

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ФОНЕ ОПУЩЕНИЯ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН

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 Тазовый пролапс – патология, встречающаяся у женщин всех возрастов. Проблема реконструктивной хирургии пролапса является сложной и все еще не до конца решенной, несмотря на широкий арсенал медикаментозных средств и хирургических методик. Это обусловлено сложностью подбора корректирующих вмешательств, которые могли бы одновременно ликвидировать сочетающиеся патологические состояния (В.И.Краснопольский и соавт., 1997). Лечение тазового пролапса у женщин затруднено также тем, что эта анатомическая область лежит в сфере интересов ряда узких специалистов: урологов, гинекологов, колопроктологов. Многочисленными исследованиями установлено, что тазовый пролапс – заболевание полиэтиологическое, и в его развитии важную роль играют травматические повреждения, часто возникающие во время родов, пульмонологическая патология, сопровождающаяся длительным хроническим кашлем, тяжелые физические нагрузки, гормональные нарушения в перименопаузе, генетическая предрасположенность (R.E.Allen et al., 1990; S.Jacson et al., 1996; A.R.Smith et al., 1989 и др.). Под влиянием одного или нескольких из перечисленных факторов наступает функциональная несостоятельность связочного аппарата тазовых органов и тазового дна. Она выражается в развитии различных фасциальных и анатомических дефектов, которые могут включать комбинации цистоцеле, ректоцеле, пролапс матки, прямой кишки, энтероцеле.

Цель нашего исследования состояла в изучении взаимосвязи ано-ректальной патологии, ее характера и тазового пролапса, а также разработке комплексного подхода к сочетанным оперативным вмешательствам на тазовых органах для улучшения анатомических и функциональных результатов лечения.

Материалы и методы Обследование пациенток с опущением тазового дна показало наличие у 16% из них выпадения прямой кишки, геморроя – у 80%, хронических анальных трещин – у 47%.

Всем больным с указанной патологией проведено клиническое обследование, RRS, дефекография с определением аноректальной конфигурации, сфинктерометрия, цистография в покое и с натуживанием, уродинамические, ультразвуковые исследования, МРТ.

60 больным произведена геморроидэктомия, из них 25 в сочетании с иссечением анальной трещины с боковой внутренней сфинктеротомией или без нее в зависимости от тонуса анального сфинктера. Геморроидэктомия производилась по Миллигану-Моргану с ушиванием ран наглухо. 15 больным операция произведена с использованием гармонического скальпеля (Harmonic Scalpel – Johnson & Johnson Medical K.K., Ethicon Endo-Surgery). Исследования показали, что в послеоперационном периоде у больных этой группы болевой синдром был менее выражен, раневой процесс протекал более благоприятно. 10 больным по поводу хронического смешанного геморроя III-IV ст. произведена резекция слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки с использованием циркулярного степлера HCS33 по методу A. Longo.

Виды хирургической коррекции выпадения прямой кишки зависели от степени ее пролапса. При I степени также использовали метод Лонго (7 больных), при II-III ст. – ректопексию по Wells (20 больных), причем при III ст. имеющуюся недостаточность анального сфинктера корригировали путем передней и задней сфинктеролеваторопластики.

Виды хирургической коррекции урогенитального пролапса зависели от его вида и степени. Пролапс задней стенки влагалища имел место у 60 больных, которым была произведена задняя кольпорафия и передняя леваторопластика. Ректоцеле наиболее часто встречалось в сочетании с цистоцеле (29 больных), опущением мочевого пузыря и стрессовым недержанием мочи (22 больных), опущением матки (18 больных). Хирургическое лечение цистоцеле заключалось в передней кольпорафии. При стрессовом недержании мочи выполнялись slingовые операции: TVT или TVT-O. При сопутствующем выпадении матки производили ее фиксацию различными трансвагинальными или внутрибрюшными способами, экстирпацию или ампутацию по показаниям с последующей фиксацией культи и влагалища. Все операции прошли успешно. Каких-либо значительных интра- и послеоперационных осложнений не отмечено. Больные обследованы через 3, 6 и 12 месяцев после операции, и все они были удовлетворены результатом.

Контрольную группу составили больные, которым ретроспективно были произведены изолированные операции по поводу различных проявлений пролапса в колопроктологическом, гинекологическом и урологическом отделениях. Большинству из них требовались или были произведены повторные операции по поводу сочетанной патологии, а функциональные и анатомические результаты были хуже. Больным с геморроем на фоне пролапса задней стенки влагалища требовалось ручное пособие при дефекации, в послеоперационном периоде у них чаще возникали осложнения, связанные с длительным натуживанием. Отмечено более длительное заживление ран после иссечения анальных трещин, их рецидивы, связанные с нарушением акта дефекации.

Заключение Если выпадение прямой кишки является классическим проявлением тазового проляпса, то развитие геморроя и анальной трещины с ним ранее не связывалось. Однако наличие геморроя у столь высокого процента больных с проляпсом полностью объясняется механической теорией, согласно которой с возрастом происходит растяжение мышечных и соединительнотканых структур, фиксирующих подслизистые венозные сплетения. С другой стороны, у больных на фоне геморроя увеличивается частота встречаемости анальных трещин.

При комплексном подходе к хирургической коррекции данной сочетанной патологии послеоперационный койко-день, в среднем, увеличился незначительно (на 1,3 дня), по сравнению с изолированной геморроидэктомией. На длительности пребывания в стационаре больных, перенесших различные операции по поводу тазового проляпса, сопутствующая коррекция ано-ректальной патологии не сказалась. Но каждая больная одновременно избавлялась сразу от 2-3 заболеваний, значительно улучшалось качество жизни, повышался экономический эффект лечения.