



**ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава РФ**



**МНО
РостГМУ**

I Международная научно-практическая конференция студентов и молодых ученых « Актуальные вопросы малоинвазивной хирургии»



Секция: «Общая хирургия, урология,
травматология и ортопедия»

Тема работы: Трехуровневая анатомия
тазового дна для улучшения результатов
хирургического лечения ректоцеле

Авторы: Слюсаренко Н.В., Васильев К.С.

Научные руководители: Хитарьян А.Г.,
Орехов А.А.

Ростов-на-Дону, 2018 г.

Что такое ректоцеле?

Ректоцеле (rectocele: лат. rectum - прямая кишка; греч. kele - выпячивание, грыжа, припухлость) представляет собой дивертикулоподобное 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.

НОРМАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ

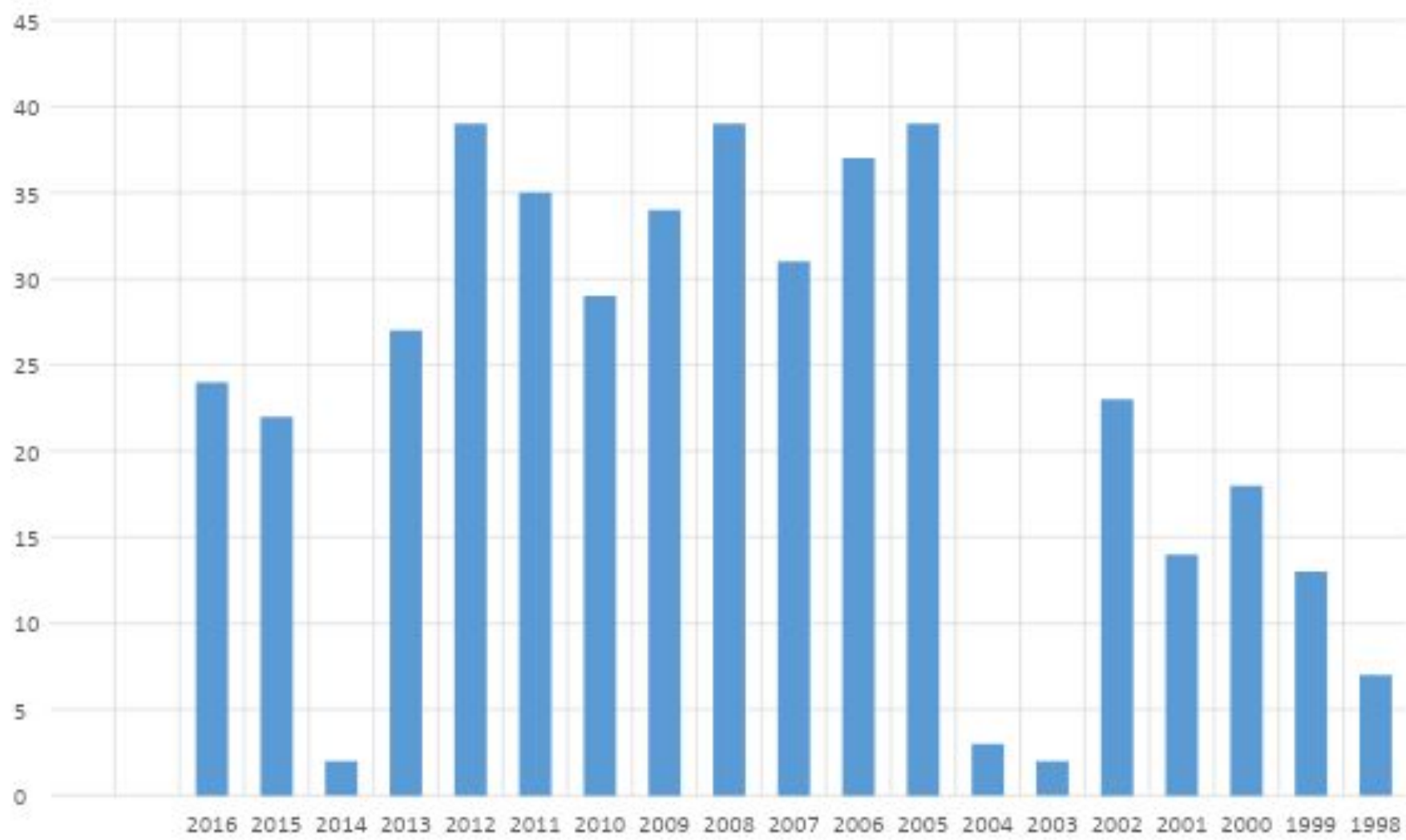


РЕКТОЦЕЛЕ



Актуальность проблемы

Более 40% трудоспособного населения индустриально развитых стран страдает запорами, при этом около 80% в этой категории больных составляют женщины. Развивающаяся в течение жизни слабость связочно-мышечного аппарата тазового дна, его повреждения во время осложненных родов приводят к опущению либо выпадению органов таза с нарушением их функции. Одной из таких патологий является ректоцеле.



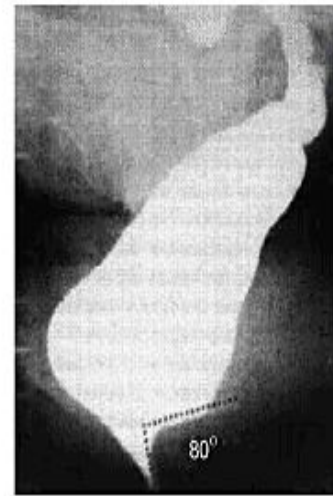
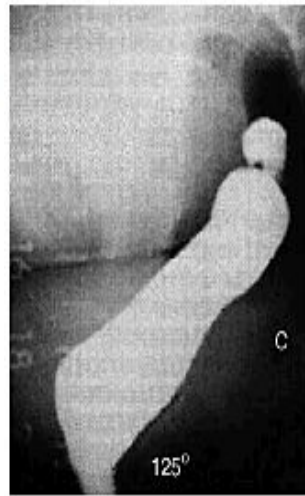
Этиология

Причины ослабления тазового дна:

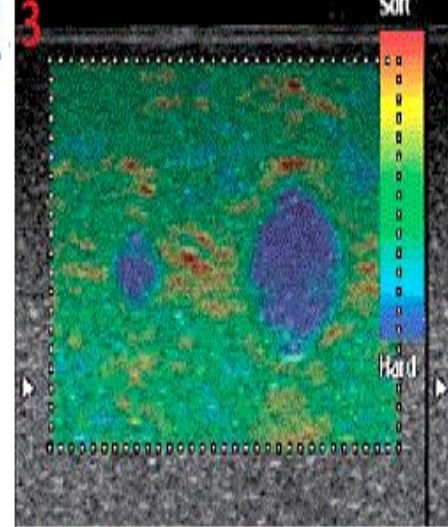
- 1) Возрастные изменения свойств тканей малого таза в связи с изменением гормонального фона.
- 2) Сложные или повторные роды
- 3) Запоры различной этиологии
- 4) Повышенное внутрибрюшное давление
- 5) Проведение гистероэктомии или схожих хирургических вмешательств, затрагивающих этажи таза
- 6) Небольшую роль играют эпизиотомии или незначительные растяжения влагалища
- 7) Дефекты соединительной ткани вызванные с. Морфана и с. Элерса - Данлоса

1

Stage 0	Признаки пролапса не выявлены
Stage 1	Наиболее дистальный отдел пролапса более чем на 1 см выше уровня влагища
Stage 2	Наиболее дистальный отдел пролапса на 1 см или менее проксимальнее или дистальнее влагищной стенки
Stage 3	Наиболее дистальный отдел пролапса выступает более чем на 1 см ниже влагища, но при этом общая длина влагища уменьшается не более чем на 2 см
Stage 4	Полное выпадение влагища



2



Материалы и методы.

Всем пациенткам проводили предгоспитальное обследование, включающее: клинический осмотр, мануальное гинекологическое и проктологическое исследование, оценку опущения тазового дна по системе POP-Q (1), эвакуаторную рентгеновскую проктодефекографию (2), соноэластографию с функциональной пробой при натуживании (3), дополнительно проводили тоноперинеометрию (4) в покое и при напряжении.

При перинеометрии измеряли силу сокращения мышц промежности по величине прироста давления при напряжении мышц тазовой диафрагмы. При этом уточняли степень недостаточности тонического усилия мышц промежности.

4



Симптомы пролапса тазовых органов (POPDI - 6):

1	Давление в нижней части живота	0 1 2 3 4
2	Тяжесть в области малого таза	0 1 2 3 4
3	Выпячивание или ощущение инородного тела во влагалище	0 1 2 3 4
4	Необходимость вправления выпячивания во влагалище, чтобы опорожнить кишечник	0 1 2 3 4
5	Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря	0 1 2 3 4
6	Необходимость вправления выпячивания, чтобы опорожнить мочевой пузырь	0 1 2 3 4

Колоректально - анальные симптомы (CRAD - 8):

7	Необходимость сильного напряжения, чтобы опорожнить кишечник	0 1 2 3 4
8	Неполное опорожнение кишечника при дефекации	0 1 2 3 4
9	Потеря кала вне вашего контроля, если стул сформирован правильно	0 1 2 3 4
10	Потеря кала вне вашего контроля, если стул мягкий	0 1 2 3 4
12	Отхождение газа из прямой кишки вне вашего контроля	0 1 2 3 4
13	Боль при дефекации	0 1 2 3 4
14	Симптомы необходимости срочного опорожнения кишечника	0 1 2 3 4
15	Выпячивание из влагалища появляется во время или после дефекации	0 1 2 3 4

Симптомы недержания мочи (UDI - 6):

16	Частое мочеиспускание (> 8 раз днем, > 1 раза ночью)	0 1 2 3 4
17	Потеря мочи, связанная с ощущением необходимости срочного мочеиспускания	0 1 2 3 4
18	Потеря мочи, связанная с кашлем, чиханием или смехом	0 1 2 3 4
19	Потеря небольшого количества мочи (капли) не связана с физическим напряжением	0 1 2 3 4
20	Трудности при опорожнении мочевого пузыря	0 1 2 3 4
21	Боль или дискомфорт внизу живота или области половых органов при мочеиспускании	0 1 2 3 4

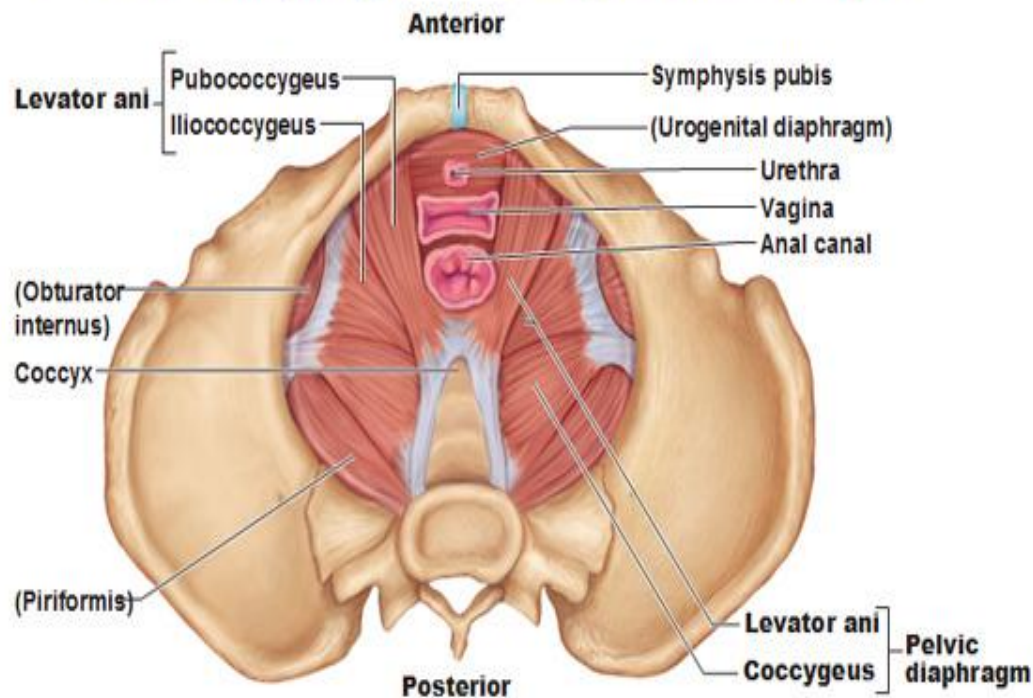
Количество баллов:

Анатомия аноректального комплекса

Полость малого таза принято разделять на три отдела этажа:

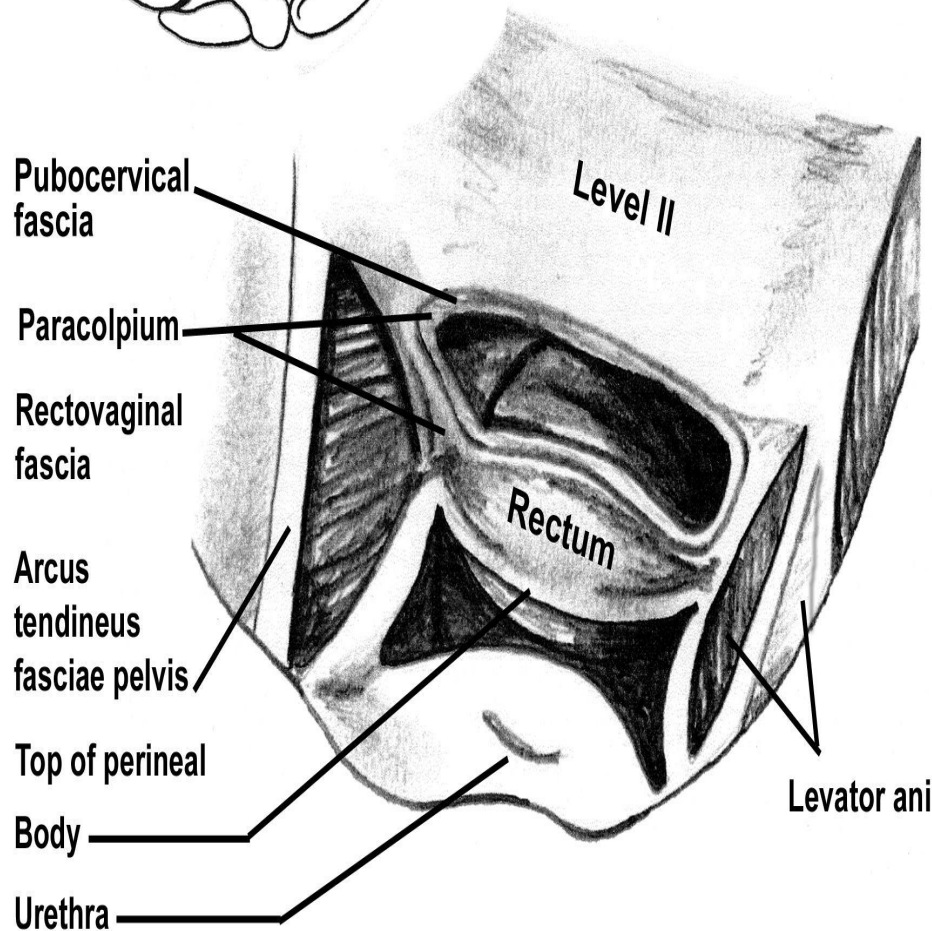
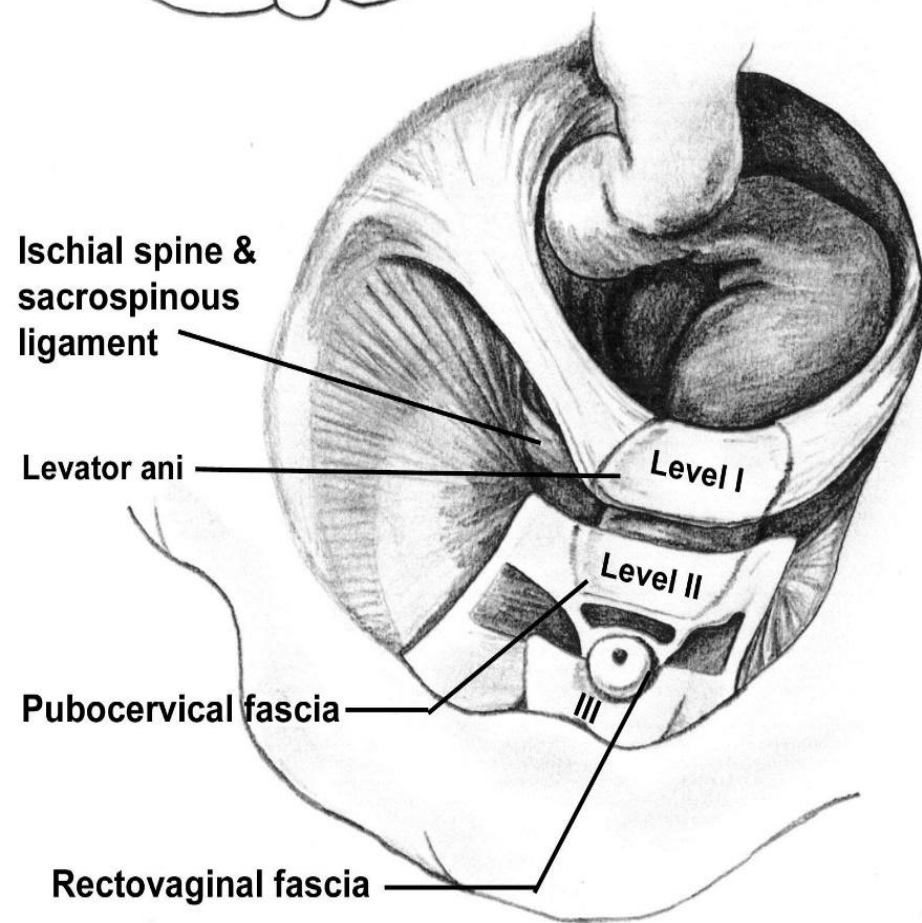
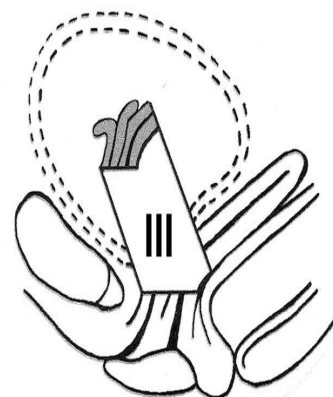
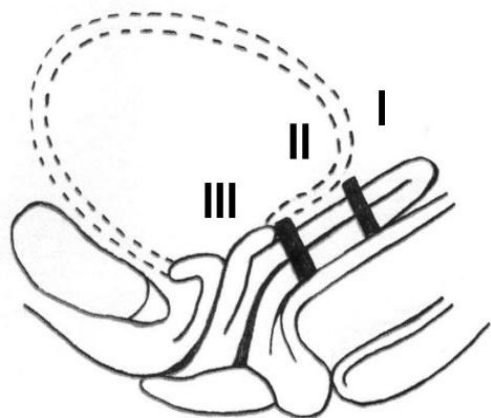
- 1) Брюшинная полость таза
- 2) Подбрюшинная полость таза
- 3) Подкожная полость таза

The Pelvic Diaphragm = the deepest muscle layer



Superior View of Female Pelvis



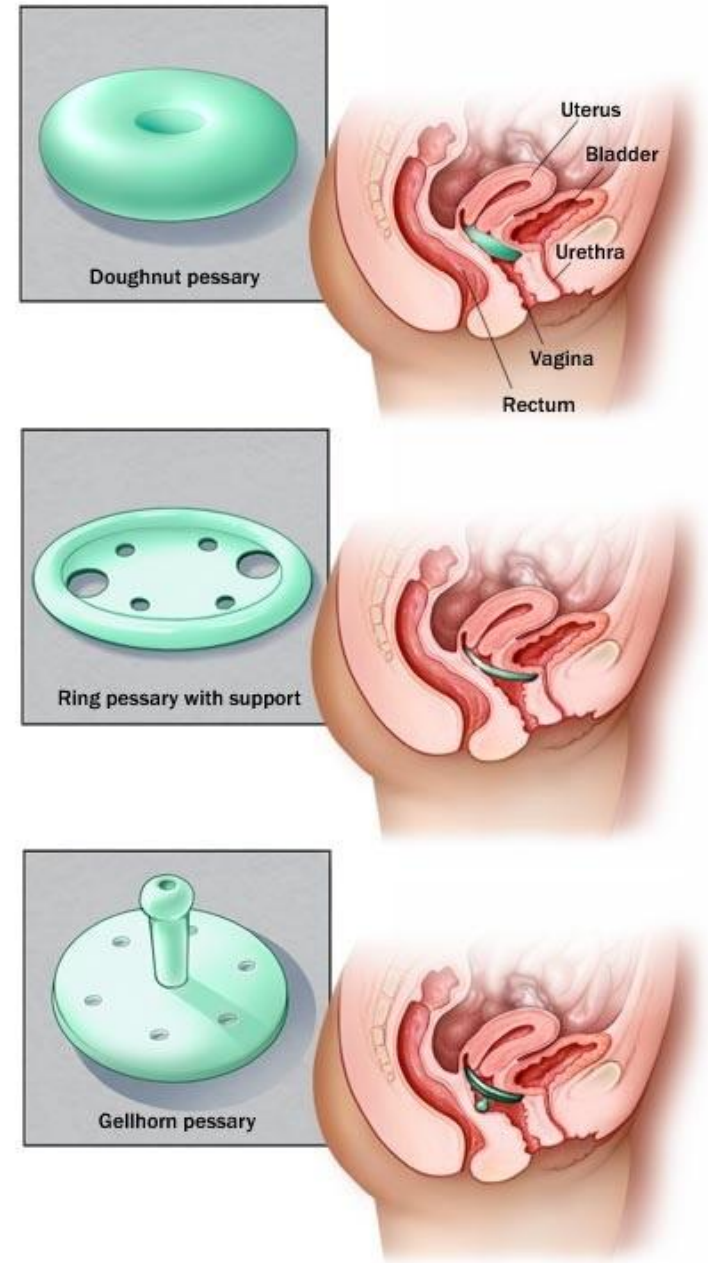


Терапевтическое лечение

Существует нехирургического лечения данной патологии :

- 1) Диеты с увеличенным содержанием клетчатки и повышенным водным режимом
- 2) Упражнения Кегеля, позволяющие укрепить мышцы тазового дна
- 3) Использование слабительных лекарственных средств
- 4) Гормонотерапия (эстрогеном) для женщин в стадии менопаузы

Из всех терапевтических методов стоит выделить использование **пессариев**, позволяющих значительно укрепить ректовагинальную перегородку.



Хирургическое лечение

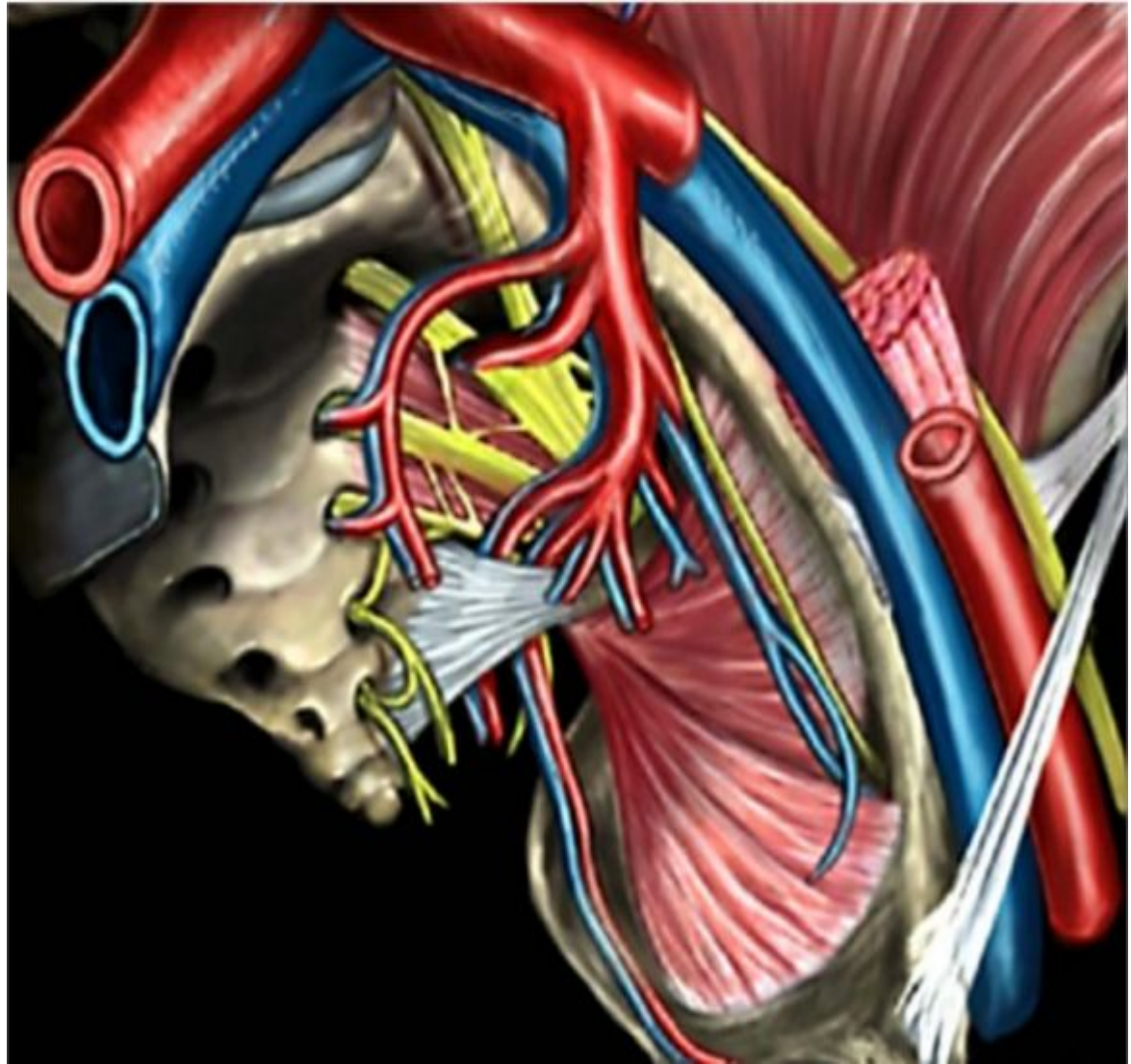
Существует 3 пути доступа к месту сформировавшегося ректоцеле :

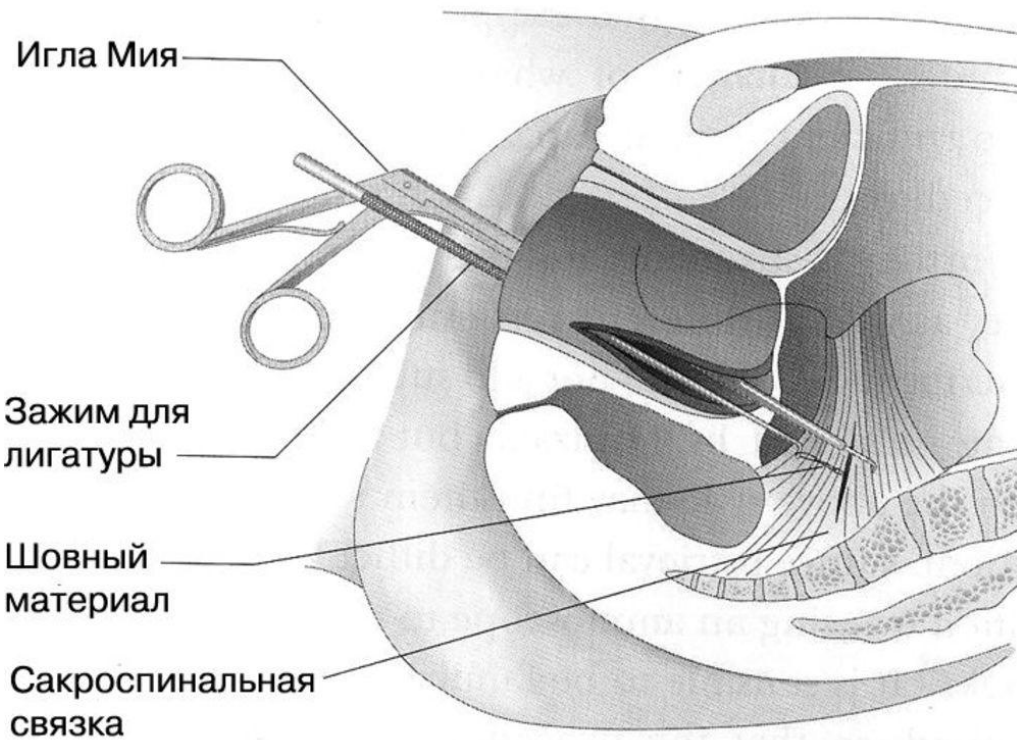
- Трансанально
- Через влагалище
- Через брюшину (в промежутке между анусом и влагалищем)

Во всех проявлениях операции направлены на удаление лишней ткани и укрепление ректовагинальной перегородки во избежание рецидивов, тем не менее любой вид вмешательств несет вероятность повторного возникновения ректоцеле.

Сакроспинальная я фиксация

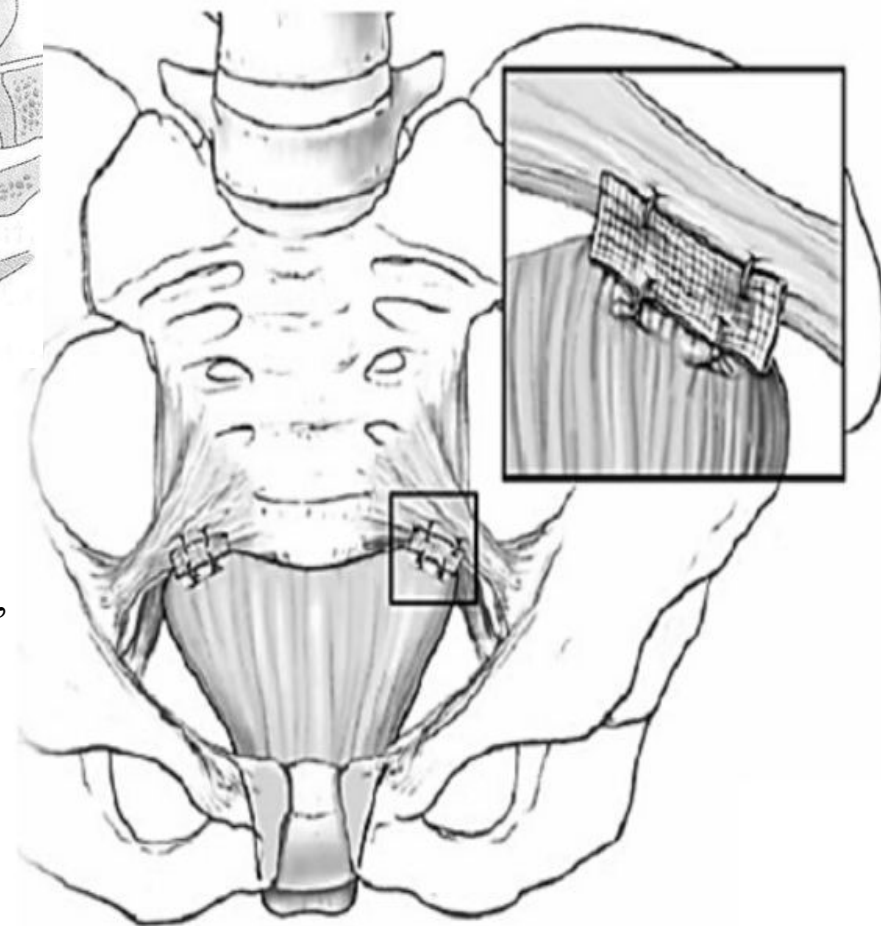
Операция
предназначена для
восстановления
нормального
расположения
апикального сегмента
влагалища в
независимости от того
есть у пациентки матка
или нет. Операция
выполняется через
влагалище и имеет все
преимущества и
недостатки этого
доступа.

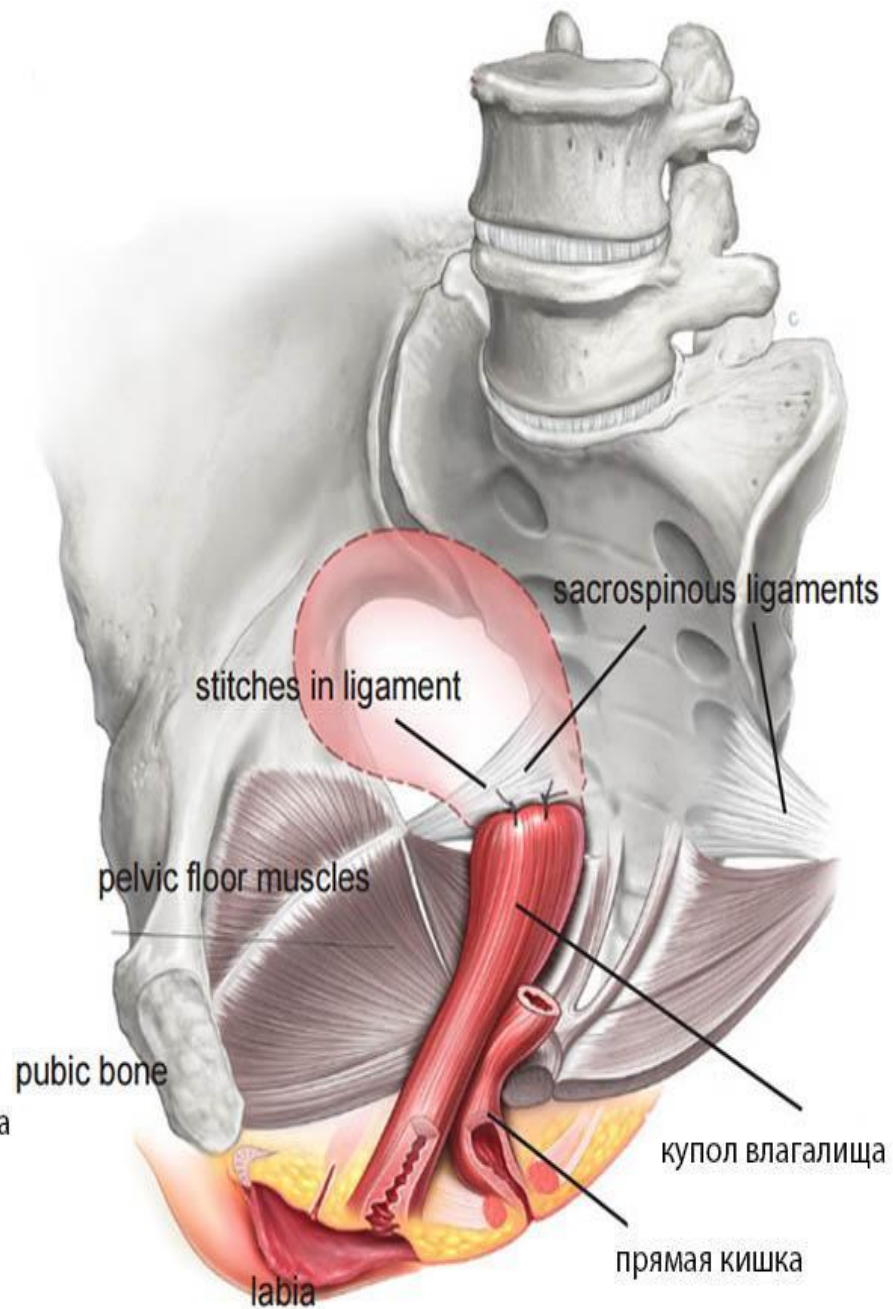
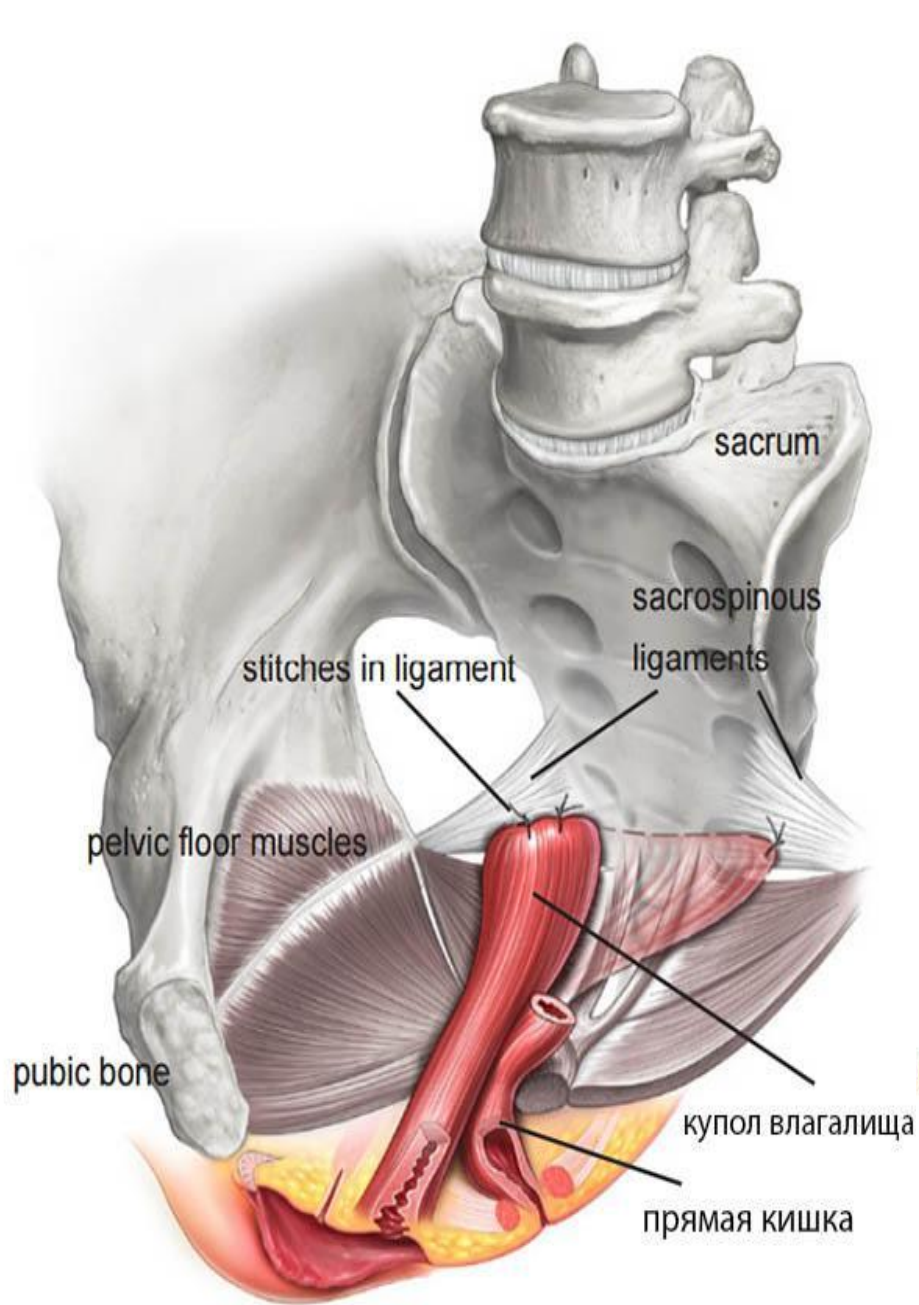




Эта операция может быть выполнена и в случаях влагалищной гистерэктомии

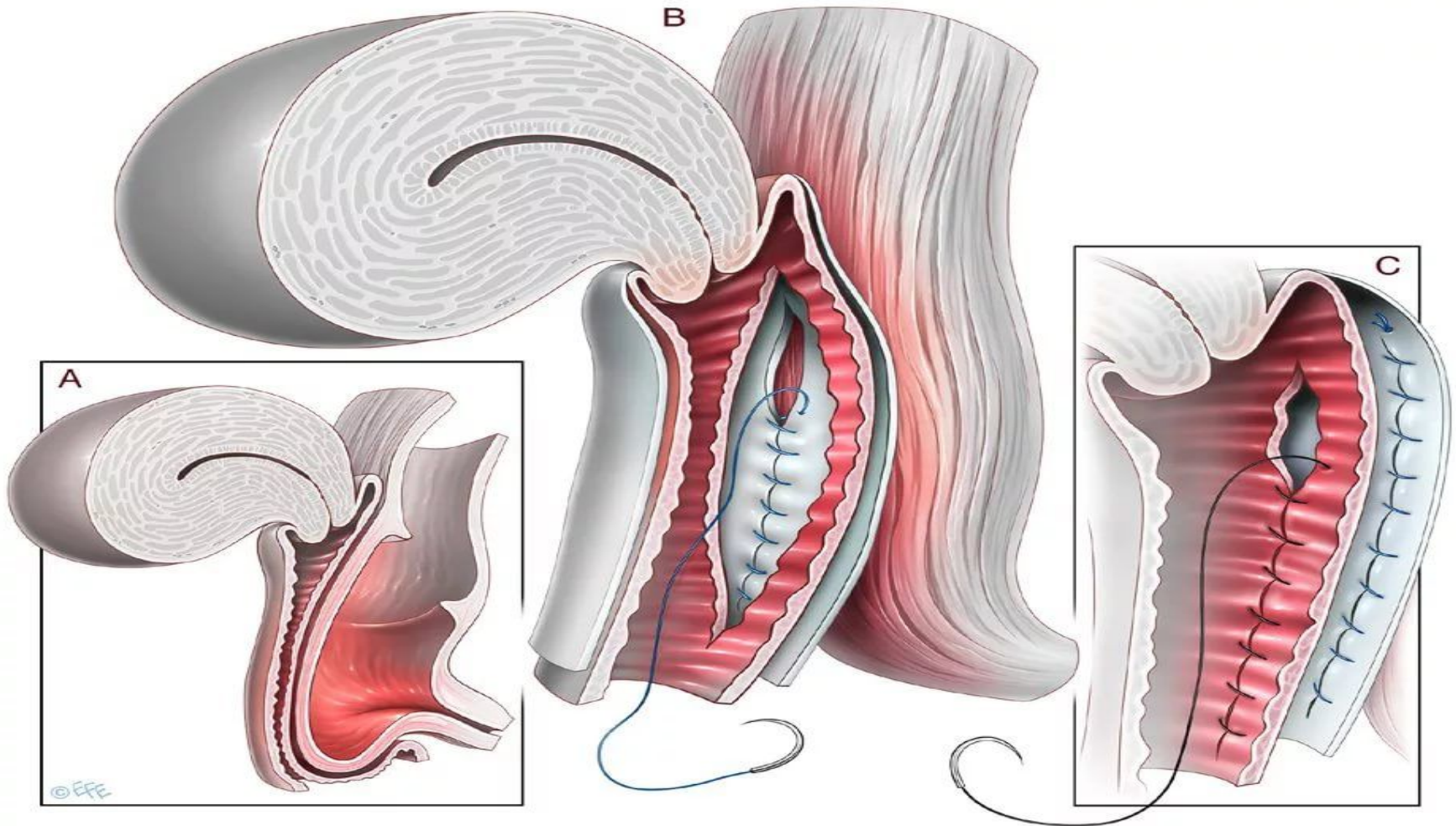
Для прошивания связки существует несколько методик. Наиболее распространены фиксация с использованием иглы Дешана и техника К. Муязакү (1987). Она более безопасна и проста, так как иглу проводят сквозь связку в околопрямокишечном пространстве под визуальным контролем. Продолжительность операции в среднем не превышает 25-40 мин.





Кольпорафия

Пластическая операция,
сутью которой является
ушивание стенок
влагища.



Трансректальная «11 часовая» мукопексия

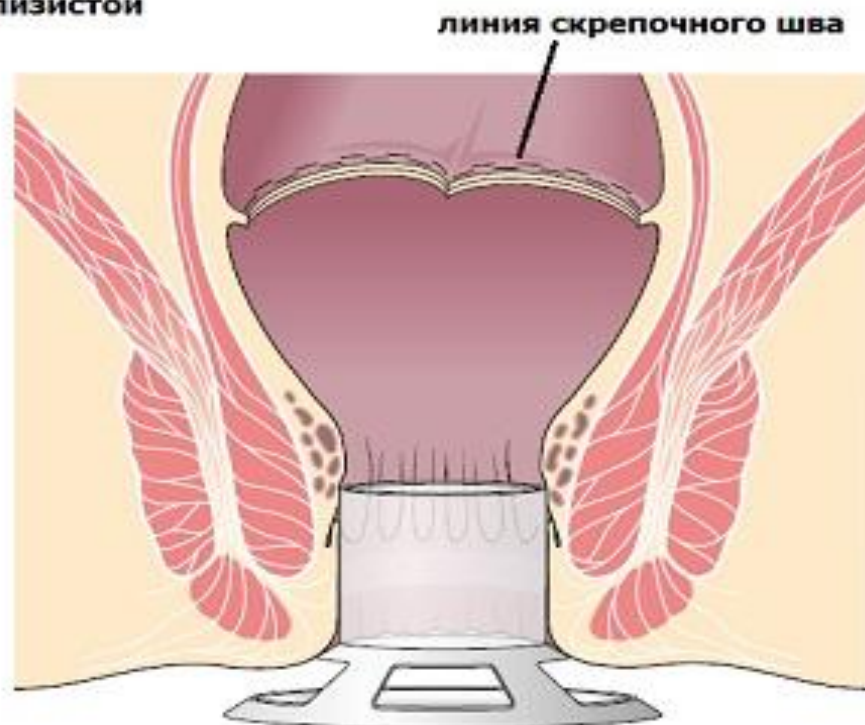
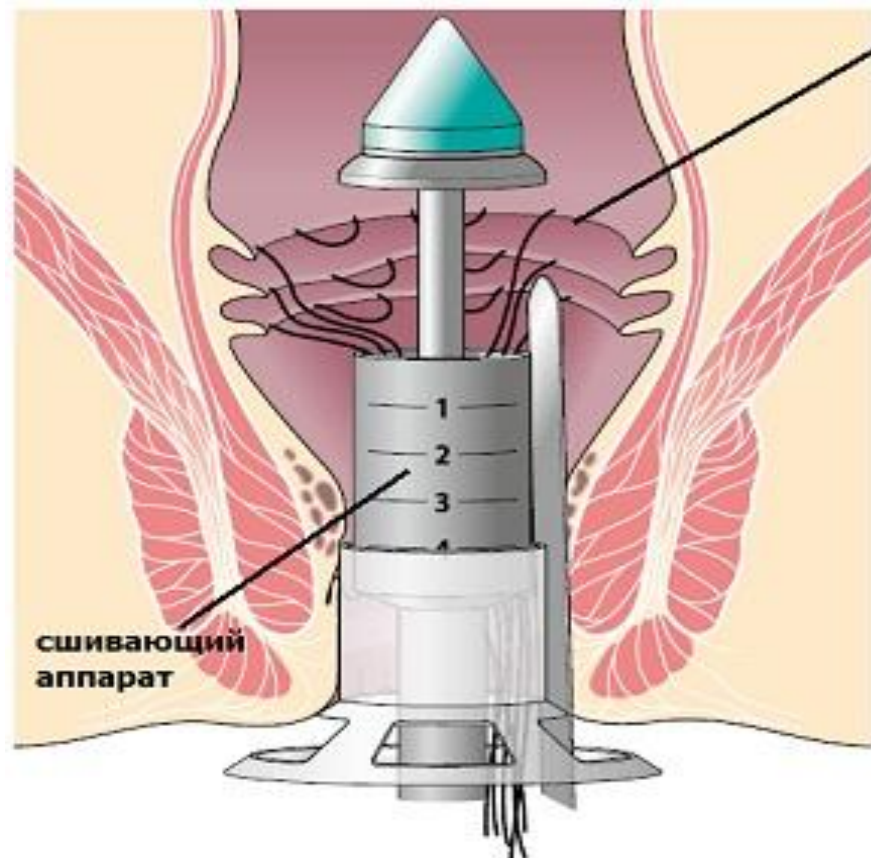
Мукопексия – это дополнительное прошивание нитью провисающей слизистой оболочки и подтягивание прошитой ткани вверх.

STARR (**S**tapled **T**ransanal **R**ectal **R**esection)

Трансанальная операция с использованием 2 циркулярных степлеров, заключающаяся в резекции удлиненной, пролапсированной слизистой передней и задней стенок нижней части прямой кишки для уменьшения глубины и ширины ректоцеле.

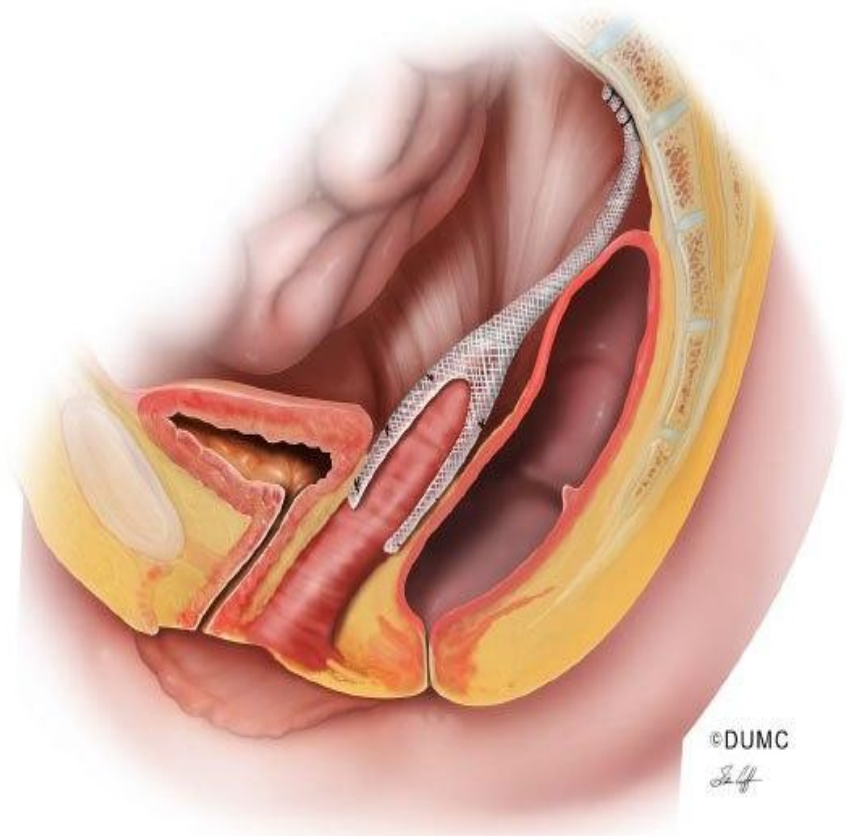
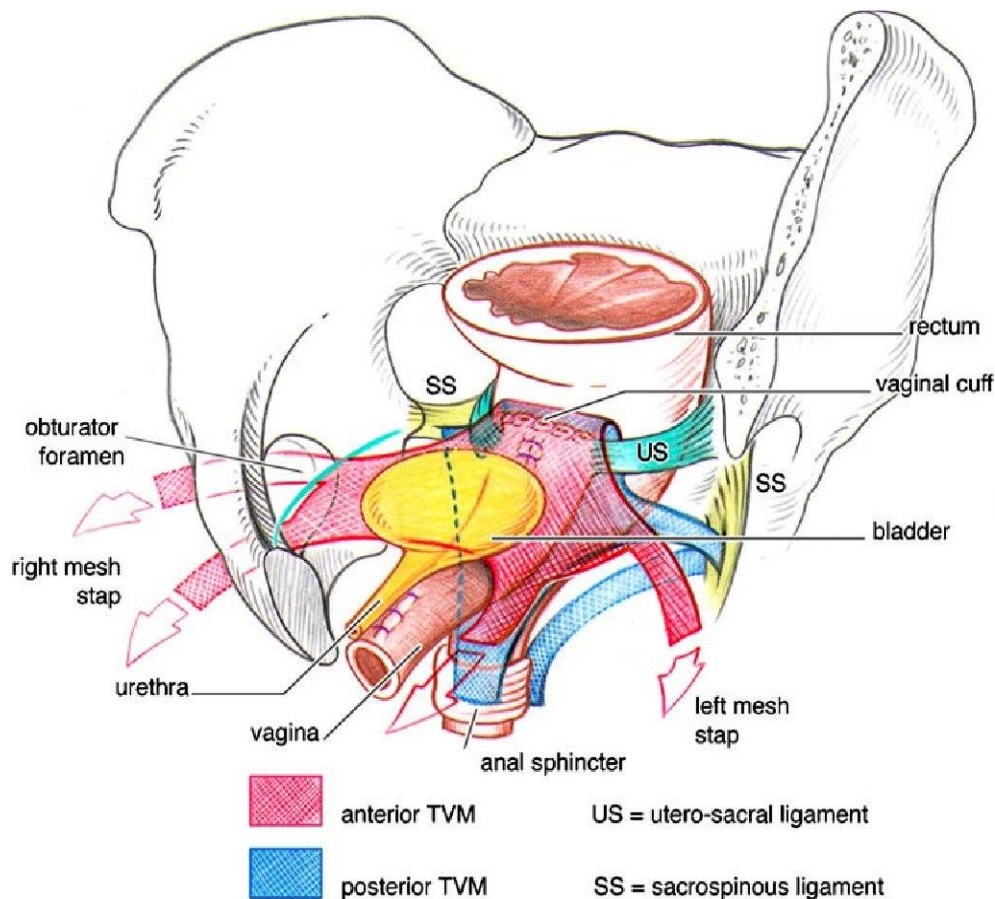


STARR может увеличить натяжение передней стенки прямой кишки и толщину ректовагинальной перегородки. Позволяет снизить вероятность рецидива и уменьшить ректальный объём. Довольно простая операция с низким уровнем травмирования (травматизация бокового отдела прямой кишки).



TVMR (Transvaginal Mesh Repair)

Концепцией данного метода является формирование неофасции, являющейся каркасом для органов малого таза. В операции используется **tension-free** система **Prolift** (трансперинеальный доступ). Сетка крепится к двум крестцово-седалищным связкам, позволяя повысить несущую способность этой сетки.



Трансвагинальное восстановление ректоцеле с использованием человеческих кожных аллотрансплантатов и двусторонней сакроспинальной фиксацией

Суть операции заключается в одновременной фиксации к сакроспинальной связке и укреплению ректовагинальной перегородки биологическими трансплантатом. Данная процедура показала хорошие результаты в ходе исследований(с 2008 по 2016), проведенных в Детройтском Медицинском Центре.

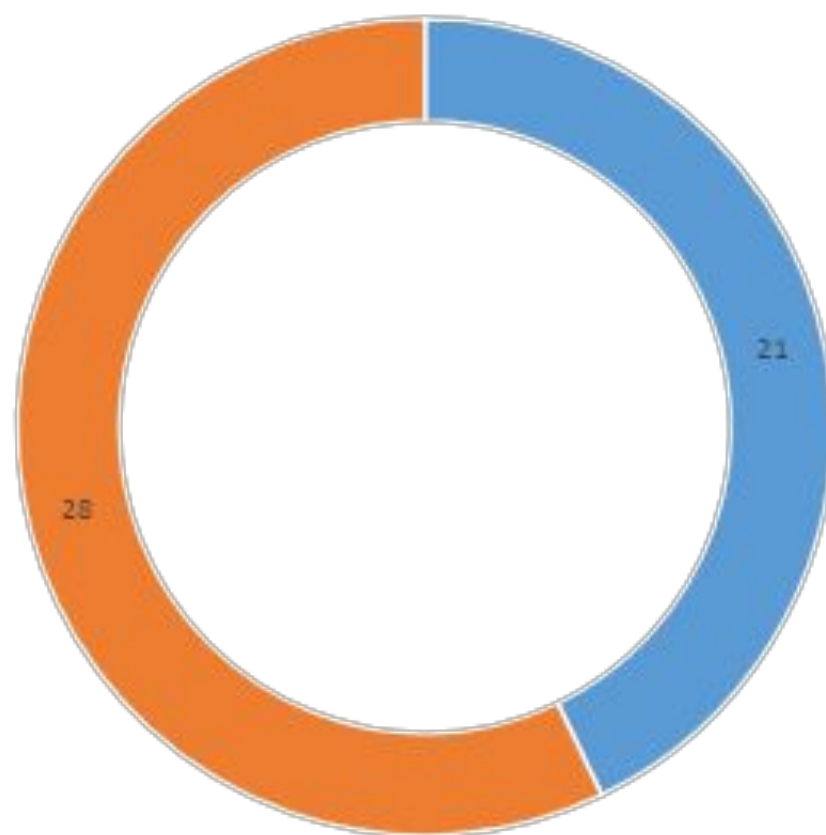
Table 3 Patient Demographics (*n* = 41)

Mean Age (yrs)	60.6 ± 16.3
Mean Follow-up (months)	116.5 ± 18.9
Mean Parity	2.6 ± 2.37
Mean Body Mass Index	34.4 ± 6.1
Smoker (percent)	34.1
Menopausal (percent)	65.3
Post-Hysterectomy (percent)	41.4
Hormone Replacement (percent)	40.9
Sexually active (percent)	24.1
Previous Pelvic Surgery (percent)	70.0
Mean Preoperative A (p)(centimeters) ^a	0.95 ± 0.70
Mean Postoperative A (p) (centimeters) ^a	−1.90 ± 0.52
Mean Preoperative B (p)(centimeters) ^a	1.30 ± 0.84
Mean Postoperative B (p)(centimeters) ^a	−2.13 ± 0.51
Mean PreOp PFDI-20 (/300) ^a	129.6 ± 26.7 (78–223)
Mean PostOp PFDI-20 (/300) ^a	60.9 ± 18.4 (32–108)
Biological erosion (percent)	7.3
De novo dyspareunia (percent)	17.0
Complication rate (percent)	12.1
Patient satisfaction (percent) ^b	77.0
Prolapse Failure Rate (percent) ^c	27.0
Time to Prolapse Failure (months)	24.7 ± 15.3

Результаты.

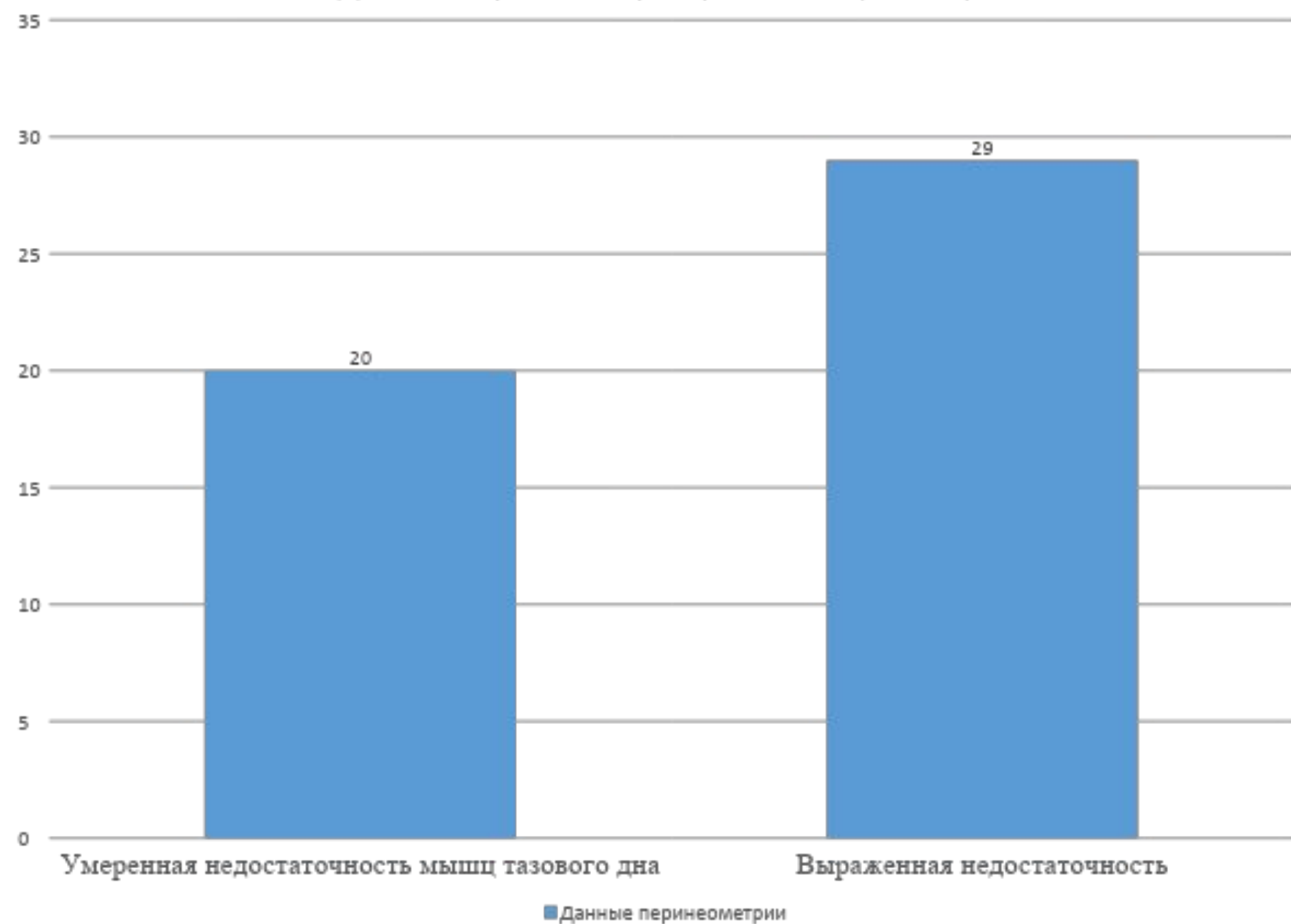
Длительность операции составила $53,8 \pm 1,2$ мин. Объем кровопотери при операции - $129,1 \pm 5,2$ мл. В ранний послеоперационный период у двух больных развилась гематома промежности.

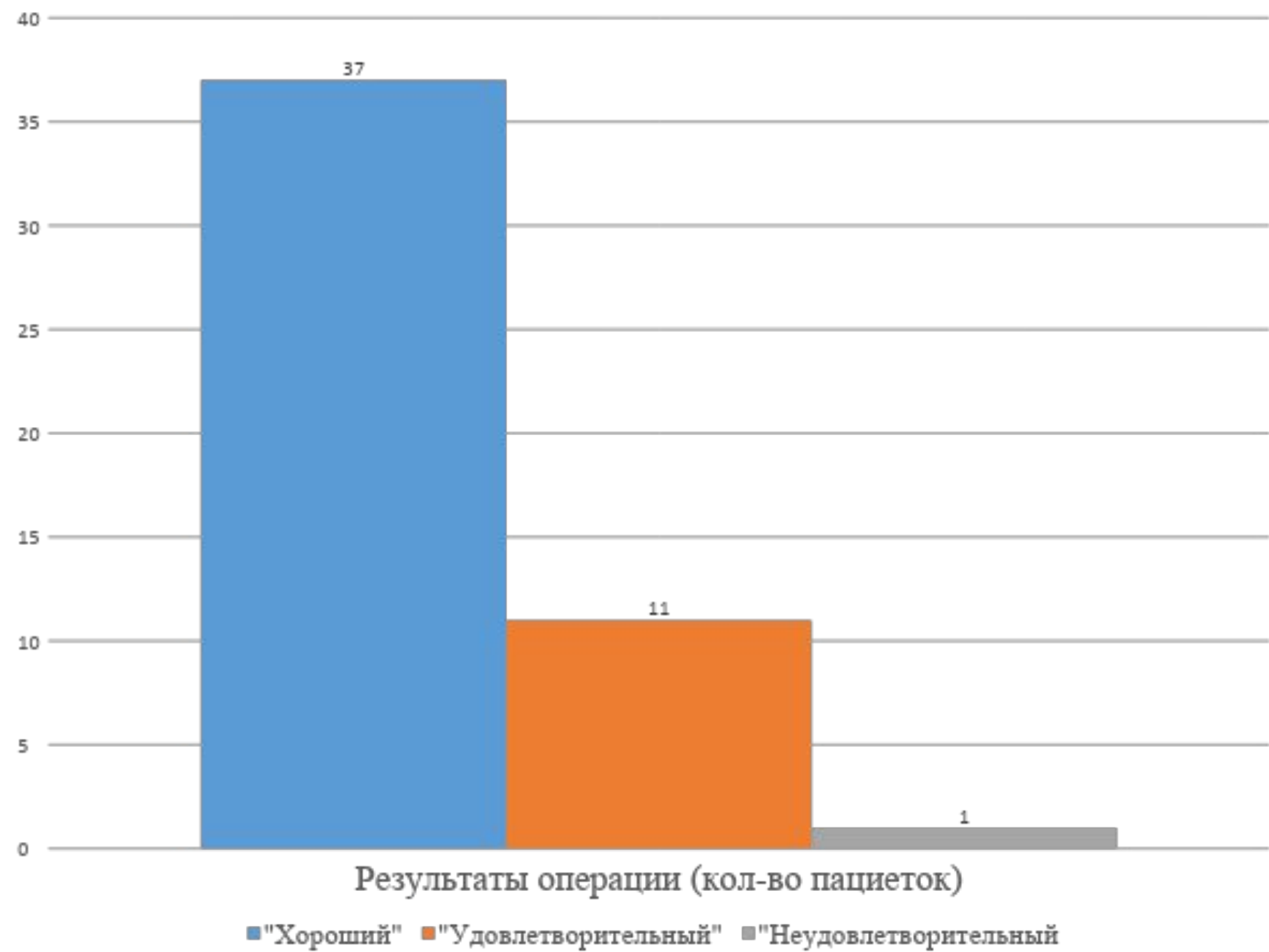
Ректоцеле (кол-во пациенток)



■ 2 степень ■ 3 степень

Данные перинеометрии (кол-во пациенток)





Выводы

При диагностике и лечении ректоцеле и тазового пролапса необходимо учитывать уровни поражения тазового дна и в соответствии с этим подбирать вид тазовой пластики, для улучшения результатов хирургического лечения ректоцеле.

Список использованной литературы

1. Братищева Н.Н., Куликовский В.Ф., Олейник Н.В. Комплексное хирургическое лечение ректоцеле, опущения промежности и слизистой прямой кишки путем передней леваторопластики в сочетании с методикой РРН // Колопроктология - 2016. - №S1, С.19а
2. Максименков А.С. Хирургическая анатомия живота – М: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - С. 576 – 631.
3. А.Г. Хитарьян, И.А. Мизиев, К.А. Дульеров, А.А. Погосян, М.Е. Провоторов Тактика хирургической реконструкции тазового дна у женщин с задним пролапсом тазовых органов // Анналы хирургии – 2013. - №1, С. 31-35.
4. Островерхов Г.Е. Оперативная хирургия и топографическая анатомия – М: Медицина, 1996. - С. 645 - 658
5. Yang Shi, Yongjun Yu, Xipeng Zhang, Yuwei Li. Transvaginal Mesh and Transanal Resection to Treat Outlet Obstruction Caused by Rectocele // Medical Science Monitor Volume – 2017. - № 23.
6. Robert. B. Trelease, Frank H. Netter. Netter's Surgical Anatomy Review P.R.N.// Elsevier // Philadelphia, PA, USA. – 2011. – pp. 231-242.
7. Сергиенко, Э.А. Петросян, И.В. Фраучи. Топографическая анатомия и оперативная хирургия – М: ГЭОТАР - Медиа. 2010. - Том 2. – С. 63-68.

8. Scott Hughes, Donghua Xie, Lisa M. Gillen and Christina M. Marinkovic. Transvaginal rectocele repair with human dermal allograft interposition and bilateral sacrospinous fixation with a minimum eightyear follow-up // Marinkovic et al. BMCU rology – 2016. - № 16.1. [DOI 10.1186/s12894-016-01]
9. Jan J van Iersel, Tim JC Paulides, Paul M Verheijen, John W Lumley, Ivo AMJ Broeders, Esther CJ Consten. Current status of laparoscopic and robotic ventral mesh rectopexy for external and internal rectal prolapse // World Journal of Gastroenterology - 2016 June 7. - № 22(21). [DOI: 10.3748/wjg.v22.i21.4977]
10. T. A. Fominykh - Topographic Anatomy and Operative Sugery – S: Tavriya, 2006. – 280-285. [ISBN 966- 435-001-X]
11. Yang Shi, Yongjun Yu, Xipeng Zhang. Transvaginal Mesh and Transanal Resection to Treat Outlet Obstruction Constipation Caused by Rectocele // Medical Science Monitor – 2017. - № 23. – C. 598-605. [DOI: 10.12659/MSM.898790]

Спасибо за внимание