

## **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 пролапс 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 пролапсом органов малого таза, оптимизация элементов хирургической техники использования синтетических материалов для фиксации прямой кишки и влагалища при их сочетанном пролапсе 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.