

որ այս բնույթի թուլամտությունը բնորոշ է հիմնականում օջախային շերտազրրական նշաններ, որոնց առկայությունը վկայում է անցյալում տարած ինսուլտների մասին: Նշվում է, որ միշտ չէ, որ այդ օջախները բազմակի են, կան դեպքեր, ուր չի հայտնաբերված ոչ մի օջախ:

Ուստի նպատակահարմար չէ դիտել աթերոսկլերոտիկ թուլամտությունը ինչպես «բազմախնարկատային թուլամտություն», ինչն արվում է որոշ հեղինակների կողմից:

Աթերոսկլերոտիկ թուլամտությունը ավելի լայն հասկացություն է:

S. G. Soukiasian

“Multiinfarctial Dementia” and Method of Computer Tomography of the Brain

On the base of computer-tomographic studies of 61 patients with verified diagnosis “atherosclerotic dementia” from the point of view of the conception “multiinfarctial dementia” there are described the main types of the brain structural changes.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Верещагин Н. В., Брагина Л. К., Вавилов С. Б., Левина Г. Я. Компьютерная томография мозга. М., 1986.
2. Медведев А. В., Концевой В. А. Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1983, т. 83, в. 9, с. 1411.
3. Медведев А. В., Сукиасян С. Г. Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1986, т. 86, в. 1, с. 132.
4. Сукиасян С. Г. Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1987, т. 87, в. 12, с. 1847.
5. Brandshaw J. R., Thomson J. L. G., Campbell M. J. Brit. Med. J. (Clin. Res.), 1983, 286, 6361, 277.
6. Fisher C. M. Neurology, 1965, 15, 774.
7. Fisher C. M. Stroke, 1983, 14, 2, 298.
8. Hachinski V. C., Lassen N. A., Marshall J. Lancet, 1974, 2, 207.
9. Harrison M. J. G., Thomas D. J., Duboulay G. H., Marshall J. J. Neurol. Sci., 1979, 40, 97.
10. Jakoby R., Levy R., Dewson J. M. Brit. J. Psychiat., 1980, 136, 249.
11. Jacoby R., Levy R. Brit. J. Psychiat., 1980, 136, 255.
12. Ladurner G., Yelndel E., Schneider G. Fortschr. Neurol. Psychiat., 1983, 51, 3, 124.

УДК 616.34—007.253

Л. У. Назаров, Э. Б. Акопян, А. Ю. Баяхчиянц

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕКТОЦЕЛЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Известно, что мышечные структуры тазового дна играют важную роль в функционировании прямой кишки и ее сфинктерного аппарата. Заболевания структур тазового дна встречаются довольно часто, и среди них одним из основных является ректоцеле. В основе данного заболевания лежит расхождение медиальных порций мышц, поднимающих задний проход (МПЗП) и, как следствие, ослабление мышечного каркаса тазового дна, тканей ректовагинальной перегородки с пролампированием передней стенки прямой кишки во влагалище [7, 11, 12, 19, 29, 39].

Этиология ректоцеле достаточно хорошо изучена и получила отражение в работах отечественных и зарубежных авторов. Главными факторами, вызывающими заболевание, являются: травматичные или многократные роды, упорные запоры любой этиологии, ожирение, тяжелый физический труд, дегенеративные возрастные изменения, врожденная слабость аппарата, поддерживающего тазовые органы и т. д. [2, 6, 7, 13, 14, 21, 27, 29]. Среди указанных причин главной является родовая травма, которая, по данным различных авторов [2, 3, 6, 12, 17, 18], встречается у 4,2—60% рожениц. Как отмечает Snooks et al. [44], у 20% женщин после нормальных родов отмечается замедление дистальной проводимости в срамных нервах. Вероятно, у многорожавших женщин такое повреждение является кумулятивным, так что риск возрастает при повторных беременностях [7, 44].

В результате действия указанных факторов передняя стенка прямой кишки приобретает подвижность, ректовагинальная перегородка истончается и при повышении внутрибрюшного давления происходит ее выбухание во влагалище [7, 19]. Исследованиями установлено, что для выведения плотного кала через относительно узкий задний проход необходимо, чтобы тонус анального жома постоянно активировался мышцами тазового дна, иначе пик повышенного внутрибрюшного давления будет растрачиваться на раздувание нижней части прямой кишки. Вялость мышц тазового дна, обусловленная постоянными натуживаниями, может привести к затруднению выталкивания кала, что в полной мере проявляется при ректоцеле [7].

Клинически ректоцеле отличается прогрессирующим характером. По мере развития заболевания больные предъявляют жалобы на затрудненный акт дефекации, чувство неполного опорожнения прямой кишки, на необходимость длительных натуживаний с активным вовлечением брюшного пресса, эвакуацию кала с помощью ручного пособия, на частые и неэффективные позывы к дефекации [7, 29]. Характерным является также чувство дискомфорта с давлением книзу, как при родах. Все эти симптомы указывают на нарушение моторной активности дистальных участков толстой кишки и заднего прохода [7].

Нарушение процесса эвакуации кала сопровождается воспалительными изменениями дистальных отделов толстой кишки, метеоризмом, болевыми ощущениями в брюшной полости [7, 29].

Ректоцеле может оказаться основной причиной неизлечимого запора, и многие больные при этом замечают, что кишечник срабатывает, если поддерживать пальцем заднюю стенку влагалища. Слабая стенка влагалища также может выпячиваться в прямую кишку (реверсионное ректоцеле), вызывая тенезмы и ощущение закупорки [7].

В. Д. Федоров и Ю. В. Дульцев [29] по выраженности клинических признаков различают три степени ректоцеле. Главным в классификации является отношение слепого мешка ректоцеле к наружному сфинктеру заднего прохода (НСЗП), преддверию влагалища. Первая степень определяется только при пальцевом исследовании прямой кишки как небольшой карман ее передней стенки, вторая характеризуется наличием выраженного кармана, достигающего до уровня НСЗП

или преддверия влагалища, третья степень—выбухание задней стенки влагалища и передней стенки прямой кишки за пределы половой щели и анального жома. Эта степень ректоцеле часто сочетается с выпадением передней стенки влагалища, цистоцеле, опущением и выпадением матки [4, 7, 8, 23, 24, 30, 32].

При длительном сроке заболевания у больных возрастает риск возникновения недостаточности анального сфинктера [1, 7, 9, 29], а также вероятность геморроя и анальной трещины [7].

Диагноз ректоцеле не представляет трудностей. Заболевание легко выявляется с помощью тщательного сбора анамнеза и данных объективного исследования. При натуживании больной выявляется выпячивание задней стенки влагалища и передней стенки прямой кишки [7, 29]. Слабость мышц тазового дна, связанная с ректоцеле, подтверждается при обследовании пальцем, введенным в задний проход, при проталкивании его вперед над сфинктерным механизмом [7]. Производят также бимануальное исследование—со стороны влагалища и прямой кишки.

Из дополнительных методов обследования используют ректороманоскопию, фиброколоноскопию, рентгенологические исследования, анальную манометрию и электромиографию (ЭМГ). Ректороманоскопия и фиброколоноскопия позволяют определить состояние слизистой оболочки толстой кишки, выявить сочетанную патологию прямой и ободочной кишок.

Из рентгенологических методов наиболее информативны баллонная проктография и дефекография, которые дают точную анатомическую картину изменений в прямой кишке и анальном канале во время дефекации. С помощью проктографии определяют аноректальный угол, наличие недостаточности МПЗП, а также степень опущения промежности. Компьютерная томография позволяет получить изображение МПЗП, седалищно-прямокишечных ямок и прямой кишки [7]. Анальная манометрия в комбинации с рентгенологическими исследованиями обеспечивает надежную базовую информацию для понимания физиологии тазового дна и механизмов аноректальных нарушений [7, 33].

Применение ЭМГ может дать полезную клиническую информацию о функциях мускулатуры тазового дна, особенно НСЗП и лобково-прямокишечных мышц. Однако МПЗП трудно доступны для обследования с помощью ЭМГ [12, 15]. По мнению Rutter [43], лучшим методом определения дефектов тазового дна является кинопроктография, но в настоящее время проведение данного исследования не всегда возможно из-за отсутствия необходимой аппаратуры [7].

Лечение ректоцеле в основном хирургическое [29, 38, 40]. Консервативные методы показаны только в начальной стадии заболевания. Назначение при этом специальной диеты, комплекса упражнений по лечебной физкультуре, физиотерапевтических процедур и т. д. зачастую носит паллиативный характер, и несмотря на длительное лечение нередко заболевание прогрессирует. Операция возможна при

7-II ст. чистоты влагалища, производится под общим обезболиванием или перидуральной анестезией [10].

По данным различных авторов, доступ к структурам тазового дна может быть влагалищным, промежностным или комбинированным (влагалищно-промежностным) [2, 6, 11, 12, 13, 19, 20, 21, 30, 34]. Во время вмешательства ректовагинальную перегородку инфильтрируют раствором новокаина. На границе верхней и средней трети заднюю стенку влагалища иссекают по методу Отто или Гегара. Переднюю стенку прямой кишки гофрируют в продольном направлении без прокалывания слизистой оболочки кишки. Производят сшивание МПЗП. При наличии недостаточности анального сфинктера леваторопластику дополняют сфинктеропластикой. Редкими кетгутовыми швами ушивают слизистую оболочку влагалища, между швами вводят дренажи из перчаточной резины [1, 2, 3, 5, 6, 9, 18, 19, 20, 21, 23, 26, 29, 35, 36].

В послеоперационном периоде производят катетеризацию мочевого пузыря в первые 5—6 дней. Во время перевязок спринцуют влагалище раствором марганцево-кислого калия, на рану накладывают повязку с 6% метилурациловой мазью [29]. Постельный режим назначают на 7—10 дней и на те же сроки—закрепляющие средства. Первый стул вызывают на 8—9-е сутки приемом накануне вазелинового масла и очистительной клизмы. Выписку больных при благоприятном течении производят на 12—14-й день [2, 15, 29]. По данным литературы, одним из самых частых осложнений в послеоперационном периоде является нагноение промежностной раны [9, 18]. При выписке больным рекомендуют ограничение физической нагрузки и исключение половой жизни в течение 1,5—2 мес. [29].

Успех лечения ректоцеле прежде всего зависит от своевременной диагностики заболевания, что, к сожалению, в нашей стране находится не на должном уровне. Только путем ооведомления широкого круга специалистов (хирургов, проктологов, гинекологов) с методами выявления данной патологии можно улучшить оказание своевременной специализированной медицинской помощи этому контингенту больных.

НИИ проктологии МЗ Армении

Поступила 26/X 1989 г.

Վ. Հ. Նազարյան, Է. Բ. Հակոբյան, Ա. Յու. Բալասյանց

ՈՒՅՈՒՄԱՆԻ ԷՔՈՆՈՄԻԿԱՆԵՑԸ, ԿԻՆԻՎԱՆ, ԱՆՅՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Հոգիածում բերված են հայրենական և արտասահմանյան գրականության տվյալները ռեկտոցելիի վերաբերյալ: Նկարագրված են տվյալ հիվանդության էթիոլոգիական պատճառները, պաթոֆիզիոլոգիական, ակտորոշման մեթոդները, կլինիկական արտահայտությունները, վիրաբուժական միջամրությունների և կանխարգելման միջոցները:

Etiopathogenesis, Clinical Picture, Diagnosis and Treatment of Rectoceles (Literature Review)

The data of native and foreign literature are presented, concerning rectoceles. The etiological factors, pathophysiology, diagnostic principles, clinical manifestations, methods of surgical intervention and prophylactic measures as well are discussed.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев М. Г., Полетов Н. Н. Пробл. протокол., вып. 7. М., 1986, с. 61.
2. Аминев А. М. Руководство по проктологии. Куйбышев, 1965, т. 1, с. 349; 1971, т. 2, с. 437.
3. Ананьев В. А. Акуш. и гинек., 1987, 4, с. 35.
4. Атабеков Д. Н. Очерки по урогинекологии. М., 1963.
5. Брайцев В. Р. Заболевания прямой кишки. М., 1952.
6. Брауде И. Л. Оперативная гинекология. М., 1959.
7. Генри М. М., Свош М. Колопроктология и тазовое дно. М., 1988.
8. Глебова Н. Н. Оказание медицинской помощи женщинам при опущении и выпадении матки и стенок влагалища. Методические рекомендации. Уфа, 1978.
9. Горбачев О. Н., Хорев Г. Н. Хирургия, 1989, 2, с. 54.
10. Гридчик Н. Е., Хачатурова Э. А. Пробл. проктол., вып. 6. М., 1985, с. 59.
11. Грязнова И. М., Загребина В. А., Иванчикова Н. Д. Акуш. и гинек., 1988, 5, с. 32.
12. Губарев А. П. Оперативная гинекология. М., 1959.
13. Давыдов С. Н., Хромов Б. Н., Шейко В. Э. Атлас гинекологических операций. Л., 1973.
14. Дульцев Ю. В., Саламов К. Н., Рубинштейн Л. С., Калаев Т. Н. Хирургия, 1986, 4, с. 68.
15. Дульцев Ю. В., Мартынова Т. И., Саламов К. Н. и др. Пред- и послеоперационное ведение больных общепроктологическими заболеваниями. Метод. рекомендации. М., 1986.
16. Ире Т. Изучение функции заднего прохода у больных сдержанием и недержанием. Ростов-на-Дону, 1986, с. 14.
17. Калаев Т. Н. Автореф. дис. канд. М., 1985.
18. Ляшкова А. П., Кутепов А. Г. Хирургия, 1988, 12, с. 62.
19. Макаров Р. Р., Габелов А. А. Оперативная гинекология. М., 1979.
20. Оперативная гинекология. Под ред. Ельцова-Стрелкова, Мареева Е. В. М., 1985, с. 25.
21. Персианинов Л. С. Оперативная гинекология. изд. 2-е. М., 1976.
22. Предупреждение и лечение запоров. Тезисы докл. науч.-практ. конф. Тула, 1986.
23. Рыжих А. П. Хирургия прямой кишки. М., 1956.
24. Рябинский В. С., Томкевич Б. А., Саруханян А. Г. Урол. и нефрол., 1986, 6, с. 21.
25. Стрежковой В. В. Акуш. и гинек., 1987, 7, с. 59.
26. Такишвили Р. Г. Автореф. дис. канд. Тбилиси, 1989.
27. Урузаев А. З. Диагностика и лечение функционального недержания мочи у женщин. Л., 1978.
28. Усков А. Г. Автореф. дис. канд. М., 1974.
29. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. Проктология. М., 1984.
30. Фраучи В. Х. Топографическая анатомия и оперативная хирургия таза и живота. Казань, 1966.
31. Чухриенко Д. П., Люлько А. В., Романенко Н. Т. Атлас урогинекологических операций. Киев, 1981.
32. Bannister J. J., Lawrence W. T., Smith A., Thomas D. G., Read N. N. Gut., 1987, 29, 1, 17.
33. Bartolo D. S. C., Read N. W., Jarratt J. A. et al. Gastroenterology, 1983, 85, 68.
34. Bartolo D. C. C., Roe A. M., Virjee J., Mortensen N. J., Mc C., Locke-Edmunds J. Int. J. Colorectal Disease, 1988, 3, 1, 17.
35. Go P. M., Dunselman G. A. J. Surg. Gynecol. Obstet., 1988, 66, 121.
36. Golligher J. C. Surgery of the anus, rectum and colon. V-ed.-London, 1975.
37. Hudson C. N. Int. J. Colorectal Disease, 1988, 3, 3, 181.
38. Johanson et al. Disease Colon Rectum, 1985, 28, 12, 920.
39. Kuhn R. J., Hollyock V. E. Obstet. Gynecol., 1982, 59, 455.
40. Khubchandani I. T., Sheets J. A., Stasik J. J., Hakki A. R. Disease Colon Rectum, 1983, 26, 792.
41. Mackle E. J., Parks T. G. Colo-Proctology, 1988, 10, 2, 113.
42. Miller R., Bartolotto D. C. C., Gevero F., Mortenson N. J. M. Gut., 1988, 29, 5, 733.
43. Rutter K. R. P. Clinics in Gastroenterology, 1975, 4, 505.
44. Snooks S. J., Setchell M., Swash M., Henry M. M. Lancet, 1985, 11, 546.