

- Пропалс гениталий, осложненный сочетанием ДМП и ДПК.
- Пропалс гениталий, осложненный сочетанием ДМП и СД.
- Пропалс гениталий, осложненный сочетанием ДПК и СД.
- Пропалс гениталий, осложненный сочетанием ДМП, ДПК и СД.

Заключение

Предложенная нами рабочая классификация пролапса гениталий по степени выраженности, наличию функциональных нарушений и локализации повреждения мышечно-фасциальных структур малого таза позволяет наиболее оптимально выбирать метод и объем оперативного вмешательства и оценить его эффективность.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕКТОЦЕЛЕ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ PROLIFT

© В. Ф. Беженарь¹, Е. В. Богатырева², Е. С. Недялкова¹, Э. К. Айламазян^{1,2}

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

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

Актуальность проблемы

Ректоцеле — это одно из патологических состояний, связанных с ПТО, и привлекающее внимание специалистов различных областей медицины. Гинекологи определяют ректоцеле как опущение и выпадение задней стенки влагалища (Василевская Л. Н., 1985), а проктологи — как дивертикулообразное выпячивание передней стенки прямой кишки в сторону влагалища, а также в сторону анокопчиковой связки (Аминев А. М., 1979; Федоров В. Д., 1984). Проблема разработки оптимального диагностического алгоритма в обследовании пациенток с ректоцеле на до- и послеоперационном этапах сохраняет актуальность и в настоящее время. По мнению S. Karasick et al. (1993), D. Altman et al. (2005), A. Groenendijk et al. (2008), выполнение эвакуаторной проктографии является «золотым» стандартом в обследовании больных с ректоцеле, особенно на этапах планирования хирургического лечения и оценке его эффективности.

Цель исследования

Оценить необходимость использования эвакуаторной проктографии для определения эффективности хирургического лечения ректоцеле с помощью системы Prolift (ETHICON “Women’s Health & Urology” Johnson & Johnson Company, США).

Материал и методы

На базе НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗОРАМН 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). Средний возраст пациенток составил $58,0 \pm 3,2$ (от 42 до 87 лет).

Эвакуаторная проктография всем больным до и после операции выполнялась в кабинете рентгенодиагностики НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗОРАМН (зав. кабинетом Е. С. Недялкова) по методике, предложенной в ГНЦ колопроктологии МЗ РФ (Зароднюк И. В., 2004). Исследование проводилось после подготовки кишки с помощью очистительной клизмы объемом 0,5 л. В прямую кишку в положении больного «стоя» с помощью спринцовки объемом 200–250 мл вводили бариевую пасту, по консистенции сходную с фекалиями, до появления позыва на дефекацию. Затем в положении пациентки «сидя» на специальном стуле выполнялась рентгенография прямой кишки в боковой проекции в покое, при волевом сокращении, натуживании и в финальной стадии опорожнения. По длительности исследование занимало 10–15 минут. Лучевая нагрузка на пациентку составляла от 0,8 до 3,4 мЗв. Оценивались следующие рентгенологические параметры: положение аноректального соединения в покое, при волевом сокращении и натуживании относительно лобково-копчиковой линии; величина аноректального угла в покое, при волевом сокращении и при натуживании; наличие ректоцеле; полнота эвакуации содержимого прямой кишки. Рентгенологическими критериями определения степени ректоцеле являлись размеры выпячивания передней стенки прямой кишки: 1 степень — менее 2 см, 2 степень — 2–4 см, 3 степень — более 4 см. Задержка контрастного вещества в «кармане» ректоцеле в фазе опорожнения отражала нарушение эвакуаторной

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