

ЭВАКУАТОРНАЯ ПРОКТОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РЕКТОЦЕЛЕ

А.В. Дрыга, В.А. Привалов, В.В. Аксенов,

А.О. Еремина, Е.Э. Мединская

ЧГМА, г. Челябинск

Представлены результаты рентгенологического исследования прямой кишки у пациентов с ректоцеле.

Ректоцеле – выпячивание стенки прямой кишки, чаще во влагалище – является одной из причин нарушения акта дефекации [4]. Установлено, что ректовагинальная перегородка образована коллагеновыми волокнами, фиброзной тканью и гладкомышечными волокнами [3]. Поперечно-полосатые мышечные волокна, входящие в состав ректовагинальной перегородки (волокна мышцы поднимающей задний проход), обеспечивают поддержание прямой кишки, участвуют в образовании задней стенки родового канала. Очень важная роль отводится мышцам поднимающим задний проход (леваторам) в акте дефекации [1]. Основной причиной ректоцеле у женщин является расхождение передних порций леваторов, ослабление мышечного каркаса и ткани ректовагинальной перегородки [4] вследствие травм, воспалительных процессов, повышения внутрибрюшного давления. Одной из причин ректоцеле является наличие врожденного глубокого Дугласового пространства [5].

Диагноз ректоцеле устанавливается по анамнестическим данным (травмы промежности, родовые травмы), на основе клинических проявлений (запоры, нарушение эвакуаторной функции прямой кишки) и с помощью ректального пальцевого исследования, при котором выявляется выпячивание передней стенки прямой кишки во влагалище за пределы наружного анального сфинктера. В то же время объективных критериев для диагностики и определения тактики лечения недостаточно. В частности это касается рентгенологических методов исследования.

В последние десятилетия для изучения функции прямой кишки и тазового дна у больных с нарушениями дефекации применяется методика дефекографии или эвакуаторной проктографии [2, 5]. Дефекография является одним из основных методов исследования эвакуаторной функции прямой кишки и диагностики ректоцеле.

Цель исследования

Целью настоящего исследования явилось улучшение методов рентгенологической диагностики нарушений эвакуаторной функции прямой кишки, связанных с ректоцеле. Для достижения этой цели необходимо было решение следующих задач.

1. Выявить наиболее информативные показатели проктограмм больных ректоцеле.

2. Усовершенствовать методику проктографии для диагностики ректоцеле.

Материалы и методы

В клинике общей хирургии ЧелГМА методика эвакуаторной проктографии применяется с 2003 года. За этот период времени исследование выполнено у 94 пациентов в возрасте от 19 до 80 лет. Мужчин было 20 (21,28%), женщин – 74 (78,72%). Контрольную группу составили 27 (28,72%) женщин и 8 (8,51%) мужчин без явлений нарушения дефекации при отсутствии в анамнезе травм промежности. Все пациенты были направлены врачами различных специальностей для проведения ирригоскопии. Основную группу составили 59 (62,77%) пациентов, которые предъявляли жалобы на чувство неполного опорожнения прямой кишки, длительные усиленные натуживания при дефекации, необходимость ручного или пальцевого пособия для опорожнения прямой кишки. Мужчин было 12 (12,77%), женщин – 47 (50%).

Применялась усовершенствованная нами методика эвакуаторной проктографии. В основу методики положен метод дефекографии, разработанный в Государственном научном центре колопроктологии МЗ РФ [2]. Помимо введения в прямую кишку 250,0 мл бариево-крахмальной взвеси, проведения функциональных проб в положениях лежа на левом боку и на спине, стоя в прямой и боковых проекциях как в покое, так и при натуживании, производилось определение объема прямой кишки при тугом наполнении с использованием специального наконечника с obturatorом. Обследование проводилось на рентгенографической установке IDR-700 с аналого-цифровым преобразованием изображений.

Оценивались следующие рентгенологические параметры:

- 1) положение аноректальной зоны (АРЗ) в покое и при натуживании;
- 2) величина аноректального угла (α) в покое и при натуживании;
- 3) наличие переднего, латерального и заднего выпячивания прямой кишки;
- 4) определение объема (V) прямой кишки при тугом ее заполнении.

Для оценки проктограмм было целесообразно определить ориентиры, которые позволяют объективно судить о форме прямой кишки, ее положении.

Аноректальная зона служит ориентиром проксимальной границы анального канала; здесь проекционно располагается место прикрепления леваторов и, таким образом, аноректальная зона косвенно обозначает место прохождения прямой кишки через тазовое дно. Для ориентировочного определения аноректальной зоны необходимо проведение лобково-копчиковой линии (а). Лобково-копчиковая линия (между нижним краем лонного сочленения и вершущкой копчика) проходит через плоскость выходного отверстия таза. Исследования показали, что аноректальная зона в покое у пациентов контрольной группы находится в среднем на 3 см ниже лобково-копчиковой линии, что не противоречит литературным данным [2].

Результаты исследования

При изучении дефекограмм женщин контрольной группы установлено наличие заднего ректального выпячивания (ректоцеле) до 2 см у 6, латерального до 1,5 см – у 4 (рис. 1в), сочетание заднего и латерального ректального выпячивания до 2 см – также у 4. У 8 из 27 пациенток отмечено опущение промежности до 3 см. У 4 женщин данной группы выявлено переднее ректальное пролабирование до 2–4 см, причем у 2 отмечено сочетание его с задним и латеральным ректоцеле. У 3 из 8 мужчин выявлено заднее ректальное выпячивание до 2 см.

Определение аноректального угла производилось путем измерения между продольной осью анального канала и касательной линией, прове-

денной вдоль задней стенки прямой кишки.

На рис. 1а представлена боковая рентгенограмма прямой кишки в покое в норме. Контуры прямой кишки имеют характерную своеобразную форму. Аноректальный угол в покое – $98 \pm 3^\circ$. При натуживании прямая кишка смещается вниз, при этом аноректальный угол становится более тупым и равным $106 \pm 3^\circ$ (рис. 1б). На рис. 1в представлена проктограмма в прямой проекции. Стрелкой указано наличие латерального выпячивания прямой кишки справа. Несмотря на выявленные рентгенологические признаки ректального выпячивания до 3 см, клинических нарушений акта дефекации не было.

При анализе проктограмм основной группы пациентов отмечены более выраженные анатомические изменения. А именно, у 7 из 12 мужчин в возрасте от 58 до 80 лет выявлено ректоцеле с пролабированием задней стенки прямой кишки на 4–5 см в сочетании с опущением промежности до 5–6 см.

На рис. 2а представлена проктограмма в боковой проекции у мужчин в фазе покоя. Аноректальная зона находится в пределах 3 см от лобково-копчиковой линии. Аноректальный угол – $106 \pm 4^\circ$. При натуживании (рис. 2б) по данным проктограммы установлено, что аноректальный угол уменьшается до $101 \pm 4^\circ$, при этом определяется заднее пролабирование прямой кишки (обозначено стрелкой). Наличие и величина заднего ректоцеле определялось как расстояние между анокопчиковой линией (b) и наиболее пролаби-

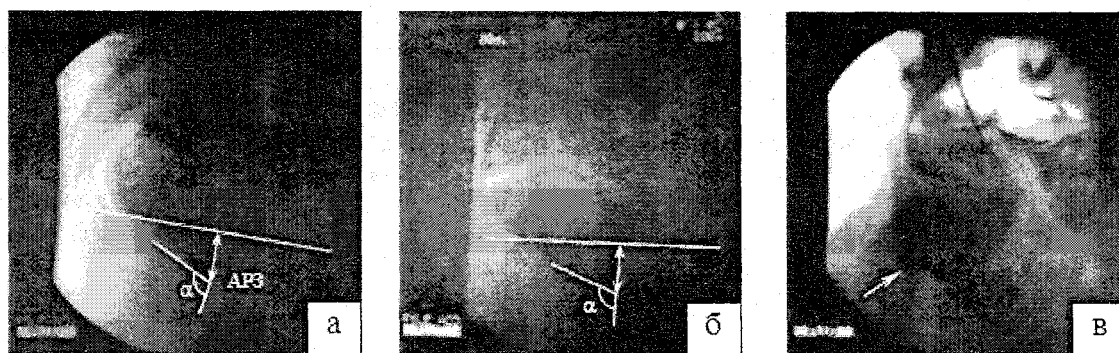


Рис. 1. Проктограммы пациентки Е., 20 лет. Норма: а – боковая проктограмма. Фаза покоя; б – боковая проктограмма. Фаза натуживания; в – прямая проктограмма. Фаза натуживания

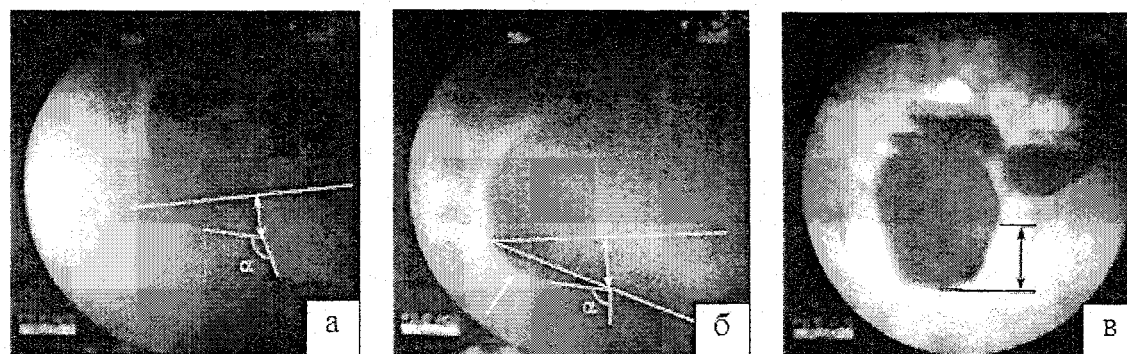


Рис. 2. Проктограммы больного М., 58 лет: а – боковая проктограмма. Фаза покоя; б – боковая проктограмма. Фаза натуживания; в – прямая проктограмма. Фаза натуживания

рующей частью выпячивания. На рис. 2в представлена проктограмма в прямой проекции при

он составил $264,0 \pm 2,0$ мл, в основной – $455,0 \pm 13,2$ мл.

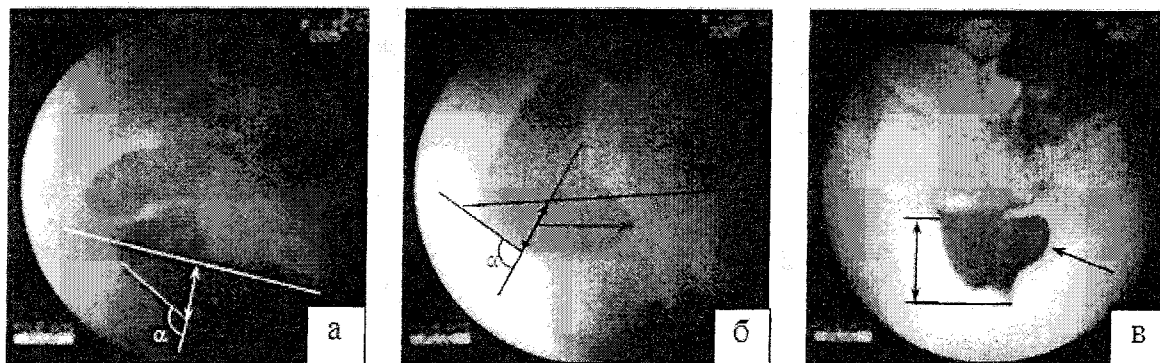


Рис. 3. Проктограммы больной Н., 44 лет: а – боковая проктограмма. Фаза покоя; б – боковая проктограмма. Фаза натуживания; в – прямая проктограмма. Фаза натуживания

натуживании, стрелкой указано опущение промежности до 5 см.

У всех женщин основной группы выявлено переднее ректальное пролабирование 4–5 см (переднее ректоцеле III степени). У 10 (21,3%) пациенток переднее ректоцеле III степени сочеталось с пролабированием задней стенки прямой кишки до 3 см, у 15 (31,9%) – с задним и латеральным ректоцеле, причем у 3 имелось пролабирование задней стенки прямой кишки 3–4 см. У 8 (23,5%) пациентов с комбинированным ректоцеле выявлено опущение промежности до 5–6 см (рис. 2в).

На рис. 3а представлена проктограмма в боковой проекции в фазе покоя. Амбула прямой кишки несколько расширена, аноректальный угол – $133 \pm 2^\circ$. При натуживании отмечается значительное уменьшение аноректального угла до $106 \pm 3^\circ$, увеличение расстояния между лобково-копчиковой линией до 4,5 см. При этом выявляется переднее ректоцеле до 5 см (рис. 3б). На рис. 3в представлена проктограмма в прямой проекции при натуживании. Отмечаются опущение промежности до 5 см и наличие ректоцеле слева (последнее указано стрелкой).

Анализируя результаты проктограмм в контрольной и основной группах установлено, что наряду с определением глубины пролабирования стенки прямой кишки, величины аноректального угла, опущения промежности, важное диагностическое значение имеет объем прямой кишки при тугом заполнении. Определение объема прямой кишки при тугом ее заполнении производилось с применением специального наконечника.

Заполнение ампулы прямой кишки бариевой взвесью осуществлялось с помощью стандартного набора для ирригоскопии через трубку (4) до момента поступления контраста проксимальнее обтуратора. При этом регистрировался максимальный объем прямой кишки. В контрольной группе

Обсуждение результатов исследования. В настоящее время арсенал диагностических мероприятий, направленных на диагностику ректоцеле невелик. В большинстве случаев проводятся клинические методы диагностики (жалобы, анамнестические данные, пальцевое исследование прямой кишки и т.д.). Но клинические методы диагностики не позволяют выявить такие патологические изменения как заднее ректоцеле, опущение промежности, оценить эвакуаторную функцию прямой кишки. Эвакуаторная проктография с проведением функциональных проб позволяла объективно судить о наличии заднего, латерального ректоцеле, определить степень опущения тазового дна, а также выявить нарушения эвакуаторной функции прямой кишки. Нарушения дефекации возникают, как правило, при заднем ректоцеле с пролабированием стенки прямой кишки свыше 4 см у мужчин и у женщин с передним ректоцеле III степени. Основные рентгенологические признаки ректоцеле – пролабирование стенки прямой кишки, увеличение объема прямой кишки при тугом наполнении почти в 2 раза, увеличение аноректального угла свыше 100° . Проведение проктографии в сочетании с ирригоскопией с применением наконечника оригинальной конструкции позволяет диагностировать не только эвакуаторные нарушения прямой кишки, но и заболевания толстой кишки.

Заключение

Таким образом, первый опыт применения усовершенствованной дефекографии при диагностике ректоцеле свидетельствует о ее высокой информативности, что позволяет рассматривать данную методику как один из наиболее наглядных способов диагностики.

Литература

1. Генри М.Н., Свош М. Колопроктология и тазовое дно/ Пер. с англ. – М.: Медицина, 1988. – 464 с.

2. Дефекография в обследовании больных с нарушениями дефекации / И.В. Зароднюк, А.А. Тихонов, А.Ю. Титов, А.А. Мудров // Колопроктология. – 2004. – № 2(8). – С. 45–50.

3. Патология влагалища и шейки матки / В.И. Краснопольский, В.Е. Раозинский, С.Н. Буянова и др. – М.: Медицина, 1999. – 272 с.

4. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. – М., 1984. – 384 с.

5. Anal continence after rectocele repair / S.M. Ayabaca, A.P. Zbar, M. Pescatori // Dis. Colon Rectum. – 2002. – №45. – P. 63–69.

6. Characteristics of the Douglas' cul-de-sac in women with rectocele and enterocele / O.O. Protsepko, M.M. Drachevs'ka, V.V. Kukhars'kyi // Lik Sprava. – 2002. – №3–4. – P. 98–101.