

На правах рукописи

**РАСУЛОВА
СИЛСИЛА ИСКАНДАРОВНА**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА**

14.01.17 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Душанбе 2021

Работа выполнена на кафедре общей хирургии №1 ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан»

Научный руководитель: Мухаббатов Джиенхон Курбонович –доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии №1 ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты:

Муравьёв Александр Васильевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии Ставропольского государственного университета Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Благодарный Леонид Алексеевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры колопроктологии Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО).

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени А.Н. Рыжих» Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «18 » июня 2021 г. в 11-00 часов на заседании диссертационного совета

Д 737.005.01 при ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино»(734003, г.Душанбе , пр.Рудаки , 139).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино» и на сайте (<https://www.tajmedun.tj/ru/dissertatisionny>)

Автореферат разослан «18 » мая 2021 г.

**Учёный секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук**

Назаров Ш.К.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. Недостаточность анального сфинктера (НАС) составляет от 1,5% до 40% [В.Л. Ривкин, В.А. Устинов, Г.А. Султанов, 2009] наблюдений и от 30 до 50% у пациентов преклонного возраста [T.S. Verghese, R. Champaneria, 2016]. Послеродовая НАС составляет 3-29%, а послеродовый разрыв промежности среди посттравматической НАС составляет 78% случаев [Ю.А.Шельгин, Л.А.Благодарный, 2012; А.В. Муравьев и соавт.,2015].

Этиологическим фактором развития послеродовой НАС являются разрыв и рассечение промежности в родах, и составляют, по данным разных авторов от 10,3 до 39%. Роды с травмами мягких тканей тазового дна завершаются в 10,3-40% случаев, из них у первородящих - до 73%. По данным Sultan A.N. через 6 недель после родов НАС наблюдали у 13-38% первородящих и у 23-39% повторно рожавших женщин [247,248]. Кроме того, исследования, проводимые Maslekar S. и Matzel К.Е показали, что через 3 месяца после родов недержание кала отмечали у 9,6% пациенток и недержание газов выявили в 45,3% случаев[225,227]. По данным Abbot D. И соавторов, при использовании акушерских щипцов повреждение анального сфинктера до III степени наблюдали у 16%, а после вакуум экстракции – у 7 пациенток. Через 3 месяца после родов у этих пациенток НАС выявили у 59% и 33% соответственно[162]. После восстановления родовой травмы промежности в 19,3% случаев наблюдается гнойно-воспалительные осложнения и несостоятельность швов после восстановления сфинктера, который в отдаленном периоде приводит к развитию рубцовой деформации вульвы, опущению и выпадению органов малого таза, нарушению их функции. По данным многих авторов у женщин репродуктивного возраста частота пролапса гениталий составляет от 26% до 63,1% [Ratto C.,2007; Verghese T.S. et all.2016].

Сфинктеролеваторопластика, является золотым стандартом и патогенетически обоснованным вмешательством при послеродовых разрывах промежности. В колопроктологии, для хирургической коррекции послеродовой НАС, разработаны различные модификации сфинктеролеваторопластики [Федоров В.Д.1984; Маткаримов С.Р.2008; Музафаров С.2000, Муравьев К.А. 2005].

По данным Алиева Э.А. ранние послеоперационные осложнения сфинктеролеваторопластики развиваются в 17,5% случаев[7]. А по данным других авторов - гнойно-воспалительные осложнения и несостоятельность швов в раннем послеоперационном периоде имеют место в 2-35% случаев [Щерба С.Н. и соавт., 2014; Palomino L.C. 2017].

Усовершенствованию способов диагностики, предоперационной подготовки и техники операций посвящено немало специальных статей, обзоров и монографий. Для ранней диагностики гнойно-воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде, после сфинктеролеваторопластики, клиницисты в большинстве случаев, ориентируются только на данные клинико-лабораторных показателей, а использование инструментальных методов оставляют на второй план[26,62,85,177]. Совершенствование способа сфинктеролеваторопластики и пути поиска информативного метода ранней диагностики гнойно-воспалительных осложнений после сфинктеролеваторопластики, продолжает быть актуальной проблемой, требующей своего решения.

Несмотря на различные способы совершенствования сфинктеролеваторопластики, отдаленные результаты хирургического лечения послеродовой НАС не удовлетворяют хирургов и пациентов. Её эффективность составляет 69-90%, однако через 4-5 лет происходит снижение эффективности до 10-40% [Мусаев Х.Н., 2010; С.А.Фролов и соавт.,2014; Khaikin M.,Wexner S.D.,2006; Kim M.,2012]. По данным других авторов после 5 и 10 –летнего периода после сфинктеропластики лишь у 40-45% пациентов были удовлетворены результатом операции, и после 2 года - только у 14% [В.Е.Радзинский 2006; А.Н. Крижановская.,2012].

Таким образом, многие вопросы послеродовой недостаточности анального сфинктера решены, но остается актуальной проблемой ранняя диагностика послеоперационных осложнений и улучшение отдаленных результатов операций.

Цель исследования: улучшение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения послеродовой недостаточности анального сфинктера.

Задачи исследования.

1. На основе ретроспективного анализа изучить причины и факторы, приводящие к развитию неудовлетворительных результатов в отдаленном послеоперационном периоде у больных с послеродовой недостаточностью анального сфинктера.
2. Изучить и оценить функциональные изменения мышц запирающего аппарата прямой кишки при послеродовой недостаточности анального сфинктера с учетом клинических форм заболевания.
3. Разработать интраоперационные профилактические мероприятия развития гнойно-воспалительных осложнений и рецидива недостаточности анального сфинктера у данного контингента больных.
4. Изучить ближайшие и отдаленные результаты послеоперационного периода и оценить качество жизни пациенток.

Научная новизна.

Проведенные исследования показали, что во время родовой травмы, повреждается не только наружный сфинктер прямой кишки, но и внутренний сфинктер, который является причиной развития его дисфункций. Проведенное исследование показало, что у 62(52,5%) пациенток выявили осложненные формы заболевания.

Ранняя диагностика и коррекция дисфункций внутреннего сфинктера прямой кишки и комбинированные способы операций у больных с послеродовым разрывом промежности, осложненным недостаточностью анального сфинктера, способствуют улучшению реабилитации больных.

Наложение на операционные швы ректовагинальной перегородки пластины «Тахокомб», по размеру раневого дефекта, исключает контакт между линиями кишечных и влагалищных швов, что препятствует развитию гематомы и нагноению раны, а также является профилактикой гнойно-воспалительных осложнений после сфинктеропластики.

С целью ранней диагностики гнойно-воспалительных осложнений после сфинктеропластики, целесообразно использование комплексных методов лабораторного мониторинга, таких как изучение С-реактивного белка.

Также инструментальной диагностики, как применение УЗИ, которое позволяет использовать его в динамике, не только для ранней диагностики, но и для контрольного дренирования гематом и абсцессов послеоперационной раны промежности.

Практическая значимость.

Детальное обследование пациентов с послеродовой недостаточностью анального сфинктера и сопутствующей патологией анального канала позволят внедрить в клиническую практику показания и противопоказания к выполнению синхронных операций, что улучшит хирургическую тактику лечения данной патологии.

Разрабатываемые методы хирургического лечения позволят сократить реабилитационный период, а так же повысить качество жизни пациенток.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. Выбор тактики лечения больных с послеродовой недостаточностью анального сфинктера определяются с учетом следующих параметров: степени тяжести заболевания, распространенностью воспалительного и рубцового процесса, состоянием наружного, внутреннего и сфинктера и лонно-прямокишечной мышцы.
2. Функциональные изменения мышц запирающего аппарата прямой кишки у больных с послеродовой недостаточностью анального сфинктера зависят не только от

нарушения функции наружного и внутреннего сфинктеров прямой кишки, но и лонно-прямокишечной мышцы.

3. Выполнение одно (этапных) моментных комбинированных оперативных вмешательств показано у больных со сложными формами заболевания только при отсутствии гнойно-воспалительных изменений в промежности.

4. Выполнение двух (этапных) моментных оперативных вмешательств, направленных на ликвидацию свища прямой кишки и коррекцию анальной недостаточности, целесообразно у пациентов в сочетании с высоким ректовагинальным свищом и передним свищом прямой кишки, когда имеются гнойно-воспалительные процессы в промежности и параректальной клетчатке.

Личное участие автора в получении результатов

Расуловой С.И. лично осуществлено ведение большинства пациентов, участие в оперативных вмешательствах. Автором 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 проведенного исследования, написание научных статей и разработки рационализаторских предложений.

Внедрение результатов исследования

Основные результаты диссертационной работы внедрены в клиническую практику колопроктологического отделения ГУ «Городского медицинского центра №2 имени академика К.Т.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

Результаты работы доложены и обсуждены на Всероссийской конференции с международным участием «Актуальные вопросы колопроктологии» (Смоленск, 2014), научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием (Душанбе, 2015, 2018, 2020), научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием (Душанбе, 2017, 2019, 2020), X, XII Российской школы колоректальной хирургии (Москва, 2016, 2019).

Результаты работы доложены и обсуждены на Всероссийской конференции с международным участием «Актуальные вопросы колопроктологии» (Смоленск, 2014), научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием (Душанбе, 2015, 2018, 2020), научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием (Душанбе, 2017, 2019, 2020), X, XII Российской школы колоректальной хирургии (Москва, 2016, 2019).

Публикации результатов исследования

По теме диссертации опубликовано 17 научных работ, из них - 3 статьи в изданиях, рекомендованных ВАК Министерства науки и высшего образования Российской Федерации для публикации результатов диссертационных работ, в том числе получено 4 рационализаторских предложений и 1 патент РТ на «Хирургическое лечение послеродовой недостаточности анального сфинктера».

Структура и объём диссертации

Диссертация включает: введение, обзор литературы, 4 главы собственных исследований, заключение, выводы и список литературы. Диссертация написана на 154 страницах машинного текста. Работа дополнена ...рисунками и ...таблицами. Список литературы содержит ссылки на 259 источников (из них 161 отечественных и 98 зарубежных).

Содержание работы

В основу работы положен накопленный за последние 7 лет опыт кафедры общей хирургии №1, расположенной на базе ГУ «Городского медицинского центра №2 имени академика К.Т.Таджиева» г.Душанбе, на протяжении многих десятилетий, детально занимающихся проблемой лечения и реабилитации больных с послеродовой недостаточностью анального сфинктера. Настоящая работа проведена по следующим направлениям: выявление и распределение больных в зависимости от простой и сложной формы заболевания, выявление функциональных изменений в мышцах запирающего аппарата прямой кишки, разработка новых способов и усовершенствования оперативного лечения больных с послеродовой анальной недостаточностью, изучение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения и определение качества жизни больных.

Общая характеристика клинического материала

В основу данного исследования положены данные обследования и лечения 120 пациенток, оперированных по поводу послеродовой недостаточности анального сфинктера в отделении колопроктологии на базе ГКБ №5 г. Душанбе за период с 2009 по 2020 год. ПРП II степени выявили у 46 (38,4%) женщин, III- степени – у 48 (40%) и IV- степени – у 26 (21,6%) больных. НАС II степени выявили у 74 (61,7%) женщин и III степени – у 46 (38,3%) больных.

В зависимости от использовавшихся методов операций и диагностики ранних послеоперационных осложнений, все пациенты были разделены на две группы.

В I группе – 58 пациенткам (контрольная группа - ретроспективный материал), выполнена традиционная сфинктеролеваторопластика и диагностика ранних послеоперационных осложнений, которая основывалась на результатах клинко-лабораторного обследования. Проводился ретроспективный анализ историй болезни больных для выявления особенностей заживления ран и течения послеоперационного периода травмы промежности, осложнений послеродового периода и факторов риска развития гнойно-воспалительных осложнений.

Группа II – 62 пациентки (основная группа), которым выполнен разработанный метод сфинктеролеваторопластики и для диагностики ранних послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, наряду с традиционными методами, дополнительно применялось УЗИ промежности и определение в крови С-реактивного белка (СРБ).

Все больные, находившиеся под нашим наблюдением, проходили комплексное обследование, которое включало: клинко-лабораторные анализы крови, наружный осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию, УЗИ, рентгенологическое исследование (ирригография, проктография, баллонная проктография) и функциональные методы исследования (сфинктерометрия, манометрия). Для анализа тяжести недержания и исходов лечения нами использовалась балльная шкала Wexner (WIS, Browning-Parks), включающая в себя от 0 до 20 баллов и шкала FISI.

При проведении ретроспективного анализа историй болезни больных (58 пациенток) контрольной группы, особое внимание обращали на факторы риска развития гнойно-воспалительных осложнений и несостоятельности швов после сфинктеролеваторопластики. Проведенное ретроспективное исследование позволило нам выявить две группы причин неудовлетворительных результатов лечения исследуемой контрольной группы больных. Причинами являлись гнойно-воспалительные осложнения и неадекватный выбор объема пластической операции из-за не диагностированных

морфофункциональных изменений в мышечных структурах запирающего аппарата прямой кишки.

1. Факторами риска развития гнойно-воспалительных осложнений и несостоятельности швов после сфинктеропластики, являлись нарушение биоценоза влагалища (12,8%), анемия (10,2%), ожирение (9,1%), гнойно-воспалительный процесс промежности, в частности, ректовагинальный и параректальный свищи (24,7%). Интраоперационный фактор – длительность операции более 1,5 часов (19,5%) и использование в качестве шовного материала капрона и кетгута (23,7%). Немаловажное значение, имела запоздалая диагностика гематомы и абсцессов послеоперационной раны промежности.

2. Между степенью послеродовой недостаточности анального сфинктера и состоянием лонно-прямокишечной мышцы выявлена определенная зависимость. Если при недостаточности анального сфинктера I степени нарушения функции лонно-прямокишечной мышцы не выявлено, тогда при II степени нарушения функции лонно-прямокишечной мышцы выявлено у 47% больных, а при III степени анальной недостаточности функция лонно-прямокишечной мышцы была нарушена в той или иной степени, у всех пациенток.

Из 26 пациенток у 18 выявлено нарушение функции лонно-прямокишечной мышцы, у 8- функция ее была не нарушена. Нами было выявлено, что при наличии дефекта наружного сфинктера до 1/3 его окружности, но при функционально сохраненной лонно-прямокишечной мышце, клиники анальной недостаточности у больных не было. При восстановлении целостности наружного сфинктера, но при повреждении лонно-прямокишечной мышцы, у больных сохраняется недостаточность анального сфинктера.

Изучение условий и причин развития неудовлетворительных отдаленных результатов в контрольной группе больных показал, что причины развития НАС, были связаны с дисфункцией внутреннего сфинктера прямой кишки и недиагностированным и некоррегированным повреждением и нарушением функции лонно-прямокишечной мышцы.

В зависимости от полученных травм во время родов, возраста пациенток и длительности заболевания, факторы риска выявили различные формы по сложности и тяжести послеродовой недостаточности анального сфинктера. Из 62 пациенток с ПНАС основной группы у 30 (48,4%) больных выявили простые и у 32 (51,6%) - осложненные формы заболевания (разработана клиническая классификация форм заболевания). (Таб.1)

Таблица 1

Распределение больных по этиологии заболевания

Этиология	Абс.число	В %
Родовая травма	23	19,2
Родовой разрыв промежности	28	23,3
Дополнительное ручное пособия	40	33,3
Эпизиотомия	29	24,2
Всего	120	100

Пациентки с простой формой заболевания имели только послеродовую недостаточность анального сфинктера II степени. Со стороны прямой кишки и мочевого пузыря патологий не было выявлено.

Послеродовая недостаточность анального сфинктера в сочетании с пролапсом слизистой и - прямой кишки (выпадение прямой кишки -1, полное и частичное выпадение

слизистой оболочки, выпадение геморроидальных узлов) выявились у 14 больных, и они составили первую подгруппу со сложной формы заболевания.

У 33 пациенток выявили послеродовую недостаточность анального сфинктера в сочетании с генитальным пролапсом (ректоцеле - 13, цистоцеле-5, выпадение матки (полное и неполное)- 8, ректоцеле и цистоцеле - 7) – вторую подгруппу сложной формы заболевания.

В третью подгруппу со сложной формы заболевания включили 11 больных с послеродовой недостаточностью анального сфинктера в сочетании с гнойно-воспалительными процессами (ректовагинальный свищ –5, лигатурный свищ -4 , передний параректальный свищ -2).

В 4-ую подгруппу со сложной формой заболевания, отнесли 5 пациенток ПРП в комбинации с двумя и более осложнениями. В эту подгруппу включили пациенток с послеродовой недостаточностью анального сфинктера в сочетании с гнойно-воспалительными процессами и пролапсом органов тазового дна.

С учетом полученных результатов, в основной группе больных нами изучен характер послеродовой недостаточности анального сфинктера. В отличие от простых форм заболевания, мы отметили ряд специфических особенностей сложных форм послеродовой недостаточности анального сфинктера с нарушением непрерывности волокон сфинктера, прямой кишки, влагалища и смежных тканей. Наиболее серьезным из них является дистрофия от длительного бездействия, которая чревата развитием практически необратимых функциональных потерь.

Показатели манометрического исследования и сфинктерометрии убедительно свидетельствует о крайне низкой активности мышечных элементов промежности и тазового дна. В связи с этим еще раз целесообразно отметить клиническое значение мероприятий по стимуляции сократительной активности бездействующих мышц.

Проведенное исследование показывает, что степень послеродового разрыва промежности зависит от производящих факторов, повреждения мышц тазового дна. Полученные нами данные степени корреляции послеродового разрыва промежности от домашних родов (рис.1) составляла $r = 0,30381$ и доверительный интервал 0,95.

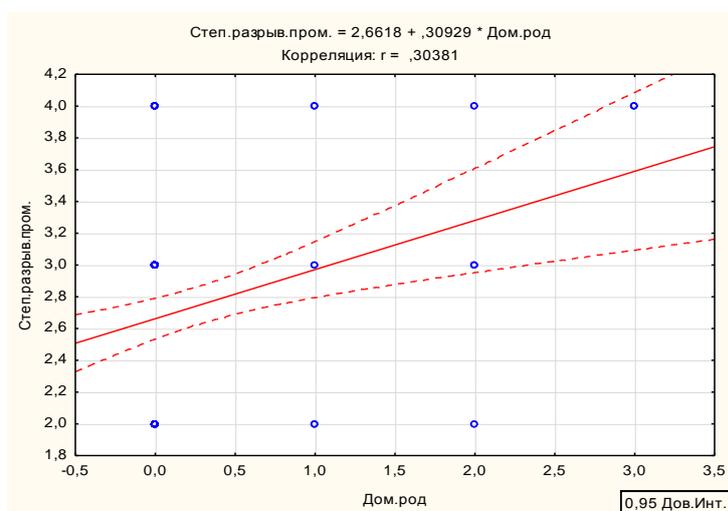


Рисунок 1. - Диаграмма рассеяния: Домашний род vs. Степени разрыва промежности.

Кроме того, домашние роды имеют неблагоприятное влияние на степень недостаточности анального сфинктера (рис.2). Как видно из рисунка корреляция составляет $r = 0,334681$ при доверительном интервале 0,95.

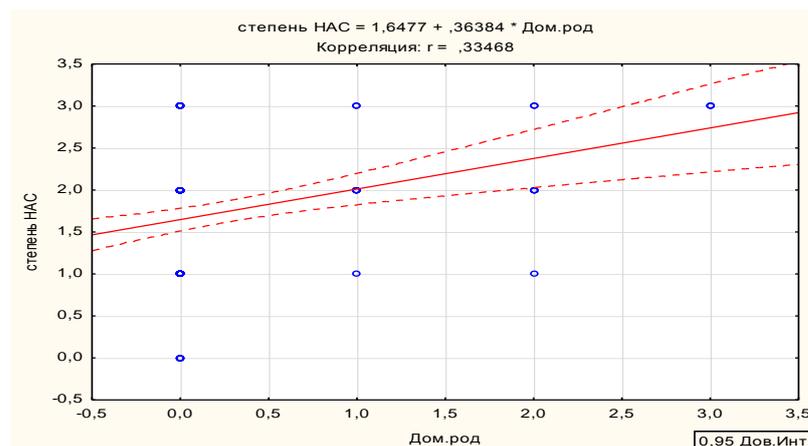


Рисунок 2. -Диаграмма рассеяния: Домашние роды vs. степень НАС.

Влияние фактора домашние роды на исходы послеродового разрыва промежности и развитие послеродовой недостаточности анального сфинктера, сопутствующие заболевания со стороны прямой кишки и тазового дна приведены в таблице 2.

Таблица 2.

Влияние фактора «домашние роды» на некоторые исходы (Коэффициенты корреляции tau-Кендалла, отмеченные корреляции значимы на уровне $p < 0,05$)

	Степ.разрыв. пром.	Степень НАС	Ректовагин. Свищ	Дом.род	Рецидив.формы
Степ.разрыв промежности.	1,000000	0,88714 0	0,051608	0,303814	0,060896
Степень НАС	0,887140	1,000000	0,098977	0,334683	0,092298
Ректовагин. Свищ	0,051608	0,09897 7	1,000000	0,030055	0,916310
Дом.род	0,303814	0,33468 3	0,030055	1,000000	0,053046
Рецидив.форм ы	0,060896	0,09229 8	0,916310	0,05304 6	1,000000

Как видно из данных таблицы, подтверждается положение о взаимосвязи между домашними родами и степенью послеродового разрыва промежности, послеродовой недостаточностью анального сфинктера, ректовагинальными свищами.

Проведенные клинико-инструментальные и функциональные методы исследования контрольной группы больных с ПРП, показали повреждения НС и ВС ПК, что

проявляется их дисфункцией, пектенозом анального сфинктера и нарушением кишечного компонента. Все изложенное, свидетельствует о том, что послеродовая НАС имеет различный характер и возникает необходимость дифференцированного хирургического подхода.

Изучая характер функциональных нарушений органов промежности, при послеродовой недостаточности анального сфинктера и динамику их развития, мы сочли целесообразным пересмотреть некоторые тактические и технические вопросы хирургического лечения. Данные положения послужили основой для разработки этапности, и возможности применения комбинированных операций при сложных формах ПНАС. Мы учитываем при этом следующие параметры:

- 1) Отношение степени тяжести заболевания к сохранным мышечным волокнам анального сфинктера;
- 2) Наличие и распространенность гнойно-воспалительного процесса в промежности и клетчаточных пространствах таза;
- 3) Распространённость рубцового процесса в анальном канале и мышечных структурах анального сфинктера;
- 4) Состояние основных мышечных структур анального сфинктера, принимающих участие в осуществлении анальной недостаточности: наружного сфинктера, внутреннего сфинктера и лонно-прямокишечной мышцы.

Хирургическое лечение нами разработано и усовершенствован способ предоперационной подготовки больных с ПНАС. Проведен прототип БОС терапии в течении 10 дней. Назначено консервативное лечение в объеме витаминов группы В (В 1,6 и 12) и прозерина по 1,0 в\м в течении 10 дней, ретаболила 1,0 мл однократно. Повторно проведена БОС терапия в течении 7 дней.

После проведенной предоперационной подготовки, положительная динамика улучшения акта дефекации выявлена у 46,6% пациенток, умеренное улучшение у 28,5% и у 25,9% - без изменений. При этом в сравнительном аспекте среднее давление в анальном канале во время натуживания увеличилось по сравнению с давлением в покое на 21,8%, что свидетельствует об уменьшении диссинергии мышц запирающего аппарата прямой кишки. Величина аноректального угла также приблизилась к норме и в состоянии покоя – $86,3 \pm 1,5^\circ$ и при натуживании – $162,9 \pm 1,7^\circ$.

Разработанный способ операции осуществляли следующим образом. Отделяли поперечным разрезом заднюю стенку влагалища от передней стенки прямой кишки, мобилизовали переднюю стенку прямой кишки и заднюю стенку влагалища, иссекали рубцовую ткань и выделяли концы наружного сфинктера По окончании формирования ректовагинальной перегородки (**рис.3**), выполняли реконструкцию лонно-прямокишечной мышцу и леваторопластику В последующем выполняли переднюю

сфинктеропластику (рис.4). Сверху ушивали слизистую влагалища и кожу.

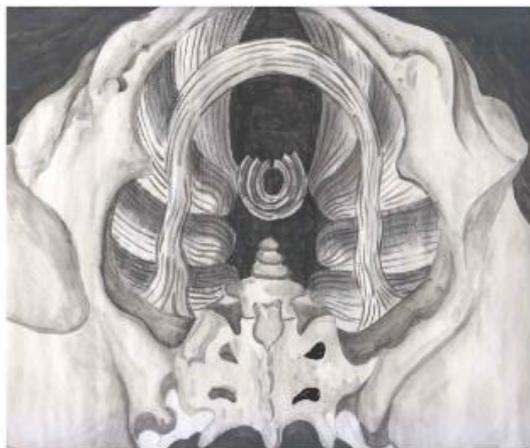


Рис. 3. Состояние мышц запирающего аппарата до операции

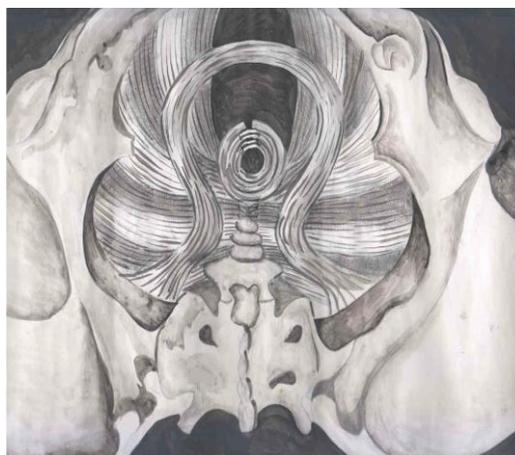


Рис. 4. Этап проведенной сфинктеролеваторопластики. Восстановление пуборектальной мышцы и аноректального угла.

Для коррекции недостаточности анального сфинктера, которая обусловлена повреждением глубокой порции наружного сфинктера и лонно-прямокишечной мышцы, необходимо направлять усилия на восстановление целостности этих мышц и на восстановление нормального аноректального угла. При значительных по протяженности повреждениях лонно-прямокишечной мышцы применяются операции, направленные на создание динамической модели лонно-прямокишечной мышцы, подчиняющейся волевому усилию (А.Шарфик, 1975 Л.Макелиус). Особенности успеха пластической операции, направленной на восстановление глубоких мышечных структур анального сфинктера тесно связано не только с техникой операции, но и с проведением послеоперационного периода. При возникновении гнойно-воспалительных осложнений со стороны раны в большинстве случаев возникает несостоятельность швов, наложенных на мышечные образования, что делает неэффективной выполняемую данную пластическую операцию. Поэтому, при послеродовой недостаточности анального сфинктера, которая обусловлена

повреждением глубокой порции наружного сфинктера лонно-прямокишечной мышцы, необходимо в первую очередь ликвидировать воспалительный процесс в аноректальной области, а только после этого выполнять пластические операции.

Одномоментные (этапные) комбинированные оперативные вмешательства показаны при сложных формах заболевания и отсутствии гнойно-воспалительных изменений в промежности.

Двухмоментные (этапные) операции показаны при послеродовой недостаточности анального сфинктера в сочетании с ректовагинальным свищом, передним свищом прямой кишки, когда имеются гнойно-воспалительные процессы в промежности и параректальной клетчатке.

У больных с факторами риска развития послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений после сфинктеропластики, т.е. с анемией I степени, ожирением, хроническим проктитом (сигмоидит) и кольпитом применяли усовершенствованный способ операций. Для снижения частоты гнойно-воспалительных осложнений целесообразно применяли пластины «Тахокомб»- а на ректовагинальную перегородку во время сфинктеропластики.

Усовершенствованный способ операции осуществляли следующим образом. Отделяли поперечным разрезом заднюю стенку влагалища от передней стенки прямой кишки, мобилизовали переднюю стенку прямой кишки и заднюю стенку влагалища, иссекали рубцовую ткань и выделяли концы наружного сфинктера. По окончании формирования ректовагинальной перегородки, по размеру раневого дефекта, на линию шва накладывали пластины «Тахокомб». Выполняли переднюю сфинктеропластику (Патент РТ № ТЖ 1035). Сверху ушивали слизистую влагалища. Кожную рану также ушивали послойно.(рис.5).

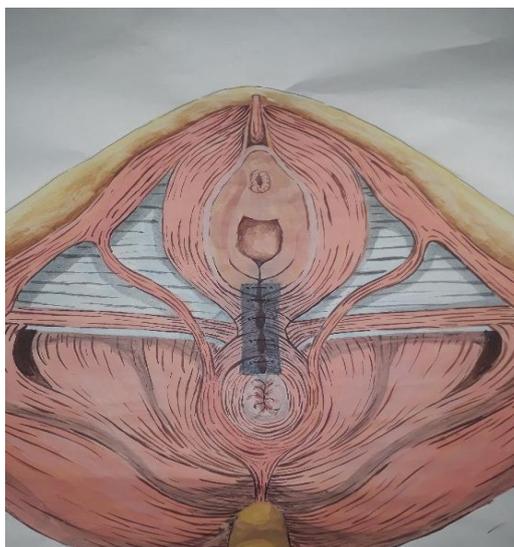


Рис.5. Наложение полоски «Тахокомб» на линию швов по размеру раневого дефекта.

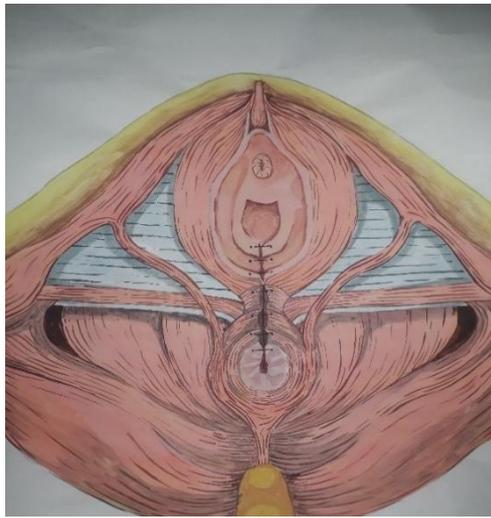


Рис.6. Послойное ушивание мышц и слизистой влагалища наглухо.

Одномоментные (этапные) комбинированные оперативные вмешательства нами применяли при сложных формах ПНАС. При ПРП в сочетании пролапсом слизистой прямой кишки(5) и выпадением внутренних геморроидальных узлов(7) выполняли сфинктеролеваторопластику и геморроидэктомию или же клиновидное иссечение слизистой анального канала.

При ПРП в сочетании ректоцеле (13), цистоцеле(5), выпадением шейки матки(4) выполняли сфинктеролеваторопластику и переднюю или же заднюю кольпорафию, а также другие комбинированные операции. При ПРП в сочетании с гнойно-воспалительными процессами (ректовагинальный свищ I и II степени –3, лигатурный свищ -4) выполняли сфинктеролеваторопластику и удаление лигатуры и одномоментное иссечение ректовагинального свища.

Двухмоментные (этапные) операции применяли при послеродовой недостаточности анального сфинктера в сочетании с ректовагинальным свищом, передним свищом прямой кишки, когда имеются гнойно-воспалительные процессы в промежности и параректальной клетчатке. Двухмоментные комбинированные оперативные вмешательства применяли при ПРП в сочетании ректовагинальным свищом III степени(4), выпадением прямой кишки (3), переднем параректальным свищом (2) и ПРП в сочетании с двумя и более осложнениями.

Следовательно, при выборе тактики лечения больных послеродовой недостаточностью анального сфинктера, следует учитывать степень тяжести заболевания, распространенность воспалительного и рубцового процесса, состояние наружного, внутреннего сфинктера и лонно-прямокишечной мышцы.

Сравнительная оценка раннего послеоперационного периода нами проводилась по частоте образования инфильтратов, гематом, абсцессов и несостоятельности швов.

В контрольной группе больных, образование воспалительного инфильтрата, выявлены в 11(18,9%) случаях, гематомы различного размера в 6(10,3%) случаях, абсцессов – в 5(8,6%), и вследствие их несостоятельность швов - у 7(12,1%) пациенток .

У больных с воспалительными инфильтратами и гематомами послеоперационной раны, были жалобы на умеренные боли в раннем послеоперационном периоде и при наружном осмотре лишь в 29,5% случаях заподозрили развитие вышеуказанных осложнений и выявили отек и гиперемию слизистой оболочки влагалища по задне-боковых стенках послеоперационной раны. Ретроспективный анализ, протокол дневников из историй болезни показал, что достоверность и информативность клинических симптомов гнойно-воспалительных осложнений после сфинктеролеваторопластики,

очень низкие и составляли до 37,1% случаев. В связи с этим, гнойно-воспалительные осложнения диагностировались после появления нескольких симптомов с интоксикацией и вследствие чего, нагноившиеся гематомы и абсцессы вскрылись самостоятельно с развитием несостоятельности швов в 12,1% случаев.

Комплексное обследование основной группы больных с использованием ТРУЗИ и исследования СРБ крови, позволило диагностировать на ранней стадии образование воспалительного инфильтрата послеоперационной раны у 6(11,3%) пациенток. При ультразвуковом исследовании, выявилась картина утолщения ректовагинальной перегородки, что говорит о воспалительном отеке и инфильтрации линии швов. Оценку эффективности проводимой терапии определяли под контролем значения показателей СРБ- крови и УЗИ картины послеоперационной раны. При неэффективности проводимой терапии под контролем УЗИ, дренировали гематомы(8,2%) и абсцессы(5,7%) послеоперационной раны. По сравнению с ретроспективным анализом, при комплексном использовании клиничко-лабораторных методов, достоверность и информативность диагностики гнойно-воспалительных осложнений после сфинктеропластики, составила до 82,5% случаев.

Несостоятельность швов выявили у 4(6,4%) пациенток, после сфинктеропластики, что дало картину дефекта размерами от 0,3 до 2,0 см.

Наложение на ректовагинальную перегородку полоски «Тахокомб», по размеру раневого дефекта, исключает контакт между линиями кишечных и влагалищных швов, что препятствует развитию гематомы и нагноению раны, так же, является профилактикой гнойно-воспалительных осложнений после сфинктеропластики. С целью ранней диагностики гнойно-воспалительных осложнений после сфинктеропластики, целесообразно использовать комплексные методы лабораторной и инструментальной диагностики. Применение УЗИ, позволяет использовать его в динамике, не только для ранней диагностики, но и под его контролем для дренирования гематом и абсцессов послеоперационной раны промежности.

Таблица 3

Сравнительные результаты лечения в отдаленном послеоперационном периоде по шкале Wexner (Векснера)

Параметры	До операций (n=120)-	После операций	
		В контрольной группе (n=58)	В основной группе(n=62)
Недостаточность анального сфинктера III степени (средний балл)	2,96	1,14	1,82
Недостаточность анального сфинктера II степени (средний балл)	3,59	1,92	1,67
Недостаточность анального сфинктера I степени (средний балл)	3,44	1,55	1,89
Использование прокладок (средний балл)	3,66	2,14	1,52

Качество жизни (средний балл)	2,92	1,55	1,37
Сумма баллов	16,57	8,30	8,27

Сравнительная оценка отдаленных результатов лечения больных с ПНАС с нарушением функции мышц запирающего аппарата прямой кишки выявило некоторые характерные особенности, которые приведены в табл. анального сфинктера отмечается через 6 месяцев после операции, наблюдается его нормализация и приближается к норме (табл.4).

Таблица 4

Сравнительные результаты лечения в отдаленном послеоперационном периоде (по результатам манометрии)

Параметры (мм.вод.ст.,M±m)	Контрольная группа (n- 49)	Основная группа (n- 54)
Давление в анальном канале (33,7±3,0)	22,1±4,5	31,3±3,7
Давление при волевом сокращении (93,0±9,0)	81,1±12,3	87,4±7,4

Таким образом, анализ полученных результатов показал эффективность, сфинктеропластики с удлинением ректовагинальной перегородки, при которой отмечается относительно быстрое и полное восстановление функции анального сфинктера, резко уменьшается частота рецидивов и рецидив заболевания.

Изучение отдаленных результатов проводилось методом анкетного опроса с последующим вызовом больных, показателей анальной манометрии и величиной аноректального угла, средний балл по шкалам Векснера и FIQL. Особое внимание уделялось исследованию функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки.

В отдаленном послеоперационном периоде у больных, оперированных по нашей методике, нормализация функции сфинктера прямой кишки отмечалась в 91,1 % случаях, соответственно недостаточность I степени в 7,35% и II степени в 1,47% случаях.

Проведенные исследования показали, что во время родовой травмы, повреждается не только наружный сфинктер прямой кишки, но и внутренний сфинктер, который является причиной развития его дисфункций и проявляется гипертонусом или гипотонусом. Проведенное исследование показало, что у 52,5% пациенток выявили осложненные формы заболевания.

Ранняя диагностика и коррекция дисфункций внутреннего сфинктера прямой кишки и комбинированные способы операций у больных с послеродовым разрывом промежности, осложненные недостаточностью анального сфинктера, способствуют улучшению реабилитации больных.

Сравнительная оценка эффективности в сравниваемых группах показала, что в основной группе больных, отмечено улучшение не только функции держания, но и удержания, о чем свидетельствует показатели анальной манометрии. Средний балл по шкале Векснера в контрольной группе составила 14,6, а в основной группе – 8,9 соответственно. Кроме того, в контрольной группе больных остались жалобы на выпадение слизистой прямой кишки, выпадение внутренних геморроидальных узлов и

симптомы цистоцеле. Проведение комбинированных операций в основной группе больных, были направлены на устранение вышеназванных симптомов.

Сравнительная оценка отдаленных результатов лечения больных с ПНАС с нарушением функции мышц запирающего аппарата прямой кишки выявила некоторые характерные особенности анального сфинктера, которые отмечаются через 6 месяцев после операции, далее наблюдается его нормализация и приближение к норме.

Анализ полученных результатов показал эффективность, сфинктеропластики с удлинением ректовагинальной перегородки, при которой отмечается относительно быстрое и полное восстановление функции анального сфинктера, резко уменьшается частота нагноений и рецидивов заболевания.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что планируя хирургическое вмешательство при ПНАС, следует, прежде всего, учитывать характер функциональных нарушений. Так, при дефектах тканей промежности и промежностной части влагалища следует тщательно оценить функциональное состояние мышц тазового дна и сфинктера. При этом леваторопластика является практически единственным способом хирургической коррекции.

При нарушении целостности сфинктера независимо от степени вовлечения в патологический процесс стенки прямой кишки и влагалища представляется целесообразным выполнение как сфинктеропластики, так и леваторопластики.

Такой подход обусловлен с одной стороны атрофией волокон сохранившейся части сфинктера, которая неизбежна при застарелых разрывах. С другой стороны необходимость леваторопластики диктуется слабостью мышц тазового дна, развивающейся в результате взаимно отягочающего действие дефекта сфинктера на функциональное состояние мышц тазового дна.

Таким образом, разработанная тактика лечения больных с послеродовой недостаточностью анального сфинктера, которая определяется состоянием наружного сфинктера и лоннопрямокишечной мышцы, степенью недостаточности, формы заболевания, а также применением пластины «Тахокомба» с целью уменьшения частоты образования послеоперационных гематом и в последующем гнойно-воспалительных осложнений, достоверно улучшает ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения данной категории больных.

Выводы

1. Проведенный ретроспективный анализ показал, что причинами неудовлетворительных результатов лечения больных с послеродовой недостаточностью анального сфинктера, являются поздняя диагностика гнойно-воспалительных осложнений и неадекватный выбор объема сфинктеропластики из-за недооценки функциональных изменений в мышечных структурах запирающего аппарата прямой кишки.
2. Проведенные функциональные методы исследования показали, что наряду с наружным и внутренним сфинктерами прямой кишки, очень важную роль в развитии недостаточности анального сфинктера, играет лонно-прямокишечная мышца у больных с послеродовым разрывом промежности.
3. При выборе тактики лечения больных послеродовой недостаточностью анального сфинктера, следует учитывать степень тяжести заболевания, распространенность воспалительного и рубцового процесса, состояние наружного, внутреннего сфинктера и лонно-прямокишечной мышцы. Для профилактики послеоперационных гематом и в последующем гнойно-воспалительных осложнений, целесообразно применять пластину «Тахокомб» на ректовагинальную перегородку во время сфинктеропластики, которая снижает их частоту от 12,1 до 6,4% случаев.

4 Одномоментные (этапные) комбинированные оперативные вмешательства показаны при сложных формах заболевания и отсутствии гнойно-воспалительных изменений в промежности, что позволяет добиться выздоровления у 92,1% больных.

Двухмоментные (этапные) операции показаны при послеродовой недостаточности анального сфинктера в сочетании с ректовагинальным свищом, передним свищом прямой кишки, когда имеются гнойно-воспалительные процессы в промежности и параректальной клетчатке. Это позволило добиться выздоровления у 81,8% больных.

5. Качество жизни пациенток по опроснику клинвендского университета Wexner score в сроки 6 месяцев, год, 3 года и 5 лет от момента операции, у пациенток до и после операции улучшилось с 16,57 баллов до 8,27 баллов.

Практические рекомендации

1. При послеродовой недостаточности анального сфинктера целесообразно использовать операцию сфинктеропластику и для ранней диагностики гнойно-воспалительных осложнений применять УЗИ послеоперационной раны промежности.
2. В осуществлении функции анального держания важную роль играет лонно-прямокишечная мышца, которую необходимо сохранять и воссоздать правильный аноректальный угол при выполнении операций по поводу послеродовой недостаточности анального сфинктера.
3. При выборе объема пластической операции следует ориентироваться на величину аноректального угла, что позволит оценить состояние лоннопрямокишечной мышцы.
4. При отсутствии гнойно-воспалительных изменений в промежности у больных со сложными формами заболевания рекомендуются одномоментные (этапные) комбинированные операции.
5. При послеродовой недостаточности анального сфинктера в сочетании с ректовагинальным свищом и передним свищом прямой кишки, когда имеются гнойно-воспалительные процессы в промежности и параректальной клетчатке рекомендуется выполнение двухмоментных (этапных) операций.

Список работ опубликованных по теме диссертации

1. **Расулова С.И. Хирургическое лечение послеродового разрыва промежности / Дж.К.Мухаббатов., С.И. Расулова, Ф.М. Сафолова, А.А.Караева // Известия академии наук Республики Таджикистан .- 2019.-№4(207) .-С. 89-94.**
2. **Расулова С.И. Улучшение отдаленных результатов послеродовой недостаточности анального сфинктера / Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова, Ш.А.Амиров, П.С.Музафарова // Доклады академии наук Республики Таджикистан .-2020.-№ 1-2. -Т-63.-С.124-128.**
3. **Расулова С.И. Смешанная недостаточность анального сфинктера / Дж.К.Мухаббатов, Ш.А.Амиров, С.И. Расулова, П.С.Музафарова // Авчи Зухал.- 2020.- №1.-С.78.**
4. **Расулова С.И. Распространенность ожирения среди больных с послеродовой недостаточностью анального сфинктера / Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова, Ф.М.Хоркашев, Ш.М.Муродова // Материалы IX годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им.Абуали ибни Сино с международным участием, 2014 года.- г. Душанбе.-С.164-165.**
5. **Расулова С.И. Ультрасонография в диагностики органической патологии анального сфинктера/ Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова, Ф.Х.Нозимов, Д.Д.Давлатов// Материалы IX годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им.Абуали ибни Сино с международным участием.- Душанбе.-2014.-С.108-109.**
6. **Расулова С.И. Пути улучшения лечения больных с разрывами промежности / Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова// Научно-практический медицинский журнал Колопроктология.-Смоленск.-2014г.(23-24 октября).-№ 3(49) . -С.28.**

7. Расулова С.И. Хирургическая патология анального канала у больных с разрывом промежности / Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова// Научно-практический медицинский журнал Колопроктология.-2014. -№ 3(49).- г. Смоленск (23-24 октября).-С.29.
8. Расулова С.И. Частота и распространенность анемии у больных с разрывами промежности / Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова, Ф.Х.Нозимов, Ф.М.Хоркашев // Материалы IX годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им.Абуали ибни Сино, посвященной 100-летию ак.Таджиева К.Т. «Достижения и перспективы развития медицинской науки». -Душанбе. - 2014.-С.94-95.
9. Расулова С.И. Хирургическая патология анального канала у больных с разрывами промежности/ Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова, Ф.Х. Хоркашев, Б.М.Хамроев // Научно-практический медицинский журнал Колопроктология.-2015. №1.-(16-18 апреля г. Смоленск)-С.34.
10. Расулова С.И. Пути улучшения лечения больных с разрывами промежности / Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова // Научно-практический медицинский журнал Колопроктология.-2015.- г. Смоленск.-(16-18 апреля).-С.35.
11. Расулова С.И. Клинико-диагностические критерии структурно-мышечных изменений внутреннего сфинктера прямой кишки у больных с разрывами промежности/ Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова // Материалы 64-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию независимости Республики Таджикистан. «Медицинская наука: достижения и перспективы» Сборник материалов конференции 29 апреля 2016.-С274.
- 12.Расулова С.И. Ранние осложнения хирургического лечения послеродовой травмы мягких тканей промежности и совершенствования их диагностики / Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова // Материалы 64-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию независимости Республики Таджикистан. «Медицинская наука: достижения и перспективы» Сборник материалов конференции 29 апреля 2016.-С-113.
13. Расулова С.И. Особенности хирургического лечения выпадения прямой кишки у женщин. / Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова, Ш.Р.Амиров, Д.Д.Давлатов. // Российская школа колоректальной хирургии (РОКХ) .-Москва.- 29-30мая 2017.-С.55.
- 14.Расулова С.И. Улучшение результатов хирургического лечения больных с разрывами промежности/ Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова// Российская школа колоректальной хирургии (РОКХ).- 2017.-Москва (29-30мая).-С.55.
- 15.Расулова С.И. Осложненные формы послеродовых разрывов промежности и методы их хирургической коррекции / Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова// Материалы 65 годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибн Сино «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире».- 2017 .- Душанбе (23-24 ноября).-С.117.
- 16.Расулова С.И. Комбинированные операции в лечении послеродового разрыва промежности/ Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова // Российская школа колоректальной хирургии (РОКХ) . -2019.-Москва (6-8 июня).-С.46.
- 17.Расулова С.И. Метод хирургического лечения послеродовой недостаточности анального сфинктера при разрыве промежности / Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова // Международный Корейский форум женщин-изобретателей в науке и технике.- 2019.- (Сеул.Корея). -С.260.

Рационализаторские предложения и патенты:

1. Расулова С.И. "Способ ранней диагностики гнойно-воспалительных осложнений после сфинктеропластики". Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова, А.М.Хаётов. Удостоверение на рационализаторское предложение № 3431/R646 выданное ТГМУ от 12.01.2015 г.

2. Расулова С.И. "Способ УЗ- диагностики несостоятельности швов после сфинктеролеваторопластики". Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова, Ш.А.Каримов . Удостоверение на рационализаторское предложение № 3459/R674 выданное ТГМУ от 12.06.2015 г.
3. Расулова С.И. " Способ одноэтапного хирургического лечения разрыва промежности, осложненного выпадением слизистой прямой кишки". Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова, З.М.Нуров . Удостоверение на рационализаторское предложение № 3460/R675 выданное ТГМУ от 17.06.2015 г.
4. Расулова С.И. " Способ профилактики гнойно-воспалительного осложнения при сфинктеро(леваторо)пластики". Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова, П.С.Музафарова . Удостоверение на рационализаторское предложение № 3602/R654 выданное ТГМУ от 10.12.2018 г.
5. Расулова С.И." Способ хирургического лечения недостаточности анального сфинктера вследствие послеродового разрыва промежности". Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова, П.С.Музафарова. Патент № TJ 993 , заявка № 1901293 от 10.05.2019г. до 03.04.2029г. , получен серебрянный приз (г.Сеул-Корея), 2019 г.
6. Расулова С.И. " Способ хирургического лечения недостаточности анального сфинктера вследствие послеродового разрыва промежности". Дж.К.Мухаббатов, С.И. Расулова, П.С.Музафарова. Евразийская патентная организация (АЕПО) заявка № 201900295/26 от 17.05.2019г.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

БОС- биологическая обратная связь

ВСПК- внутренний сфинктер прямой кишки

ГОУ «ТГМУ»- Государственное образовательное учреждение «Таджикский Государственный Медицинский Университет»

ГУ «ГМЦ№2»-Государственное учреждение «Городской медицинский центр №2»

МЗ и СЗН- Министерство здравоохранения и социальной защиты населения

НСПК- наружный сфинктер прямой кишки

НАС- недостаточность анального сфинктера

ПНАС- послеродовая недостаточность анального сфинктера

ПРП- послеродовой разрыв промежности

ПРМ- пуборектальная мышца

УЗИ/(ТРУЗИ)- ультразвуковое исследование/ (трансректальное ультразвуковое исследование)