

У 1 (0,5%) больного развилась компенсированная стриктура нижеампулярного отдела прямой кишки без нарушения кишечной проходимости, связанная с идиосинкразией на металлические скрепки. Проведена консервативная терапия с положительным эффектом, хирургического вмешательства не потребовалось.

ВЫВОДЫ

Таким образом, накопленный опыт свидетельствует о патогенетической обоснованности и эффективности циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки при лечении 2-4 стадий геморроя.

МОДИФИЦИРОВАННАЯ САКРОКОЛЬПОПЕКСИЯ КАК СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОГО ВЫПАДЕНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Братищева Н.Н.,
Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Кривчикова А.П.,
Бабанин А.В., Рыбасова Н.П.

*Белгородская областная клиническая больница
Свяителя Иоасафа, Белгородский национальный
исследовательский университет, г. Белгород, Россия*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема оперативного лечения опущения органов малого таза и тазового дна у женщин, которая является актуальной ввиду большого количества рецидивов и неудовлетворительных функциональных результатов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Наблюдалось 17 женщин с полным выпадением прямой кишки и матки и ректоцеле (IV степень по POP-Q). 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. Всем больным произведена внутрибрюшная сакрокольпопексия с укреплением передней и задней стенок влагалища на большом 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. Средний возраст больных составил 68,9±6,7 лет. Результаты лечения оценивались по следующим критериям: частота воспалительных осложнений, эрозий и гранулем, развитие диспарсунии в послеоперационном периоде, анатомическая коррекция пролапса и функциональных нарушений по данным УЗИ, МРТ, дефекографии, функциональных исследований с использованием аппарата Poligraf ID.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Существенных интраоперационных осложнений не отмечено ни у одной больной. Гнойно-воспалительные осложнения, которые удалось купировать консервативными мероприятиями, отмечены у 3 больных. Анатомической коррекции пролапса удалось достичь у всех пациенток. Аноректальная граница поднялась по отношению к лонокопчиковой линии, в среднем, на 1,9±0,8 см. Проктогенный запор ликвидирован у 14 больных. Аноректальный угол уменьшился на 7,1±1,4 в покое и на 16,9±2,8 – при натуживании, сократилась длительность натуживания, уменьшилось количество оставшегося контраста после освобождения прямой кишки от бария (с 22,2±1,6% до операции до 15,3±0,9% после операции) и увеличилась скорость его эвакуации с 17,6±1,3 г/сек. до операции и до 7,8±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±2,3 мм рт. ст. и 23,4±3,2 мм рт. ст. (P<0,05) до и после операции, соответственно, длительность ректоанального ингибиторного рефлекса 18,4±3,4 сек. до операции и 8,2±1,9 сек. после операции (P<0,001). Отмечено постепенное улучшение функции держания, что подтверждается повышением давления при аноректальной манометрии в области наружного сфинкте-

ра с 26,3±3,6 мм рт. ст. до операции, до 32,1±3,2 мм рт. ст. после операции (P<0,05) и в области внутреннего сфинктера с 38,6±4,9 мм рт. ст. до операции, до 48,6±2,9 мм рт. ст. после операции (P<0,05). Отмечено снижение латентного периода срамного нерва с 3,2±0,4 мсек. до 2,6±0,3 мсек. (P>0,05), что связано с прекращением его перерастяжения.

ВЫВОДЫ

Модифицированная сакрокольпопексия с использованием синтетических имплантов, выделением и фиксацией стенок влагалища на большом протяжении с одновременной фиксацией прямой кишки позволяет максимально устранить все имеющиеся анатомические дефекты при сочетанном тазовом пролапсе и улучшить функциональные результаты лечения этой категории больных.