

На правах рукописи

КРИВЧИКОВА АРИНА ПЕТРОВНА

**РОЛЬ САКРОКОЛЬПОРЕКТОПЕКСИИ В КОМПЛЕКСНОМ
ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ОПУЩЕНИЯ
ПРОМЕЖНОСТИ У ЖЕНЩИН**

14.01.17 Хирургия

Автореферат

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

Белгород – 2019

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

Научный руководитель:

Куликовский Владимир Федорович – доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Муравьев Александр Васильевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России,

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 «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Защита состоится «__» _____ 2019 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, бульвар Народный, 21.

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 «__» _____ 2019 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета**

Ярош Андрей Леонидович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Тазовый пролапс это опущение тазовых органов изолированно или в сочетании с опущением промежности (О.Ю. Фоменко, Ю.А. Шельгин и соавт., 2018; P. Petros, 2018).

Тазовый пролапс является одной из ведущих проблем здравоохранения, затрагивающей женщин всех возрастов (В.Е. Радзинский и соавт., 2010; А.О. Соловьев и соавт., 2015; I. Payne и соавт., 2017; P. Vijayvargilia и соавт., 2018;). Анализ данных литературы показывает, что распространенность данной патологии увеличивается с возрастом и составляет 48% у женщин 50-60 лет и 50-68% у женщин старше 60 лет (A.L. Gasparu, P. Silery 2014; В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник, 2018; В.З. Тотиков и соавт., 2018;).

Опущение промежности является причиной затрудненной дефекации и недержания кишечного содержимого (Ю.А. Шельгин и соавт., 2015). Запорами страдает около 30% населения развитых стран, и третья часть из них связана с нарушениями эвакуации (В.Т. Ивашкин и соавт., 2014; А.Ю. Титов и соавт., 2014; J.S. Soh и соавт., 2015; R. Rafei и соавт., 2017).

Развитие тазового пролапса зависит от множества факторов, основными из которых являются роды, возраст, увеличение индекса массы тела (Z. Chaudry., C. Tarnay, 2016; A.D. Kasi, S.K. Doumouchtsis, 2017; А.В. Муравьев и соавт., 2017). Эти факторы ведут к повышению внутрибрюшного давления, а в дальнейшем к дисфункции комплекса мышц, поднимающих задний проход и тазовых связок и, как результату, к опущению промежности (В.Ф. Куликовский и соавт., 2014; J. Li и соавт., 2015; R.R. Guzman и соавт., 2016;). На фоне опущения промежности может развиваться ректоцеле и опущение слизистой прямой кишки (J.A. El-Nashar и соавт., 2014; А.Г. Хитарьян и соавт., 2016; O. Schwandner, 2016; А.В. Журавлев и соавт., 2018). Их основным проявлением является обструктивная дефекация, которая характеризуется затрудненной эвакуацией содержимого из прямой кишки (А.В. Карлов, Н.В. Орлова, 2015; Ю.А. Шельгин, О.Ю. Фоменко и соавт., 2017). Обструктивная дефекация значительно снижает качество жизни этой категории пациенток из-за необходимости проведения длительного времени в туалете, чувства неполного опорожнения прямой кишки после дефекации, необходимости использования слабительных средств и очистительных клизм (А.И. Парфенов, 2012; А.М. Alame, H. Bahna, 2012; N. Dimitriou и соавт., 2015).

Постепенно развивающееся в результате нарушения иннервации мышц промежности недержание кишечного содержимого еще больше усугубляет состояние этих пациенток (Web site of National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014; Web site of American Society of Colon and Rectal Surgeons, 2015; А.В. Chouet и соавт., 2015; P.K. Kadam-Halani и соавт., 2017; С.В. Васильев, Е.А. Дементьева, 2017; А.В. Муравьев и соавт., 2018).

Обструктивная дефекация и недержание кишечного содержимого являются основными проявлениями синдрома опущения промежности (A. Parks и соавт., 1966).

Степень разработанности темы исследования. Несмотря на то, что синдром опущения промежности был описан несколько десятилетий назад, он, по-прежнему, не всегда диагностируется и тяжело поддается лечению (N.H. Porter, 1962; A. Parks и соавт., 1966). Для коррекции ректоцеле и опущения промежности предложены и широко используются передняя и задняя леваторопластика (A.G. Parks, 1975; J. Weco, 2008). Однако в литературе отмечается их недостаточная эффективность и короткий безрецидивный период (M. Youssef и соавт., 2017; E.F. Zimmermann и соавт., 2017).

Наиболее эффективным способом коррекции опущения слизистой прямой кишки в настоящее время является степлерная трансанальная резекция прямой кишки (STARR), однако методика не позволяет корригировать уровень расположения промежности (S. Leardi и соавт., 2014; A. Vove и соавт., 2016; J. Mason и соавт., 2017).

Для хирургического лечения опущения органов малого таза в последние годы широко используется сакрокольпоректопексия (A. D'Hooge и соавт., 2004; L. Franceschilli и соавт., 2015). Однако данные о ее эффективности в отношении коррекции опущения промежности в литературе отсутствуют.

Таким образом, до настоящего времени не разработано эффективного способа хирургической коррекции опущения промежности и имеющихся на ее фоне ректоцеле и опущения слизистой прямой кишки и не существует руководящих принципов в отношении лечения этих расстройств.

С учетом выше сказанного, на базе кафедры госпитальной хирургии Белгородского национального исследовательского университета «НИУ БелГУ» и колопроктологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» проведено исследование, направленное на улучшение результатов лечения синдрома опущения промежности у женщин.

Целью исследования является определение роли абдоминальной сакрокольпоректопексии в хирургическом лечении опущения промежности и имеющихся на этом фоне ректоцеле и опущения слизистой прямой кишки у женщин.

Задачи исследования.

1. Изучить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения синдрома опущения промежности (СОП): обструктивной дефекации и недержания кишечного содержимого с использованием абдоминальной сакрокольпоректопексии в сравнительном аспекте с результатами перинеопластики: задней кольпорафии, передней леваторопластики и задней леваторопластики;
2. У пациенток с опущением слизистой прямой кишки (ОСПК) на фоне опущения промежности (ОП) обосновать целесообразность дополнения сакрокольпоректопексии степлерной трансанальной резекцией слизистой прямой кишки (операция STARR);

3. Показать преимущества и целесообразность одномоментной сакрокольпоректопексии и операции STARR у пациенток с ОСПК на фоне ОП.

Научная новизна. Проведенные комплексные исследования дали возможность научного обоснования рациональных путей решения проблемы хирургического лечения ОП, а также ректоцеле и ОСПК, развившихся на этом фоне. Представленные в работе результаты исследований показали недостаточную эффективность перинеопластики с использованием собственных тканей пациентки для коррекции уровня расположения промежности. Впервые с целью нормализации уровня расположения промежности использована абдоминальная сакрокольпоректопексия. У пациенток с ОСПК на фоне опущения промежности обоснована возможность и целесообразность дополнения абдоминальной сакрокольпоректопексии степлерной трансанальной резекцией слизистой прямой кишки (STARR).

Теоретическая и практическая значимость. В работе обоснованы преимущества оперативного лечения ОП у женщин с использованием абдоминальной сакрокольпоректопексии в плане улучшения анатомических и функциональных результатов, по сравнению с перинеопластикой собственными тканями пациентки. Однако, проведенные исследования показали, что эта методика не позволяет корригировать пролапс слизистой прямой кишки, имеющийся у 52% пациенток с ОП. У данной категории пациенток необходимо дополнительное иссечение избытка слизистой прямой кишки. В процессе работы показана возможность одномоментного выполнения абдоминальной сакрокольпоректопексии и трансанального иссечения слизистой прямой кишки с использованием степлерных технологий (STARR).

Практическое значение проведенного исследования заключается в реальной возможности выполнения изложенных в нем методик. Их широкое внедрение позволит существенно улучшить анатомические и функциональные результаты хирургического лечения СОП у женщин.

Методология и методы диссертационного исследования. В диссертационной работе проведен анализ эффективности различных методов хирургического лечения СОП в сравнительном аспекте в послеоперационном периоде и в отдаленные сроки, составившие 3 года. На основании проведенных исследований доказаны преимущества абдоминальной сакрокольпоректопексии в хирургическом лечении ОП у женщин. Показана высокая эффективность данной методики для коррекции уровня расположения промежности и ректоцеле. На основании проведенных в процессе работы исследований показано, что в результате абдоминальной сакрокольпоректопексии не происходит коррекции ОСПК. В работе доказано, что при имеющемся ОСПК необходимо ее дополнительное иссечение трансанальным доступом. Работа выполнена с использованием клинических, эндоскопических, ультразвуковых, рентгенологических и физиологических методов исследования. Для оценки качества жизни (КЖ) пациенток до и после лечения использован ряд

опросников по оценке тяжести запоров и недержания кишечного содержимого (НКС).

Выработанные выводы и рекомендации явились результатами статистической обработки данных, полученных в процессе исследования.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. СОП у женщин проявляется различными анатомическими и функциональными нарушениями, которые в большинстве случаев встречаются не изолированно, а в сочетанном виде. Ректоцеле II-III степени отмечается у 47% пациенток, ОСПК – у 23% пациенток, ректоцеле в сочетании с ОСПК – у 30% пациенток с ОП.
2. Широко используемая в настоящее время перинеопластика, включающая заднюю кольпорафию, переднюю и заднюю леваторопластику позволяет корригировать в большей степени ректоцеле, но не уровень расположения промежности, что ведет к неудовлетворительным функциональным результатам лечения. У пациенток с верхним ректоцеле методика не позволяет произвести коррекцию апикального проляпса влагалища.
3. Абдоминальная сакрокольпоректопексия с использованием синтетического трансплантата является эффективным методом коррекции ОП, а также ректоцеле у данной категории пациенток, осуществляя в тоже время апикальную поддержку влагалища.
4. У пациенток с имеющимся на фоне опущения промежности ОСПК при выполнении сакрокольпоректопексии коррекции проляпса слизистой не происходит. При данной сочетанной патологии необходимо дополнительное иссечение избытка слизистой прямой кишки трансанальным доступом. Степлерная трансанальная резекция слизистой (STARR) является эффективным методом устранения данной патологии и ведет к улучшению анатомических и функциональных результатов лечения.
5. Существует целесообразность и имеется возможность одномоментного выполнения абдоминальной сакрокольпоректопексии и методики STARR, что позволяет избежать многоэтапности в лечении пациенток с опущением промежности и слизистой прямой кишки и улучшить их КЖ.

Внедрение результатов исследования в практику здравоохранения.

Основные положения диссертационного исследования внедрены в работу колопроктологического и гинекологического отделений ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», в учебный процесс кафедры госпитальной хирургии 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 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.; Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Достижения современной колопроктологии», Суздаль, 2018; на заседании кафедры госпитальной хирургии НИУ БелГУ (14 декабря 2018).

По материалам и результатам исследования опубликовано 17 научных работ, в том числе 2 – в изданиях, определенных Высшей аттестационной комиссией, 2 – в изданиях, входящих в базу данных Web of Science, 1 - Scopus.

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 142 страницах машинописного текста и состоит из введения, главы обзора литературы, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. Библиографический указатель включает 240 работ, из них 63 отечественных и 177 зарубежных. Работа иллюстрирована 19 рисунками и 15 таблицами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. Научно-исследовательская работа по улучшению результатов лечения опущения органов малого таза и тазового дна (ТД) 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. Представленная работа является частью этого комплексного исследования и содержит материалы по изучению результатов различных методов коррекции ОП в сочетании ректоцеле и с ОСПК у женщин путем клинических, рентгенологических, ультразвуковых, физиологических, исследований и МРТ, которые проводились на этапе обследования перед оперативным лечением и в качестве контроля его эффективности через 6 месяцев и в отдаленном послеоперационном периоде через 3 года.

В процессе работы были изучены ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения СОП путем абдоминальной сакрокольпоректопексии с использованием синтетического трансплантата в сравнительном аспекте с перинеопластикой, включающей заднюю кольпорафию, переднюю, заднюю леваторопластику с дополнительным иссечением проляпса слизистой прямой кишки у пациенток с ее опущением, как одной из распространенных методик

хирургического лечения тазового проляпса (ТП). Пациентки, которым была выполнена сакрокольпоректопексия, составили основную группу исследования (n=52), пациентки, которым была выполнена перинеопластика – контрольную группу (n=48). Пациентки с замедленным транзитом кишечного содержимого, опущением среднего и переднего сегмента ТД в исследование не включались.

Наши исследования показали, что ОСПК, имеющееся у 53% пациенток с ОП не корригируется путем абдоминальной сакрокольпопексии. 12 пациенткам с ОП и ОСПК, перенесшим сакрокольпопексию через 3 года произведена трансанальная резекция слизистой прямой кишки с использованием циркулярного степлера (STARR), что улучшило анатомические и функциональные результаты лечения. Чтобы избежать многоэтапности в лечении пациенток с ОП в сочетании с ОСПК проведено исследование по изучению целесообразности одномоментного выполнения абдоминальной сакрокольпоректопексии и методики STARR у этой категории пациенток. Группу исследования 1 составили 25 пациенток, у которых на фоне ОП имелось ОСПК. Контрольную группу 1 составили 27 пациенток из основной группы, которым по поводу аналогичной сочетанной патологии была выполнена только сакрокольпоректопексия. Все сравниваемые группы пациенток достоверно не отличались по демографическим показателям, частоте встречаемости и выраженности сопутствующей патологии.

Критериями оценки результатов оперативного лечения являлись:

- частота интраоперационных и послеоперационных осложнений;
- степень анатомической коррекции положения промежности, ректоцеле, ОСПК;
- нормализация функции опорожнения прямой кишки;
- восстановление функции держания кишечного содержимого у пациенток с имеющейся инконтиненцией;
- субъективная оценка результатов лечения самими пациентками.

В клиническую часть обследования входило выяснение жалоб, сбор анамнеза, общий осмотр пациенток. При сборе анамнеза, учитывая, что основной жалобой пациенток с СОП является обструктивная дефекация (ОД) для оценки ее выраженности использовали Кливлендскую шкалу запора, разработанную F. Agachan и соавт., (1996), максимально возможное количество баллов которой составляет 30 и соответствует наибольшей выраженности запора, а клинически значимым запор считается при 15 набранных баллах и выше.

Функцию держания кишечного содержимого пациентки оценивали при заполнении шкалы S.D. Wexner (2010), в которой 0 баллов соответствует ненарушенной функции держания, а максимальные 20 баллов - полному НКС.

Для оценки результатов оперативного лечения пациенток и их КЖ использован валидированный опросник ПД-КЖ для оценки нарушения функций ТД, разработанный в Санкт-Петербургском государственном университете им. акад. И.П. Павлова М.Ю. Коршуновым и Е.И. Сазыкиной (2008 г.) на основе King's Health Questionnaire для англоязычных пациенток.

Опросник включает 40 вопросов с четырьмя вариантами ответов - от 0 (нет) до 3 баллов (значительно). При этом большее количество баллов соответствует большей выраженности симптомов и более низкому КЖ. Результаты интерпретировали как «хорошие» при 0 – 39 баллах, как «удовлетворительные» - при 40 – 79 баллах, как «неудовлетворительные» - при 80 – 120 баллах.

Для клинической диагностики ректоцеле производили пальцевое исследование прямой кишки, которое также позволяло оценить тонус анального сфинктера, силу его волевого сокращения, а также исключить сопутствующие заболевания (анальную трещину, рак). По выраженности анатомических изменений, основываясь на клинических рекомендациях по колопроктологии РФ (2015), выделяли три степени ректоцеле, а по локализации в области ректовагинальной перегородки – нижнее, среднее и высокое.

Эндоскопические методы исследования включали ректороманоскопию (RRS) и видеокOLONоскопию и выполнялись для исключения сопутствующей патологии толстой кишки. Ректороманоскопия с натуживанием по методу A. Parks использовалась для диагностики ОСПК.

Ультразвуковые исследования (УЗИ) проводились на аппаратах экспертного класса. Трансабдоминальный, промежностный, интритоальный, трансректальный, трансвагинальный методы сканирования использовались в комплексе. Они давали возможность визуализации мышц ТД, их повреждений, атрофических изменений, степени расхождения леваторов, ректовагинальной фасции, матки, шейки матки и уровня ее расположения, ректоцеле, ОСПК при натуживании, а также синтетических трансплантатов, в случае их использования для хирургической коррекции патологии ТД.

Рентгенологическое исследование включало определение времени пассажа бария по толстой кишке и дефекографию. Пациентки с замедленным пассажем более 48 часов в исследование не включались. При дефекографии прямую кишку заполняли 200 мл бариевой взвеси, по плотности приближенной к каловым массам. При видеозаписи акта дефекации пациентки в положении сидя на рентген проницаемом, специально сконструированном унитазе, фиксировали его основные моменты и получали изображение прямой кишки в покое, при натуживании, опорожнении и максимальном сокращении мышц ТД. Основными определяемыми параметрами являлись величина аноректального угла (АРУ), подвижность аноректального сегмента относительно лоно-копчиковой линии (ЛКЛ), размеры ректоцеле, наличие или отсутствие ОСПК, скорость эвакуации бария, количество оставшегося после опорожнения контраста. Результаты оценивали, используя величины данных показателей, приведенных в Российских клинических рекомендациях по колопроктологии (2015).

Функции прямой кишки оценивались путем проведения физиологических тестов на регистрирующей компьютерной системе Poligraf ID фирмы Medtronic (США). Для контроля функции держания кишечного содержимого определялось давление при максимальном произвольном сокращении мышц ТД – функция наружного анального сфинктера (НАС) и давление в области

внутреннего анального сфинктера (ВАС) в покое. Функцию опорожнения оценивали путем индукции ингибиторного рефлекса ВАС на растяжение прямой кишки, определения порога чувствительности, объема, вызывающего позыв на дефекацию. Нормальные величины данных показателей рассчитаны в колопроктологическом отделении ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» Д.А. Сторожиловым (2010) при обследовании 50 женщин без патологии ТД. Функцию опорожнения также оценивали путем проведения теста с выталкиванием баллона объемом 50 мл в течение 1 минуты. Для определения функционального состояния мышц ТД и выявления признаков нейропатии использовались электрофизиологические методы исследования.

МРТ использовалась для комплексной диагностики ТД. Отсутствие необходимости в специальной подготовке к исследованию, возможность получить изображение всех органов и поддерживающих структур ТД одновременно и в разных проекциях позволяло использовать метод несколько раз у одной и той же пациентки, особенно при контроле над течением послеоперационного периода. Для диагностики апикального проляпса влагалища при верхнем ректоцеле использовали критерии расположения и подвижности маточно-шеечного сегмента (МШС) относительно ЛКЛ. Повышенная подвижность МШС свидетельствовала о наличии апикального проляпса влагалища. В своем исследовании мы пользовались критериями нормальной конфигурации ТД, разработанными в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» А.В. Бабаниным (2005).

Статистическая обработка полученных результатов производилась на персональном компьютере с использованием статистической программы Biostatistics для Windows 10, разработанной S.A. Glantz. Распределение изучаемых признаков указывалось в виде «среднее значение \pm стандартное отклонение» ($M \pm m$), n - объем выборки, т.е. численность группы. Статистическую значимость результатов исследования оценивали различными методами, учитывая характер признака и типа распределения. Сравнение качественных признаков производилось с использованием критерия χ^2 для произвольной таблицы сопряженности. Сравнение парных количественных признаков в изучаемых группах пациентов применялся критерий Манна — Уитни. Для множественного сравнения средних величин с контрольной группой использовался однофакторный дисперсионный анализ по критерию Ньюмена-Кейлса. Различия считались достоверными при $P < 0,05$.

Результаты исследований

Произведена оценка анатомических и функциональных результатов у пациенток с СОП после перинеопластики (контрольная группа) и у пациенток, которым по поводу аналогичной патологии была выполнена абдоминальная сакрокольпоректопексия (основная группа). Проведенные нами исследования показали, что при проляпсе заднего сегмента ТД у 47% пациенток с ОП имеется ректоцеле, у 23% пациенток – ОСПК, у 30% пациенток – сочетание ректоцеле с ОСПК. У всех пациенток отмечалась обструктивная дефекация (ОД), у 60%

пациенток имелась I-II степень НКС. Частота встречаемости сочетанной патологии у пациенток основной и контрольной групп представлена в таблице 1, из которой видно, что группы сравнения не отличались по характеру сочетания и степени выраженности патологии.

Таблица 1

**Характер сочетанных анатомических нарушений у пациенток с ОП
в основной и контрольной группах**

Анатомические нарушения	Группы пациенток с ОП		Достоверность различий
	Сакрокольпоректопексия (основная группа) N = 52	Перинеопластика (контрольная группа) N=48	
Ректоцеле II ст.	12 (23,07%)	10 (20,8%)	P>0,05
Ректоцеле III ст.	13 (25,0%)	12(25,0%)	
Апикальный проляпс	13 (25,0%)	10 (20,8%)	
ОСПК	11 (21,5%)	12 (25%)	P>0,05
Ректоцеле II-III ст. в сочетании с ОСПК	16 (30,7%)	14 (29,1%)	P>0,05
НАС I-II ст.	32 (61,5%)	29 (60,4%)	P>0,05

Значения P рассчитаны по Ньюмену-Кейсу и критерию χ^2 .

Пациентки обеих групп достоверно не отличались по возрасту, который составил $58,1 \pm 4,6$ лет в основной и $59,3 \pm 5,9$ лет в контрольной группе ($P=0,872$), индексу массы тела $31,2 \pm 4,3$ и $30,9 \pm 6,1$ ($P=0,968$), количеству родов $2,4 \pm 0,6$ и $2,6 \pm 0,8$ ($P=0,840$). Обе группы включали достоверно не отличающийся процент женщин менопаузального возраста: 21 (40,3%) в основной и 20 (41,6%) в контрольной группе; препараты для заместительной гормональной терапии принимали 6 из 21 (28,5%) пациенток в основной группе и 5 из 20 пациенток (25%) в контрольной группе ($P>0,05$). В основной группе курили 5(9,6%) пациенток, в контрольной – 5(10,4%) пациенток ($P>0,05$). В качестве сопутствующей патологии, чаще всего, отмечалась ишемическая болезнь сердца (ИБС): у 16 (30,7%) пациенток основной группы и у 14(29,1%) пациенток контрольной группы; хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ): у 13(25%) пациенток основной и 11 (21, %) пациенток контрольной группы; сахарный диабет I или II типа у 7 (13,4%) пациенток основной и 5 (10,4%) пациенток контрольной группы. Все эти показатели также достоверно не отличались между собой ($P>0,05$).

Исследования показали, что количество осложнений в основной группе, несмотря на лапаротомный доступ, было на 10% ниже, чем в контрольной группе. Спектр этих осложнений включал интраоперационное кровотечение в результате повреждения сосудов пресакрального венозного сплетения у 1 пациентки (1,9%), повреждение мочеточника у 1 пациентки (1,9%); в послеоперационном периоде эрозия влагиалища – 1(1,9%), гранулема влагиалища – 1(1,9%), сморщивание сетки – 1(1,9%), диспареуния у пациентки с эрозией сетки – 1(1,9%) в основной группе. Удаления сетки не потребовалось ни одной больной. При перинеопластике в контрольной группе у одной пациентки

произошла перфорация стенки прямой кишки при выделении задних порций мышц, поднимающих задний проход. Самыми частыми осложнениями послеоперационного периода у больных данной группы были гнойно-воспалительные со стороны ано-копчиковой зоны. Они отмечены у 4(8,3%) больных. Диспареуния и тазовая боль также являлись частым осложнением, развивались, как правило, в отдаленные сроки и трактовались нами, как связанные с ушиванием мышц, поднимающих задний проход с чрезмерным натяжением и сужением влагалища. НАС I степени развилась de novo у одной пациентки, по нашему мнению, в результате захвата в шов срамного нерва при ушивании задней порции леваторов. Таким образом, в плане развития осложнений, абдоминальная сакрокольпоректопексия показала преимущества в сравнении с перинеопластикой, что наглядно демонстрирует таблица 2.

Таблица 2

Характер и частота интраоперационных и послеоперационных осложнений у больных основной и контрольной групп

Критерии оценки	Группы исследования	
	Основная группа N = 52	Контрольная группа N = 48
Гнойно-воспалительные осложнения	1(1,9%)	4(8,3%)
Кровотечения	1(1,9%)	0
Повреждение стенки прямой кишки	0	1(2,1%)
Повреждение мочеточника	1(1,9%)	-
Вагинальные эрозии	1(1,9%)	-
Вагинальные гранулемы	1(1,9%)	-
Сморщивание сетки	1(1,9%)	-
Диспареуния	1(1,9%)	3(6,3%)
Тазовая боль	0	2(4,1%)
Необходимость удаления сетки	0	-
НАС de novo	0	1(2,1%)

P = 0,859 при сравнении всех показателей. Рассчитано по критерию Манна-Уитни

Результаты анатомической коррекции патологии ТД у пациенток обеих групп, по данным дефекографии, представлены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты анатомической и функциональной коррекции проляпса у пациенток основной и контрольной групп по данным дефекографии

Основные показатели дефекографии	Основная группа N = 52			Контрольная группа N = 48			Достоверность различий
	Перед операцией	Через 6 мес. после операции	Через 3 года после операции	Перед операцией	Через 6 мес. после операции	Через 3 года после операции	
<u>Размеры ректоцеле (см)</u>	4,8±0,8	1,7±0,4	1,8±0,3	4,9±0,9	1,9±0,3	2,9±0,5	P = 0,001 P*=0,842 P**= 0,002 P***=0,090
<u>Уровень</u>							

<u>расположения промежности относительно ЛКЛ (см):</u>							P=0,018 P*=0,921 P**=0,000 P***=0,000
Покой (норма -2,9±0,9 см)	-5,2±0,8	-2,8±0,6	-2,9±0,8	-5,5±0,9	-3,5±0,7	-3,9±0,6	
Натуживание (норма -5,6±1,0 см)	-8,8±0,9	-5,5±0,7	-5,7±0,8	-8,4±0,7	-6,1±0,5	-6,9±0,9	P=0,001 P*=0,0851 P**=0,000 P***=0,000
<u>Произвольное сокращение мышц ТД</u> (норма -1,7±1,2 см)	-4,8±0,6	-1,6±0,5	-1,7±0,4	-4,7±0,7	-2,2±0,4	-3,2±0,5	P = 0,000 P*=0,876 P**=0,000 P***=0,000
<u>Значения заднего АРУ</u>							P = 0,000 P*=0,715 P**=0,027 P***=0,447
Покой (норма 92°±1,5°)	106,3°±2,5°	95,2°±1,3°	95,9°±1,4°	104,8°±2,7°	97,4°±1,9°	99,4°±1,8°	
Натуживание (норма 137°±1,5°)	151,3°±3,2°	135,6°±2,5°	136,9°±1,7°	156,2°±4,5°	141,4°±2,9°	148,3°±3,1°	P = 0,000 P*=0,668 P**=0,007 P***=0,201
<u>Скорость эвакуации бария</u> (Норма 5,6±0,9 г/сек)	3,3±0,4	5,2±0,6	5,1±0,5	3,4±0,2	4,2±0,5	4,1±0,4	P = 0,010 P*=0,898 P**=0,141 P***=0,876
<u>Остаточный объем бариевой взвеси</u> (норма 16,5±5,3%)	39,4±5,7%	19,4±5,1%	20,6±6,3%	38,8±6,6%	25,6±5,5%	29,4±3,9%	P = 0,010 P*=0,883 P**=0,128 P***=0,574

P – достоверность различий показателей перед операцией и через 6 мес. после операции в основной группе

P* - достоверность различий показателе через 6 мес. и 3 года после операции в основной группе

P** – достоверность различий показателей перед операцией и через 6 мес. после операции в контрольной группе

P*** - достоверность различий показателей через 6 мес. и 3 года после операции в контрольной группе

P рассчитано на основании критерия Ньюмена-Кейлса

Из таблицы видно, что ректоцеле II-III степени, имеющееся до оперативного лечения у 41 пациентки основной группы и у 36 пациенток контрольной группы было успешно корригировано и через 6 месяцев после операции у большинства больных обеих групп ректоцеле соответствовало 0-I степени. Через 3 года у большинства пациенток основной группы сохранялась I степень, а у пациенток контрольной группы размеры ректоцеле увеличились и составили, в среднем, 2,9±0,5 см, что соответствует II степени.

В результате оперативного лечения удалось достичь подъема промежности в покое у пациенток обеих групп до практически нормального уровня. Через 3 года в контрольной группе показатели ухудшились, в среднем, на $0,9 \pm 0,2$ см. Аналогичная тенденция отмечалась при натуживании. Через 6 месяцев после операции эти показатели приблизились к нормальным у больных обеих групп. Через 3 года у больных основной группы сохранялись те же показатели, а у пациенток контрольной группы они увеличились на $0,8 \pm 0,2$ см, хотя оставались выше, чем до операции.

Значения АРУ в покое до операции, значительно превышавшие нормальные показатели, через 6 мес. после операции снизились до практически нормальных величин у пациенток обеих групп, причем у больных основной группы они были ближе к нормальным. В отдаленные сроки у пациенток контрольной группы отмечено постепенное увеличение АРУ на $3,1 \pm 0,5^\circ$ в покое, а при натуживании на $7,2 \pm 0,4^\circ$. У пациенток основной группы этот параметр по срокам наблюдения не изменялись.

Таким образом, рентгенологические исследования показали преимущество абдоминальной сакрокольпоректопексии в плане коррекции анатомических нарушений у пациенток с ОП перед перинеопластикой.

До оперативного лечения эвакуаторная функция прямой кишки была снижена у пациенток обеих групп. Через 6 месяцев после операции скорость эвакуации бария при дефекографии у пациенток основной группы увеличилась на $2,1 \pm 0,6$ г/сек и только на $0,9 \pm 0,2$ г/сек у пациенток контрольной группы ($P=0,060$). Процент оставшейся после опорожнения в прямой кишке бариевой взвеси у пациенток обеих групп до оперативного лечения превышал нормальные значения в 2 раза. В основной группе после операции процент оставшегося после опорожнения бария практически соответствовал норме, составляя $19,4 \pm 5,1\%$, в контрольной группе он был несколько выше, $25,6 \pm 5,5\%$, хотя разница была недостоверной ($P=0,410$). Через 3 года после операции в контрольной группе отмечено увеличение количества оставшегося после опорожнения бария, по сравнению с основной группой, на $9,4\% \pm 0,6\%$. Таким образом, все количественные показатели дефекографии у пациенток основной группы были лучше и сохранялись дольше.

При имеющемся ОСПК его рентгенологические признаки у пациенток основной группы в послеоперационном периоде сохранялись. В контрольной группе после лоскутного иссечения избытка слизистой через 6 месяцев после оперативного лечения из 26 пациенток у 19 (73,1%) рентгенологических признаков данной патологии не отмечено. Через 3 года этот процент снизился до 46,1%, рецидив ОСПК отмечен у 7 пациенток.

Результаты дефекографии подтверждались данными RRS и УЗИ.

При верхнем ректоцеле, подтвержденном рентгенологически у 13 пациенток основной группы и у 10 пациенток контрольной группы оценивали выраженность апикального проляпса с помощью МРТ. У этой категории пациенток обеих групп зона МШС в покое и при натуживании находилась ниже уровня, определяемого у женщин с нормальным расположением ТД, а

подвижность МШС превышала норму, $10,0 \pm 1,6$ мм. Через 6 мес. после оперативного лечения у пациенток основной группы отмечена нормализация расположения МШС относительно ЛКЛ, которая составила $30,8 \pm 1,3$ мм, и подвижности МШС, которая составила $8,5 \pm 0,7$ мм и не изменилась через 3 года. У пациенток контрольной группы апикальный проляпс после оперативного лечения сохранялся и постепенно прогрессировал. Таким образом, сакрокольпоректопексия оказалась более эффективным вмешательством при верхнем ректоцеле.

Аноректальные функциональные исследования также подтвердили преимущества оперативного лечения СОП с использованием сакрокольпоректопексии, что видно из таблицы 4.

Таблица 4

Оценка рефлекторной функции прямой кишки у пациенток основной и контрольной групп перед операцией, через 6 месяцев и через 3 года после операции

Основные показатели рефлекторной функции прямой кишки	Основная группа N = 52			Контрольная группа N = 48			Достоверность различий
	Перед операцией	Через 6 мес. после операции	Через 3 года после операции	Перед операцией	Через 6 мес. после операции	Через 3 года после операции	
<u>Порог чувствительности (мл)</u> (норма – $18,7 \pm 5,1$ мл)	$32,8 \pm 4,3$	$22,5 \pm 3,8$	$21,9 \pm 3,6$	$32,1 \pm 3,9$	$26,7 \pm 3,1$	$28,7 \pm 4,1$	$p = 0,076$ $p^* = 0,909$ $p^{**} = 0,281$ $p^{***} = 0,698$
<u>Объем, вызывающий позыв на дефекацию (мл)</u> (норма $72,3 \pm 3,1$ мл)	$82,5 \pm 5,8$	$69,2 \pm 4,9$	$70,1 \pm 5,1$	$83,8 \pm 3,9$	$74,8 \pm 5,1$	$78,5 \pm 4,9$	$p = 0,083$ $p^* = 0,899$ $p^{**} = 0,164$ $p^{***} = 0,602$

P – достоверность различий между показателями перед операцией 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 перед операцией 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

У пациенток основной группы, в сравнении с контрольной, после операции порог чувствительности был ниже на $4,3 \pm 0,5$ мл и сохранялся на достигнутом уровне в отдаленные сроки. У пациенток контрольной группы порог чувствительности с течением времени вновь увеличивался. Объем, вызывающий позыв на дефекацию до оперативного лечения он превышал нормальные значения в обеих группах. Через 6 месяцев после оперативного

лечения отмечено снижение этого показателя у пациенток обеих групп. В отдаленном периоде наблюдения этот показатель у пациенток контрольной группы вновь увеличился до предоперационного уровня.

Тест с выталкиванием баллона также подтвердил улучшение функции опорожнения прямой кишки в большей степени у пациенток основной группы. Если до оперативного лечения в основной группе баллончик объемом 50 мл в течение 1 минуты вытолкнули 34,6% пациенток, в контрольной группе – 33,3% пациенток, то в послеоперационном периоде 73,1% пациенток основной группы и 72,9% пациенток контрольной группы. Через 3 года результаты теста ухудшились в обеих группах до 65%. Анализ показал, что причиной отрицательного теста в основной группе явилось неустранённое ОСПК, а в контрольной группе – прогрессирующий апикальный проляпс влагалища.

Функция держания кишечного содержимого у пациенток с имеющейся НАС улучшилась после оперативного лечения в большей степени у пациенток основной группы (таблица 5).

Таблица 5

Оценка функции держания у пациенток основной и контрольной групп перед операцией, через 6 месяцев и 3 года после операции

Основные показатели функции держания	Основная группа N = 32			Контрольная группа N = 29			Достоверность различий
	Перед операцией	Через 6 мес. после операции	Через 3 года после операции	Перед операцией	Через 6 мес. после операции	Через 3 года после операции	
<u>Давление в области НАС</u> (ммHg) (норма 48,8±3,2 ммHg)	32,8±3,6	38,6±4,3	42,2±3,2	33,1±3,2	36,5±3,8	40,4±4,3	P = 0,305 P* = 0,504 P** = 0,479 P*** = 0,500
<u>Давление в области ВАС</u> (ммHg) (норма 59,8±6,2 ммHg)	42,2±4,6	49,9±4,9	54,1±3,9	43,1±3,7	46,6±2,2	49,9±5,1	P = 0,256 P* = 0,505 P** = 0,420 P*** = 0,555
<u>Максимальное давление при волевом сокращении</u> (ммHg) (норма 162,3±13,2 ммHg) <u>Период</u>	113,7±8,7	125,6±9,8	153,5±7,8	116,9±6,5	121,5±6,8	139,7±7,4	P = 0,365 P* = 0,029 P** = 0,664 P*** = 0,076

латентности срамного нерва (сек) (норма до 2,2 мсек)	2,99±0,6	2,78±0,5	2,42±0,4	2,92±0,7	2,71±0,8	2,69±0,9	P=0,789 P*=0,576 P**=0,844 P***=0,987
--	----------	----------	----------	----------	----------	----------	--

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

P* - достоверность различий между показателями через 6 мес. и 3 года после операции в основной группе

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

P***- достоверность различий между показателями через 6 мес. и 3 года после операции в контрольной группе. P рассчитано по критерию Ньюмена-Кейлса

НКС I-II степени до оперативного лечения отмечалось у 61% пациенток в обеих группах. В послеоперационном периоде отмечено постепенное восстановление функции держания у пациенток обеих групп, но в большей степени в основной группе, что подтверждалось цифрами давления в области ВАС и НАС (таблица 5). До операции давление в области наружного анального сфинктера между группами достоверно не отличалось. Через 6 месяцев и в отдаленном периоде после операции отмечено увеличение давления в области НАС у пациенток обеих групп, в большей степени у пациенток основной группы. Аналогичным образом отмечено увеличение давления в области ВАС. Несмотря на недостоверность различий между данными показателями, у пациенток основной группы они были выше и достоверно не отличались от нормы. Таким образом, через 3 года после оперативного лечения НАС I степени сохранялась у 5(9,6%) пациенток основной группы и у 10(20,8%) пациенток контрольной группы. НКС II степени не было отмечено ни у одной пациентки. Данный факт мы, как и другие авторы, связываем с прекращением перерастяжения срамного нерва в результате того, что промежность занимает свой нормальный анатомический уровень и прекращается длительное натуживание при дефекации. В нашей работе это подтверждено определением периода латентности срамного нерва, который у пациенток основной группы снизился от 2,90±0,6 мсек. до 2,42±0,4 мсек., а у пациенток контрольной группы от 2,92±0,7 мсек. до 2,69±0,9 мсек.

Данные объективных методов исследования совпадали с субъективной оценкой пациентками результатов лечения, что выражалось в результатах заполненных ими опросников. При оценке выраженности ОД по Кливлендской шкале запоров до оперативного лечения средний балл в обеих группах составил 23,2±1,2. Через 6 месяцев средний балл снизился до 15,2±2,2 баллов в основной группе и до 13,6±3,5 в контрольной группе. При заполнении шкалы через 3 года после операции у пациенток основной группы средний балл при заполнении шкалы достоверно не изменился, а у пациенток контрольной группы увеличился до 19,4±3,2. Динамика выраженности симптомов ОД представлена на рис. 1. Анализ заполненных анкет показал, что запоры сохранялись у пациенток основной группы при наличии ОСПК, а у пациенток контрольной группы при наличии апикального проляпса.

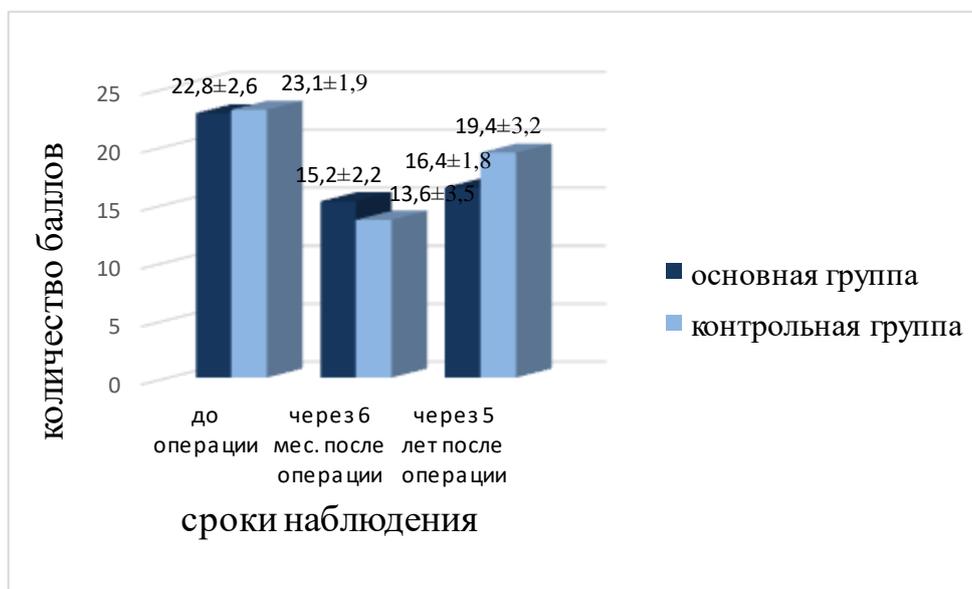


Рис. 1. Динамика выраженности ОД в баллах у пациенток основной и контрольной группы по срокам наблюдения на основании Кливлендской шкалы запоров

Проведен анализ анкет выраженности инконтиненции по шкале Wexner 32 пациенток основной группы и 29 пациенток контрольной группы, которые до операции жаловались на НКС. Через 6 месяцев пациентки обеих групп отметили улучшение функции держания. Через 3 года пациентки основной группы отметили значительное улучшение функции держания, $6,7 \pm 1,3$ баллов, в то время, как у пациенток контрольной группы функция держания восстановилась в меньшей степени, составив $11,3 \pm 3,6$ баллов (рис. 2).

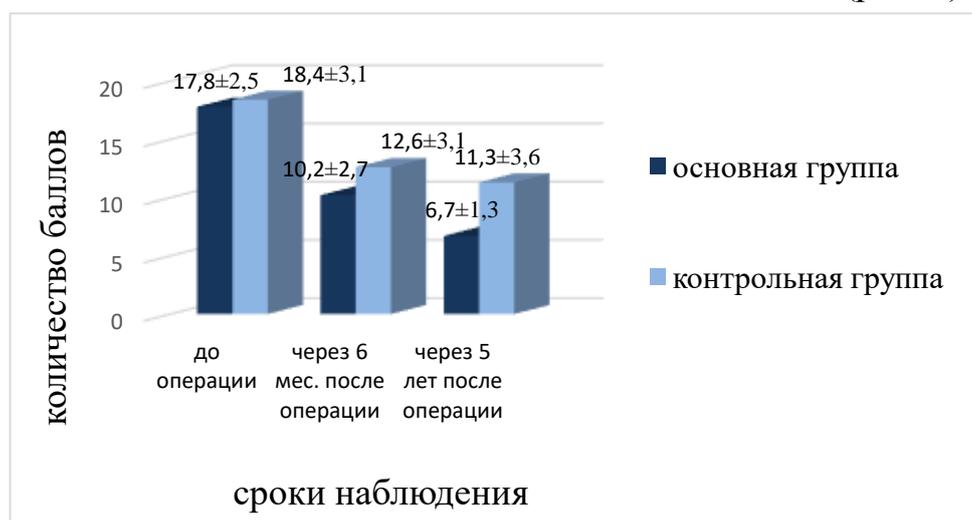


Рис. 2. Динамика тяжести инконтиненции по шкале Wexner у пациенток основной и контрольной групп по срокам наблюдения в баллах

При оценке КЖ до оперативного лечения оценку «хорошо» не дала ни одна пациентка из обеих групп. Через 6 месяцев в основной группе оценку «хорошо» дали 38,5% пациенток, оценку «удовлетворительно» - 34,6% пациенток, оценку «неудовлетворительно» - 26,9% пациенток. Анализ заполненных опросников показал, что с оценку «неудовлетворительно» дали пациентки у которых на фоне ОП, имелось ОСПК и вследствие этого

сохранялась ОД. Пациентки, у которых после сакрокольпопексии были отмечены такие осложнения, как эрозия влагалища, гранулема, диспареуния отметили результаты лечения как «удовлетворительные». В эти же сроки в контрольной группе было меньше «хороших» и «неудовлетворительных» результатов. Неудовлетворительные результаты отмечали пациентки с нескорректированным апикальным проляпсом и сохраняющимися симптомами ОД. Через 3 года после операции в контрольной группе выросло количество «неудовлетворительных» результатов за счет постепенного ухудшения анатомических результатов лечения, что проявлялось усилением тяжести ОД и снижением функции держания кишечного содержимого, тогда как в основной группе результаты достоверно не изменились (рис 3).

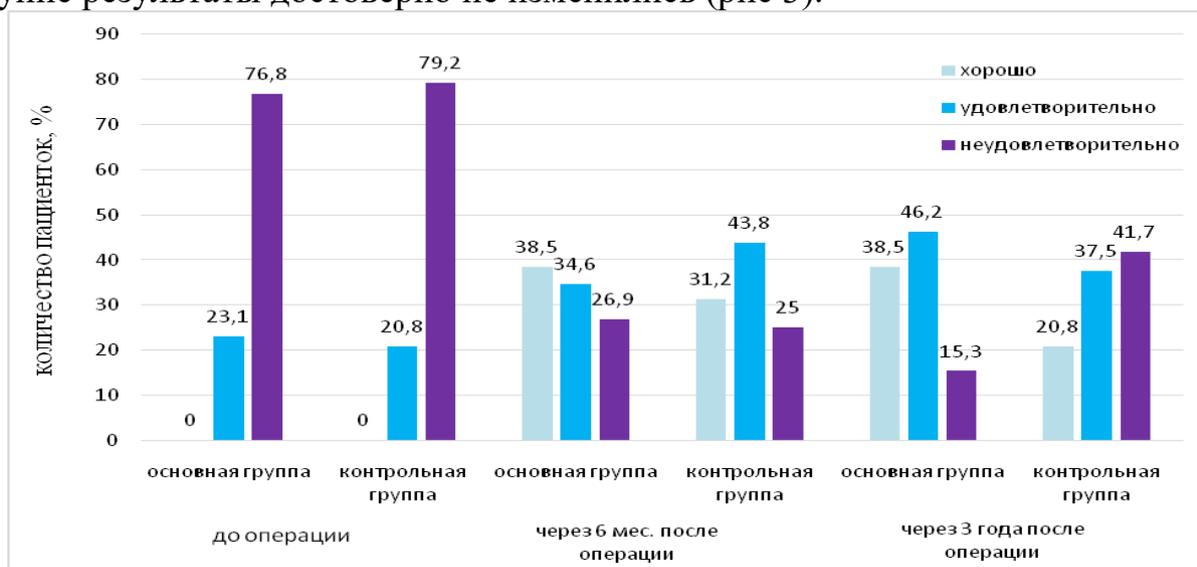


Рис. 3. Динамика КЖ пациенток основной и контрольной групп по срокам наблюдения в баллах

12 пациенткам, у которых через 3 года после сакрокольпоректопексии сохранялось ОСПК и которых продолжала беспокоить ОД, была выполнена операция STARR. Опыт выполнения STARR после сакрокольпоректопексии показал отсутствие каких-либо технических трудностей в сравнении с ее выполнением в изолированном виде. Течение послеоперационного периода показало, что выполнение операции STARR после абдоминальной сакрокольпоректопексии не увеличивает процент осложнений. Ни у одной из 12 пациенток каких-либо осложнений в послеоперационном периоде нами не отмечено. Отсутствие у пациенток жалоб на ОД и улучшение функции опорожнения, подтвержденное дефекографией и аноректальными функциональными тестами, подтвердило целесообразность дополнения сакрокольпоректопексии операцией STARR у пациенток с имеющимся ОСПК на фоне ОП.

Чтобы избежать многоэтапного лечения, оказывающего негативное влияние на психоэмоциональный статус пациенток, и улучшить ближайшие послеоперационные результаты мы поставили задачу оценить возможность одномоментного дополнения абдоминальной сакрокольпоректопексии методикой STARR у пациенток с ОСПК. Оперативное лечение проведено 25 пациенткам. Мы не отметили каких-либо дополнительных технических

сложностей во время операции STARR, произведенной после сакрокольпоректопексии. Увеличения процента осложнений, связанных с имплантацией сетки и резекцией слизистой прямой кишки в пределах одной анатомической зоны, отмечено не было. В послеоперационном периоде все пациентки отметили значительное уменьшение симптомов ОД. Субъективные ощущения пациенток подтверждались данными дополнительных методов исследования. При RRS через 6 месяцев и в отдаленные сроки через 3 года после операции признаков ОСПК не отмечалась. При трансанальном УЗИ пролапс слизистой не визуализировался. Дефекография показала коррекцию ректоцеле II-III степени, имеющегося до операции до размеров, соответствующих 0-I степени, подъем уровня расположения промежности относительно ЛКЛ до $-2,4 \pm 0,5$ см в покое и $-5,3 \pm 0,8$ см при натуживании, заднего АРУ в покое $93,1 \pm 1,7^\circ$ и при натуживании $136,4 \pm 2,8^\circ$. Симптом «воронки», характерный для ОСПК отсутствовал. Дефекография подтвердила нормализацию опорожнения: скорость эвакуации $5,2 \pm 0,6$ г/сек, остаточный объем бариевой взвеси $16,9 \pm 5,2\%$ соответствовали нормальным показателям и сохранялись на этом уровне в отдаленные сроки. Физиологические исследования также показали восстановление нормальной рефлекторной функции прямой кишки. Порог чувствительности $19,5 \pm 3,9$ мл, объем вызывающий позыв на дефекацию $73,9 \pm 5,1$ мл соответствовали значениям, определяемым у здоровых добровольцев и не имели тенденции к увеличению. Тест с выталкиванием баллона через 6 месяцев и 3 года с положительным результатом выполнили все пациентки.

У пациенток с НКС отмечено постепенное восстановление функции держания, как и у пациенток с НАС на фоне ОП, которым была произведена только сакрокольпоректопексия. Это подтверждалось данными аноректальной манометрии. Через 3 года после операции давление в области ВАС составляло $54,9 \pm 4,7$ мм. рт. ст., в области НАС $43,4 \pm 3,9$ мм. рт. ст., что достоверно не отличается от нормальных показателей, определяемых у женщин, не страдающих НКС.

ВЫВОДЫ

1. В настоящее время отсутствуют стандарты при выборе метода хирургического лечения СОП. Одним из широко используемых методов коррекции анатомических взаимоотношений органов малого таза и ТД при пролапсе его заднего сегмента является перинеопластика с использованием собственных тканей пациентки, включающая заднюю кольпорафию, переднюю леваторопластику, заднюю леваторопластику и трансанальное иссечение имеющегося пролапса слизистой прямой кишки. Однако метод не позволяет в полной мере осуществить коррекцию всех нарушений при данной патологии, а достигнутые результаты ухудшаются с течением времени. Абдоминальная сакрокольпоректопексия является более эффективным оперативным вмешательством для восстановления нормальных анатомических взаимоотношений при ОП и имеющемся на этом фоне ректоцеле, особенно с апикальным пролапсом влагалища.

2. Выполнение абдоминальной сакрокольпопексии не позволяет устранить ОСПК, имеющееся у 52% пациенток с ОП. Дополнительно произведенная степлерная трансанальная резекция слизистой прямой кишки (STARR) позволяет улучшить анатомические и функциональные результаты у этой категории пациенток.

3. При сочетанном характере проляпса заднего сегмента ТД, включающего, кроме ректоцеле, ОСПК, необходимо комплексное хирургическое лечение. Возможно одномоментное дополнение абдоминальной сакрокольпоректопексии методикой STARR, что позволяет избежать многоэтапности лечения и улучшить КЖ этой категории пациенток.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. У пациенток с нижним и средним ректоцеле на фоне ОП возможно выполнение перинеопластики с использованием собственных тканей, которая должна включать заднюю кольпорафию, переднюю леваторопластику и заднюю леваторопластику. Однако предпочтение нужно отдавать абдоминальной сакрокольпоректопексии, как более эффективной.

2. У пациенток с СОП, у которых ОП сочетается с верхним ректоцеле и апикальным проляпсом влагалища необходимо выполнять абдоминальную сакрокольпоректопексию, так как перинеопластика собственными тканями у этой категории пациенток малоэффективна.

3. При имеющемся ОСПК обе методики необходимо дополнять трансанальным иссечением избытка слизистой прямой кишки. Мы рекомендуем отдавать предпочтение степлерным методикам, так как они практически не увеличивают продолжительность вмешательства незначительно, частоту осложнений и легко переносятся пациентками.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Ни одна из существующих методик хирургического лечения проляпса ТД не является идеальной и не исключает рецидивов, повторных оперативных вмешательств, осложнений. Перспективными являются исследования по разработке новых синтетических материалов для коррекции проляпса, новых хирургических методик. Дальнейшее изучение роли коллагена, соединительной ткани, повреждений нервной и мышечной ткани, значения генетических факторов в их развитии, возможно, позволит разработать эффективную профилактику и консервативное лечение данной патологии.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Результаты хирургического лечения сочетанного выпадения органов малого таза у женщин [Текст] / В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник ... **А.П. Кривчикова** [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 ... **А.П.Кривчикова** [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 ... **А.П. Кривчикова** [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 ... **А.П. Кривчикова** [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 ... **А.П. Кривчикова** [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 ... **А.П. Кривчикова** [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 ... **А.П. Кривчикова** [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. Сакрокольпопексия, ректопексия и методика РРН в комплексном лечении опущения тазового дна у женщин [Текст] / Н.В. Олейник, В.Ф. Куликовский ... **А.П. Кривчикова** [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.).

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

10. Преимущества интраабдоминальной сакрокольпопексии в сочетании со степлерной трансанальной резекцией слизистого слоя прямой кишки (STARR) для хирургического лечения синдрома опущения промежности [Текст] / В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник ... **А.П. Кривчикова** [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.).

11. Хирургическое лечение ректоцеле в сочетании с проляпсом слизистой прямой кишки путем трансабдоминальной резекцией слизистой прямой кишки (STARR) [Текст] / В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник ... **А.П. Кривчикова** [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.).

12. 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 ... **А.П. Krivchikova** [et al.] // INDO American Journal of Pharmaceutical Sciences. – 2017. – Vol. 4, № 10. – P. 3803-3809. (**Web of Science**)

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

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

15. 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> (**ВАК**)

16. Анализ причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения ректоцеле в зависимости от вида оперативного вмешательства [Текст] / В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник, **А.П. Кривчикова** [и др.] // Колопроктология. – 2018. – № 2 (64), прил. – С. 23. – (Материалы всерос. научно-практич. конф. с междунар. участием «Достижения современной колопроктологии», Суздаль, 23-25 авг. 2018 г.).

17. Отдаленные результаты хирургического лечения ректоцеле с апикальной поддержкой [Текст] / В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник, **А.П. Кривчикова** [и др.] // Колопроктология. – 2018. – № 2 (64), прил. – С. 23. – (Материалы всерос. научно-практич. конф. с междунар. участием «Достижения современной колопроктологии», Суздаль, 23-25 авг. 2018 г.).