

На правах рукописи

БРАТИЩЕВА НАТАЛЬЯ НИКОЛАЕВНА

**КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКТОЦЕЛЕ С
АПИКАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКОЙ**

14.01.17 Хирургия

Автореферат

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Белгород – 2018

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Министерства образования и науки Российской Федерации

Научный руководитель:

Олейник Наталья Витальевна – доктор медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты:

Тотиков Валерий Зелимханович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней № 2 ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, заслуженный врач РФ и Северной Осетии, главный хирург Минздрава Северной Осетии,

Соловьев Алексей Олегович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России,

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Защита состоится «__» _____ 2018 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 212.015.16, созданного на базе федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Минобрнауки России, по адресу: 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Минобрнауки России и на сайте организации: <https://www.bsu.edu.ru/bsu/>

Автореферат разослан «__» _____ 2018 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета**

Ярош Андрей Леонидович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Синдром опущения органов малого таза впервые был описан А. Parks в 1966 году (А. G. Parks и соавт., 1966). Однако до настоящего времени проблема его лечения далека от разрешения (А. В. Журавлев и соавт., 2016, 2017). Опущение тазовых органов развивается в результате ослабления или повреждения поддерживающих структур тазового дна и отмечается у 30-50% женщин (US Food and Drug Adm., 2017).

Исследование, проведенное в 2005-2006 гг. в США под руководством Национального центра медицинской статистики (National Centers for Health Statistics Centers for Disease Control and Prevention) показало, что частота развития опущения тазовых органов не зависит от национальности, а находится в прямой пропорциональной зависимости от возраста, количества родов и массы тела (I. Nygaard и соавт., 2008). Профилактические осмотры, проведенные в России показали, эта патология встречается у 20% женщин до 50 лет и более чем у 50% женщин старше 50 лет (В. Ф. Куликовский, Н. В. Олейник, 2008).

В связи с увеличением продолжительности жизни женского населения необходимы исследования для планирования адекватной медицинской помощи при данной патологии (В. Е. Радзинский и соавт., 2012; Ю. А. Шельгин и соавт., 2015; M. F. Wilkins, M. W. Jennifer, 2016). Опущение тазовых органов значительно снижает качество жизни больных, проявляясь различными симптомами со стороны толстой кишки (обструктивная дефекация, недержание кишечного содержимого), нижних отделов мочевыводящих путей (недержание мочи при напряжении, ургентное недержание мочи, затрудненное мочеиспускание), сексуальными нарушениями и требует в большинстве случаев хирургического лечения (П. В. Царьков и соавт., 2012; V. Podzemny, 2015; А. А. Попов и соавт., 2015, 2016).

По данным С. Maher, В. Feinert и соавт. (2013), J. M. Wu и соавт. (2014), А. N. Alas и соавт. (2015) до 12,5% женщин имеют риск подвергнуться хирургическому вмешательству по поводу опущения тазовых органов в течение жизни. Ежегодно около 300000 женщинам в США проводятся различные оперативные вмешательства по поводу опущения тазовых органов (US FDA, 2017). Многие исследователи связывают опущение тазовых органов с наследственной слабостью соединительной ткани (В. Е. Радзинский и соавт., 2014; И. В. Краснопольская и соавт., 2015), что является фактором, обосновывающим использование при хирургическом лечении синтетического материала для замещения фасциальных структур тазового дна (Д. Д. Шкарупа, Н. Д. Кубин, 2015; М. Л. Ханзадян, В. Е. Радзинский, 2016).

Степень разработанности темы исследования. Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний при опущении тазовых органов является ректоцеле, проявляющееся нарушением дефекации. За последние 10 лет появилось большое количество исследований по изучению рисков, исходов, частоты повторных вмешательств, оптимальных хирургических доступов при оперативных вмешательствах, выполняющихся по поводу ректоцеле. Несмотря на это, до настоящего времени не существует стандартов в выборе

метода коррекции данной патологии. Рецидивы и неудовлетворительные результаты лечения составляют 25-30%.

Учитывая выше изложенное, на базе кафедры госпитальной хирургии Белгородского национального исследовательского университета «НИУ БелГУ» и отделения колопроктологии ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» проведено исследование, направленное на улучшение результатов лечения ректоцеле у женщин.

Целью исследования является улучшение результатов лечения ректоцеле у женщин и повышение качества жизни этой категории больных.

Задачи исследования.

1. Изучить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения ректоцеле с использованием методики задней кольпорафии (ЗКР), системы Gynecare Prolift (фирмы Джонсон&Джонсон), степлерной трансанальной резекции слизистой прямой кишки (STARR).

2. Изучить роль слабости связочного аппарата матки (апикального проляпса) в развитии компенсаторного «верхнего» ректоцеле после ЗКР.

3. Обосновать целесообразность коррекции ректоцеле на фоне слабости апикальной поддержки путем внутрибрюшной сакрокольпоректопексии с использованием сетчатого импланта.

4. Проанализировать качество жизни (КЖ) пациенток с ректоцеле до оперативного вмешательства и после него с учетом внедрения внутрибрюшной сакрокольпоректопексии в практику хирургической коррекции ректоцеле у пациенток со слабостью апикальной поддержки.

Научная новизна. Представленные в работе результаты целенаправленных комплексных исследований позволили научно обосновать рациональные пути решения проблемы хирургического лечения ректоцеле у женщин. Изучены и систематизированы причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения ректоцеле. Проведенные в этом направлении исследования показали в ряде случаев их связь со слабостью апикальной поддержки влагалища. Показано, что неудовлетворительные результаты лечения этой категории больных связаны с низкой эффективностью и большим количеством осложнений широко применяемых хирургических методик. Обоснована возможность и целесообразность коррекции ректоцеле у пациенток со слабостью связочного аппарата матки путем внутрибрюшной сакрокольпоректопексии с использованием синтетического импланта. Научная новизна выражается также в использовании современных диагностических технологий, в частности МРТ, для ранней диагностики слабости апикальной поддержки.

Теоретическая и практическая значимость. В работе показана роль слабости связочного аппарата матки для дальнейшего развития апикального проляпса влагалища и «верхнего» ректоцеле. Оптимизирован и внедрен в практику метод хирургического лечения пациенток с ректоцеле на фоне слабости связочного аппарата матки, что позволит избежать рецидива ректоцеле и развития в дальнейшем апикального проляпса, а, следовательно,

повторных операций. Практическое значение выполненной работы заключается в реальной доступности и простоте выполнения изложенных в ней методик и рекомендаций. Широкое внедрение разработанных в работе подходов к хирургическому лечению ректоцеле на фоне слабости связочного аппарата матки позволит существенно улучшить анатомические и функциональные результаты коррекции данной патологии и существенно повысить КЖ этой категории пациенток.

Методология и методы диссертационного исследования.

Диссертационная работа посвящена сравнительной оценке различных методов хирургической коррекции ректоцеле у женщин на основании анализа отдаленных результатов лечения. На основании проведенных исследований доказана необходимость апикальной поддержки влагалища у женщин с ректоцеле и слабостью связочного аппарата матки. Анализ причин неудовлетворительных результатов лечения ректоцеле и рецидивов заболевания показал необходимость ранней диагностики слабости связочного аппарата матки у этой категории больных. В работе использованы клинические, рентгенологические, ультразвуковые методы исследования. Показано, что основная роль в диагностике слабости связочного аппарата матки принадлежит МРТ. Результаты лечения оценивались также на основании Кливлендской шкалы запоров и валидированного опросника по качеству жизни для пациенток с опущением органов малого таза и тазового дна ПД-КЖ. Полученные выводы и рекомендации являются результатами статистической обработки данных.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Ректоцеле у женщин редко встречается в виде изолированной патологии. В 35% случаев существует взаимосвязь между задним пролапсом и слабостью связочного аппарата матки (апикальной поддержкой). У 40,7% пациенток с ректоцеле имеется опущение слизистой прямой кишки. В 25% случаев эта патология является сочетанной.

2. У 80% больных ректоцеле с сопутствующим пролапсом слизистой прямой кишки, на фоне нескоррегированной апикальной поддержки, после резекции избытка слизистой (операция STARR) в течение 5 лет наступает рецидив пролапса.

3. Высокий процент рецидивов в реконструктивной хирургии ректоцеле, достигающий 32,9%, требует ее усовершенствования, в том числе использования дополнительных синтетических материалов.

4. При коррекции ректоцеле у пациенток со слабостью крестцово-маточных и кардинальных связок необходима дополнительная апикальная поддержка влагалища. Абдоминальная сакрокольпоректопексия с использованием синтетического импланта является эффективным методом коррекции ректоцеле.

5. Для ранней диагностики слабости апикальной поддержки влагалища целесообразно использовать МРТ. Повышенная подвижность

маточно-шеечного сегмента позволяет судить о слабости связочного аппарата матки.

б. Создание апикальной поддержки у пациенток с ректоцеле на фоне слабости связочного аппарата матки приводит к повышению КЖ данной категории больных.

Внедрение результатов исследования в практику здравоохранения.

Основные положения диссертации внедрены в работу колопроктологического и гинекологического отделений ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», в учебный процесс циклов усовершенствования по хирургии кафедры госпитальной хирургии Белгородского национального исследовательского университета НИУ «БелГУ».

Степень достоверности и апробация результатов.

Достоверность результатов исследования и сформулированные научные выводы диссертационной работы основаны на данных, полученных в результате современных методов статистической обработки материала.

Основные положения диссертации доложены на Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы колопроктологии», Смоленск, 2014 г.; Международном объединенном конгрессе ассоциации колопроктологов России и первым ESCP/ECCO региональном мастер-классе, Москва, 2015 г.; Всероссийском съезде колопроктологов с международным участием «Оперативная и консервативная колопроктология: современные технологии для высокого качества жизни пациента» и Объединенном Каспийском и Байкальском форуме по проблемам ВЗК, Астрахань, 2016 г.; Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы колопроктологии», Воронеж, 2017 г.; на заседании кафедры госпитальной хирургии ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» НИУ «БелГУ» (13 февраля 2018).

По материалам и результатам исследования опубликовано 16 научных работ, в том числе 4 – в изданиях, определенных Высшей аттестационной комиссией Министерства образования и науки РФ.

Личный вклад автора в проведенные исследования состоит в его непосредственном участии во всех этапах исследования, анализе и обобщении полученных результатов. В качестве ассистента автор участвовал в большинстве хирургических вмешательств и самостоятельно выполнял отдельные этапы.

Объем и структура диссертации.

Диссертационная работа изложена на 128 страницах машинописного текста и состоит из введения, главы обзора литературы, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. Библиографический указатель включает 179 работ цитируемых авторов, из них 63 отечественных и 116 зарубежных. Работа иллюстрирована 16 рисунками, 16 таблицами и 1 схемой.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. Научно-исследовательская работа по улучшению результатов лечения опущения органов малого таза у женщин проводится на базе кафедры госпитальной хирургии Белгородского национального исследовательского университета НИУ «БелГУ» и колопроктологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» с 2000г. Выполненная работа является частью данного комплексного исследования и содержит материалы изучения результатов различных методов коррекции ректоцеле, в том числе, в сочетании со слабостью связочного аппарата матки и с опущением слизистой прямой кишки у женщин путем клинических, рентгенологических, ультразвуковых, физиологических, исследований и МРТ, которые проводились на этапе обследования до оперативного лечения и для контроля его эффективности через 6 месяцев после операции и в отдаленном послеоперационном периоде через 5 лет.

В работе проанализированы результаты лечения 167 пациенток с ректоцеле III степени по классификации ГНЦ колопроктологии им. А. Н. Рыжих МЗ РФ или III стадии опущения задней стенки влагалища по международной классификации опущения органов малого таза POP-Q. Пациентки были оперированы в 2007 – 2011 гг. К выбору метода операции осуществлялся дифференцированный подход. Пациенткам с повреждением мышечно-фасциальных структур тазового дна операция производилась с использованием синтетического импланта и набора Gynecare Prolift фирмы Джонсон и Джонсон. Всего операция произведена 54 пациенткам. Пациенткам с умеренными атрофическими изменениями и расхождением мышц, поднимающих задний проход выполнялась задняя кольпорафия (ЗКР). Операция выполнена 113 пациенткам. У 46 из них имелся сопутствующий пролапс слизистой прямой кишки. У пациенток с сопутствующим опущением слизистой прямой кишки ЗКР дополнялась степлерной трансанальной резекцией слизистой прямой кишки (STARR) с использованием циркулярного степлера (набор PPH фирмы Джонсон и Джонсон). Результаты лечения оценивались через 6 месяцев и 5 лет с анализом причин осложнений, неудовлетворительных анатомических и функциональных результатов лечения, рецидивов заболевания.

С учетом этих результатов, которые показали необходимость ранней диагностики слабости связочного аппарата матки и целесообразности дополнительной апикальной поддержки влагалища у 55 (48,6 %) пациенток с ректоцеле, материалом следующей части исследования явились 42 пациентки с ректоцеле III степени и диагностированной при МРТ слабостью апикальной поддержки, которым произведена внутрибрюшная сакрокольпоректопексия с использованием синтетического трансплантата. Контрольную группу составили 39 пациенток с аналогичной патологией, которым для коррекции был установлен имплант Gynecare Posterior, так как при данной методике происходит коррекция апекса влагалища, но с 2012 года она не применяется из-за осложнений, связанных с сеткой. При ЗКР коррекция апикальной поддержки не

осуществляется. Поэтому ее выполнение у пациенток с ректоцеле и слабостью апикальной поддержки в качестве контроля считали некорректным. Всем больным операции произведены в 2012-2013 гг. Изучены ближайшие, через 6 месяцев, и отдаленные, 5-летние, результаты лечения.

Клиническая часть обследования состояла из выяснения жалоб, сбора анамнеза, общего осмотра. На этапе сбора анамнеза и для дальнейшей оценки результатов оперативного лечения больных и КЖ использован валидированный опросник ПД-КЖ для оценки симптомов нарушения функций тазового дна (ТД), разработанный в Санкт-Петербургском государственном университете им. акад. И. П. Павлова М. Ю. Коршуновым и Е. И. Сазыкиной в 2008 г. на основе King's Health Questionnaire для англоязычных пациентов. Опросник включает 40 вопросов с четырьмя вариантами ответов - от 0 (нет) до 3 баллов (значительно). При этом большее количество баллов соответствовало большей выраженности симптомов и более низкому КЖ.

Учитывая, что основной жалобой пациенток с ректоцеле являются запоры, для изучения их выраженности применяли Кливлендскую шкалу запора, предложенную в 1996 г. F. Agachan и соавт. Запорами считали, если пациентка набрала 15 баллов и более.

Для определения степени пролапса использовалась методика POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification System), разработанная R.C.Bump и соавт. в 1996 году, и одобренная комитетом по стандартизации Международного общества по держанию (International Continence Society) в 2002 году.

Пальцевое исследование прямой кишки позволяло оценить тонус анального сфинктера, ослабление его волевого сокращения, подтвердить наличие ректоцеле, а также исключить сопутствующие заболевания (анальную трещину, рак). По выраженности анатомических изменений, основываясь на клинических рекомендациях по колопроктологии РФ (2015), выделяли три степени ректоцеле.

Эндоскопические методы исследования включали ректороманоскопию и видеоколоноскопию. Они выполнялись для исключения сопутствующей патологии толстой кишки. Ректороманоскопия с натуживанием по методу A. Parks позволяла диагностировать опущение слизистой прямой кишки.

Ультразвуковые исследования проводились на аппаратах Logic – 900, Logic – 500, Logic E 9 фирмы «General Electric», Aloka Prosound α7. Использовали трансабдоминальный, промежностный, интритоальный, трансректальный, трансвагинальный методы сканирования в комплексе. Они позволяли визуализировать мышцы ТД, их повреждения, атрофические изменения, степень расхождения леваторов, ректовагинальную фасцию и ее целостность, матку, шейку матки и ее расположение, ректоцеле, опущение слизистой прямой кишки, синтетические материалы, используемые в реконструктивной хирургии.

При рентгенологическом исследовании использован метод дефекографии, предложенный Henry M.M. и Swash M. в 1985 г., при котором после контрастирования прямой кишки с помощью бариевой клизмы получают ее изображение, как в покое, так и во время натуживания и опорожнения в положении пациентки сидя на импровизированном унитазе. Для интерпретации

полученных результатов пользовались данными, полученными при разработке аналогичного метода в ГНЦ колопроктологии МЗ РФ им. А. Н. Рыжих И. В. Зароднюк и соавт., 2005. Для дифференциальной диагностики механизма запоров также производили пассаж бария по кишечнику.

Функции прямой кишки определялись с помощью физиологических тестов, проводимых на регистрирующей компьютерной системе для оценки функций желудочно-кишечного тракта в режиме реального времени Poligraf ID фирмы Medtronic (США). В процессе данного исследования для контроля функции держания определялись следующие параметры: давление при максимальном произвольном сокращении – функция наружного анального сфинктера (НАС), давление в области внутреннего анального сфинктера (ВАС) в покое. Для контроля за функцией опорожнения исследовался ингибиторный рефлекс ВАС на растяжение прямой кишки; чувствительность к объему заполнения прямой кишки: порог чувствительности, объем, вызывающий позыв на дефекацию, эластичность (податливость) стенки прямой кишки. Нормальные показатели рассчитаны в Белгородском межрегиональном колопроктологическом центре Д. А. Сторожиловым при обследовании 50 здоровых добровольцев (2010). Для контроля за функцией опорожнения также производилась баллонография – способность вытолкнуть из прямой кишки баллон объемом 150 мл.

МРТ в комплексной диагностике ТД начала использоваться в нашем центре впервые в России с 2003 г. В своем исследовании мы пользовались критериями нормальной конфигурации ТД, разработанными А. В. Бабаниным (2005). Для диагностики слабости связочного аппарата матки и апикального проляпса в качестве ориентира использовали зону маточно-шеечного перехода, (а не влагалищную часть шейки матки из-за частой элонгации последней при ТП) и лонно-копчиковую линию (ЛКЛ). Зона маточно-шеечного перехода у всех рожавших и нерожавших женщин была расположена в покое на 15 мм и более выше ЛКЛ, при натуживании - на 5 мм и более. Подвижность шейки составляла, в среднем $8,2 \pm 0,8$ мм, не превышая 10 мм.

Статистическую обработку полученных результатов производили на персональном компьютере с использованием статистической программы Биостатистика для Windows 10 (по книге Stanton A. Glantz). Параметры распределения анализируемых признаков указывались в виде: средние значения \pm стандартное отклонение ($X \pm \sigma$), n - объем выборки (численность группы). Статистическая значимость результатов исследования оценивалась различными методами с учетом характера признака и типа распределения. Для сравнения качественных признаков применяли критерий χ^2 для произвольной таблицы сопряженности. Для сравнения количественных признаков в группах наблюдаемых пациентов парное сравнение по критерию Т Манна — Уитни. Для множественного сравнения средних величин применяли однофакторный дисперсный анализ с использованием критерия Ньюмена-Кейса. Достоверными считали различия при $P < 0,05$.

Результаты исследований

Проведен анализ отдаленных результатов хирургического лечения 167 пациенток с ректоцеле с использованием методики Prolift, ЗКР, STARR на основании заполненных опросников ПД-КЖ и клинических данных. По результатам лечения пациентки были разбиты на 3 группы. В первую группу вошли пациентки, у которых наступило выздоровление. Результаты их лечения были оценены как хорошие (от 0 до 40 баллов, в среднем, $23,6 \pm 4,5$ баллов). Во вторую группу были включены пациентки, которые отметили улучшение своего состояния, результаты их лечения были оценены, как удовлетворительные. Симптомы, характерные для ТП их беспокоили мало и незначительно сказывались на повседневной деятельности (46 – 82 балла, в среднем $64,8 \pm 8,5$ баллов). Третью группу составили пациентки с умеренными и выраженными симптомами заболевания, которые в значительной степени ограничивали повседневную деятельность, что было расценено, как неудовлетворительный результат лечения или рецидив (88 – 121 балл, в среднем $111,8 \pm 8,7$ баллов). Больные этих групп достоверно не отличались по демографическим показателям, наличию сопутствующей патологии и степени выраженности проляпса (таблица 1).

Таблица 1

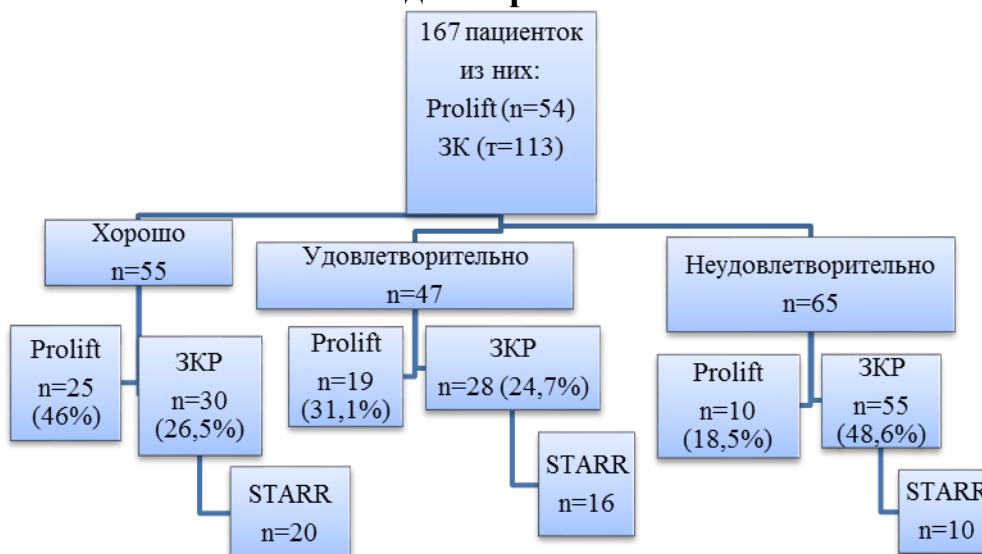
Характеристика групп пациенток, в зависимости от оценки результатов лечения, по демографическим показателям, характеру и частоте сопутствующей патологии

Исследуемые показатели	Группы пациенток, в зависимости от оценки результатов лечения			Достоверность различий
	1-я группа («хорошо») n=55	2-я группа («удовлетворительно») n=47	3-я группа («неудовлетворительно») n=65	
Демография:				
Возраст (годы)	58,5±8,9	59,2±7,6	57,9±9,1	P = 0,992
Индекс массы тела (кг/м ²)	29,6±6,4	32,1±5,4	31,9±7,2	P = 0,958
Количество родов	2,4±0,7	2,7±0,9	2,5±0,6	P = 0,960
Менопауза	22 (40%)	20 (42,6%)	28 (43,1%)	
Из них ЗГТ	5 (22,7%)	5 (25%)	6 (21,4%)	
Курение	10 (18,2%)	11 (23,4%)	13 (20,0%)	
Сопутствующая патология:				
ХОБЛ	12 (21,8%)	12 (25,5%)	14 (21,5%)	P = 0,979
Сахарный диабет	6 (10,9%)	7 (14,9%)	7 (10,7%)	
ИБС	18 (32,7%)	15 (31,9%)	20 (30,8%)	

Значения P рассчитаны по критерию Ньюмена-Кейлса и χ^2 .

Информация о результатах лечения в зависимости от вида выполненного вмешательства приведена на схеме 1.

Результаты оперативного лечения пациенток с ректоцеле в зависимости от вида оперативного вмешательства



Из приведенной схемы следует, что больший процент хороших и удовлетворительных результатов отметили пациентки, у которых на момент операции имелась более выраженная патология ТД и которым операция произведена с использованием системы Prolift. В послеоперационном периоде и через 5 лет после операции у них отмечено восстановление нормальной конфигурации ТД и улучшение функции опорожнения. Неудовлетворительные результаты у пациенток после установки импланта системы Prolift объяснялись осложнениями, связанными с самой сеткой: у 4-х пациенток диагностированы эрозии влагалища, у 3-х - гранулемы, у 2-их сморщивание сетки, у одной пациентки выраженная диспареуния без видимых причин.

Из 113 пациенток, которым была произведена ЗКП в сочетании со STARR или изолированно 55 (48,7%) также отметили неудовлетворительный результат лечения через 5 лет. При этом в отличие от пациенток предыдущей подгруппы, большинство из них жаловались на запоры. У 15 (27,3%) из 55 из пациенток (13,3% из 113 пациенток, т.е. из всей группы, в которой была выполнена ЗКП) с неудовлетворительными результатами лечения положение ведущих точек заднего проляпса Ар и Вр достоверно не отличалось от дооперационных показателей. При анализе историй болезни выяснилось, что в послеоперационном периоде у этих пациенток отмечался гнойно-воспалительный процесс, и после его купирования констатирован рецидив заболевания. У 40 (72,7%) из 55 больных при анализе расположения точек Ар и Вр установлена нормализация их положения в отдаленном послеоперационном периоде, по сравнению с дооперационными данными. При этом у них отмечена дислокация точки С и уменьшение общей длины влагалища TVL, то есть диагностирован апикальный проляпс. До операции расположение точки С и TVL у этих пациенток соответствовало I степени проляпса, что свидетельствовало о слабости маточно-крестцовых и кардинальных связок.

Эти значения достоверно не отличались от дооперационных через 6 месяцев после операции. Через 5 лет у большинства больных при натуживании точка С располагалась ниже предоперационного положения и соответствовала II степени апикального проляпса. Средние значения расположения основных точек, определяемых по системе POP-Q, представлены в табл. 2.

Таблица 2

Сравнение положения точек системы POP-Q (см) до и после хирургического лечения у больных с неудовлетворительными результатами коррекции ректоцеле путем ЗКР (n=40)

Определяемые точки по POP-Q	До операции	После операции, (через 6 мес.)	После операции (через 5 лет)	Достоверность различий, p
Ap	+2,5±0,5	- 2,9±0,5	- 2,1±0,4	P* = 0,000 P** = 0,215
Bp	+3,3±0,7	- 3,2±0,8	- 0,9±0,2	P* = 0,000 P** = 0,007
C	- 5,2±0,4	- 5,1±0,6	- 4,1±0,3	P* = 0,890 P** = 0,140
TVL	6,8±0,5	6,9±0,6	6,1±0,4	P* = 0,906 P** = 0,271

P* - достоверность различий у больных через 6 месяцев после операции в сравнении с дооперационными результатами;

P** - достоверность различий у больных через 5 лет после операции в сравнении с результатами через 6 месяцев после операции.

P – достоверность различий рассчитана по критерию Ньюмена-Кейлса.

При пальцевом исследовании прямой кишки у этих пациенток определялось выпячивание верхней трети ректовагинальной перегородки, несмотря на то, что ЗКР всем пациенткам производилась по всей длине задней стенки влагалища, что подтверждено визуализацией послеоперационного рубца при УЗИ. Таким образом, причиной неудовлетворительных результатов лечения у этой группы больных стал вовремя не скорректированный и прогрессирующий в послеоперационном периоде апикальный проляпс с формированием верхнего ректоцеле, подтвержденного УЗИ и дефекографией. При этом у 17 пациенток диагностировано опущение слизистой прямой кишки, у 8 из которых оно возникло повторно после операции STARR.

Для подтверждения слабости связочного аппарата матки и апикального проляпса проводилась МРТ тазового дна. При ретроспективном анализе историй болезни пациенток с неудовлетворительными результатами лечения установлено, что маточно-шеечная зона в покое располагалась у них в ниже нижней границы нормы, от 14мм до 3 мм над ЛКЛ в покое, и опускалась более 10 мм при натуживании, в среднем, на 17,4±1,6 мм, достоверно отличаясь от средних показателей у здоровых женщин 8,1±0,8 мм, что свидетельствует о слабости связочного аппарата матки и приводит в дальнейшем к апикальному проляпсу (табл. 3).

Таблица 3

Расположение маточно-шеечной зоны (мм) относительно ЛКЛ у больных с неудовлетворительными результатами лечения путем ЗКР до операции и в различные сроки послеоперационного периода по данным МРТ

Расстояние от маточно-шеечной зоны до ЛКЛ	До операции, n=40			Через 6 месяцев после операции, n=40			Через 5 лет после операции, n=40			Достоверность различий
	max	min	среднее	max	min	среднее	max	min	среднее	
В покое	14	13	12,3±1,2	14	12	11,9±2,1	9	-8	5,3±0,9	P > 0,05 P* < 0,05
При натуживании	-5	-4	-3,1±0,2	-5	-4	2,1±0,2	-12	-11	-8,1±1,2	P > 0,05 P* < 0,05
Подвижность шейки	19	16	17,4±1,6	18	16	17,3±1,3	21	18	21,8±0,9	P > 0,05 P* < 0,05

P - достоверность различий у больных через 6 месяцев после операции в сравнении с дооперационными результатами;

P* - достоверность различий у больных через 5 лет после операции в сравнении с дооперационными результатами

Все пациентки заполняли Кливлендскую шкалу запоров по срокам исследования. До операции запоры отметили все пациентки, среднее количество баллов составило 20,3±2,3 балла. Через 6 месяцев после операции улучшение опорожнения отметили 32 пациентки. Среднее количество баллов составило 12,6±2,6 баллов. Через 5 лет после операции жалобы на запоры предъявляли все пациентки. Среднее количество баллов составило 22,6±3,8 балла, то есть больше, чем до операции.

При анализе историй болезни пациенток, которым была выполнена ЗКР, всего 58 пациенток, и которые оценили результаты лечения как «хорошие» и «удовлетворительные», установлено, что через 6 месяцев после операции у них была 0 или I стадия заднего проляпса. Дислокации точки С по системе POP-Q не отмечено, в среднем -6,1±0,3 см, TVL 7,8±0,4 см в норме. При МРТ маточно-шеечный сегмент соответствовал нормальному уровню, выше 15 мм над ЛКЛ, в среднем 16,9±3,4 мм, подвижность его не превышала нормы и составила 8,4±1,1 мм.

У 36 из 58 пациенток этой подгруппы, помимо ректоцеле, имелся проляпс слизистой прямой кишки. Им была произведена симультанная операция STARR. Через 6 месяцев и 5 лет при ректоскопии с натуживанием, УЗИ и дефекографии рецидива не отмечено.

Таким образом, при анализе неудовлетворительных результатов ЗКР в отдаленные сроки нами выделена группа больных, у которых рецидив заболевания был обусловлен слабостью связочного аппарата матки и апикальным проляпсом. У пациенток, которым операция производилась с использованием системы Prolift Posterior развития апикального проляпса и верхнего ректоцеле в отдаленном послеоперационном периоде не отмечено, что связано с укреплением сеткой всей ректовагинальной перегородки и

фиксацией апекса владалища к сакроспинальным связкам. Следовательно, на этапе планирования операции для улучшения отдаленных результатов лечения больных ректоцеле необходима диагностика состояния связочного аппарата матки, даже при отсутствии ее видимого опущения. У пациенток со слабостью связочного аппарата матки необходимо его дополнительное усиление. В связи с большим количеством осложнений при трансвагинальном создании неофасции ТД с использованием сетчатых имплантов больших размеров, таких как система Prolift, в хирургическом лечении ректоцеле необходимы другие, более безопасные в плане осложнений и надежные в плане развития рецидивов методы оперативного лечения.

Для реализации выше указанной задачи следующим этапом данной работы явилось исследование целесообразности внутрибрюшной сакрокольпоректопексии с использованием синтетического импланта. Группу исследования составили 42 пациентки, которым была выполнена сакрокольпоректопексия, контрольную группу - 39 пациенток, которым была выполнена операция с использованием системы Prolift Posterior. В обе группы были включены больные, у которых положение точек системы POP-Q соответствовало III степени заднего проляпса. При клиническом исследовании апикулярный проляпс у них не диагностировался или соответствовал I степени. При пальцевом исследовании прямой кишки у всех пациенток имелась III степень ректоцеле по классификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ. Критерием включения в исследование считали результаты МРТ, по которым маточно-шеечная зона располагалась ниже 15 мм от ЛКЛ в покое и 4 мм при натуживании, диагностировалась повышенная подвижность маточно-шеечной зоны, более 10 мм. Пациентки с опущением промежности в данные группы включены не были.

Интраоперационные и послеоперационные осложнения в обеих группах в сроки до 6 месяцев представлены в таблице 4.

Таблица 4

Характер и частота интра- и послеоперационных осложнений у больных основной и контрольной групп

Критерии оценки	Группы исследования	
	Основная группа N = 42	Контрольная группа N = 39
Гнойно-воспалительные осложнения	0	4(10,25%)
Кровотечения	1(%)	0
Повреждение стенки прямой кишки	0	1(2,56%)
Повреждение мочеочника	1	0
Вагинальные эрозии	1	4(10,24%)
Вагинальные гранулемы	0	2(5,12%)
Сморщивание сетки	0	2(5,12%)
Диспареуния	0	3(7,69%)
Тазовая боль	0	2(5,12%)
Необходимость удаления сетки	0	3(7,69%)

P = 0,005 при сравнении всех показателей. Рассчитано по критерию Манна-Уитни

Как видно из приведенной таблицы, спектр осложнений при сравниваемых методиках различен. Несмотря на лапаротомный доступ, при сакрокольпоректопексии был отмечен достоверно меньший процент осложнений, по сравнению с вмешательством по установке системы Prolift трансвагинальным доступом. Трём больным контрольной группы потребовалось удаление сетки. В дальнейшем они были исключены из исследования из-за рецидива.

Все пациентки обеих групп обследованы через 6 месяцев и 5 лет после оперативного лечения. Хорошими считали результаты при достижении 0 и I стадии по POP-Q, которые достигнуты у всех пациенток обеих групп (табл. 5). Как видно из приведенной таблицы, через 6 месяцев после оперативного лечения количество пациенток основной и контрольной группы, у которых достигнута 0 степень проляпса, достоверно не отличалось. Через 5 лет после оперативного лечения в обеих группах увеличилось количество пациенток с I стадией, но в контрольной группе их было достоверно больше.

Таблица 5

Анализ результатов анатомической коррекции ректоцеле по системе POP-Q

Критерии сравнения: определяемые точки и степень проляпса (см)	Основная группа N = 42		Контрольная группа N = 35		Достоверность различий
	Через 6 мес. после операции	Через 5 лет после операции	Через 6 мес. после операции	Через 5 лет после операции	
Ap	-3,1±0,6	-2,9±0,7	-2,8±0,5	-2,7±0,6	P = 0,709 P* = 0,833
Bp	-3,3±0,7	-3,2±0,5	-3,0±0,4	-2,9±0,5	P = 0,725 P* = 0,675
C	-6,3±0,5	-6,1±0,4	-5,9±0,6	-5,8±0,5	P = 0,607 P* = 0,637
TVL	8,5±0,7	8,3±0,5	7,5±0,5	7,4±0,6	P = 0,266 P* = 0,249
0 ст. по POP-Q	34 (80,5%)	30(71,5%)	28(80,0%)	20 (57,1%)	P = 0,854 P* = 0,285
I ст. по POP-Q	8 (19,5%)	12(28,5%)	7(20,0%)	15 (42,9%)	P = 0,854 P* = 0,285

P - достоверность различий между показателями обеих групп через 6 месяцев после операции;

P* - достоверность различий между показателями обеих групп через 5 лет после операции.

P рассчитано по критерию χ^2 .

Эти данные соответствовали результатам дефекографии: размеры ректоцеле перед оперативным вмешательством у больных обеих групп составляли 4,9±0,9 см в основной группе и 4,8±0,7 см в контрольной группе, $p = 0,932$. Через 6 месяцев после операции у 34 (80,5%) пациенток основной группы и у 28 (80,0%) контрольной группы ректоцеле отсутствовало, размер выпячивания передней стенки прямой кишки во влагалище был менее 1 см, в среднем, 0,8±0,2 см в основной и 0,7±0,2 см в контрольной группе ($p=0,727$). У 8 (19,5%) пациенток основной группы и у 7 (20,0%) пациенток

контрольной группы ректоцеле соответствовало I степени, размеры выпячивания были не более 2 см, в среднем, $1,5 \pm 0,4$ см в основной группе и $1,6 \pm 0,3$ см в контрольной группе. Через 5 лет после операции, рецидива заболевания, т.е. ректоцеле II-III степени, не отмечено ни у одной больной из 2-х групп сравнения: у 30 (71,5%) пациенток основной группы и у 20 (57,1%) контрольной группы ректоцеле отсутствовало, размер выпячивания передней стенки прямой кишки во влагалище не превышал 1 см, составив, в среднем, $0,9 \pm 0,1$ см в основной и $0,8 \pm 0,2$ см в контрольной группе ($p=0,640$). У 12 (28,5%) пациенток основной группы и у 15 (42,9%) пациенток контрольной группы ректоцеле соответствовало I степени, размеры выпячивания были не более 2 см, в среднем, $1,6 \pm 0,4$ см в основной группе и $1,7 \pm 0,3$ см в контрольной группе. Таким образом, количество пациенток, у которых диагностировано ректоцеле I степени выросло на 9% (с 19,5% до 28,5%) в основной группе и на 22,9% (с 20,0% до 42,9%) в контрольной группе (рис. 1), что свидетельствует о том, что сакрокольпоректопексия по надежности превосходит вмешательство с использованием системы Prolift Posterior.

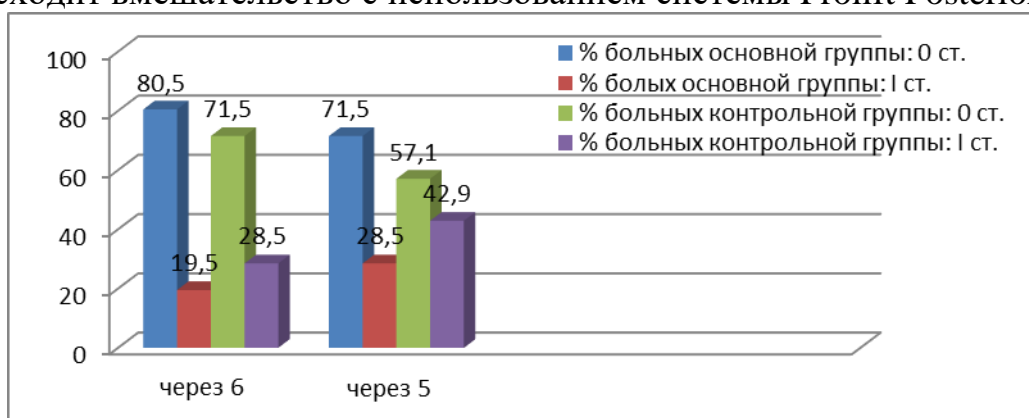


Рис. 1. Динамика трансформации 0 стадии проляпса в I стадию в зависимости от срока с момента операции по группам исследования

У 4 (9,5%) больных основной группы и у 5 (14,2%) больных контрольной группы через 5 лет после операции диагностировано опущение слизистой прямой кишки, которое не отмечалось до операции и через 6 месяцев после операции. При выяснении анамнеза оказалось, что у этих пациенток сохранялась необходимость сильного и длительного натуживания при дефекации, несмотря на успешную коррекцию ректоцеле. Скорость эвакуации бария до операции у них составила, в среднем, $17,3 \pm 1,5$ г/сек, через 6 месяцев после операции $10,2 \pm 2,3$ г/сек, через 5 лет после операции – $12,7 \pm 2,6$ г/сек., (в норме $5,6 \pm 0,9$ г/сек). Таким образом, постепенно развившееся опущение слизистой прямой кишки стало причиной сохраняющегося запора у данной группы больных. У остальных пациенток основной и контрольной групп отмечено улучшение количественных показателей скорости эвакуации через 6 месяцев и в отдаленном периоде наблюдения.

Улучшение функции опорожнения у пациенток обеих групп подтверждено аноректальными функциональными тестами. Порог чувствительности уменьшился через 6 месяцев после операции, по сравнению с дооперационными показателями, при этом показатели в обеих

группах достоверно не отличались, хотя в основной группе они были несколько ближе к нормальным. Через 5 лет отмечено незначительное ухудшение этих показателей в обеих группах, они достоверно не отличались от значений, полученных через 6 месяцев после операции. Аналогичная тенденция отмечена при определении объема, вызывающего позыв на дефекацию. Отмечено повышение эластичности стенки прямой кишки в обеих группах после оперативного вмешательства (табл. 6).

Таблица 6

Оценка рецептивной функции прямой кишки у пациенток основной и контрольной групп до операции, через 6 месяцев и 5 лет после операции

Основные показатели рецептивной функции прямой кишки	Основная группа N = 42			Контрольная группа N = 35			Достоверность различий
	До операции	Через 6 мес. после операции	Через 5 лет после операции	До операции	Через 6 мес. после операции	Через 5 лет после операции	
Порог чувствительности (мл) (норма – 24,3±1,4 мл)	31,9±1,7	25,6±1,3	26,1±1,2	32,0±2,2	26,3±1,8	27,4±2,1	P = 0,004 P* = 0,778 P** = 0,043 P*** = 0,692
Объем, вызывающий позыв на дефекацию (мл) (норма 72,3±3,1 мл)	85,2±3,7	73,1±3,8	75,2±3,7	84,4±3,5	73,6±3,6	76,6±3,9	P = 0,025 P* = 0,693 P** = 0,035 P*** = 0,574
Эластичность (податливость) стенки прямой кишки (мл/ммHg) (норма – 4,7±0,9 мл/мм Hg)	8,9±1,1	5,7±0,9	6,6±1,0	8,1±1,4	5,8±1,3	7,1±1,1	P = 0,027 P* = 0,505 P** = 0,233 P*** = 0,448

P – достоверность различий между показателями до операции и через 6 мес. после операции в основной группе;

P* - достоверность различий между показателями через 6 мес. и 5 лет после операции в основной группе;

P** – достоверность различий между показателями до операции и через 6 мес. после операции в контрольной группе;

P*** - достоверность различий между показателями через 6 мес. и 5 лет после операции в контрольной группе.

P рассчитано по критерию Ньюмена-Кейлса.

Улучшение функции опорожнения подтвердил и тест с выталкиванием баллона. До оперативного лечения результаты теста в обеих группах достоверно не отличались. В основной группе баллон объемом 150 мл удалось вытолкнуть 15(35,7%) из 42 больных, в контрольной группе – 12

(34,4%) из 35 больных ($p=0,913$). В дальнейшем отмечено улучшение этих результатов в обеих группах без достоверных различий в соответствующие сроки наблюдения, хотя отмечено, что показатели в основной группе были несколько выше. Через 6 месяцев после операции баллон объемом 150 мл удалось вытолкнуть 37 (88,7%) из 42 пациенток основной группы и 30 (85,7%) из 35 пациенток контрольной группы ($p=0,975$). Различия между результатами до операции и через 6 месяцев после операции в основной группе соответствовали $p=0,000$, в контрольной группе $p=0,000$, т.е. функция опорожнения достоверно улучшилась в обеих группах исследования. При сравнении показателей через 6 месяцев и 5 лет не отмечено достоверных отличий в группах исследования. В основной группе баллон удалось вытолкнуть 35 (83,3%) пациенткам, что лишь на 4,8% меньше, чем через 6 месяцев после операции; в контрольной группе – 28 (80,0%) пациенток, что на 5,7% меньше, чем в срок 6 месяцев после операции.

Функция держания в результате выполнения обеих методик не страдала. До операции давление в области ВАС в основной группе составило $37,8 \pm 2,6$ мм Нг и $36,9 \pm 1,9$ мм Нг в контрольной группе, достоверно не отличаясь от нормальных показателей $39,4 \pm 2,7$ ммНг. С течением времени эти показатели достоверно не менялись, составив $38,1 \pm 2,3$ мм Нг через 6 месяцев и $37,9 \pm 2,2$ мм Нг через 5 лет в основной группе. В контрольной группе получены аналогичные результаты: давление в области ВАС через 6 месяцев после операции составило $37,1 \pm 2,8$ мм Нг, через 5 лет – $37,5 \pm 3,1$ мм Нг. Давление в области НАС в обеих группах также достоверно не отличалось от нормальных показателей $53,5 \pm 3,7$ мм Нг. До операции в основной группе оно составило $52,2 \pm 3,6$ мм Нг, через 6 месяцев после операции $52,9 \pm 3,9$ мм Нг, через 5 лет после операции $55,1 \pm 3,7$ мм Нг. В контрольной группе до операции – $53,9 \pm 3,5$ мм Нг, через 6 месяцев - $53,6 \pm 3,2$ мм Нг, через 5 лет – $51,9 \pm 3,8$ мм Нг.

МРТ показала нормализацию расположения маточно-шеечного сегмента относительно ЛКЛ в покое после выполненной операции у больных обеих групп, по сравнению с дооперационными показателями. У больных основной группы положение маточно-шеечного сегмента с $11,9 \pm 1,2$ мм трансформировалось в $17,6 \pm 1,3$ мм через 6 месяцев после операции и изменилось незначительно через 5 лет, составив, в среднем, $16,9 \pm 1,2$ мм. У пациенток контрольной групп подъем маточно-шеечного сегмента отмечен в меньшей степени, до $15,7 \pm 1,2$ мм через 6 месяцев, а через 5 лет располагался ниже, чем у пациенток основной группы: $14,8 \pm 1,4$ мм.

Аналогичная тенденция отмечалась при определении маточно-шеечной зоны относительно ЛКЛ при натуживании. Если до операции у больных основной группы она располагалась, в среднем на уровне $-1,8 \pm 1,4$ мм, то после операции в $8,6 \pm 1,5$ мм и $7,6 \pm 1,4$ мм через 6 месяцев и 5 лет соответственно. У пациенток контрольной группы подъем маточно-шеечной зоны при натуживании отмечен в меньшей степени: с $-1,5 \pm 1,1$ мм перед

операцией до $6,9 \pm 1,7$ мм через 6 месяцев после операции. В пределах этого уровня ее положение сохранялось через 5 лет: $6,2 \pm 1,3$.

У пациенток основной группы отмечено уменьшение подвижности маточно-шеечного сегмента, которая составила $10,2 \pm 1,2$ мм через 6 месяцев после операции и $10,6 \pm 1,3$ мм через 5 лет после операции (до операции она составляла $17,2 \pm 2,4$ мм). У пациенток контрольной группы подвижность маточно-шеечного сегмента снизилась с $16,8 \pm 1,5$ мм перед операцией до $10,7 \pm 1,1$ мм через 6 месяцев после операции и сохранялась в течение 5 лет, составив $11,2 \pm 1,3$ через 5 лет. У пациенток контрольной группы отмечено незначительное увеличение этого показателя: с $10,7 \pm 1,1$ мм через 6 месяцев после операции до $11,2 \pm 1,3$ мм через 5 лет после операции (табл. 7).

Таблица 7

Расположение маточно-шеечной зоны (мм) относительно ЛКЛ у больных основной и контрольной групп до операции и в различные сроки послеоперационного периода

Расстояние от маточно-шеечной зоны до ЛКЛ	Основная группа N = 42			Контрольная группа N = 35			Достоверность различий
	До операции	Через 6 мес. после операции	Через 5 лет после операции	До операции	Через 6 мес. после операции	Через 5 лет после операции	
В покое	$11,9 \pm 1,2$	$17,6 \pm 1,3$	$16,9 \pm 1,2$	$12,8 \pm 1,7$	$15,7 \pm 1,2$	$14,8 \pm 1,4$	P=0,002 P*=0,693 P**=0,168 P***=0,627
При натуживании	$-1,8 \pm 1,4$	$8,6 \pm 1,5$	$7,6 \pm 1,4$	$-1,5 \pm 1,1$	$6,9 \pm 1,7$	$6,2 \pm 1,3$	P=0,000 P*=0,627 P**=0,000 P***=0,745
Подвижность шейки	$17,2 \pm 2,4$	$10,2 \pm 1,2$	$10,6 \pm 1,3$	$16,8 \pm 1,5$	$10,7 \pm 1,1$	$11,2 \pm 1,3$	P=0,011 P*=0,822 P**=0,002 P***=0,770

P – достоверность различий между показателями до операции и через 6 мес. после операции в основной группе; P* – достоверность различий между показателями через 6 мес. и 5 лет после операции в основной группе; P** – достоверность различий между показателями до операции и через 6 мес. после операции в контрольной группе; P*** – достоверность различий между показателями через 6 мес. и 5 лет после операции в контрольной группе. P рассчитано по критерию Ньюмена-Кейлса.

Для оценки результатов лечения пациентки заполняли Кливлендскую шкалу запоров до и после операции. До операции запоры беспокоили всех пациенток обеих групп, средний балл составил $21,7 \pm 1,8$ в основной группе и $22,1 \pm 2,3$ в контрольной группе. Через 6 месяцев после операции показатели были следующие: $8,2 \pm 0,9$ баллов отметили пациентки основной группы и $10,3 \pm 0,6$ баллов пациентки контрольной группы ($p > 0,05$). Через 5 лет эти показатели несколько ухудшились в обеих группах: $9,3 \pm 0,9$ баллов в основной группе и $11,2 \pm 1,1$ балла в контрольной группе ($p > 0,05$), однако оставались ниже границы 15 баллов.

Произведена оценка КЖ с помощью валидизированного опросника ПД-КЖ до операции и в различные сроки после операции у пациенток обеих групп. В результате через 5 лет после операции в основной группе КЖ оценили как «хорошее» 47,6% пациенток, как «удовлетворительное» - 42,8% пациенток, как «неудовлетворительное» - 9,5% пациенток. В контрольной группе «хороших» оценок было 38,4%, «удовлетворительных» - 35,8%, «неудовлетворительных» 25,6% (рис. 2).

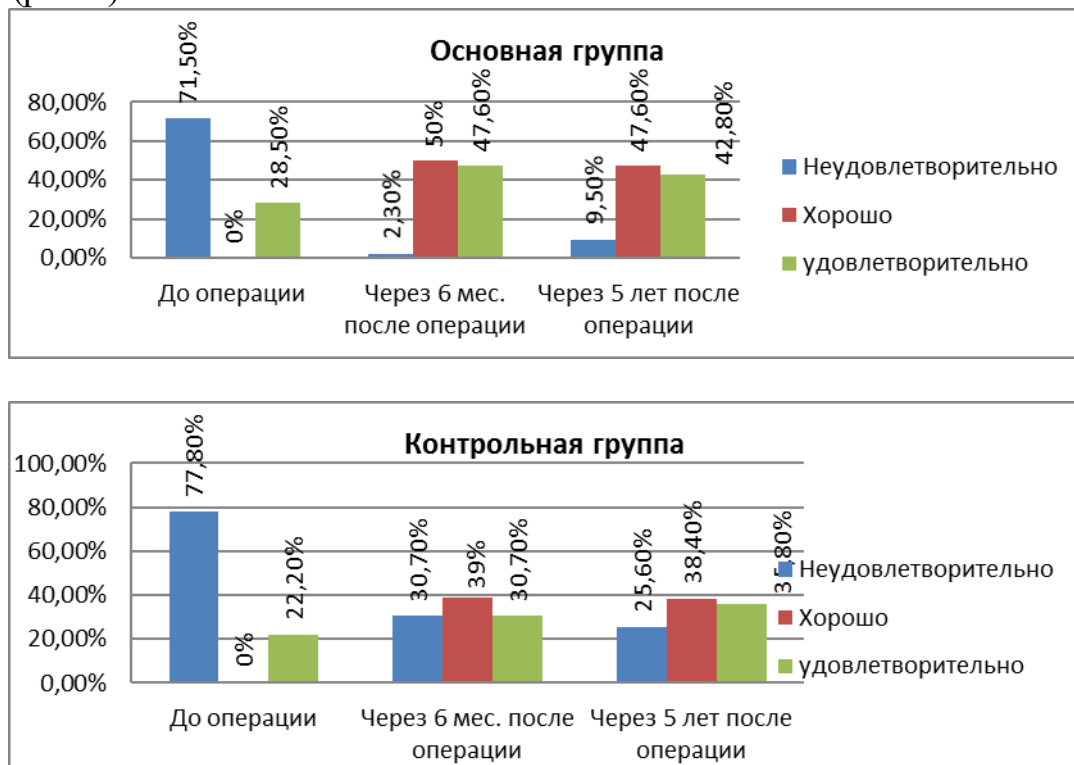


Рис. 2. Оценка пациентами основной и контрольной групп результатов операции на основании опросника ПД-КЖ в различные сроки послеоперационного периода.

Как видно из результатов заполнения опросников, использование сакроколпоректопексии для хирургического лечения ректоцеле позволяет достичь высокой медико-биологической и социальной реабилитации этой категории пациенток.

ВЫВОДЫ

1. Проблема хирургического лечения ректоцеле остается актуальной из-за высокой частоты послеоперационных осложнений и неудовлетворительных анатомических и функциональных результатов лечения, достигающих 32,9%. ЗКР имеет хорошие анатомические и функциональные результаты коррекции ректоцеле при атрофии и расхождении мышц леваторов. При повреждении мышечного и связочного аппарата таза показано использование синтетических имплантов. Операция STARR является эффективным методом хирургического лечения опущения слизистой прямой кишки, которое отмечается у 40,7% больных ректоцеле. Однако сохраняющаяся у части больных необходимость сильного натуживания при дефекации приводит к рецидиву опущения слизистой у 17,4% больных, что, в свою очередь, затрудняет опорожнение прямой кишки.

2. Одной из причин развития рецидива ректоцеле после хирургического лечения является недиагностированный на ранних стадиях развития и

нескоррегированный апикальный пролапс. ЗКР, в том числе дополненная операцией STARR, неэффективны для коррекции ректоцеле у больных со слабостью апикальной поддержки. У таких больных в послеоперационном периоде прогрессирует апикальный пролапс и развивается «верхнее» ректоцеле, а также рецидивирует пролапс слизистой прямой кишки. Использование системы Gynecare Prolift Posterior позволяет осуществить не только коррекцию ректоцеле, но и укрепить связочный аппарат матки. Однако большое количество осложнений, до 20%, связанных с трансвагинальным доступом при установке импланта заставляет отказываться от этого метода.

3. Интраабдоминальная сакрокольпопексия служит альтернативным методом системе Gynecare Prolift. Диссекция ректовагинальной перегородки до анального сфинктера с установкой на этом уровне нижнего полюса импланта позволяет коррегировать ректоцеле, а фиксация импланта к куполу влагалища и шейке матки - осуществлять профилактику и коррекцию апикального пролапса. Несмотря на большой объем операции, абдоминальный доступ имеет гораздо меньший процент осложнений, связанных с использованием импланта, не превышающий 2,4%.

4. Использование интраабдоминальной сакрокольпоректопексии позволило повысить качество жизни пациенток с ректоцеле на фоне слабости апикальной поддержки за счет высокой эффективности коррекции, надежности и отсутствия осложнений, связанных с использованием импланта.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Обследование пациенток с ректоцеле должно включать клинико-инструментальный комплекс. В настоящее время для диагностики мышечных и фасциальных дефектов ТД наряду с УЗИ, дефекографией и аноректальными функциональными тестами необходимо использовать МРТ.

2. При планировании оперативного лечения ректоцеле необходимо учитывать особенности его патогенеза. При атрофии и расхождении леваторов показана ЗКР. При имеющемся сопутствующем опущении слизистой прямой кишки ЗКР рекомендуется сочетать с иссечением пролябирующего участка слизистой оболочки прямой кишки. Предпочтение следует отдавать методике STARR.

3. При имеющихся у пациенток с ректоцеле разрывах леваторов и дефектах ректовагинальной фасции показаны методики с использованием синтетических трансплантатов.

4. В случаях сочетания ректоцеле со слабостью связочного аппарата матки необходимо выбирать методики с дополнительным усилением апикальной поддержки. Мы рекомендуем отдавать предпочтение интраабдоминальной сакрокольпоректопексии. При этом желательно осуществлять диссекцию ректовагинальной перегородки до уровня внутреннего сфинктера и использовать синтетический трансплантат для ее укрепления. Дополнительно необходимо укреплять задний свод влагалища и фиксировать трансплантатом к крестцу шейку матки для профилактики развития апикального пролапса. Данные рекомендации могут быть использованы в клиниках, занимающихся лечением больных ТП, для

улучшения анатомических, функциональных результатов лечения и, в конечном итоге, повышения КЖ этой категории больных.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Ни одна из современных методик не позволяет избежать рецидивов, повторных оперативных вмешательств, осложнений. Очень важны исследования по созданию новых синтетических материалов для коррекции проляпса. Изучение роли коллагена, соединительной ткани, повреждений нервной и мышечной ткани и их регенерации даст возможность проводить более эффективную профилактику проляпса. Все больше внимания уделяется генетическим исследованиям.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Результаты хирургического лечения сочетанного выпадения органов малого таза у женщин [Текст] / В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник, **Н.Н. Братищева** [и др.] // Теоретические и прикладные аспекты современной науки : сб. науч. тр. по материалам VI междунар. науч.-практ. конф., Белгород, 31 дек. 2014 г. : в 6 ч. / Агентство перспектив. науч. исслед. (АПНИ) ; под общ. ред. М.П. Петровой. – Белгород, 2015. – Ч. II. – С. 95-97.

2. Модифицированная сакрокольпопексия как способ оперативного лечения сочетанного выпадения органов малого таза у женщин [Текст] / В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник, **Н.Н. Братищева** [и др.] // Колопроктология. – 2015. – № 1, прил. – С. 26. – (Материалы междунар. объедин. конгресса Ассоциации колопроктологов России и первого ESCP, Москва, 16-18 апр. 2015 г.).

3. Сакрокольпопексия у больных с синдромом опущения промежности [Текст] / В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник, **Н.Н. Братищева** [и др.] // Колопроктология. – 2015. – № 1, прил. – С. 26-27. – (Материалы междунар. объедин. конгресса Ассоциации колопроктологов России и первого ESCP, Москва, 16-18 апр. 2015 г.).

4. Результаты модифицированной внутрибрюшной сакрокольпопексии при лечении тазового пролапса у женщин [Текст] / В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник, **Н.Н. Братищева** [и др.] // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2015. – Т. 10, № 2. – С. 634-635. – (Тезисы XII Съезда хирургов России, Ростов-на-Дону, 7-9 окт. 2015 г.).

5. Внутрибрюшная сакрокольпопексия у больных ректоцеле с синдромом опущения промежности [Текст] / В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник, **Н.Н. Братищева** [и др.] // Альманах института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2015. – Т. 10, № 2. – С. 635-636. – (Тезисы XII Съезда хирургов России, Ростов-на-Дону, 7-9 окт. 2015 г.).

6. Комплексное хирургическое лечение ректоцеле, опущения промежности и слизистой прямой кишки путем передней леваторопластики в сочетании с методикой РРН [Текст] / **Н.Н. Братищева**, В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник [и др.] // Колопроктология. – 2016. – № 2 (56), прил. – С. 19. – (Материалы всерос. съезда колопроктологов с междунар. участием «Оперативная и консервативная колопроктология: современные технологии для высокого качества жизни пациента» и Объединенного Каспийского и Байкальского форума по проблемам ВЗК, Астрахань, 25-27 авг. 2016 г.).

7. Преимущества внутрибрюшной сактокольпопексии при хирургическом лечении ректоцеле на фоне опущения промежности у женщин [Текст] / В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник, **Н.Н. Братищева** [и др.] // Колопроктология. – 2016. – № 2 (56), прил. – С. 33. – (Материалы всерос. съезда колопроктологов с междунар. участием «Оперативная и консервативная колопроктология: современные технологии для высокого качества жизни пациента» и Объединенного Каспийского и Байкальского форума по проблемам ВЗК, Астрахань, 25-27 авг. 2016 г.).

8. Консервативное лечение анальной инконтиненции [Текст] / В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник ... **Н.Н. Братищева** // Колопроктология. – 2016. – № 2 (56), прил. – С. 33-34. – (Материалы всерос. съезда колопроктологов с междунар. участием «Оперативная и консервативная колопроктология: современные технологии для высокого качества жизни пациента» и Объединенного Каспийского и Байкальского форума по проблемам ВЗК, Астрахань, 25-27 авг. 2016 г.).

9. Сакрокольпопексия, ректопексия и методика РРН в комплексном лечении опущения тазового дна у женщин [Текст] / Н.В. Олейник, В.Ф. Куликовский ... **Н.Н. Братищева** [и др.] // Колопроктология. – 2016. – № 2 (56), прил. – С. 36-37. – (Материалы всерос. съезда колопроктологов с междунар. участием «Оперативная и консервативная колопроктология: современные технологии для высокого качества жизни пациента» и Объединенного Каспийского и Байкальского форума по проблемам ВЗК, Астрахань, 25-27 авг. 2016 г.).

10. The Advantages of the Abdominal Sacral Colpopexy Combined with Stapled Transanal Resection of the Rectal Mucosal Prolapse (STARR) for the Surgical Treatment of Perineum Descending Syndrome [Text] / V.F. Kulikovsky, N.V. Oleynik ... **N.N. Bratisheva** [et al.] // International Journal of Pharmacy and Technology. – 2016. – Vol. 8, № 4. – P. 26909-26920. (**Scopus**)

11. Преимущества интраабдоминальной сакрокольпопексии в сочетании со степлерной трансанальной резекцией слизистой слоя прямой кишки (STARR) для хирургического лечения синдрома опущения промежности [Текст] / В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник ... **Н.Н. Братищева** [и др.] // Колопроктология. – 2017. – № 3 (61), прил. – С. 28-29. – (Актуальные вопросы колопроктологии : материалы всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Воронеж, 26-28 окт. 2017 г.).

12. Хирургическое лечение ректоцеле в сочетании с проляпсом слизистой прямой кишки путем трансабдоминальной резекцией слизистой прямой кишки (STARR) [Текст] / В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник ... **Н.Н. Братищева** [и др.] // Колопроктология. – 2017. – № 3 (61), прил. – С. 29. – (Актуальные вопросы колопроктологии : материалы всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Воронеж, 26-28 окт. 2017 г.).

13. The Role of Apical Support and Rectal Mucosal Prolapse Excision in Successful Treatment of Rectocele Combined with Perineum Descending: Short Term and Follow up Results [Text] / V.F. Kulikovsky, N.V. Oleynik ... **N.N. Bratisheva** [et al.] // INDO American Journal of Pharmaceutical Sciences. – 2017. – Vol. 4, № 10. – P. 3803-3809. (**Web of Science**)

14. Posterior Colporrhaphy and Levatoroplasty versus Abdominal Sacral Colpopexy Combined with Stapled Transanal Resection (STARR) for the Surgical Treatment of Rectocele Concomitant with Rectal Mucosal Prolapse [Text] / V.F. Kulikovsky, N.V. Oleynik, **N.N. Bratisheva** [et al.] // International Journal of Advanced Biotechnology and Research (IJBR). – 2018. – Vol. 9, № 1. – P. 1022-1027.

15. Преимущества внутрибрюшной сакрокольпоректопексии, дополненной степлерной трансанальной резекцией слизистой прямой кишки в хирургическом лечении тазового пролапса [Текст] / В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник ... **Н.Н. Братищева** [и др.] // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Сер. Медицина. Фармация. – 2018. – Т. 41, № 1. – С. 5-13.

16. Олейник, Н.В. Роль апикальной поддержки в хирургическом лечении ректоцеле [Электронный ресурс] / Н.В. Олейник, **Н.Н. Братищева**, А.П. Кривчикова // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 2. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/issue/view?id=152>