

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Батаев С.А.^{1,2}, Жандаров К.Н.², Кулага А.В.², Ушкевич А.Л.¹

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²,

Гродно, Республика Беларусь

Введение. В современной литературе отображено большое количество способов лечения и хирургических методов коррекции, в том числе лапароскопических видов пластики тазового дна, вентропексии, операции жёсткой фиксации, в том числе операции с использованием новейших сетчатых эксплантатов [1, 2, 3, 4]. Несмотря на это, проблема лечения пролапса тазовых органов остаётся весьма актуальной. Выпадение прямой кишки, выпадение матки и влагалища, патологии ректовагинальной перегородки, ректоцеле, эвенто- и цистоцеле и их сочетания с большим спектром клинических проявлений, в том числе различных степеней инконтиненции, ведут к снижению трудоспособности и значительно влияют на социальную адаптацию, особенно возрастных пациентов [2, 4]. Это, а также отсутствие идеального способа хирургической коррекции, является трудноразрешимой задачей, решением которой плотно занимаются различные специалисты: урологи, гинекологи и хирурги-проктологи [1, 2].

Цель. Оценка результатов лечения пациентов с различными формами пролапса тазовых органов с применением объективных методов исследования и модифицированных опросников оценки качества жизни.

Материалы и методы. За период времени с сентября 2010 года по сентябрь 2012 года на базе проктологического отделения УЗ «ГОКБ» были прооперированы пациенты с различными видами пролапса тазовых органов, которые разделены по группам (таблица).

Во всех случаях применялся способ лапароскопической ректопексии или ректокольпопексии с пластикой тазового дна и ректовагинальной перегородки с использованием сосудистых протезов по разработанным кафедрой методикам.

Таблица – Пациенты с различными видами тазового пролапса

Диагноз	Количество
Выпадение прямой кишки III степени (инконтиненция II)	6
Выпадение прямой кишки III степени (инконтиненция III)	9
Ректоцеле III степени, проктогенный копростаз	10
Выпадение влагалища, после надвлагалищной ампутации матки, ректоцеле II степени	2
Выпадение матки, ректоцеле II степени, цистоцеле II степени	1

Основными этапами операций были:

- рассечение брюшины в области ректовагинальной складки у женщин, в области ректовезикальной складки у мужчин;
- выделение прямой кишки по переднебоковым поверхностям на различную длину;
- рассечение брюшины в области мыса крестца и выделение его до надкостницы;
- фиксирование банж сосудистого протеза к переднебоковым стенкам прямой кишки и задней стенки влагалища;
- подтягивание прямой кишки кверху с последующей фиксацией в подготовленном ложе к надкостнице мыса крестца герниостеплером или несколькими швами darvin 1.0, под контролем пальца через минидоступ над лоном;
- во всех случаях применялась оригинальная методика гофрирования прямой кишки.

Результаты. В послеоперационном периоде осложнений не было, швы снимались на 7-е сутки, дренаж из малого таза удалялся на 2-е сутки. Больные были осмотрены в среднем через 6 месяцев – 1 год, эпизодов повторного пролапса не было. Субъективно результатами лечения больные довольны. Неприятных ощущений и дискомфорта не отмечали. Результаты лечения оценивались инструментальными методами диагностики (ультразвуковое исследование, латеральная проктография) и по модифицированным опросникам оценки качества жизни и физического здоровья.

Выводы. Анализируя предварительные результаты лечения данной группы пациентов, страдающих различными видами пролапса тазовых органов, установлено, что использование лапароскопических и видеоассистированных методик для реконструктивных операций с пластикой различными сетчатыми эксплантами при данной патологии может вполне конкурировать с классическими методами пластики ввиду малой травматичности, отсутствия осложнений, связанных с передней и задней кольпорафией, при выполнении пластики классическим методом, также гофрированные бранши протеза более эластичны и создают так называемый запас подвижности, что не вызывает дискомфорта, болей и нарушения функции органов малого таза в дальнейшем.

Литературные ссылки.

1. Абуладзе, Т.В., Шапатава, К.В., Иванишвили, Т.К., Такаишвили, Р.Г. Операции при комбинированном выпадении прямой кишки и матки, недостаточности анального жома и ректоцеле. Актуальные проблемы колопроктологии. V Всероссийская конф. с междунар. участием. Тез. докл. – Ростов-на-Дону, 2001. – С.4.

2. Афендулов, С.А., Шептунов, Ю.М., Тарасенко, С.А., Латышев, Ю.П., Введенский, В.С. Выбор метода хирургического лечения ректоцеле. Актуальные проблемы колопроктологии. I съезд колопроктологов России с междунар. участием. Тез. докл. – Самара, 2003. – С. 24–25.

3. Antiphon P., Elard S., Benyoussef A., Fofana M., Yiou R., Gettman M. et al. Laparoscopic promontory sacral colpopexy: is the posterior, rectovaginal, mesh mandatory? Eur. Urol., 2004; 45: 655–661.

4. Barthet M., Portier F., Heyries L., Orsoni P., Bouvier M., Houtin D., Barriere N., Salducci J., Grimaud J.C. Dynamic anal endosonography may challenge defecography for assessing dynamic anorectal disorders: results of a prospective pilot study. – Endoscopy, 2000; 32: 300–305.