

САКРОКОЛЬПОПЕКСИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Брстищева Н.Н.,
Сторожил Д.А., Наумов А.В., Кривчикова А.П., Пустовгар Е.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Классические методы коррекции ректоцеле, такие как кольпография, леваторопластика, а также укрепление ректовагинальной перегородки различными имплантатами не позволяют достичь коррекции положения промежности у пациенток с ее опущением. Использование сетчатых имплантов больших размеров позволяет добиться коррекции положения промежности, в связи с созданием неофасции, однако связано с большим количеством ранних и поздних осложнений послеоперационного периода.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности внутрибрюшной сакрокольпопексии в лечении больных ректоцеле на фоне опущения промежности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основную группу составили 52 пациентки, которым по поводу ректоцеле III степени на фоне опущения промежности выполнена внутрибрюшная сакрокольпопексия. Особенность метода заключалась в выделении задней стенки влагалища вплоть до прикрепления мышц-леваторов. Для фиксации влагалища и шейки матки к крестцу использовалась проленовая сетка Gupesare Soft. Для оценки результатов лечения, помимо клинических методов, использовались УЗИ, МРТ, дефекография, функциональные исследования тазового дна с использованием компьютерной системы Poligraf ID.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Интраоперационных осложнений не отмечено ни у одной больной. Величина кровопотери, в среднем, составила $268,7 \pm 21,3$ мл, что связано с выделением влагалища на большом протяжении. У всех больных послеоперационный период протекал без осложнений. У большинства больных достигнуты положительные анатомические и функциональные результаты, что подтверждено объективными данными. Проведенные через 6-12 месяцев после операции УЗИ, МРТ, дефекография показали коррекцию ректоцеле и положения промежности у всех больных: аноректальная граница поднялась по отношению к лонокопчиковой линии, в среднем, на $2,4 \pm 0,6$ см. Симптом обструктивной дефекации ликвидирован у 34 больных. Аноректальный угол уменьшился на $6,2 \pm 1,3$ в покое и на $18,1 \pm 3,9$ при натуживании. У всех больных отмечено уменьшение времени натуживания, процента оставшегося контраста после освобождения прямой кишки от бария: с $23,1 \pm 1,5\%$ до операции до $16,2 \pm 0,8\%$ после операции и увеличение скорости его эвакуации: с $18,1 \pm 1,4$ г/сек. до операции и до $7,3 \pm 0,9$ г/сек. после операции. 37 больным удалось вытолкнуть баллон объемом 150 мл без чрезмерного напряжения. Отмечена частичная нормализация остаточного внутрипросветного давления, амплитуды и длительности ректоанального ингибиторного рефлекса: амплитуда его составила $27,7 \pm 2,3$ мм рт. ст. и $23,4 \pm 3,2$ мм рт. ст. ($P < 0,05$) 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 в обеих группах, 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 ($P < 0,05$).

ВЫВОДЫ

Внутрибрюшная сакрокольпопексия с выделением и фиксацией задней стенки влагалища позволяет ликвидировать ректоцеле и достичь нормализации положения тазового дна, а также улучшить функцию опорожнения и держания кишечного содержимого у больных с синдромом опущения промежности.