

ет реконструкцию ректоцеле и нормализацию акта дефекации. УЗ-исследование показывает восстановление непрерывности мышечного слоя прямой кишки.

При ректоцеле III ст. и выраженном расхождении леваторов одной резекции слизистой прямой кишки может быть недостаточно. В таких случаях дополнительно производится передняя леваторопластика промежностным доступом.

Наш первый опыт оперативного лечения ректоцеле путем трансанальной резекции избытка слизистой прямой кишки с наложением анастомоза циркулярным степлером показал, что болевой синдром после операции выражен минимально. В отличие от традиционной трансвагинальной методики при ней не отмечается сужения влагалища и нарушения сексуальной функции. Значительных кровотечений и каких-либо других интра- и послеоперационных осложнений не отмечено. Метод эффективен при всех стадиях и формах ректоцеле. Экономический эффект, несмотря на достаточно высокую стоимость аппарата, достигается за счет сокращения послеоперационного койко-дня и временной нетрудоспособности. Так при I-II ст. ректоцеле, когда не требуется дополнительной леваторопластики, пациентка может приступать к работе уже на 5-7 день после операции.

Литература

1. Буянова С.Н., Смольнова Т.Ю., Иоселиани М.Н., Куликов В.Ф. К патогенезу опу-

щения и выпадения внутренних половых органов. Вестн. Росс. ассоц. акуш.-гинеколог., 1998; №1. – С. 77 – 79.

2. Загороднюк И. В., Титов А.Ю. Значение рентгенологического метода в диагностике различных вариантов ректоцеле. Вестн. Рентгенологии и радиологии, 1996; № 4. – С.89

3. Макаров Р.Р., Габелов А.А. Оперативная гинекология. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1979. – 328 с.

4. Назаров Л.Х., Акопян Э.Б., Баяхчиянц А.Ю. Тактика лечения ректоцеле. Клиническая хирургия. 1991; № 2. – С. 30 – 32.

5. Основы колопроктологии под ред. Воробьева Г.И. Феникс. Ростов-на-Дону, 2001. – С. 203 – 209.

6. Попов А.А., Славутская О.С., Рамазанов М.Р. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения опущения и выпадения половых органов у женщин. Эндоскопическая хирургия, 2002; № 6. – С. 13 – 15.

7. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. – М.: Медицина, 1984. – С. 131 – 136.

8. Jackson S., Smith Ph. Fortnightly review: Diagnosing and managing genitourinary prolapse. BMJ, 1997; V. 314: P. 875 – 889.

9. Segal J.L., Karram M.M. Evaluation and management of rectoceles. Curr. Opin. Urol., 2002; V.12, № 4: P. 345 – 352.

10. Stanton S.L. Vaginal prolapse. In: Show R., Soutter P., Stanton S., eds. Gynaecology. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1992. – P. 437 – 447.

11. Watson S. J., Lodar P. B., Halligan S. et al. Transperineal repair of symptomatic rectocele with Marlex mesh. Amer. Coll. Surg., 1996; V. 183: P. 257 – 259.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ОПУЩЕНИЯ ТАЗОВОГО ДНА

Олейник Н.В., Куликовский В.Ф., Федоров Г.И., Ткачев А.В.

Региональный колопроктологический центр, г. Белгород

Тазовый пролапс – синдром опущения тазового дна и органов малого таза изолированно или в сочетании. По современным представлениям (J.C.Goligher, 1988; M.M.Henry, 1988 и др.) понятие «Тазовое дно» кроме мышц леваторов и диафрагмы таза включает также наружный и внутрен-

ний сфинктер заднего прохода. Синдром тазового пролапса всегда сочетается с патологическими изменениями со стороны органов малого таза. Высокая частота встречаемости этой сочетанной патологии у женщин всех возрастов определяет актуальность данной проблемы.

К сожалению, единая проблема сочетанной патологии в виде синдрома опущения промежности и связанных с этим заболеваний расчленена. Ее решением занимаются урологи, гинекологи, проктологи. Хотя, многие авторы указывают, что выпадение прямой кишки часто сочетается с опущением матки (Т.В.Абуладзе и соавт., 2001; С.А.Kupfer., J.C.Goligher, 1970). опущение матки – с опущением мочевого пузыря и уретры.

Отсутствие единых трактовок приводит к тому, что часто объектом вмешательства является следствие опущения: геморрой (A.G.Parks, 1955; W.H.F.Thomson, 1975; B.D.Hancock., K.Smith., 1975; J.F.Johanson и соавт., 1990), анальная трещина (А.Ю.Баяхчиянц, 1999), запор проктогенного характера, связанный с нарушением механизма дефекации (P.R.Barnes и соавт., 1985; D.A.Drossman и соавт., 1982; E.S.Kiff и соавт., 1984; V. Moore-Gillon и соавт., 1984; N.S.Painter, 1980; и др), недостаточность анального сфинктера (А.М.Аминев и соавт., 1964; E.S.R.Hughes и соавт., 1980; A.G.Parks и соавт., 1977).

Проблема тазового проляпса продолжает изучаться. Рецидивы при оперативном лечении различных проявлений проляпса могут проявляться как возвращением симптоматики, так и проявлением других видов проляпса. Они достигают от 10 до 30% и не имеют тенденции к снижению.

Учитывая тенденцию к сочетанным операциям, наблюдающуюся в последнее время в связи с прогрессом анестезиологии и реаниматологии, на базе регионального колопроктологического центра мы решили провести исследование, направленное на комплексное решение проблемы оказания помощи больным с синдромом опущения тазового дна и связанными с ним заболеваниями органов малого таза. Только сочетанное воздействие на его причину и следствие, по нашему мнению, позволит добиться хороших результатов.

Целью исследования является разработка патогенетически обоснованной комплексной программы диагностики, профилактики и лечения синдрома опущения тазового дна у женщин и связанных с этим заболеваний органов малого таза, улучшение результатов лечения в целом и оперативных вмешательств в частности путем одномоментного устранения всех имею-

щихся анатомических дефектов при тазовом проляпсе, использование новых медицинских технологий для уменьшения обширности операционной травмы, оптимизации течения послеоперационного периода, снижения интенсивности болевого синдрома. Конечной целью является улучшение анатомических и функциональных результатов лечения, снижение процента рецидивов, сокращение сроков лечения за счет исключения необходимости повторных обращений по поводу неустраненной одномоментно сочетанной патологии, что должно привести к ощутимому экономическому эффекту.

Проведенные в Белгородской области эпидемиологические исследования, основанные на анкетировании и профосмотрах, показали, что более чем у 50% женщин старше 50 лет имеет место тазовый проляпс. До 50 лет этот процент несколько ниже и составляет около 20%. Распространенность тазового проляпса по возрастам представлена в таблице 1.

Таблица 1

Тазовый проляпс. Распространенность

Возраст больных	Частота встречаемости проляпса
20 – 30 лет	12%
30 – 40 лет	20%
40 – 50 лет	28%
> 50 лет	52%

В анамнезе у большинства имеются указания на: а)-длительные трудные роды, крупный плод, дополнительное родовспоможение; б)-гистерэктомию; в)-хронические респираторные заболевания; г)-тяжелые физические нагрузки. У 45% из них отмечается повышенная масса тела.

У 50% больных с синдромом тазового проляпса выявлены различные стадии геморроя, анальные трещины, хронический парапроктит. Процент заболеваемости значительно выше, чем в контрольной группе, где проляпс не диагностирован, что можно объяснить затрудненным актом дефекации. Частота встречаемости этих заболеваний у женщин на фоне тазового проляпса в сравнении с контрольной группой больных, где проляпс не диагностирован представлена в таблице 2.

Частота встречаемости заболеваний анального канала и перианальной зоны у женщин на фоне тазового проляпса в сравнении с контрольной группой, где проляпс не диагностирован

Заболевания	Основная группа	Контрольная группа	Достоверность различия
Геморрой	17,6%	9,8%	P < 0,05
Анальная трещина	21,3%	8,6%	P < 0,02
Хр. парапроктит	12,1%	4,8%	P < 0,05

С другой стороны, проведенный ретроспективный анализ показал, что у такого же процента больных, оперированных ранее по поводу указанной ано-ректальной патологии имеются признаки тазового проляпса. Анализ процента рецидивов данных заболеваний показал, что они чаще отмечаются у больных на фоне проляпса. Следовательно, для достижения лучших результатов в лечении данной патологии, предотвращении рецидивов необходима более полная сопутствующая коррекция тазового проляпса.

С 2000 г. в Белгородском региональном колопроктологическом центре при различных заболеваниях анального канала и прямой кишки на фоне тазового проляпса производятся сочетанные операции, направленные на устранение всех видов имеющейся патологии. В настоящее время клиническая часть исследования основана на анализе результатов обследования и лечения 153 пациенток с различными видами и степенями проляпса (опущение стенок влагалища с образованием цисто- и ректоцеле, мочевого пузыря, матки, прямой кишки, энтероцеле) в сочетании с геморроем, анальной трещиной, параректальными и ректовагинальными свищами.

Разработана схема диагностических мероприятий, которая включает сбор анамнеза, общеклиническое обследование, ректоскопию, проктографию в покое и с натуживанием с измерением аноректального угла, дефекографию, аноректальную манометрию, электромиографию, цистоскопию, цистографию в покое и с натуживанием, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию.

Тактику лечения выбирали строго индивидуально в зависимости от вида и степени выраженности патологии, возраста, общего состояния больных.

К оперативному лечению геморроя прибегали лишь в его III-IV ст. (60 больных). Предпочтение отдавалось методу Миллигана-Моргана (45 больных). 15 из них операция произведена с использованием ультразвукового скальпеля, что позволило добиться снижения интенсивности болевого синдрома и оптимизации течения раневого процесса. У 15 больных использован метод A.Longo. При I-II ст. геморроя применялись малоинвазивные методы лечения (электро- и фотокоагуляция).

У 23 больных на фоне тазового проляпса диагностированы хронические анальные трещины (из них у 18 в сочетании с геморроем), у 36 – хронический парапроктит (в том числе в сочетании с геморроем и трещиной), у 10 – ректовагинальные свищи и у 12 – недостаточность анального сфинктера в результате разрыва промежности в родах. Всем им произведены традиционные оперативные вмешательства.

У 30 больных имелось выпадение прямой кишки различной степени, из них у 12 в сочетании урогенитальным проляпсом. При этой патологии в зависимости от степени ее выраженности, возраста и общего состояния больных также применялись различные оперативные пособия от паллиативных, заключающихся в резекции выпавшего участка до внутрибрюшных фиксаций прямой кишки к крестцу различными способами. В целях снижения процента рецидивов и улучшения функциональных результатов разработаны собственные оригинальные методики с ис-

пользованием синтетической сетки, которые могут быть использованы как в открытой, так и в лапароскопической хирургии. При имеющейся недостаточности анального сфинктера в обязательном порядке производили переднюю и заднюю сфинктеропластику.

У больных пожилого возраста с наличием тяжелой сопутствующей патологии получены удовлетворительные результаты при промежностной резекции выпавшего участка прямой кишки с одномоментной коррекцией проляпса тазового дна, что достаточно легко переносится этой группой больных.

В последнее время при проляпсе слизистой прямой кишки с успехом используется резекция слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки по методу A.Longo (6 больных).

Проляпс задней стенки влагалища, проявляющийся ректоцеле и слабостью мышц промежности, коррегировали путем задней кольпорафии и передней сфинктеропластики. При сопутствующем проляпсе слизистой прямой кишки производили ее мобилизацию и резекцию трансанальным путем с формированием анастомоза в области зубчатой линии или метод A.Longo с использованием набора PPH-01. При ретроспективном анализе историй болезни и повторном углубленном обследовании пациенток, у которых после удачно произведенной коррекции ректоцеле симптомы обструктивной дефекации сохранялись, выделена группа больных с выраженной атрофией мышц тазового дна. У этих больных традиционной задней кольпорафии явно недостаточно. В последнее время для усиления поддерживающей функции последнего, нами с хорошими результатами используется синтетическая сетка. В наших наблюдениях ректоцеле наиболее часто сочеталось с опущением передней стенки влагалища, мочевого пузыря, матки. Опущение передней стенки влагалища и мочевого пузыря сопровождалось стрессовым недержанием мочи. Хирургическое лечение включало в себя переднюю кольпорафию, ретросимфизарную

везикопексию по Marshall-Marchetty-Kranza, кольпосуспензию по Burch, пластику уретры по Kelly, различные модификации вентрофиксации матки и влагалища трансвагинальным и абдоминальным доступом в зависимости от показаний и сексуальной активности пациенток.

При полном выпадении матки – одно из наиболее распространенных оперативных вмешательств – ее экстирпация, так как различные способы вентрофиксации собственными связками малоэффективны и имеют большой процент рецидивов. Однако, в связи с относительно высокой частотой осложнений, летальности, а также тем, что многие женщины связывают удаление матки с потерей собственной физической полноценности, вопрос о показаниях к экстирпации матки в последнее время подвергается пересмотру (G.A.Bachmann, 1990; P.A.Wingo et al., 1985 и др.). Наиболее перспективной, с нашей точки зрения, при выпадении матки является ее фиксация с использованием синтетических материалов. При проляпсе матки у молодых женщин, желающих ее сохранить мы производим фиксацию шейки матки к крестцу синтетической сеткой (наша модификация операции Широкара), которую дополняем ампутацией элонгированной шейки, пликацией маточносакральных связок, уменьшением глубины Дугласова кармана и натяжением круглых связок по одному из возможных вариантов для усиления антеверсии дна матки. Произведено 10 подобных операций. Результаты прослежены от 6 мес. до 1,5 лет. Рецидивов не отмечено. У одной больной отмечено опущение матки I степени и у одной - II степени, что мы связываем с погрешностями в технике (недостаточное натяжение сетки) на этапе освоения операции. Хотя для более точных выводов необходим дальнейший набор клинического материала и более отдаленные сроки наблюдения.

В случаях полного выпадения матки недержания мочи не отмечалось, а имело место затрудненное мочеиспускание вследствие перегиба шейки мочевого пузыря и прокси-

мального отдела уретры. Тем не менее, при проведении влагалищной экстирпации матки или ее вентрофиксации во всех подобных случаях в обязательном порядке с целью предупреждения возможного недержания мочи выполняли операцию Kelly, т.к. при восстановлении нормальных анатомических соотношений между передней стенкой влагалища и задней стенкой мочевого пузыря происходит увеличение наружного пузырно-уретрального угла.

Тазовый пролапс часто сопровождается инконтиненцией, что, по мнению некоторых авторов, связано с денервацией мышц тазового дна и увеличением аноректального угла (J.D.Hardcastle, A.G.Parks, 1970; M.M.Henry, 1982; M.Swash, 1982). При имеющейся недостаточности анального сфинктера в обязательном порядке производили переднюю и заднюю сфинктеропластическую операцию.

В пред- и послеоперационном периоде проводились микробиологические исследования, включающие в себя идентификацию характера микрофлоры, степень микробной обсемененности влагалища и послеоперационных ран, определение чувствительности микроорганизмов к используемым антибактериальным препаратам и эффективность последних. Процесс заживления послеоперационных ран контролировали цитологически.

Женщинам в перименопаузе назначалась заместительная гормональная терапия, как дополнение к оперативному лечению, так и как самостоятельный метод лечения при незначительно выраженной клинике пролапса.

Изучение эффективности разработанной комплексной программы лечения тазового пролапса и связанных с ним заболеваний прямой кишки и анального канала проводится в сравнительном аспекте с ретроспективными данными. Контрольную группу составили больные, оперированные ранее по поводу отдельных видов указанной патологии.

Предварительные исследования показали, что процент рецидивов в контрольной группе по срокам наблюдения выше. Часть больных были не удовлетворены результатами лечения и обращались повторно по поводу не устраненной одномоментно патологии.

Выводы:

- Синдром опущения тазовых органов у женщин является актуальной проблемой клинической медицины. Этот синдром выражается в различных функциональных и анатомических нарушениях, которые преимущественно встречаются не изолированно, а сочетанно. Наиболее часто он проявляется опущением матки, мочевого пузыря, стенок влагалища, прямой кишки, энтероцеле и сопровождается различными функциональными расстройствами, такими как стрессовое недержание мочи, обструктивная дефекация или инконтиненция.

- На фоне пролапса тазового дна чаще, чем обычно развиваются такие заболевания как геморрой, анальная трещина, хронический парапроктит. Частота рецидивов и неудовлетворительных результатов лечения этих заболеваний значительно выше, если при хирургическом лечении указанной патологии одновременно не производится коррекция тазового пролапса.

- Все виды указанной патологии требуют комплексного обследования и лечения, что позволяет добиться лучших анатомических и функциональных результатов, снизить процент рецидивов, исключает необходимость повторных операций по поводу не устраненных одномоментно нарушений.

- Рациональное использование лечебно-диагностических мероприятий позволит добиться значительного улучшения качества жизни данного контингента больных и ощутимого экономического эффекта.