

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОГО ВЫПАДЕНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

Куликовский В.Ф.

профессор кафедры хирургических болезней Белгородского государственного национального исследовательского университета,
доктор медицинских наук, профессор,
Россия, г. Белгород

Олейник Н.В.

профессор кафедры хирургических болезней Белгородского государственного национального исследовательского университета,
доктор медицинских наук, профессор,
Россия, г. Белгород

Братищева Н.Н.

ассистент кафедры хирургических болезней Белгородского государственного национального исследовательского университета,
Россия, г. Белгород

Кривчикова А.П.

студентка медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета,
Россия, г. Белгород

В статье рассматривается проблема оперативного лечения опущения органов малого таза и тазового дна у женщин, которая является актуальной ввиду большого количества рецидивов и неудовлетворительных функциональных результатов. Предлагается способ хирургического лечения сочетанного выпадения прямой кишки и матки лапаротомным доступом с использованием проленовой сетки, фиксируемой к крестцу. Особенностью методики является фиксация всей окружности прямой кишки, укрепление, помимо шейки матки, передней и задней стенок влагалища на большом протяжении, что способствует одномоментной коррекции ректоцеле. Методика позволяет достичь хороших анатомических и функциональных результатов.

Ключевые слова: выпадение прямой кишки, выпадение матки, фиксация прямой кишки к крестцу, сакрокольпопексия, проленовая сетка.

Тазовый проляпс – синдром опущения тазового дна и органов малого таза. Впервые он был описан Парксом еще в 1966 году [1]. Однако и в наши дни вопрос лечения этой патологии остается актуальным. По данным литературы 50-60% женщин перименопаузального возраста страдают от различных проявлений тазового проляпса [2]. Дефекты тазового дна могут отмечаться в его переднем, среднем, заднем сегментах или их сочетаниях. Очевидно, что выраженное опущение заднего сегмента дестабилизирует средний сегмент и наоборот. В настоящее время большинство хирургов приходят к выводу, что

сочетанный проляпс должен быть устранен одномоментно, хотя по вопросу выбора метода оперативного лечения существуют различные мнения [3].

Цель исследования. Улучшение анатомических и функциональных результатов комплексного хирургического лечения сочетанного выпадения прямой кишки и матки.

Материалы и методы. За последние 10 лет наблюдалось 17 женщин с полным выпадением прямой кишки в сочетании с выпадением матки и ректоцеле (IV степень по POP-Q). Средний возраст этих больных составил $68,9 \pm 6,7$ лет (от 60 до 78 лет). У всех больных данной группы имелось опущение промежности и недостаточность сфинктера заднего прохода. У 8 больных отмечалось недержание мочи при напряжении I-III степени, у остальных 9 больных имело место затрудненное мочеиспускание вследствие перегиба шейки мочевого пузыря и проксимального отдела уретры, из них у 4 имелось скрытое недержание. У всех пациенток операция производилась лапаротомным доступом. Вмешательство было направлено на фиксацию тазовых органов в нормальное физиологическое положение с использованием проленовой сетки. Мы пользовались следующей, разработанной нами модификацией, сохраняющей преимущества заднее-петлевой ректопексии по Wells и сакрокольпопексии с укреплением передней и задней стенок влагалища на как возможно большем протяжении, практически до промежности с укреплением передней стенки прямой кишки этой же полоской сетки. Для коррекции недержания мочи при напряжении или профилактики его развития в послеоперационном периоде выполняли кольпосуспенсию по Burch. Результаты лечения оценивались по следующим критериям: интенсивность болевого синдрома, частота воспалительных осложнений, частота возникновения эрозий и гранулем у больных с имплантацией сетки, развитие диспареунии в послеоперационном периоде, анатомическая коррекция ректоцеле по данным, нормализация функции опорожнения, восстановление функции держания у больных с инконтиненцией, частота рецидивов по данным дефекографии и функциональных исследования с использованием аппарата Poligraf ID.

Результаты. Существенных интраоперационных осложнений не отмечено ни у одной больной. Кровопотеря, в среднем, составила $268,7 \pm 21,3$ мл, что связано с выделением влагалища на большом протяжении. Продолжительность операции составила, в среднем, $112,6 \pm 5,8$ мин. В целом, течение ближайшего послеоперационного по выраженности болевого синдрома и температурной реакции было благоприятным. Гнойно-воспалительные осложнения, которые удалось купировать консервативными мероприятиями, отмечены у 3 больных.

У большинства больных достигнуты положительные анатомические и функциональные результаты, что подтверждено объективными данными. Проведенная через 12-16 месяцев после операции дефекография показала коррекцию ректоцеле у 15 больных, а нормализацию положения промежно-

сти у всех больных, аноректальная граница поднялась по отношению к лонокопчиковой линии, в среднем, на $1,7 \pm 0,6$ см. Обструктивная дефекация ликвидирована у 14 больных. Отмечена нормализация конфигурации прямой кишки: аноректальный угол уменьшился на $6,2 \pm 1,3^\circ$ в покое и на $18,1 \pm 3,9^\circ$ при натуживании. У всех больных отмечено уменьшение времени натуживания, процента оставшегося контраста после освобождения прямой кишки от бария (с $22,2 \pm 1,6\%$ до операции до $15,3 \pm 0,9\%$ после операции) и увеличение скорости его эвакуации (с $17,6 \pm 1,3$ г/сек до операции и до $7,8 \pm 0,8$ г/сек после операции). 13 из 17 больных удалось вытолкнуть баллон, объемом 150 мл, без чрезмерного напряжения. По результатам аноректального функционального теста отмечена частичная нормализация остаточного внутрипросветного давления, амплитуды и длительности ректоанального ингибиторного рефлекса: амплитуда его составила $27,7 \pm 2,3$ mmHg и $23,4 \pm 3,2$ mmHg ($P < 0,05$) до и после операции соответственно, длительность ректоанального ингибиторного рефлекса $17,2 \pm 3,1$ сек. до операции и $6,7 \pm 1,7$ сек. после операции ($P < 0,001$). Отмечено постепенное улучшение функции держания, что подтверждается повышением давления при аноректальной манометрии в области наружного сфинктера с $27,7 \pm 3,2$ мм рт. ст до операции до $34,3 \pm 2,4$ мм рт. ст после операции ($P < 0,05$) и в области внутреннего сфинктера с $42,2 \pm 6,0$ мм рт. ст до операции до $48,6 \pm 2,9$ мм рт. ст. после операции ($P < 0,05$). Отмечено снижение латентного периода срамного нерва с $3,2 \pm 0,4$ мсек до $2,6 \pm 0,3$ мсек ($P > 0,05$), что связано с прекращением его перерастяжения.

Выводы: Таким образом, комплексное хирургическое лечение больных проляпсом органов малого таза, оптимизация элементов хирургической техники использования синтетических материалов для фиксации прямой кишки и влагалища при их сочетанном проляпсе позволяет максимально устранить все имеющиеся анатомические дефекты, улучшить функциональные результаты лечения у этой категории больных и снизить частоту рецидивов.

Список литературы

1. Parks A.G., N.H.Porter and J.Hardcastle, 1966. The syndrome of the descending perineum . In the Proceedings of the 1966 Royal Society of Medicine 59(3), pp: 477 – 482.
2. Marinkovic S.P. and J.Stanton, 2004. Incontinence and voiding difficulties associated with prolapse . J. Urol, 171 (3): 1021 – 1028.
3. Altomare D.F. and F.Pucciani, 2008. Rectal Prolapse: Diagnosis and Clinical Management. Springer Science &Business Media, pp: 226.