis and prostatodinia // H. Lepor (ed.) Prostatic diseases. Philadelphia, 2000. P. 571–576.
15. Nickel J. Textbook of prostatitis. Oxford. 1999. P. 617.

Поступила в редакцию 16.06.09 г.

Для контактов:

тел. (495) 491-01-34

УДК 616.352-007.253-089.158.1-06

Мамедов М.М., Мамедов Н.И.

Эффективность применения новых лазерных технологий при многоэтапном методе хирургического лечения больных с посттравматическими свищами прямой кишки

Mamedov M.M., Mamedov N.I. (Baku, Azerbaijan)

The effectiveness of the modern laser technique, during the multistage surgical treatment of the posttraumatic rectal fistulas

Научный центр хирургии им. М.А. Топчибашева, г. Баку, Азербайджан

При лечении 46 больных с посттравматическими свищами прямой кишки был использован многоэтапный метод хирургического лечения с применением современной лазерной техники специальных инструментов и новых технологий. Двухэтапное хирургическое лечение было применено при лечении 11 (23,9%) пациентов, 3-этапное – 31 (67,4%), а 4-этапное – при лечении 4 (8,7%) больных. Многоэтапный метод хирургического лечения с применением современных лазерных технологий позволяет купировать воспалительный процесс в параректальной клетчатке, обеспечивает возможность выполнения сочетанных хирургических вмешательств, способствует улучшению функциональных результатов, умень-

шению частоты рецидивов, сокращению сроков заживления раны и снижению риска возникновения недостаточности анального сфинктера. *Ключевые слова:* *посттравматические свищи прямой кишки, новые лазерные технологии.*

The multistage surgical method with applying the modern laser technique and special instruments was used during treatment of the 46 patients with posttraumatic rectal fistulas. In 11 (23,9%) patients was used 2 stage, in 31 (67,4%) patients 3 and in 4 (8,7%) patients was used 4 stage therapy. The multistage surgical method with using the modern laser technique helps to liquidate the inflammatory process in pararectal tissue, guarantees using combined surgical tactics, improves functional results, decreases relapses, reduces while wound healing, and avoid the anal incontinence.

Key words: *posttraumatic, rectal fistulas, modern laser technique.*

Введение

Следует признать, что до настоящего времени выбор метода хирургического лечения высоких посттравматических свищей прямой кишки окончательно не решен. По данным ряда авторов [1, 2, 4, 8] сложность выбора способа хирургического лечения этой патологии обусловлена многообразием анатомических особенностей: строением свищевого хода, вариантами расположения его, отношением свища к волокнам сфинктера прямой кишки, его функциональным состоянием и наличием сопутствующих заболеваний дистального отдела прямой кишки. Кроме того, при хирургическом вмешательстве пересекаются не только анальный жом, но и лono-прямокишечная мышца, которая, являясь составной структурой запирающего аппарата прямой кишки, во многом определяет состояние указанной функции. Повреждение анатомических структур запирающего аппарата неизбежно приводит к ухудшению его функционального состояния. Операция по ликвидации высокой фистулы технически сложна. Любой разрез при каудальном доступе не позволяет широко раскрыть рану в зоне операции, особенно в области внутреннего свищевого отверстия, а выраженные рубцовые и воспалительные процессы вокруг свища еще более затрудняют работу хирурга. Кроме того, высокое расположение внутреннего отверстия свища, как правило, не позволяет обеспечить полное купирование гнойно-воспалительного процесса [2, 3, 7, 11].

Все перечисленные факторы при высоких посттравматических свищах диктуют необходимость отключения прямой кишки, то есть формирования колостомы и применения многоэтапного хирургического лечения с использованием новых технологий.

Целью исследования являлось изучение возможности применения современной лазерной техники и новых технологий при многоэтапном методе хирургического лечения посттравматических свищей прямой кишки.

Материалы и методы

В НИЦ им М.А. Топчибашева на стационарном лечении под нашим наблюдением находились 76 больных, страдавших посттравматическими свищами прямой кишки «высокого» уровня. Из них многоэтапное хирургическое вмешательство в основной группе было выполнено у 46 (60,5%) боль-

ных в возрасте от 21 до 73 лет – 16 (34,8%) женщин и 30 (65,2%) мужчин. При лечении этих больных были использованы новые подходы диагностики и лечения. В контрольную группу, в которой использовали общепринятую лечебную тактику, вошли 30 (39,5%) больных – 10 (33,3%) женщин и 20 (66,7%) мужчин – в возрасте от 20 до 70 лет с экстрасфинктерными свищами прямой кишки.

Причины, приведшие к формированию свищей прямой кишки, в обеих группах были в основном идентичны. В основной группе наиболее часто посттравматические свищи прямой кишки формировались у пациентов при травме, полученной во время падения на острые предметы (травма по типу «падения на кол») – 12 (26,1%) пациентов. После ятрогенных повреждений прямой кишки свищи сформировались у 10 (21,7%) больных. Огнестрельное ранение отмечено в анамнезе у 8 (17,4%) больных. В 6 (13,1%) случаях этиологическим фактором послужили ножевые ранения. В 5 (10,9%) наблюдениях свищи прямой кишки возникли в результате нагноения послеоперационной раны. Несостоятельность швов на стенке прямой кишки привела к возникновению свищей у 3 (6,5%) больных. У 2 (4,3%) пациентов причиной развития заболевания явились последствия дорожно-транспортных происшествий.

При обследовании больных со свищами прямой кишки мы прежде всего выясняли их строение, локализацию наружного и внутреннего свищевых отверстий, отношение свищевого хода к волокнам наружного жома заднего прохода, а также исследовали сократительную способность запирающего аппарата прямой кишки (ЗАПК).

В основной группе больных наиболее часто внутренние свищевые отверстия были расположены в нижне-ампулярном – 20 (43,5%) и средне-ампулярном – 12 (26,1%) наблюдениях – отделах прямой кишки. В 8 (17,4%) случаях дефект располагался в стенке верхне-ампулярного отдела прямой кишки. Все эти фистулы, по сути, являются внесфинктерными (экстрасфинктерными) свищами прямой кишки, т. е. свищами «высокого» уровня, а свищи «низкого» уровня были выявлены нами у 6 (13,0%) больных.

Свищи прямой кишки «низкого» уровня у пациентов данной группы характеризовались размерами (d) внутреннего отверстия более 0,8 см, значительной выраженностью рубцового процесса, а также наличием вокруг свищевого хода гнойных полостей.

Среди них свищи III степени сложности были диагностированы у 4 больных, а свищи IV степени сложности выявлены у 2 пациентов.

Анальной инконтиненцией II степени (недержание газов и жидкого кала) страдали 4 больных, анальной инконтиненцией III степени (полное недержание кишечного содержимого) – 2 пациента. Эти факторы явились основанием для выбора многоэтапного метода хирургического лечения с использованием современных прецизионных лазерных технологий оперирования (8).

Все больные после полного клинического, лабораторного и эндоскопического обследований были оперированы. Во время операции мы использовали углекислотный лазерный аппарат «Лансет-2» (Россия) длиной волны 10,6 мкм, мощностью до 20 Вт и контактный лазерный аппарат «Аткус-15» (Россия), генерирующий длину волны 0,81 мкм, мощностью до 15 Вт.

Первый этап хирургического лечения заключался в ликвидации свища прямой кишки. Второй этап состоял в выполнении пластических операций, направленных на восстановление мышц ЗАПК.

У 40 (86,9%) пациентов, страдавших посттравматическими свищами прямой кишки «высокого» уровня, была сформирована колостома, при этом в 16 (40,0%) наблюдениях – в экстренном порядке, при госпитализации пострадавших с обширными пов-

реждениями прямой и ободочной кишок. В качестве первого этапа хирургического лечения высоких посттравматических свищей прямой кишки у 24 (60,0%) пациентов формировали различные колостомы в плановом порядке (табл. 1).

На первом этапе лечения пациентов двухствольная петлевая сигмостома была сформирована у 16 (40,0%), одноствольная сигмостома – у 14 (35,0%) больных. Первично-отсроченный анастомоз и приводящая колостома были наложены 6 (15,0%) пациентам, пристеночная сигмостома – 3 (7,5%), а трансверзостома – 1 (2,5%) пациенту.

Из табл. 2 следует, что в основной группе иссечение свища на протяжении, ушивание внутреннего отверстия без захвата слизистой сфинктероплевропластикой были выполнены у 6 (13,0%); формирование колостомы, проведение комплексной консервативной терапии, ликвидация колостомы были выполнены у 5 (10,9%); формирование первично-отсроченного анастомоза и приводящей колостомы, иссечение свищевого хода на протяжении и ликвидация культи свищевого хода с помощью имплантата (клиппа), ликвидация колостомы – у 3 (6,5%); формирование колостомы с одновременным иссечением свища на протяжении, ликвидация колостомы были выполнены у 16 (34,8%); формирование первично-отсроченного анастомоза и приводящей колостомы, ликвидация свищевого хода на протяжении и проведение лигатуры, ликвидация колостомы – у 3 (6,5%); формирование колостомы, иссечение свища на протяжении со сфинктероплевропластикой, ликвидация колостомы – у 5 (10,9%); формирование колостомы, иссечение свища на протяжении, сфинктеропластика, ликвидация колостомы – у 4 (8,7%); формирование колостомы, иссечение свища на протяжении и проведение лигатуры, ликвидация колостомы – у 4 (8,7%) больных. Характер операций, выполненных у пациентов контрольной группы, представлен в табл. 3.

В основной группе у 8 больных внутреннее отверстие свища локализовалось в ниже-ампуляр-

Таблица 1
Виды сформированных колостом

Виды колостом	Кол-во больных	
	Абс. число.	%
Двухствольная петлевая сигмостома	16	40,0
Одноствольная сигмостома	14	35,0
Первично-отсроченный анастомоз и приводящая колостома	6	15,0
Пристеночная сигмостома	3	7,5
Трансверзостома	1	2,5
Всего:	40	100

Таблица 2
Характер операций, выполненных при многоэтапном хирургическом лечении у пациентов основной группы

Объем оперативных пособий	Абс. число	%
Иссечение свища на протяжении; сфинктероплевропластика	6	13,0
Формирование колостомы; проведение комплексной консервативной терапии; ликвидация колостомы	5	10,9
Формирование первично-отсроченного анастомоза и приводящей колостомы; иссечение свища на протяжении, ликвидация культи свищевого хода с помощью имплантата (клиппа); ликвидация колостомы	3	6,5
Формирование колостомы; иссечение свища на протяжении; ликвидация колостомы	16	34,8
Формирование первично-отсроченного анастомоза и приводящей колостомы; иссечение свища на протяжении, ликвидация свищевого хода с проведением лигатуры; ликвидация колостомы	3	6,5
Формирование колостомы; иссечение свища на протяжении со сфинктероплевропластикой; ликвидация колостомы	5	10,9
Формирование колостомы; иссечение свища на протяжении; сфинктеропластика; ликвидация колостомы	4	8,7
Формирование колостомы; иссечение свища на протяжении с проведением лигатуры; ликвидация колостомы	4	8,7
Всего:	46	100

Таблица 3

Характер операций, выполненных при многоэтапном хирургическом лечении у пациентов контрольной группы

Объем оперативных пособий	Абс. число	%
Иссечение свища с проведением лигатуры	10	33,5
Иссечение свища с ушиванием сфинктера (сфинктеропластика)	5	16,7
Иссечение свища с ушиванием его культи в промежностной ране, ушивание внутреннего отверстия свища с низведением слизисто-мышечного лоскута прямой кишки	5	16,7
Иссечение свища с ушиванием его культи в промежностной ране, ушивание внутреннего отверстия свища и задняя дозированная сфинктеротомия по А.Н. Рыжих	3	10,0
Иссечение свища на протяжении с перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки по Н.М. Блинничеву	3	10,0
Иссечение свища на протяжении с перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки по А.М. Аминову	2	6,7%
Иссечение свища на протяжении, ушивание внутреннего отверстия без захвата слизистой со сфинктеролеваторопластикой	2	6,7%
Всего:	30	100

ном отделе на задней стенке прямой кишки. Эти клинические ситуации потребовали выбора позади-прямокишечного доступа, когда разрез производят посередине между копчиком и задним проходом с обязательным рассечением ано-копчиковой связки. Этот прием способствовал адекватному обзору операционного поля и облегчал выполнение хирургических манипуляций в области внутреннего отверстия свища. Иссечение свища производили с использованием контактного лазера «Аткус-15». Сшивание стенки кишки выполняли в продольном направлении атравматической рассасывающейся нитью. При этом швы не захватывали слизистую оболочку. Операцию завершали дренированием ретро-ректального пространства с последующим ежедневным чрездренажным лазерным облучением с экспозицией 10–12 мин полости с помощью модифицированного аппарата «ИГЛА» (Россия), длиной волны излучения 0,89 мкм и мощностью 20 мВт на выходе.

В 6 случаях внутреннее отверстие свища располагалось на боковой стенке нижне-ампулярного отдела прямой кишки. В данных ситуациях мы производили полулунный разрез в перианальной области через седалищно-прямокишечную ямку с частичным рассечением мышцы, поднимающей задний проход. У этих больных внутреннее отверстие (d) свища прямой кишки не превышало 0,5 см в диаметре и характеризовалось минимальной выраженностью рубцов. После иссечения внутреннего отверстия свища контактным лазерным скальпелем «Аткус-15» с помощью лазерного зажима дефект в стенке кишки ушивали однорядными узловыми швами без захвата слизистой оболочки. Операцию завершали восстановлением мышц ЗАПК.

Значительные трудности возникли при выборе хирургической тактики у больных с локализацией внутреннего отверстия свища в средне- и верхне-ампулярном отделах прямой кишки. Подобная локализация свища была выявлена у 20 больных, при этом размер (d) внутреннего отверстия свища превышал 0,5 см в диаметре. Во всех случаях был обнаружен выраженный рубцовый процесс по ходу свищевой

трубки и выявлены гнойные полости в параректальной клетчатке.

Как показал накопленный опыт, при наличии свища «высокого» уровня любой из вариантов промежностных доступов не обеспечивает адекватного хирургического доступа. При этом наиболее выгодным мы считаем парасакральный хирургический доступ с резекцией копчика.

По данным некоторых авторов [7, 10, 11], недостатком данного хирургического доступа является возможное развитие остеомиелита и смещение заднего прохода кпереди. Однако подобных осложнений в своих исследованиях мы не отмечали. В указанной группе 20 больным было выполнено иссечение свища и рубцовых тканей по ходу свищевой трубки на протяжении с использованием контактного лазера «Аткус-15», а обширные дефекты в стенке прямой кишки были ушиты в поперечном направлении рассасывающейся атравматической нитью.

У 5 пациентов при операции формирования колостомы с иссечением свища на протяжении прямой кишки и сфинктеролеваторопластикой мы использовали контактный лазер «Аткус-15». Показанием для данного хирургического вмешательства явилось наличие анальной инконтиненции III степени на фоне минимально выраженных рубцовых и воспалительных процессов в околопрямокишечной клетчатке. В зависимости от локализации дефектов в наружном жоме заднего прохода мы выполняли переднюю или заднюю сфинктеролеваторопластику.

Локализация внутреннего отверстия свища в области задней стенки прямой кишки была выявлена в 4 случаях, этим больным выполнено иссечение свища на протяжении с использованием контактного лазера «Аткус-15» в сочетании с задней сфинктеропластикой.

Хирургическое лечение в 2 этапа было выполнено 11 (23,9%) больным. Из них 5 больным на первом этапе лечения была наложена превентивная колостома. Затем на фоне комплексной консервативной терапии у данной группы больных удалось добиться ликвидации формирующегося свища прямой кишки. Следует

отметить, что внутреннее отверстие свища прямой кишки (d) не превышало 0,5 см и отсутствовали активные воспалительные процессы в параректальной клетчатке. Впоследствии после ликвидации фистулы колостомы была ликвидирована.

Отключение прямой кишки позволяет купировать воспалительный процесс в параректальной клетчатке и обеспечивает возможность выполнения сочетанных хирургических вмешательств, то есть ликвидировать свищ и корригировать анальную инконтиненцию.

Хирургические операции в три этапа мы осуществили при лечении 31 (67,4%) больного. Данная группа больных характеризовалась наличием свищей прямой кишки III и IV степеней сложности, при этом у 16 больных первым этапом сформировали петлевую сигмостому.

Второй этап заключался в иссечении с использованием контактного лазера «Аткус-15» свища на протяжении прямой кишки, при этом в 5 случаях данную операцию сочетали со сфинктеропластикой. После иссечения и заживления свища прямой кишки третьим, завершающим этапом являлось внутрибрюшное закрытие колостомы.

У 3 больных с экстрасфинктерными свищами прямой кишки были сформированы первично-отсроченные анастомозы и приводящие колостомы (получено положительное решение на изобретение № U 20080005 от 05.01.2009 г.) [5]. Иссечение свища на протяжении осуществляли с помощью контактного лазера «Аткус-15». Культю свищевого хода в стенке прямой кишки ликвидировали с помощью имплантата (клиппа) из сплава никелид-титана с «памятью» формы, после чего закрывали колостому. Показанием для данного хирургического вмешательства явилось наличие свищей II и IV степеней сложности.

Наложение первично-отсроченного анастомоза и приводящий колостомы, иссечение свища на протяжении и проведение лигатуры через внутреннее отверстие, ликвидация колостомы были выполнены при лечении 3 больных с III степенью сложности.

В 4 (8,7%) случаях при посттравматических свищах прямой кишки «высокого» уровня IV степени сложности, на фоне превентивной колостомы, была выполнена операция иссечения свища на протяжении с использованием контактного лазера «Аткус-15» и проведением лигатуры через внутреннее отверстие. Показанием для данного способа хирургического лечения явилось наличие рубцового процесса в области внутреннего отверстия и по ходу свищевой трубки, а также наличие в параректальной клетчатке множественных гнойных полостей. Заключительным этапом хирургического лечения было внутрибрюшное закрытие колостомы.

Хирургическое лечение в 4 этапа, было осуществлено 4 (8,7%) пациентам. У этих больных были выявлены посттравматические свищи прямой кишки III степени сложности. Характерными признаками свищей в данной группе явились: размер внутреннего

отверстия, приближающийся к 0,8 см, значительная выраженность рубцового процесса и наличие гнойных полостей вокруг свищевого хода. Во всех случаях при обследовании мы выявляли анальную инконтиненцию II и III степени. Наличие рубцов, деформирующих анальный канал, являлось препятствием к его герметичному смыканию. Недержание кишечного содержимого, кроме того, было обусловлено наличием дефектов в мышцах ЗАПК. Наличие активных воспалительных процессов в параректальной клетчатке препятствовало проведению одномоментной ликвидации свища и коррекции анальной инконтиненции, в связи с чем после формирования колостомы мы проводили комплекс консервативной терапии.

Затем вторым этапом выполняли иссечение свища на протяжении с применением контактного хирургического лазера «Аткус-15».

Третьим этапом явилась пластическая операция по восстановлению функции мышц ЗАПК с последующей ликвидацией колостомы.

В ходе пластических операций во всех случаях был выявлен дефект анального сфинктера, не превышающий 1/4 его окружности, что позволило выполнять операции в объеме сфинктеропластики.

Ликвидация колостомы в 31 (77,5%) случае была выполнена внутрибрюшинным способом. В 9 (22,5%) наблюдениях колостомы была ликвидирована внебрюшинным способом, при этом у 6 пациентов колостомы была ликвидирована по разработанной нами методике.

Операции, выполняемые с помощью современных лазерных технологий, протекали практически бескровно, технически прецизионно. Послеоперационный период характеризовался гладким течением, незначительными болевыми ощущениями и отеком в области послеоперационных ран.

Среди 76 пациентов, находившихся на стационарном лечении со свищами «высокого» уровня, отдаленные результаты были изучены в основной группе у 36 (47,4%) пациентов. При этом в сроки от 1 до 3 лет после выписки из стационара обследовано 26 больных, от 3 до 5 лет – 10 пациентов. В контрольной группе в сроки от 3 до 5 лет были оценены результаты лечения у 28 (36,8%) пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты лечения мы оценивали на основании жалоб больных, осмотра и данных клинко-инструментальных методов исследования. Полученные данные оценивали как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Хорошими результатами считали случаи выздоровления пациентов, отсутствие жалоб, связанных с перенесенным хирургическим лечением, полное восстановление трудоспособности, отсутствие признаков недостаточности ЗАПК и нарушений ритма дефекации.

Как удовлетворительные рассматривали случаи, когда пациенты предъявляли жалобы на периодические боли в области послеоперационных рубцов, проходящие нарушения при дефекации в виде неполного опорожнения прямой кишки.

К **неудовлетворительным** исходам относили случаи развития рецидивов свища и возникновение после перенесенных вмешательств недостаточности анального сфинктера.

На основании анализа полученных результатов можно заключить, что у прослеженных в основной группе 36 (78,3%) больных отдаленные **хорошие** результаты были достигнуты у 25 (69,4%) пациентов, **удовлетворительные** у 9 (25,0%) и **неудовлетворительные** у 2 (5,6%) больных. **Неудовлетворительный** результат в одном случае проявлялся недостаточностью ЗАПК I степени, в другом – развитием рецидива свища.

В контрольной группе **хорошие результаты** были получены у 14 (50,0%), **удовлетворительные** – у 13 (46,4%), а **неудовлетворительные** – у 1 (3,6%) пациента, у которого через два года после операции возник рецидив свища и недостаточность ЗАПК II степени. При повторном хирургическом вмешательстве ему была выполнена операция иссечения свища и задняя сфинктероплевропластика.

Выводы

При локализации внутреннего свищевого отверстия в нижне-, средне- и верхне-ампулярном отделах прямой кишки, с наличием выраженных воспалительных осложнений, гнойных полостей по ходу свища и сопутствующим анальным недержанием, хирургическое лечение должно быть многоэтапным.

В качестве первого этапа лечения этих больных мы считаем показанным наложение временной колостомы, и только после ликвидации активного воспалительного процесса и уменьшения его распространенности на фоне проводимого комплекса консервативных мероприятий можно приступить ко второму этапу – иссечению свища на протяжении с ушиванием внутреннего отверстия.

При недостаточности анального сфинктера I степени, но сохраненной функции ЗАПК, мы считаем более предпочтительным иссечение свища на протяжении с использованием контактного хирургического лазера «Аткус-15» и последующим ушиванием внутреннего отверстия.

При расположении внутреннего отверстия свища выше лонно-прямокишечной мышцы мы рекоменду-

ем иссечение свища на протяжении с использованием хирургического лазера «Аткус-15» с ушиванием внутреннего отверстия.

При локализации внутреннего отверстия свища на задней стенке средне- или верхне-ампулярного отделов прямой кишки его иссечение следует осуществлять из парасакрального доступа с резекцией копчика. Наложение швов на кишечную стенку желательно проводить после иссечения рубцов с использованием контактного хирургического лазера «Аткус-15» в области внутреннего отверстия свища прямой кишки.

При расположении внутреннего отверстия свища выше уровня второго крестцового позвонка ушивание внутреннего отверстия технически осуществимо только внутрибрюшным доступом.

Литература

1. Беззубый Г.С., Горбань В.А. Травматические повреждения прямой кишки как причина образования острого и хронического парапроктита // *Акт. вопр. проктол.* Уфа, 1987. С. 83–84.
2. Дульцев Ю.В., Лебедев А.В., Полетов Н.Н. Клиника и лечение травматических свищей прямой кишки // *Хирургия.* 1990. № 7. С. 97–102.
3. Коплатадзе А.М., Бондарев Ю.А. Травмы и инородные тела прямой кишки // *Хирургия.* 1990. № 9. С. 53–56.
4. Калантаров Т.К. с соавт. Есть ли альтернатива колостоме? // *Ранения толстой кишки в военное и мирное время: Мат. конф.* Красногорск, 1997. С. 114–115.
5. Мамедов Н.И., Мамедов М.М., Мусаев Х.Н., Рахимов Р.М.В., Бабаев М.Б. Проволочное устройство из титана-никелида в хирургии прямой и ободочной кишки (Положительное решение о выдаче предварительного патента на изобретение № U 20080005 от 05.01.2009 г., выданное Госпатентом Республики Азербайджан).
6. Мамедов Н.И. Причины возникновения посттравматических свищей прямой кишки // *Хирургия. Азербайджан.* 2009. № 2. С. 36–40.
7. Родкин С.А. Травмы прямой кишки и анального канала. Хирургия желудочно-кишечного тракта. Куйбышев–М., 1987. С. 64–65.
8. Соловьев О.Л., Наумов А.А., Наумов А.И., Хомочкин В.В. Новая операция при сложных параректальных свищах с использованием АИГ-неодимового лазера. ВМА. Волгоград // *Мат. между. конф. «Новые направления лазерной медицины» / Под ред. О.К. Скобелкина.* М., 1996. С. 94–95.
9. Скобелкин О.К., Ицкович Л.Н., Федин И.А. Новый комплект инструментов для лазерной хирургии // *Мат. между. конф. «Новые направления лазерной медицины» / Под ред. О.К. Скобелкина.* М., 1996. С. 373–375.
10. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. М.: Медицина, 1994. 450 с.
11. Komer J. et al. Latrogenic Rectumperforation. *Coloproctology.* 1985. Vol. 74. P. 216–219.

Поступила в редакцию 19.11.08 г.

Для контактов:

e-mail: sevilm@rambler.ru