

Практикующий врач

КОРРЕКЦИЯ ВЫПАДЕНИЯ ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ НА ФОНЕ СИНДРОМА ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Наумов А.В.
Белгородская областная клиническая больница
Святителя Иоасафа (Региональный колопроктологический центр), институт последипломного медицинского образования Белгородского государственного университета Белгород, Россия

Актуальность проблемы

Проляпс влагалища после гистерэктомии является частой патологией. Для фиксации культи влагалища в этих случаях одной из самых надежных операций, производимых влагалищным доступом, считается крестцово-остистая фиксация. Однако процент рецидивов после нее все же высок и составляет, по данным разных авторов, около 8%. К тому же операцию невозможно выполнить при короткой культе влагалища (Х.А.Хирш, 1999; G.M.Brieger и соавт., 1995; M.Columbo, R.Milani, 1998 и др.).

Цель исследования: оптимизация способа хирургической коррекции постгистерэктомического выпадения влагалища путем его фиксации к крестцово-остистым связкам с использованием синтетической сетки.

Материал и методы исследования

Разработана собственная модификация крестцово-остистой фиксации культи влагалища с использованием синтетической сетки. Суть операции заключается в следующем: в области купола влагалища и на промежности производятся поперечные разрезы слизистой и кожи. Расправляется ректовагинальная перегородка. В образовавшийся туннель имплантируется синтетическая сетка крестообразной формы. Нижний конец сетки укладывается под кожей промежности и фиксируется отдельными узловыми швами в области передней трети полуокружности заднего прохода, боковые части сетки фиксируются с двух сторон к крестцово-остистым связкам с умеренным натяжением после прошивания последних по общепринятой методике, подтягивая вверх не только влагалище, но и промежность. Использование сетки позволяет производить данное вмешательство при любой длине влагалища. Верхней частью сетки укрепляется передняя стенка влагалища: дно мочевого пузыря и уретровезикальный сегмент, для чего края сетки фиксируются к надкостнице нижних ветвей лобковых костей¹. Данная модификация выполнена у 13 больных. Средний возраст пациенток составил $59,7 \pm 2,3$ лет. У всех больных имелось сопутствующее

ректоцеле. Проктография с натуживанием после опорожнения в положении стоя показала наличие у 8 больных данной группы опущение слизистой прямой кишки. Все больные страдали запорами. Больным с избыtkом слизистой прямой кишки операция была дополнена его резекцией с использованием циркулярного степлера. Кроме того, у 6 больных имелась недостаточность анального сфинктера I - II степени, что установлено клинически и подтверждено данными аноректальной манометрии. Контрольную группу составили 11 больных, средний возраст $58,9 \pm 3,1$ лет, которым по поводу аналогичной патологии произведена традиционная крестцово-остистая фиксация влагалища, передняя леваторопластика и резекция избытка слизистой по показаниям. Из них опущение слизистой прямой кишки имелось у 6 больных, недостаточность анального сфинктера I-II степени – у 4-х больных.

Результаты исследования

Все больные обеих групп были обследованы через 6 месяцев после операции и отметили уменьшение необходимости сильного натуживания и отсутствие потребности в ручном пособии при дефекации. Проктография показала, что ректоцеле и проляпс слизистой прямой кишки были ликвидированы у всех больных обеих групп. Положение аноректальной границы в основной группе составило $-2,9 \pm 0,4$ см в покое и $-5,7 \pm 0,5$ см при максимальном натуживании, т.е. у 10 из 13 больных она приняла нормальное расположение. До операции эти показатели составили: $-4,2 \pm 0,5$ см и $-8,4 \pm 0,9$ см. В контрольной группе результаты были хуже. И при аналогичных показателях до операции в послеоперационном периоде составили: $-3,9 \pm 0,7$ см и $-7,2 \pm 1,3$ см. У 3-х больных контрольной группы в послеоперационном периоде отмечено формирование избытка слизистой прямой кишки по передней полуокружности, который отсутствовал до оперативного вмешательства.

Запоры были ликвидированы у 10 из 13 больных основной группы. Дефекография показала уменьшение времени натуживания и практически полное освобождение кишки от бария у этих больных. До операции скорость эвакуации бария составила $13,1 \pm 0,8$ г/сек, процент оставшегося бария $-33,2 \pm 3,1\%$, после операции $-5,9 \pm 1,1$ г/сек и $18,2 \pm 1,1\%$, соответственно, что по нашим данным практически соответствует норме. В контрольной группе запоры сохранились у 6 больных. До операции скорость эвакуации бария составила $12,8 \pm 0,9$ г/сек, процент оставшегося бария $-35,1 \pm 3,3\%$, после операции $-8,9 \pm 2,1$ г/сек и $27,1 \pm 1,9\%$. Результаты дефекографии коррелировали с данными функциональных исследований. По сравнению с контрольной группой, при оценке рецептивной чувствительности прямой кишки у больных с имплантацией сетки

¹ Патент РФ № 2275872 от 10.05.2006 г. Способ хирургического лечения постгистерэктомического выпадения влагалища.

отмечалось более значительное изменение характеризующих ее показателей в сторону нормы по отношению к дооперационным. У всех пациенток обеих групп с пролапсом слизистой прямой кишки до операции отмечено увеличение остаточного внутривеносного давления в анальном канале, которое составило $18,1 \pm 2,5$ мм рт. ст. (у здоровых женщин, $n=50$, $12,2 \pm 2,7$ мм рт. ст.). В послеоперационном периоде этот показатель у больных с ненарушенной функцией держания составил $12,9 \pm 1,7$ мм рт. ст. у больных основной группы и $12,7 \pm 1,9$ мм рт. ст. в контрольной группе ($P > 0,05$). При сравнении больных с инконтиненцией результаты были лучше в основной группе, чем в контрольной: $13,6 \pm 1,5$ мм рт. ст. и $15,3 \pm 1,7$ мм рт. ст., что мы связываем с более полной коррекцией положения тазового дна при крестцово-остистой фиксации в собственной модификации. Больные осмотрены в отдаленные сроки, максимально через 4 года и минимально через полгода. Рецидива не отмечено ни у одной больной основной группы, в контрольной группе – у 2 больных в результате прорезывания швов, фиксирующих влагалище.

Выводы: При постгистерэктомическом выпадении влагалища, особенно рецидивном, пластику желательно осуществлять с использованием синтетических трансплантатов, так как у этих больных отмечается слабость соединительной ткани и с трудом дифференцируется связочный аппарат. Мы рекомендуем отдавать предпочтение крестцово-остистой фиксации с обеих сторон, используя синтетическую сетку. При этом операция может быть выполнена при любой длине влагалища и сохраняет его физиологическое положение. Использование разработанной методики позволили улучшить результаты лечения этой патологии.

**ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ
НОРМАТИВНЫХ ЗНАЧЕНИЙ
ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ**

Парабонский А.П.
*Медицинский институт высшего сестринского
образования,
Кубанский медицинский университет
Краснодар, Россия*

Критерии формирования нормативных значений в медицине являются вопросами, которые постоянно находятся в стадии обсуждения по мере развития медико-биологических наук и приобретения новых знаний. Важным является не только диагностика уже развившейся патологии, но и выявление таких переходных состояний организма, как адаптация, дезадаптация, предболезнь. Как показали наши исследования при обследовании больших контингентов лиц, считающих себя здоровыми, достаточно велика распространённость таких состояний. Широкое исполь-

зование среднестатистической нормы не способствует определению границ пограничных состояний. В медицине клиническая и лабораторная норма не всегда совпадают. В современных условиях возможно формирование некоторых изменений, которые можно расценить как адаптацию или даже адаптационную модификацию, возникающую под воздействием постоянных и закреплённых в качестве необходимых новых факторов для сохранения гомеостаза.

В представленной работе изложены принципы, на основании которых разработаны критерии, позволяющие учитывать донозологические изменения со стороны иммунной системы (ИС). В исследуемую группу (186 человек) вошли клинически здоровые лица, у которых маркеры инфекционных заболеваний не обнаружены и отмечен нормативный уровень аминотрансфераз. Выявлено, что у части обследованных лиц содержание циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) статистически значимо превышает существующие нормативные значения. Для разработки оптимальных критериев формирования корректных нормативных значений иммунологических показателей (ИП) и для уменьшения разбросов был применен метод сигмальных отклонений с учетом пороговых колебаний показателей в пределах $\pm\sigma$. Такой подход был использован для исключения из группы клинически здоровых лиц пациентов, как с недостаточностью, так и с активацией ИС. Использование на предварительном этапе скринингового исследования, которое позволило бы исключать из группы клинически здоровых лиц с лабораторными признаками нарушений ИС, является необходимым для формирования корректных нормативных значений ИП. Выбор ЦИК в качестве интегрального показателя при скрининге основывался на положении, что повышенный их уровень является отражением специфического взаимодействия антигена-антитела.

Показано, что с целью корректного формирования нормативных значений ИП необходимо соблюдение некоторых положений: полное клиническое обследование доноров с тщательным сбором анамнеза; отсутствие в анамнезе указаний на наличие хронического воспалительного процесса; отсутствие острых воспалительных процессов не менее чем за четыре недели до момента обследования; отсутствие у доноров маркеров латентных инфекций; обязательное включение в первичное иммунологическое обследование определения уровня ЦИК в сыворотке крови с исключением из группы доноров лиц, у которых этот показатель превышает нормативные значения; использование помимо средних значений показателя порогового ограничения $\pm\sigma$, что позволяет определить нижнюю границу стимуляции, а также тот предел, который является верхней границей иммунной недостаточности.