

функции прямой кишки. При определении положения аноректальной зоны исходили из того, что в покое она должна располагаться не ниже 3 см от лобково-копчиковой линии, а при натуживании не должна смещаться ниже исходного уровня более чем на 3 см. Превышение этих показателей расценивалось как опущение тазового дна. Отсутствие смещения аноректальной зоны в фазе волевого сокращения свидетельствовало об опущении промежности в стадии декомпенсации мышц тазового дна.

Основным объемом оперативного лечения являлась установка проленовых имплантов системы Prolift (в сочетании с леваторопластикой или без нее). При этом Prolift Total был установлен в 42 (67,7%) случаях, изолированный задний протез Prolift Posterior — в 20 (32,3%) случаях. В связи с миомой матки, аденомиозом, полным выпадением матки в 23 (37,1%) случаях выполнена гистерэктомия. 9 (14,5%) женщинам в связи с элонгацией шейки матки I–II степени (классификация Б. Л. Рубина, Д. Ф. Каримовой, 1988) произведена ампутация шейки матки. У больных со стрессовым недержанием мочи субуретральная пластика петлей TVT-Obturator (ETHICON “Women’s Health & Urology” Johnson & Johnson Company, США) выполнена в 34 (54,8%) случаях, петлей TVT-Secur (ETHICON “Women’s Health & Urology” Johnson & Johnson Company, США) в 1 (1,6%) случае.

Результаты

При выполнении проктодефекографии до операции ректоцеле 2 степени было выявлено у 26 (41,9%) пациенток, ректоцеле 3 степени — у 6 (58,1%) больных. Опущение промежности было диагностировано у 54 (87,1%) женщин, при этом у 19 (30,6%) женщин было отмечено отсутствие смещения аноректального соединения при волевом сокращении, что свидетельствует об

опущении промежности в стадии декомпенсации мышц тазового дна. Задержка контраста в «кармане» ректоцеле была отмечена в 24 (38,7%) случаях. Через 6 месяцев после хирургического лечения с помощью системы Prolift ректоцеле не выявлялось с помощью дефекографии у 53 (85,5%) пациенток. В 6 (9,7%) наблюдениях отмечалось ректоцеле 2 степени, и у 3 (4,8%) пациенток был выявлен рецидив ректоцеле 3 степени. Опущение промежности сохранялось у 24 (38,7%) больных, задержка контраста в «кармане» ректоцеле — у 3 (4,8%) пациенток с рецидивом ректоцеле 3 степени.

Заключение

В результате оперативного лечения ректоцеле с помощью системы Prolift произошло значимое устранение выпячивания передней стенки прямой кишки ($p < 0,001$) и восстановление эвакуации контраста у большинства пациенток (85,5 и 87,5% соответственно). Практически у половины больных (48,8%) диагностировано статистически значимое ($p < 0,001$) восстановление положения промежности относительно лобково-копчиковой линии. Необходимо отметить, что из 9 пациенток, которым наряду с установкой Prolift Posterior выполняли перинеолеваторопластику, только у 2 сохранялись рентгенологические признаки опущения промежности после оперативного лечения. Т. е., сочетание установки системы Prolift posterior и леваторопластики является дополнительным фактором, способствующим восстановлению нормальной анатомии тазового дна. Таким образом, использование дефекографии в обследовании пациенток с ректоцеле позволило нам объективно оценить степень вовлечения прямой кишки в патологический процесс, выявить больных с декомпенсированным пролапсом гениталий и ректоцеле, подтвердить эффективность используемого нами метода лечения ректоцеле.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЗИ ТАЗОВОГО ДНА В ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОК С РЕКТОЦЕЛЕ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ PROLIFT

© В. Ф. Беженарь¹, Е. В. Богатырева², Н. Г. Павлова¹, В. С. Прохорова¹, Э. К. Айламазян^{1,2}

¹ НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗОРМН;

² Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, кафедра акушерства и гинекологии, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

Ректоцеле — это дивертикулообразное выпячивание передней стенки прямой кишки в сторону влагалища, связанное с опущением и выпадением

внутренних половых органов (ОиВВПО) и являющееся проявлением дисфункции тазового дна. К сожалению, до настоящего времени диагностические подходы к обследованию пациенток с этим

заболеванием ограничиваются сбором анамнеза и клиническим осмотром, после которого перед хирургом стоит проблема определения тактики ведения больных, выбора способа оперативного лечения и оценки его эффективности. Это осложняется многообразием жалоб, предъявляемых пациентками с ректоцеле, частым несоответствием характера и выраженности жалоб имеющимся изменениям, сложностью комплексных функциональных нарушений мышц промежности и органов малого таза. Решить поставленные задачи позволяет комплексное обследование больных с использованием инструментальных методов, в том числе УЗИ тазового дна.

Цель исследования

Оценка эффективности применения системы Prolift™ (ETHICON “Women’s Health & Urology” Johnson & Johnson Company, США) для лечения ректоцеле с использованием УЗИ тазового дна.

Материал и методы

На базе НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗОРМН проведено обследование и хирургическое лечение 62 больных с ректоцеле 2–3 степени (классификация В. Д. Федорова и Ю. В. Дульцева, НИИ проктологии МЗ РФ, 1984) при пролапсе гениталий II–IV стадии (классификация POP-Q, ICS, 1996) в возрасте от 42 до 87 лет (средний возраст составил $58,0 \pm 3,2$).

УЗ-исследование каждой пациентки до и после операции проводилось на аппарате Voluson-730 expert (GE) вагинальным датчиком с частотой 6,5 МГц, расположенным в преддверии влагалища, в положении пациентки лежа на спине с наполненным мочевым пузырем (лаборатория физиологии и патофизиологии плода НИИАиГ им. Д. О. Отта СЗОРМН (зав. лабораторией — проф. Н. Г. Павлова).

В поперечном сечении оценивались анальный сфинктер и прилежащие к нему структуры треугольника тазового дна: сухожильный центр промежности, мышечные пучки леваторов, выявлялись УЗ-признаки недостаточности мышц тазового дна, дефекты тазовой фасции. В сагитальном сечении диагностировалось наличие ректоцеле в покое и при натуживании, в послеоперационном периоде оценивали расположение имплантов в полости малого таза, положение нижнего края Prolift Posterior по отношению к прямой кишке. Основным объемом оперативного лечения являлась установка проленовых имплантов системы Prolift. При этом Prolift Total был установлен в 42 (67,7%) случаях, изолированный задний протез Prolift Posterior — в 20 (32,3%) случаях. В связи с миомой матки, аденомиозом, полным

выпадением матки в 23 (37,1%) случаях выполнена гистерэктомия. 9 (14,5%) женщинам в связи с элонгацией шейки матки I–II степени (классификация Б. Л. Рубина, Д. Ф. Каримовой, 1988) произведена ампутация шейки матки. У больных со стрессовым недержанием мочи субуретральная пластика петлей TVT-Obturator (ETHICON “Women’s Health & Urology” Johnson & Johnson Company, США) выполнена в 34 (54,8%) случаях, петлей TVT-Secur (ETHICON “Women’s Health & Urology” Johnson & Johnson Company, США) в 1 (1,6%) случае.

Результаты

При предоперационном ультразвуковом исследовании тазового дна у всех 62 больных было выявлено ректоцеле, наличие которого было подтверждено во время операции. Таким образом, диагностическая чувствительность УЗИ в диагностике ректоцеле составила 100%. Для определения чувствительности и специфичности УЗИ тазового дна в отношении выявления дефектов тазовой фасции во время операции отмечали наличие макроскопических дефектов в ректовагинальной перегородке, видимых невооруженным глазом. Истинно-положительный результат был отмечен в 19 (30,6%) случаях, истинно-отрицательный — в 10 (16,1%) случаях, ложно-отрицательный — у 4 (6,4%) больных, ложно-положительный — у 10 (16,1%) больных. Таким образом, диагностическая чувствительность УЗИ тазового дна в отношении выявления дефектов тазовой фасции составила 82,6%, а диагностическая специфичность — 78,3%. УЗ-признаки недостаточности мышц тазового дна (расширение межлеваторного пространства, истончение и снижение эхогенности мышц-леваторов, снижение высоты промежности) были отмечены у 53 (83,9%) больных. Признаки гипермобильности уретры визуализировались у 35 (56,5%) пациенток со стрессовым недержанием мочи, сочетающимся с наличием ректоцеле.

Через 6 месяцев после оперативного лечения с помощью УЗИ тазового дна были обследованы все 62 пациентки. При этом ректоцеле было отмечено у 5 (8,1%) женщин, УЗ-признаки недостаточности мышц тазового дна — у 7 (11,3%) больных, дефекты тазовой фасции — у 5 (8,1%) пациенток. Признаков гипермобильности уретры у пациенток после антистрессовых операций не было выявлено. Отмечено достоверное ($p < 0,01$) снижение частоты визуализации описанных признаков в сравнении с дооперационными результатами.

УЗ(4,8%)больныхспомощьюУЗ-исследования были установлены причины возникновения рецидива ректоцеле в отдаленном послеоперационном

периоде: в 2 случаях визуализировалось смещение импланта Prolift Posterior, и у 1 пациентки отмечалось формирование ректоцеле при натуживании под нижним краем задней части импланта. Кроме того, наличие ректоцеле при нормальном расположении в малом тазу Prolift Posterior было диагностировано у 2 (3,2%) больных. Эти случаи мы не рассматривали как рецидивы ректоцеле, т. к. в результате оперативного лечения произошло значительное улучшение анатомических взаимоотношений между структурами тазового дна: от тяжелой стадии пролапса задней стенки влагалища (IV–III) и декомпенсированной 3 степени ректоцеле до незначительно выраженного опущения (I–II стадия) и отсутствия или 1 степени бессимптомного ректоцеле.

Заключение

В нашем исследовании выполнение УЗИ тазового дна у пациенток до операции подтвердило наличие ректоцеле у всех больных, эхографические признаки недостаточности мышц тазово-

го дна и несостоятельности соединительной ткани были выявлены у большинства (83,9%) больных. В такой ситуации хирургическая коррекция ректоцеле традиционными способами с использованием собственных «неполноценных» тканей пациентки, вероятно, имела бы невысокую эффективность. Создание же «неофасции» с помощью проленового импланта Prolift Posterior позволило устранить фасциальные дефекты (73,7%), восстановить прочную фиксацию фасций к стенкам таза, ликвидировать ректоцеле (92,0%). Выполнение УЗИ тазового дна в послеоперационном периоде было необходимым для визуализации расположения MESH в полости малого таза по отношению к прямой кишке, т. е. для оценки анатомического и функционального результата хирургического лечения ректоцеле. Статистически значимое снижение ($p < 0,001$) частоты недостаточности мышц тазового дна, устранение ректоцеле ($p < 0,001$) и дефектов ректовагинальной фасции ($p < 0,01$) объективно доказывает эффективность данного способа хирургического лечения ректоцеле.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИСТЕМЫ PROLIFT ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕКТОЦЕЛЕ ПРИ ОПУЩЕНИИ И ВЫПАДЕНИИ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

© В. Ф. Беженарь¹, Е. В. Богатырева²

¹ НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗОРМН;

² Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, кафедра акушерства и гинекологии, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

Пролапс тазовых органов (ПТО) на протяжении многих лет остается достаточно распространенным гинекологическим заболеванием. Ректоцеле (дивертикулообразное выпячивание передней стенки прямой кишки в сторону влагалища) этиологически и патогенетически связано с пролапсом гениталий и является проявлением дисфункции тазового дна. Высокий уровень рецидивов (20–43% по данным А. М. Аминова, 1979; Г. И. Воробьева, 2001; А. Б. Смирнова и соавт., 2006; Y. Abramov et al., 2003, 2004), неудовлетворительные функциональные результаты после оперативного лечения ректоцеле традиционными способами стимулировали развитие новых подходов к хирургической коррекции данного заболевания.

Цель исследования

Определение эффективности применения системы для реконструкции тазового дна у женщин Prolift™ (ETHICON “Women’s Health & Urology”

Johnson & Johnson Company, США) в лечении ректоцеле при пролапсе тазовых органов.

Материал и методы

В исследование были включены 62 пациентки в возрасте от 42 до 87 лет, средний возраст составил $58,0 \pm 3,2$. При гинекологическом исследовании пролапс задней стенки влагалища (точка Bposterior) II стадии диагностирован у 19 (30,60%) человек, III стадии — у 32 (51,6%) больных, IV стадии — в 11 (17,7%) случаях (классификация POP-q, ICS, 1996). При ректальном исследовании ректоцеле 2 степени (по классификации В. Д. Федорова и Ю. В. Дульцева, НИИ проктологии МЗ РФ, 1984) было диагностировано у 28 (45,2%) больных, ректоцеле 3 степени выявлено в 34 (54,8%) случаях. Из них у 9 (14,4%) больных был выявлен рецидив ректоцеле, который возник после перенесенной ранее задней кольпоррафии с перинеолеваторопластикой. В 35 (56,4%) случаях отмечалось недержание мочи при напряжении (НМНН) 2–3 типа (классификация ICS,