ДВУХУРОВНЕВАЯ ПЛАСТИКА ТАЗОВОГО ДНА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ

Хитарьян А.Г.,^{1,4} Праздников Э.Н.,² Дульеров К.А.,¹ Стагниева Д.В.,³
Алибеков А.З.,⁴ Прокудин С.В.,¹ Велиев К.С.,¹ Ковалев С.А.¹

¹ НУЗ «Дорожная клиническая больница» ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД»,
г. Ростов-на-Дону

(главный врач – О.И.Нахрацкая)

² ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический
университет имени А.И.Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

(ректор – О.О.Янушевич)

³ МБУЗ «Городская поликлиника № 16», г. Ростов-на-Дону

(главный врач – Д.В.Стагниева)

⁴ ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

(ректор – С.В.Шлык)

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения больных с ректоцеле посредством двухуровневой пластики тазового дна.

МЕТОДЫ. Пластика ректоцеле осуществлялась из комбинированного трансвагинального и трансректального доступа и заключалась в сакроспинально-кардинальной фиксации, кольпорафии, дополненной трансректальной «11-часовой» мукопексией на высоту до 5 см от зубчатой линии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Отдаленные результаты лечения были прослежены в сроки от 12 мес. до 5 лет после операции (медиана 3,5 года). В исследуемой группе «хороший» результат был отмечен у 37 (75,5%) пациенток, «удовлетворительный» и «неудовлетворительный» – у 11 (22,4%) и 1 (2,0%) пациенток, соответственно. Рецидив заболевания был выявлен всего у 1 пациентки (2%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Двухуровневая тазовая пластика с комбинированным влагалитным и трансректальным доступом отличается малой травматичностью (средняя продолжительность операции чуть более 50 мин., при объеме кровопотери до 150 мл) и низким процентом интраоперационных и послеоперационных осложнений.

[Ключевые слова: ректоцеле, двухуровневая пластика]

TWO-LEVEL PLASTIC OF THE PELVIC BOTTOM IN SURGICAL TREATMENT OF RECTOCELE

Khitaryan A.G.,^{1,4} Prazdnikov E.N.,² Dulierov K.A.,¹ Stagnieva D.V.,³ Alibekov A.Z.,⁴ Prokudin S.V.,¹ Veliev K.S.,¹ Kovalev S.A.¹

¹ Road clinical hospital on st. Rostov-Main ОАО «RJD», Rostov-on-Don, Russia

² Moscow State Medico-stomatologic University named A.I. Evdokimova», Moscow, Russia

³ City polyclinic № 16, Rostov-on-Don, Russia

⁴ Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

AIM. Improvement of treatment results in patients with the rectocele using of a two-level plastic of a pelvic bottom.

METHODS. The plastic to a rectocele was carried out from the combined transvaginal and transrectal approach and consisted in sacrospinal-cardinal ligament, the colporrhaphy added transrectal «11 hours» with a mucopexy on height to 5 cm from the dental line.

RESULTS. The remote results of treatment were tracked in terms from 12 months till 5 years after operation (a median of 3,5 years). In the studied group the «good» result was noted at 37 (75,5%) patients, «satisfactory» and «unsatisfactory» – at 11 (22,4%) and 1 (2,0%) patients, respectively. Recurrence of a disease was taped at only 1 patient (2%).

CONCLUSION. The two-level pelvic plastic with the combined vaginal and transrectal access is associated with short operating time of 50 min., intraoperative blood loss about 150 ml and low perioperative morbidity.

[Keywords: rectocele, two-level plastic]

Адрес для переписки: Алибеков Альберт Заурбекович, ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра общей хирургии, пер. Нахичеванский, 29, Ростов-на-Дону, 344022,

тел.: +7 (928) 606-99-99, e-mail: hupyr@doctor.com

Согласно клиническим рекомендациям по диагностике и лечению взрослых пациентов с рек-

тоцеле, разработанным экспертной комиссией Общероссийской общественной организации

«Ассоциация колопроктологов России» и представленной на XVIII съезде общества эндоскопических хирургов в 2015 г., ректоцеле представляет собой дивертикулородное выпячивание стенки прямой кишки в сторону влагалища (переднее ректоцеле) и/или по задней полуокружности кишки (заднее ректоцеле). Переднее ректоцеле может быть представлено как изолированная форма, или в сочетании с задним ректоцеле и внутренней инвагинацией прямой кишки [2-4]. Исследование, проведенное Шелыгиным Ю.А. и соавт., показало, что в подавляющем большинстве случаев ректоцеле является проявлением системного нарушения функции связочно-мышечного аппарата таза (синдром опущения промежности) [7]. Распространенность ректоцеле среди женщин составляет от 7,0 до 56,5% [6,15].

Хирургическая анатомия тазового дна весьма сложна для понимания и стала предметом научного спора, при разработке реконструктивных операций на тазовом дне в проктологии, гинекологии и урологии [17,19]. К органам, расположенным в малом тазу, относятся мочевой пузырь, уретра, матка, прямая кишка и задний проход. В тазовом дне, согласно классическим представлениям, изложенным, например, в популярной в нашей стране монографии «Колопроктология и тазовое дно» Генри М.М. и Своша М., основная роль принадлежит поперечно-полосатым мышечным пластинкам, поднимающим задний проход, которые линейно прикрепляются от тела лобка до седалищной кости и состоят из 4-х порций лобково-прямокишечной,

лобково-копчиковой, подвздошно-копчиковой и рудиментарной копчиковой мышцей.

Самый глубокий слой тазового дна представлен структурами, образующими урогенитальный и аноректальный треугольники. Снаружи расположены мышцы половых органов – луковично-губчатая, седалищно-пещеристая и поверхностная поперечная мышца промежности, в аноректальном треугольнике расположен наружный сфинктер заднего прохода, сзади соединяющийся с заднепроходно-копчиковой связкой, а спереди сливаясь с поверхностной поперечной мышцей промежности. В поддержке тазовых органов большая роль принадлежит ректовагинальной фасции Денонвиллье, которая, наряду с лобково-шеечной фасцией Гальбана, расположенной спереди от влагалища, латерально прикрепляется к сухожильным дугам, разделяя таз на передний и задний отделы. В верхнем этаже малого таза поддержка тазовых органов осуществляется, в основном, крестцово-маточными и кардинальными связками. В начале 90-х годов группа французских исследователей разработала систему пластики тазовой сеткой без натяжения, основанную на теории DeLancey (DeLancey, J.O., 1992) существования трех уровней поддержки влагалища, формируемые фасциально-мышечными слоями тазового дна (Рис. 1).

- Первый уровень – верхушка влагалища – прикрепляется к стенкам таза и крестцу за счет кардинальных и крестцово-маточных связок. Повреждение на этом уровне приводит к выпадению свода влагалища.

Рисунок 1. Трехуровневая концепция поддержки тазовых органов по DeLancey. (DeLancey, J.O., 1992). Примечание: Срезы проведены перпендикулярно влагалищной оси

- Второй уровень – средняя часть влагалища – латерально прикрепляется к сухожильной арке тазовой фасции спереди и мышце, поднимающей задний проход сзади. Прочность передней стенки влагалища обусловлена участком тазовой фасции Гальбана.

Прочность задней стенки влагалища обусловлена участком тазовой фасции Денонвиллье, которая служит каркасом, препятствующим пролабированию во влагалище передней стенки прямой кишки. Нарушение на этом уровне приводит к формированию уретроцеле, цистоцеле и ректоцеле.

- Третий уровень – нижняя часть влагалища (на 3 см выше вульварного кольца), включающая спереди уретру и сзади перинеальное (промежностное) тело или сухожильный центр. (Тимербулатов В.М. с соавт., 2007; Dvorkin L.S. et al., 2004).

С точки зрения понимания 3-х уровневой анатомии тазового дна «гипотетически» становится ясно, что тазовые пролапсы 3-4 степени, ректоцеле 3 степени сопряжены с многоуровневым поражением тазового дна. Изолированные поражения анатомических структур 2-го уровня тазового дна клинически проявляются в зависимости от недостаточности передней или задней части диафрагмы таза, соответственно, цисто- или ректоцеле 1-2 степени. Существенные расхождения в воззрениях мультидисциплинарной команды возникают на этапе физикального обследования больных с задним тазовым пролапсом и ректоцеле. Гинеколог обращает внимание на опущение стенок влагалища, опущения или выпадения стенок, необходимости ручного пособия при дефекации. Проктолога также интересует наличие обструктивного типа дефекации, выраженность пролабирования передней стенки прямой кишки во влагалище, избытка слизистой передней стенки прямой кишки, наличия геморроя, трещин, реактивных полипов анального канала. Очень важно, что, как минимум 40% женщин, страдающих ректоцеле, имеют заболевания прямой кишки [1,5]. Сложности в оказании помощи женщинам с проблемами опущения тазовых органов мультидисциплинарной командой из вышеуказанных специалистов, требует нового осмысления проблемы и вычленения тезисов, не имеющих противоречий среди всех специалистов, занимающихся тазовой хирургией.

Для лечения ректоцеле предложено более 30 способов операций и их модификаций [8,10,12,16]. Все вмешательства направлены на восстановление анатомического взаимоотношения органов малого таза и ликвидацию дивертикулородного выпячивания и отличаются друг от друга хирургическими доступами, среди которых выделяют: трансваги-

нальный, трансректальный, трансперинеальный, трансабдоминальный доступы [9,11,14].

Несмотря на то, что основным проявлением заднего тазового пролапса и ректоцеле является пролабирование передней стенки прямой кишки во влагалище, избыток слизистой передней стенки прямой кишки, в литературе трансректальная пластика ректоцеле встречается относительно редко. При этом самым рекомендуемым методом коррекции тазового пролапса называют операции с использованием сетчатых протезов и устройств. Однако применение синтетических материалов сопряжено с возможными осложнениями: эрозиями, болями, развитием диспареунии [13,18]. Также обращает внимание то, что упоминание об укреплении 3-го уровня тазового дна методом леваторопластики сегодня имеет наименьшую популярность.

Стационарное обследование больных с ректоцеле предусматривает физикальный осмотр с определением степени тазового пролапса по системе POP-Q, МРТ, КТ, проктодефектографию, тоноперинеометрию анального сфинктера, что позволяет определить недостаточность того или иного уровня тазового дна.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью настоящего исследования является улучшение результатов лечения больных с ректоцеле посредством двухуровневой пластики тазового дна.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы располагаем 8-летним опытом хирургического лечения более 200 пациенток с ректоцеле и задним тазовым пролапсом.

Клиническую группу составили 49 женщин, страдающих ректоцеле 2-3 степени, преимущественно живущих половой жизнью, которым для пластики ректоцеле было нежелательно использовать сетчатые протезы, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении Дорожной клинической больницы на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД». Возраст больных колебался от 31 до 70 лет. Всем пациенткам проводили предгоспитальное и послеоперационные обследования, включающие: клинический осмотр, мануальное гинекологическое и проктологическое исследование, оценку опущения тазового дна по системе POP-Q, эвакуаторную рентгеновскую проктодефектографию, дополнительно проводили тоноперинеометрию в покое и при натуживании, МРТ органов малого таза, что позволяло выявить уровни поражения поддержки

тазовых органов.

При перинеометрии измеряли силу сокращения мышц промежности по величине прироста давления при напряжении мышц тазовой диафрагмы с помощью влагалищного датчика перинеометра Peritron 9600 (Австралия). При этом уточняли степень недостаточности тонического усилия мышц промежности. В норме прирост давления на 20-50 мм рт. ст. и выше (в среднем, $37,2 \pm 5,3$ мм рт. ст.) свидетельствовал об отсутствии недостаточности тазового дна. Значения градиента давления 5-20 мм рт. ст. отражали умеренную морфофункциональную недостаточность, волевое сжатие мышц промежности, при котором давление повышалось на 5 мм рт. ст. и менее, расценивалось как выраженная недостаточность тазового дна.

Лечение данной группы пациенток проводили посредством оригинальной методики, на которую получен патент РФ № 2534837 от 10.12.2014 г. В основу данной пластики положено 3 технических момента – иссечение избытка стенки влагалища с прилежащим дистрофически измененным дефектом фасции Денонвиллье с последующей, кольпорафией, с захватом в шов стенки влагалища с прилежащей к ней не измененной вышеупомянутой фасцией, подшивание влагалища к крестцово-остистой связке, как «идеальной операции для женщин, ведущих половую жизнь», по данным Клиффорд Р. Уиллис «Атласа оперативной гинекологии» (2004 г.), видоизмененной нами тем, что фиксируется к крестцово-остистой связке не купол влагалища, а прилегающая к нему кардинальная связка, что делает данную фиксацию более мощной и без натяжения. Пластика дополняется трансанальной мукопексией для устранения избытка слизистой прямой кишки – операция, которая может использоваться и как самостоятельное вмешательство при ректоцеле, эффективное в 30-90% случаев, по данным Stela M. et al. В руководстве «Colon

and rectal surgery» Wexner S., Fleshman J., 2011. Данное вмешательство мы выполняли в варианте 11 часовой мукопексии.

Пластика ректоцеле осуществлялась из комбинированного трансвагинального и трансректального доступа и заключалась в сакроспинальной фиксации кардинальной связки вблизи прикрепления к куполу влагалища, кольпорафии, дополненной трансректальной «11-часовой» мукопексией на высоту до 5 см от зубчатой линии.

Оперативное пособие выполнялось в 2 этапа. На первом – трансвагинальном этапе, производили гидравлическую препаровку ректовагинальной перегородки. Затем продольным разрезом по средней линии задней стенки влагалища на всем протяжении, от преддверия влагалища до шейки матки выполняли доступ к ишиоректальному пространству. Далее выполняли мобилизацию прямой кишки и правой сакроспинальной связки. Первой нерассасывающейся нитью (ETHIBOND 2/0) узловым швом правую сакроспинальную связку прошивали в поперечном направлении на середине ее длины. Правую кардинальную связку у основания шейки матки мобилизовывали и прошивали в поперечном направлении в области ее крепления к шейке матки второй нерассасывающейся нитью (ETHIBOND 2/0) узловым швом. За конец второй нити правую кардинальную связку подтягивали к правой сакроспинальной связке до соприкосновения. Нити связывали без натяжения (Рис. 2 а,б). Трансвагинальная рана ушивалась, для чего из глубины раны через все слои задней стенки влагалища накладывали швы (VICRYL 3/0). На втором – трансанальном этапе, вводили аноскоп, а его рабочую поверхность устанавливали на 11 часов. Отступив в проксимальном направлении на 0,5 см от зубчатой линии анального канала, на слизистую оболочку прямой кишки рассасывающейся нитью (PDSII 3/0) в продольном направлении накладыва-

Рисунок 2. Расположение связочного аппарата таза до фиксации (а) и после (б)

ли непрерывный обвивной шов длиной от 4 до 6 см. Для оценки симптомов заболевания до и после операции использован опросник PFDI (Pelvic Floor Distress Inventory), рекомендованный для применения в клинической практике. Полная версия опросника позволяет оценить общие симптомы тазовых расстройств. В итоге PFDI содержит 46 вопросов, и в случае утвердительного ответа – четыре варианта, характеризующие степень выраженности данного симптома. В зависимости от того, насколько данная проблема беспокоит пациентку, выраженность симптома ранжируют следующим образом: 1 балл – «немного», 2 балла – «несколько», 3 балла – «умеренно», 4 балла – «значительно». Оценка отдельных симптомов расстройств кишечника и прямой кишки была проведена по подкатегории CRADI (ColoRectal – Anal Distress Inventory). Симптомокомплекс, сопровождающий пролапс органов малого таза, был исследован по подкатегории POPDI (Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory). CRADI включает 4 подкатегории, характеризующие: 1-я – обструктивные симптомы; 2-я – симптомы недержания кала и газов; 3-я – ирриативные симптомы, 4-я – симптомы ректоцеле. POPDI также объединяет 3 подкатегории: 1-я – описывает общие симптомы пролапса; 2-я – характеризует симптомы пролапса, патогномоничные для опущения передней стенки влагалища; 3-я – описывает симптомы, характерные для опущения задней стенки влагалища. В каждой подкатегории суммировали общее число баллов, находили среднее значение баллов, разделив сумму на количество вопросов. Затем среднее число баллов по каждой подкатегории умножали на 25. Баллы по категориям находили путем суммирования баллов по соответствующим подкатегориям.

Нами были ранжированы баллы по категориям и подкатегориям опросника PFDI для оценки отдаленных результатов лечения тазового пролапса у женщин. По отдельным подкатегориям CRADI, POPDI при сумме баллов в диапазоне от 80 до 100 делается вывод об ухудшении состояния больных. Сумма баллов 60-79 баллов ранжируется как состояние без перемен, 40-59 баллов – как улучшение, 20-39 баллов – как хороший результат и 0-19 баллов как отличный результат. При суммарной оценке категории POPDI пользуются следующей схемой: 240-300 баллов – ухудшение состояния, 180-239 баллов – состояние без перемен, 120-179 баллов – улучшение, 60-119 баллов – хороший результат и 0-59 баллов – отличный результат лечения. При ранжировании результатов лечения по категории CRADI используется следующая система баллов: 320-400 баллов – ухудшение состояния, 240-319 баллов – состояние без перемен, 160-239 баллов –

улучшение, 80-159 баллов – хороший результат и 0-79 баллов – отличный результат.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета прикладного программного обеспечения Statistica 7.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У исследуемых пациенток ($n=49$) ректоцеле 2 степени было выявлено у 21 (42,9%), а 3 степени – у 28 (57,1%). Таким образом, по степени основного заболевания преобладали пациентки с 3 степенью ректоцеле. По классификации POP-Q пациентки были распределены следующим образом: 2 степень выявлена у 19 (38,8%) больных, 3 степень наблюдалась в 29 (59,2%) случаях, и у 1 (2%) больной выявлена 4 степень.

Исходное количество баллов по двум подкатегориям опросника PFDI в группе больных с оценкой доверительной вероятности представлены в табл. 1.

Таблица 1. Количество баллов по подкатегориям опросника PFDI

Показатель	n=49
POPDI 1	69,2±2,7
POPDI 2	63,8±1,6
POPDI 3	65,9±2,8
POPDI сумма	198,2±4,2
CRADI 1	65,7±2,8
CRADI 2	75,9±1,3
CRADI 3	74,8±4,6
CRADI 4	65,4±3,4
CRADI сумма	292,6±4,4

Перинеометрия позволила уточнить степень выраженности функциональной недостаточности тазового дна. Умеренная морфофункциональная недостаточность мышц тазового дна встречалась у 20 (40,8%), а выраженная – у 29 (59,2%) больных. У 29 пациенток с выраженной функциональной недостаточностью мышц тазового дна на долю ректоцеле 3 степени приходилось 22 (75,9%) пациентки.

Длительность операции составила $53,8 \pm 1,2$ мин. Объем кровопотери при операции – $129,1 \pm 5,2$ мл. Повреждения органов малого таза при операции отсутствовали. В ранний послеоперационный период 2 (4,1%) больных развилась гематома промежности, гнойно-септические осложнения отсутствовали. Средняя длительность периода госпитализации составила – $4,4 \pm 0,5$ дня.

Отдаленные результаты лечения были прослежены в сроки от 12 мес. до 5 лет после операции (медиана 3,5 года). В исследуемой группе «хоро-

ший» результат (отсутствие рецидива, отсутствие жалоб и хорошее качество жизни) был отмечен у 37 (75,5%) пациенток, «удовлетворительный» (отсутствие рецидива или ректоцеле 1 степени, незначительные жалобы, хорошее качество жизни, и «неудовлетворительный» (рецидив заболевания) – у 11 (22,4%) и 1 (2,0%) пациенток, соответственно. У пациенток с удовлетворительными результатами лечения дополнительно назначали комплекс лечебной физкультуры. У 1 пациентки был выявлен рецидив заболевания. У 8 пациенток в отдаленные сроки выполнено МРТ таза. На представленной томограмме видно место сакро-кардинальной фиксации и отсутствие ректоцеле.

Качество жизни по всем шкалам подкатегории POPDI и большинству шкал опросника CRADI не отличались у пациенток с различной степенью ректоцеле.

Результаты качественного анализа баллов при оценке функции кишечника (CRADI сумм.), симптомов пролапса (POPDI сумм.) в отдаленный период после операции, представлены в таблице 2. Ухудшение функции дефекации и континенции больные не отмечали.

Таблица 2. Качественная оценка отдаленных результатов операции

Раздел опросника	Результат	Группа, абс. (%)
		(n=49)
CRADI	Хуже	0 (0,0)
	Без перемен	0 (0,0)
	Лучше	0 (0,0)
	Хорошо	25 (51,0)
	Отлично	24 (49,0)
POPDI	Хуже	0 (0,0)
	Без перемен	1 (2,0)
	Лучше	4 (8,2)
	Хорошо	26 (53,1)
	Отлично	18 (36,7)

Нарастание симптомов пролапса не обнаруживалось у больных исследуемой группы. Не было улучшений по шкале POPDI у 1 (2,0%) пациентки. Хороший результат чаще встречался у больных по шкале POPDI.

Безрецидивность и хорошие отдаленные результаты хирургического лечения ректоцеле у пациенток связаны с наличием точки жесткой фиксации – сакроспинальной и кардинальной связки в месте прикрепления к шейке матки, при использовании комбинированного метода, и выполнении 11 часовой мукопексии, что подтверждалось физиологическим состоянием ректовагинальной перегородки при осмотре пациенток в кресле. На преимущество хирургического лечения указывало формирование хорошего рубца в области ректовагинальной пере-

городки, о чем свидетельствовали результаты МРТ таза (Рис. 3 а,б).

Проведение МРТ после комбинированной операции показало качественную фиксацию кардинальной связки и купола влагалища к сакроспинальной связке. Фиксация влагалища в области его купола и шейки матки была физиологичной, что в последующем не затрудняло осмотра шейки матки при гинекологическом обследовании.

ОБСУЖДЕНИЕ

Рассматривая проблемы недостаточности тазового дна в проктологии совершенно очевидно, что произошел клинико-диагностический сдвиг, повлиявший на уровень выявления этого заболевания в кругу смежных специальностей проктологов, урологов, гинекологов, имеющих свое логическое объяснение. Клинический парадокс состоит в том, что урологу и гинекологу женщина жалуется на недержание мочи (иногда не жалуются, если об этом не спрашивают), гинеколог констатирует опущение или выпадение шейки матки, тем самым, ставится диагноз большинству больных с ректоцеле и задним тазовым пролапсом. На приеме проктолога частота выявления обсуждаемых проблем зависит от количества пациенток, осмотренных не только в колено-локтевом положении, но и в кресле в положении для камнесечения (исторически парадоксальна даже терминология положения осмотра – «в гинекологическом кресле»). Вместе с тем, коррекция проктологических проблем – геморроя, трещин анального канала и др. у женщин, страдающих ректоцеле, часто не приводит к хорошему результату от лечения, в том числе и при использовании малоинвазивных методов – латексного лигирования, склеротерапии или склеротерапии с использованием ультразвуковой кавитации и даже мукопексии с дезартеризацией, если имеется недостаточность тазового дна не только 2-го, но и 1-го уровня. Давая ретроспективную оценку наиболее распространенной ранее операции при ректоцеле – леваторопластики и пластики задней стенки влагалища, становится понятным, что данная операция является адекватной при небольших дефектах ректовагинальной перегородки и состоятельности структур тазового дна 3-го уровня. Упомянутая, как во всех разделах литературы по хирургии тазового дна, кольпо-сакроспинальная фиксация, как одна из наиболее надежных, предусматривает надежное восстановление на 1-м уровне тазового дна, вместе с тем не включает коррекцию недостаточности 2-го уровня тазового дна, если не дополнена адекватной задней

кольпорафией и ликвидацией избытка слизистой прямой кишки методом резекции или мукопексии. Таким образом, представляется, что будущее принадлежит комбинированным вмешательствам, с использованием одномоментно несколько вариантов доступа трансвагинального и трансректального.

С точки зрения идеологии современной пластики тазового дна, базируемой на теории его трёхуровневого строения, наиболее патогенетически обоснованной стала технология установки тазовых систем tensionfreemesh, предусматривающих одномоментную коррекцию тазового дна в 1-м уровне, в плоскости сакроспинальных и кардинальных связок и в плоскости ректовагинальной перегородки во 2-м уровне. Однако, с учетом того, что использование технологии значительно увеличило количество интраоперационных и послеоперационных осложнений, особенно неблагоприятно использование сетчатых эксплантатов у женщин, ведущих половую жизнь, в связи с тем, что имеет место высокий процент таких осложнений, как эрозия стенки влагалища, диспареунии (на сегодняшний день не проведено рандомизированных исследований определения частоты этого осложнения в отдаленные послеоперационные сроки после установки систем tensionfreemesh у женщин ведущих половую жизнь), думается, что результаты таких исследований могут быть более чем не утешительными. Данная технология может быть перспективной у пожилых женщин с задним тазовым пролапсом 4 степени по POP-Q, когда отмечается недостаточность всех 3-х уровней тазового дна. У остальных пациенток, страдающих ректоцеле 2-3 степени и задним тазовым пролапсом POP-Q 2-3, ведущих половую жизнь, предпочтительна комбинированная пластика, предусматривающая кардинально-сакроспинальную фиксацию без натяжения, заднюю кольпорафию, дополненную трансанальной ликвидацией избытка слизистой прямой кишки методом резекции или пексии.

ВЫВОДЫ

1. При диагностике и лечении ректоцеле и тазового пролапса необходимо учитывать уровни поражения тазового дна и в соответствии с этим подбирать вид тазовой пластики.
2. Предлагаемая двухуровневая тазовая пластика с комбинированным влагалищным и трансректальным доступом отличается малой травматичностью (средняя продолжительность операции чуть более 50 мин, при объеме кровопотери до 150 мл) и низким процентом интраоперационных и послеоперационных осложнений.
3. В отдаленные сроки рецидив ректоцеле составил 2% при медиане наблюдения 3,5 года.
4. При анализе отдаленных результатов по шкале POPDI «хороший» и «отличный» результат получен у 100% пациенток, а по шкале CRADI «хороший» и «отличный» результат получен в 89,8% случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беженарь В.Ф., Айламазян Э.К., Богатырева Е.В. Эффективность применения Prolift при хирургическом лечении пролапса тазовых органов. Московский хирургический журнал. – 2009. – т. 8. – № 4. – с. 5-15.
2. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. – М.: «МИА», 2006. – с. 193-208;
3. Краснопольский В.Н., Иоселиани М.Н., Рижинашвили И.Д. и соавт. Современные аспекты хирургического лечения опущения и выпадения внутренних половых органов у женщин. Акушерство и гинекология. – 1990. – № 8. – с. 58-61.
4. Попов А.А., Славутская О.С., Рамазанов М.Р. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения опущения и выпадения половых органов у женщин. Эндоскопическая хирургия. – 2002. – № 6. – с. 13-15.

Рисунок 3. МРТ малого таза после фиксации в прямой (а) и боковой (б) проекциях (стрелкой указано место фиксации)

5. Хитарьян А.Г., Мизиев И.А., Дульеров К.А. и соавт. Тактика хирургической реконструкции тазового дна у женщин с задним пролапсом тазовых органов. *Анналы хирургии*. – 2013. – № 1. – с. 31-36.
6. Шельгин Ю.А., Титов А.Ю., Джанаев Ю.А. Особенности клинической картины и характер нейро-функциональных нарушений у больных ректоцеле. *Колопроктология*. – 2012. – т. 42. – № 4. – с. 27-32.
7. Шельгин Ю.А., Титов А.Ю., Бирюков О.М. и соавт. Отдаленные результаты хирургического лечения ректоцеле. *Новости колопроктологии*. – 2013. – 4. – с. 79-85.
8. Ayabaca S.M., Zbar A.P., Pescatori M. Anal continence after rectocele repair. *Dis. Colon Rectum*. – 2002;45:63-9.
9. Boccasanta P., Venturi M., Calabrò G. et al. Which surgical approach for rectocele? A multicentric report from Italian coloproctologists. *Tech. Coloproctol*. – 2001;5:149-56.
10. D'Hoore A., Vanbeckevoort D., Penninckx F. Clinical, phisiological and radiological assessment of rectovaginal septum reinforsement with mesh for complex rectocele. *Br. J. Surg*. – 2008;95:1264-272.
11. Kahn M.A., Stanton S.L. Techniques of rectocele repair and their effects on bowel function. *Int. Urogynecol. J*. – 1998, 9:37-47.
12. Longo A. Treatment of hemorrhoidal disease by reduction of mucosa and of hemorrhoidal prolapsed with circular suturing device: a new procedure. In *Progressing of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery*. – 1988. – p. 777-784.
13. Maher C.F., Qatawneh A.M., Dwyer P.L. Abdominal sacral colpopexy or vaginal acrospinouscolpopexy for vaginal vault prolapse: a prospective randomized study. *Am. J. Obstet. Gynecol*. – 2004;190:20-26.
14. Mellgren A., Anzen B., Nilsson B.Y. et al. Results of rectocele repair. A prospective study. *Dis. Colon Rectum*. – 1995;38:7-13.
15. Savoye-Collet C., Savoye G., Koning E. et al. Defecography in symptomatic older women living at home. *Age Ageing*. – 2003; 32: 347-350.
16. Sullivan E.S., Leaverton G.H., Hardwick C.E. Transrectalperineal repair: an ajunct to improved function after anorectal surgery. *Dis. Colon Rectum*. – 1968;11:106-14.
17. Wall L. The muscles of the pelvic floor. *Clin. Obstet. Gynecol*. – 1993; 36:910-25.
18. Xynos E. Functional results after surgery for obstructed defecation. *Acta Chir. Iugosl*. – 2012;59 (2):25-9.
19. Zbar A.P., Leineman A., Fritsch H. et al. Rectocele: patogenesis and surgical management. *Int. J. Colorectal Dis*. – 2003;18:369-84.