

называемая анатомическая «дуоденизация» отводящей кишки, обусловленная моделированием формы подковы ДПК, способствуют синхронизации перистальтических движений обеих кишок, что ведет к восстановлению нормальной моторики ДПК и, в конечном итоге, обеспечивает своевременность, ритмичность и порционность эвакуации дуоденальных соков.

В послеоперационном периоде умерла 1 больная, оперированная по жизненным показаниям на высоте кровотечения из пептической язвы ГЭА. У нее после резекции желудка по Ру – Юдину – Витебскому с двусторонним отключением ДПК с формированием ПАДЕС и стволовой поддиафрагмальной ваготомии наступила несостоятельность швов ГЭА с развитием послеоперационного перитонита с полиорганной недостаточностью.

Отдаленные результаты хирургического лечения изучены в сроки от 1 года до 6 лет у 16 больных. У 15 больных отмечены отличные и хорошие результаты, у 1 – удовлетворительные.

В реконструктивной хирургии urgentных осложнений пептических язв ГДА и ГЭА резекция желудка в модификациях Ру, дополненная стволовой поддиафрагмальной ваготомией, является операцией выбора. Преимуществами резекции желудка по Ру – Никитину являются сохранение культи ДПК в верхнем этаже брюшной полости и анатомическая «дуоденизация» отводящей кишки. При необходимости двустороннего отключения ДПК ее дренирование для пассажа пищеварительных соков следует осуществлять изоперистальтическими вариантами ДЕС.

Литература

1. Жерлов Г.К. и др. // Хир.– 2003.– № 5.– С. 19–22.
2. Кузин Н.М. и др.// Хир.– 2006.– № 3.– С. 4–10.
3. Кузнецов В., Федоров И.// Хир.– 1991.– № 3.– С. 60–64.
4. Овчинников В. Меньков А. // Хир.– 2000.– №11.– С. 15.

УДК 616.351-007.44-073.43-089.844-055.2

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕДНЕГО РЕКТОЦЕЛЕ III СТЕПЕНИ У ЖЕНЩИН

А.В. ДРЫГА, В.А. ПРИВАЛОВ, О.С. ЛАВРЕНТЬЕВА*

Введение. Хронический колостаз является актуальной проблемой колопроктологии. Одной из причин хронического колостаза у женщин является переднее ректоцеле III степени. Заболевание характеризуется выпячиванием передней стенки прямой кишки во влагалище за пределы анального сфинктера [7]. Исследования [4, 7] показали, что одним из компонентов ректовагинальной перегородки являются мышцы, поднимающие задний проход (леваторы). Помимо участия леваторов в формировании родового канала им отводится очень важная роль в акте дефекации [3]. Родовые травмы, воспалительные процессы, повышение внутрибрюшного давления [5, 6] приводят к расхождению леваторов и пролабированию передней стенки прямой кишки во влагалище. В большинстве случаев диагностика ректоцеле не вызывает трудностей и проводится с использованием клинических методов [6]. Предложено много способов и модификаций хирургического лечения ректоцеле. Все они направлены на ликвидацию дивертикулообразного выпячивания передней стенки прямой кишки во влагалище и укрепление ректовагинальной перегородки. Но значительное число неудовлетворительных результатов лечения этого заболевания говорит об отсутствии совершенного способа коррекции [1]. Если при переднем ректоцеле I степени положительных результатов лечения можно добиться консервативными мероприятиями, то лечение ректоцеле II-III степени – только хирургическое. Наиболее распространенным способом хирургической коррекции ректоцеле является передняя леваторопластика, выполняемая и промежностным, и трансвагинальным доступами, при этом производится

укрепление ректовагинальной перегородки и создание удерживающего каркаса прямой кишки [2].

Цель исследования – изучение возможности эндоректальной ультрасонографии в диагностике и выборе хирургической тактики в лечении переднего ректоцеле.

Материалы и методы. Исследования проводили на аппарате SonoAce 8800 с использованием микроконвексного датчика в диапазоне частот 4–9 МГц с применением доплеровского сканирования. С этой целью эндоректальное ультразвуковое исследование (УЗИ) проведено у 11 нерожавших женщин (I группа); у 5 женщин без клинических проявлений ректоцеле (II группа) и у 40 с клиническими проявлениями ректоцеле (III группа). При проведении эндоректальной ультрасонографии нами определялась толщина ректовагинальной перегородки (а), плотность тканей ее составляющих по гистограммам. Изучали толщину правого и левого леваторов. Проводили доплеровское сканирование леваторов. Определяли расстояние между леваторами (б). Исследование проводили в положении пациентки на левом боку, при этом переднюю поверхность бедер максимально приводили к передней брюшной стенке. Ультразвуковой датчик располагали в 3,0 см от края ануса так, чтобы его рабочая поверхность находилась в поперечном положении к передней стенке прямой кишки.

Результаты исследований. Анализ исследований показал, что в I группе у нерожавших женщин без патологии толщина ректовагинальной перегородки составляла $1,1 \pm 0,1$ см (рис. 1а), во II группе – $1,6 \pm 0,1$ см и в III – $1,9 \pm 0,1$ см, причем различия между ними достоверны (рис. 2а, 3а) ($P < 0,05$). Толщина леваторов в I группе была достоверно меньше ($P < 0,05$), чем во II и III группах и достигала $21,9 \pm 0,8$ мм, $26,0 \pm 2,4$ мм, $26,7 \pm 3,8$ мм соответственно. Анализируя эхогенную плотность тканей леваторов по данным гистограмм, установлено, что показатель средней амплитуды отражения ультразвуковой волны от леваторов в I группе составил $67,6 \pm 1,6$ градаций серой шкалы, во II – $69,0 \pm 20,4$, в III – $74,3 \pm 19,2$, но различия между ними были не достоверны ($P > 0,05$). На рис. 1а, 2а ректовагинальная перегородка визуализируется в виде однородной структуры с четкими контурами, повышенной эхогенности. На рис. 3а ректовагинальная перегородка представляет собой неоднородную структуру смешанной эхогенности с нечеткими контурами, относительное утолщение ее объясняется складчатостью за счет снижения упруго-эластических свойств тканей.

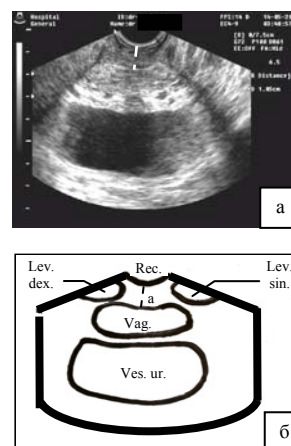


Рис. 1. Ультрасонограмма ректовагинальной перегородки нерожавшей женщины 20 лет (а); схематическое изображение структур ректовагинальной перегородки (б)

Доплерографические исследования показали, что в первых двух группах кровотоков в области ректовагинальной перегородки имел магистральный тип (рис. 4а, 4б), показатели пиковой систолической скорости кровотока (ПСС) находились в диапазоне $26,7 \pm 2,4$ см/с, тогда как в III группе отмечалась тенденция к значительному снижению ПСС – диапазон $9,9 \pm 0,8$ см/с, при этом кровотоки приобретали черты резистивного (рис. 2в), при этом различия между ними достоверны ($P < 0,05$).

Несмотря на высокую информативность методики исследования ультразвуковая интерпретация компонентов ректовагинальной перегородки затруднительна, так как

* Челябинская государственная медицинская академия, кафедра общей хирургии им. П.М. Тарасова

плотность ее структур в ряде случаев одинакова. Для улучшения визуализации границ ректовагинальной перегородки предлагаем усовершенствованную ультразвуковую методику исследования с применением «маркера» (патент РФ № 2262893 RU C1 A 61 B 8/06, 8/00, 10.03.2004). Для этого использовали тампон типа «Тампрах». Эндоректальное УЗИ с применением этого тампона позволило изучать границы стенок прямой кишки и влагалища, гистогамму элементов ректовагинальной перегородки (рис. 5а).

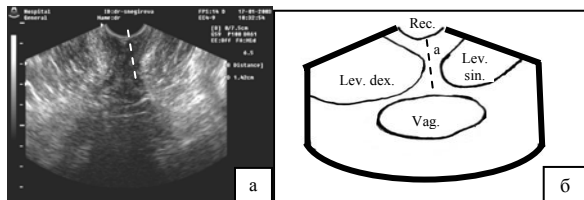


Рис. 2. Ультрасонограмма ректовагинальной перегородки женщины без клинических проявлений ректоцеле (а); схематическое изображение структур ректовагинальной перегородки (б)

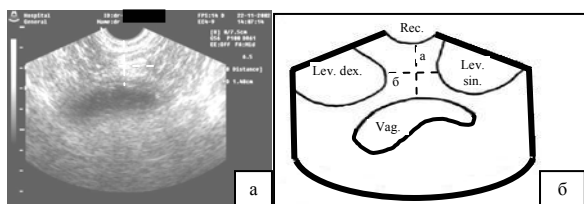


Рис. 3. Ультрасонограмма ректовагинальной перегородки женщины с клиническими проявлениями ректоцеле (а); схематическое изображение структур ректовагинальной перегородки (б)

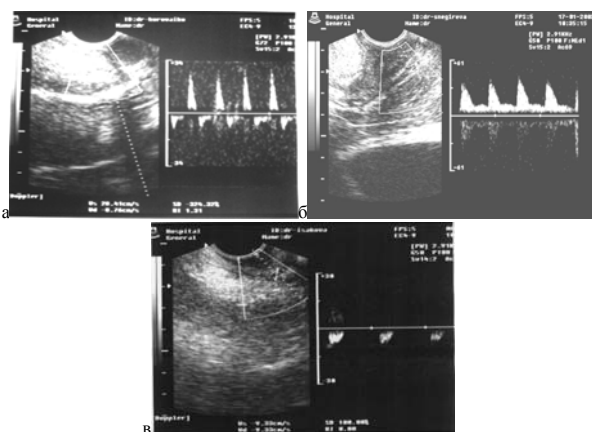


Рис. 4. Доплерограмма ректовагинальной перегородки: а – нерожавшей женщины, 20 лет; б – женщины без клинических проявлений ректоцеле; в – женщины с клиническими проявлениями ректоцеле

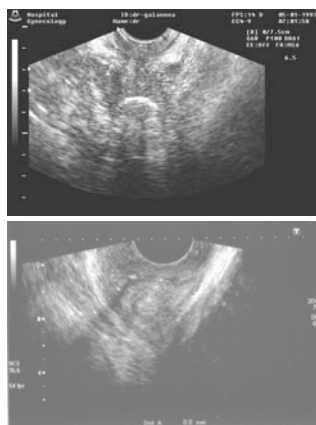


Рис. 5. Ультрасонограмма ректовагинальной перегородки б-й К. 48 лет с клиническими проявлениями ректоцеле. Исследование при поперечно расположенном микроконвексном датчике: а) до операции; б) спустя 14 месяцев после

Анализ ультрасонограмм по новой методике подтвердил рост толщины ректовагинальной перегородки, наличие ее складчатости, что говорит о снижении ее упруго-эластических свойств. На основании исследований диагностическими критериями ректоцеле при эндоректальной ультрасонографии считаем утолщение ректовагинальной перегородки за счет ее складчатости; расхождение леваторов >20 мм; снижение эхогенной плотности ректовагинальной перегородки и скорости кровотока в леваторах (по данным доплерографии).

С клиническими и ультрасонографическими проявлениями ректоцеле III степени оперировано 40 женщин. Операцией выбора была передняя леваторопластика трансвагинальным доступом. Изучение отдаленных результатов выявило рецидив заболевания у 3 женщин, причем у всех, по данным эндоректальной ультрасонографии, был резистивный тип кровотока в леваторах. С 2004 года у пациенток с резистивным типом кровотока в леваторах применена методика укрепления ректовагинальной перегородки фрагментом аллогенного биотрансплантата твердой мозговой оболочки (патент РФ № 2283038 RU C1 A 61 B 17/00, 17/42, 11.04.2005). По данной методике оперировано 24 женщины. Изучение отдаленных результатов в сроки до 24 месяцев показало улучшение эвакуаторной функции прямой кишки, отсутствие рецидивов заболеваний. При контрольном (спустя 12–18 месяцев) УЗИ ректовагинальной перегородки поперечно расположенным микроконвексным датчиком была определена ее однородная структура и эхогенность. Фиброзных изменений по линии послеоперационного рубца не было выявлено. Диастаз между леваторами отсутствовал. В толще ректовагинальной перегородки биотрансплантат ТМО был без явлений перифокальных деструктивных процессов (рис. 5б).

Арсенал объективных методов диагностики ректоцеле невелик. Наиболее распространен метод хирургического лечения переднего ректоцеле – передняя леваторопластика, доступ трансвагинальный. Выполнение операции по стандартной методике может вести к развитию рецидива заболевания. Причем последний развивается с дегенеративными изменениями в леваторах, сопровождающимися снижением васкуляризации мышц этой группы. Для диагностики дегенеративных изменений на догоспитальном этапе наиболее информативна эндоректальная ультрасонография с доплеровским сканированием, которая надо проводить с использованием микроконвексного датчика и контрастированием влагалища. Выявление таких признаков, как увеличение толщины ректовагинальной перегородки за счет ее складчатости; расхождение леваторов >20 мм; снижение эхогенной плотности ректовагинальной перегородки; явное снижение скорости кровотока в леваторах (по данным доплерографии) говорит о наличии ректоцеле. Резистивный тип кровотока в леваторах определяет хирургическую тактику: стандартное оперативное пособие должно быть дополнено с укреплением ректовагинальной перегородки. Укрепление ректовагинальной перегородки аллогенным биотрансплантатом твердой мозговой оболочки является более физиологичным.

Выводы. Эндоректальное УЗИ в сочетании с доплерографией в диагностике ректоцеле является важным мероприятием. Хирургическое лечение больных передним ректоцеле III степени должно быть дифференцированным. При выявлении дегенеративных изменений в леваторах целесообразно дополнительное укрепление ректовагинальной перегородки. Имплантированный в структуры ректовагинальной перегородки фрагмент аллогенного биотрансплантата твердой мозговой оболочки позволяет значительно улучшить результаты хирургического лечения больных передним ректоцеле.

Литература

1. Воробьев Г.И. и др. // Колопроктол. – 2004. – №8. – С. 8–14.
2. Воробьев Г.И. и др. // Колопроктол. – 2005. – №12. – С. 3–8.
3. Генри М.Н., Свои М. Колопроктология и тазовое дно / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1988. – 464 с.
4. Краснополский В.И. и др. Патология влагалища и шейки матки – М.: Медицина, 1999. – 272 с.
5. Макаров О., Мазо Е. // Акуш-во и гинекол. – 2000. – №1. – С. 42.
6. Основы колопроктологии / Под ред. Г.И. Воробьева. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2001. – 416 с.
7. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. – М., 1999.