

ВЫВОД. В данной патофизиологической модели причиной сенсорного, функционального недержания кишечного содержимого является несоответствие порогов чувствительности прямой кишки к наполнению и рефлекторной релаксации внутреннего сфинктера, что приводит к чрезмерному заполнению прямой кишки без возникновения характерного позыва к дефекации (недержание – переполнения).

ХАРАКТЕРИСТИКА АНАЛЬНОГО И КИШЕЧНОГО КОМПОНЕНТОВ НЕДЕРЖАНИЯ КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОНКОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В.,
Сторожиков Д.А., Наумов А.В.

ОГБУЗ БОКБ «Святителя Иоасафа», межрегиональный колопроктологический центр. Кафедра госпитальной хирургии НИУ «БелГУ», Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оперативное лечение рака прямой кишки является достаточно сложной задачей, а имеющиеся технические трудности при выполнении манипуляций в глубине малого таза и послеоперационная травма сфинктерного аппарата прямой кишки приводят к не всегда удовлетворительным функциональным результатам лечения и недержанию кишечного содержимого.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение показателей анального и кишечного факторов, приводящих к недержанию кишечного содержимого, у больных после операций по поводу рака прямой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Для изучения данной проблемы проанализировано функциональное состояние запирательного аппарата прямой кишки и мышц тазового дна у 218 больных после брюшно-анальной и низкой передней резекции прямой кишки, прооперированных в БОКБ Святителя Иоасафа в период с 1998 по 2016 гг. с локализацией опухоли выше 6 см и ниже 12 см, по данным ректоскопии, прошедших предоперационный курс лучевой терапии при наличии 12-ти месяцев безрецидивного течения, без признаков несостоятельности колоректального анастомоза и гнойно-септических осложнений. Оценивались показатели сократительной, рефлекторной, сенсорной и накопительной функций при проведении анальной манометрии, профилометрии анального сфинктера с дополнительной электромиографией до и через 3 месяца после проведенной операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ. Отмечается снижение сократительной активности наружного сфинктера в состоянии волевого сокращения и внутреннего сфинктера в покое. Наружный сфинктер: средняя амплитуда волевого сокращения – на $25,6 \pm 1,9\%$, средняя длительность волевого сокращения – на $27,2 \pm 1,8\%$, векторный объем профиля анального сфинктера – на $19,5 \pm 1,1\%$, средняя амплитуда профиля анального сфинктера – на $19,3 \pm 1,4\%$, средняя протяженность профиля анального сфинктера – на $19,7 \pm 1,0\%$, амплитуда электрической активности в покое – на $12,7 \pm 1,2\%$, амплитуда электрической активности при волевом сокращении – на $7,9 \pm 0,8\%$. Давление на уровне внутреннего сфинктера в покое снижено на $36,8 \pm 2,2\%$ при отсутствии медленных и ультра медленных волн его тонической активности. Субъективные пороги чувствительности были существенно снижены. Порог первого ощущения на $22-24\%$, порог первого позыва к дефекации – на $36-39\%$ и максимально терпимого объема – на $48-51\%$ с уменьшением диапазона между ними. Показатели адаптационной способности кишки были увеличены:

величина максимального давления – на $33-36\%$, время адаптации – на $43-46\%$ и уровень остаточного давления – на $51-54\%$. Показателями эластичности: коэффициент эластичности снижен на $32-35\%$ и порог сократительного ответа – на $24-26\%$.

ВЫВОД. Функциональные изменения у пациентов после операций по поводу рака прямой кишки, сопровождающиеся явлениями недержания кишечного содержимого, обусловлены двумя причинами, а именно нарушениями анального и кишечного компонентов держания.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИММУНОДИАГНОСТИКЕ ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К.,
Гобеджишвили В.В., Жабина А.В.

ФБГОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

Активация нейтрофилов при воспалительных процессах приводит к быстрому высвобождению дефензинов, которые затем обнаруживаются в плазме и других жидкостях организма. Нарушение активации дефензинов влечет за собой внедрение возбудителя даже при малом его количестве.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить содержание α -дефензинов, ИЛ-6, ИЛ-8 у больных с острым парапроктитом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Обследовано 20 больных с острым парапроктитом и 20 практически здоровых лиц. Группы больных и здоровых лиц были сопоставимы по возрасту (от 24 до 63 лет), во всех группах преобладали мужчины. Из 20 больных у 15 (75%) пациентов был подковожно-подслизистый, у 4 (20%) – ишиоанальный и у 1 (5%) – пельвио-ректальный парапроктит. Определение в сыворотке крови концентрации интерлейкинов 6 и 8 (ИЛ-6, ИЛ-8) осуществляли тест-наборами фирмы «Вектор-Бест», α -дефензинов – с помощью тест-набора фирмы «Нусcult Biotech».

РЕЗУЛЬТАТЫ. Уровень ИЛ-6, ИЛ-8, α -дефензинов и токсической зернистости нейтрофилов у больных острым парапроктитом на момент госпитализации был, по сравнению со здоровыми пациентами, снижен на $15-20\%$. После радикального вскрытия острого парапроктита к 3 суткам эти показатели достигали уровня здоровых людей, а после 5 суток превышали их в 1,5-2 раза.

ВЫВОДЫ. Таким образом, анализ полученных данных показал, что у всех обследуемых пациентов с острым парапроктитом уровень ИЛ-6, ИЛ-8, α -дефензинов был снижен, по сравнению со здоровыми лицами. На фоне проводимого лечения эти показатели прогрессивно повышались, что может служить критерием эффективности проводимой терапии.

ЛЕЧЕНИЕ ИНТРА- И ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Лаврешин П.М., Линченко В.И., Владимиров О.В.

ФБГОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хронический парапроктит в структуре колопроктологических заболеваний занимает второе место после геморроя.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сократить сроки лечения больных и интра- и трансфинктерными свищами прямой кишки