

Н.В. Олейник, В.Ф. Куликовский

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЯПСА СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ*Белгородский региональный колопроктологический центр (Белгород)*

Статья посвящена вопросам клиники, диагностики и лечения опущения слизистой прямой кишки. За 5-летний период в Белгородском региональном колопроктологическом центре наблюдалось 40 больных с данной патологией. Для диагностики и оценки результатов лечения использованы клинические методы, проктография, аноректальная манометрия, эхография. Установлено, что пролапс слизистой прямой кишки часто сочетается с ректоцеле и опущением промежности. Разработана классификация пролапса слизистой прямой кишки по степени выраженности процесса. Исходя из степени тяжести заболевания, проведено консервативное или оперативное лечение. Консервативная терапия проводилась при начальных стадиях заболевания, при выраженном пролапсе — хирургическое лечение: резекция пролябирующего участка слизистой с использованием циркулярного степлера и трансанальная мобилизация пролябирующего участка слизистой с низведением его в анальный канал. Одновременно должна быть проведена коррекция тазового дна путем леваторопластики. Оценка результатов лечения показала, что при пролапсе слизистой прямой кишки наиболее эффективной операцией является иссечение слизисто-подслизистого нижнеампулярного отдела прямой кишки по методу Лонго.

Ключевые слова: прямая кишка, слизистая, пролапс, ректоцеле, леваторопластика, циркулярный степлер

CLINIC, DIAGNOSTIC AND THE CHOICE OF THE BEST SURGICAL METHOD IN THE TREATMENT OF THE RECTAL MUCOSAL PROLAPSE

N.V. Oleynick, V.F. Kulikovsky

Belgorod Regional Center of Coloproctology, Belgorod

The study was designed to investigate the clinical presentation, diagnostic criteria and to assess the results of the treatment of the rectal mucosal prolapse. During 5-year period, 40 patients with this pathology were investigated in Belgorod Regional Center of Coloproctology. Clinical and endoscopic methods, proctography, anorectal manometry, transanal ultrasound were carried out in all patients for diagnostic and to assess the treatment results. Almost in all patients a combination of rectal mucosal prolapse and rectocele and/or perineal descent were presented. The mucosal prolapse grading criteria according to severity of the lesion were suggested. The management of prolapse was based on this classification. The conservative treatment was carried out in the cases of the first-degree prolapse. Those who had either severely symptomatic second-degree or third-degree of prolapse required surgery. Circular stapled transanal excision of prolapse and transanal mobilization and excision of prolapsed mucosa were performed. The combined pelvic floor prolapse had to be corrected simultaneously by levatoroplasty. Our data suggest that Longo's procedure is the best operation for internal rectal mucosal prolapse.

Key words: rectum, mucosa, prolapse, rectocele, levatoroplasty, circular stapler

Проблема пролапса тазовых органов у женщин относится к числу актуальных в современной медицине. Это объясняется высокой частотой данной патологии. По данным литературы, пролапс отмечается примерно у 60 % женщин после 40 лет [10]. Это объясняется ослаблением или повреждением соединительнотканых и мышечных структур тазового дна, которые служат поддерживающим каркасом для тазовых органов [4, 5, 11]. Одним из его проявлений является опущение или выпадение слизистой прямой кишки. Больные жалуются при этом на необходимость сильного натуживания при дефекации, чувство незавершенной дефекации, необходимость ручного пособия при дефекации, которое они осуществляют, вводя палец в задний проход, чтобы освободить его просвет от выпадающего участка слизистой прямой кишки, а также тенезмы, иногда выделение слизи и крови с калом [7]. Существует три основных метода лечения данной патологии. Во-первых, это консервативная терапия, на-

правленная на регуляцию стула, электростимуляция гладкой мускулатуры толстой кишки, выработка рефлекса позыва на дефекацию с применением биологической обратной связи. Однако клинический эффект, по данным ГНЦ колопроктологии, достигается лишь у 34,7 % больных [1]. Во-вторых, это склеротерапия, эффективность которой не превышает 50 %, выполняемая, если нет сопутствующего ректоцеле [6]. И наконец, в третьих, хирургическое лечение, которое имеет наибольший процент успеха (до 68,7 %) [1].

Унифицированной операции при выпадении слизистой прямой кишки не существует. В настоящее время прибегают к различным методам оперативного лечения. Наиболее часто производится иссечение выпадающей передней стенки прямой кишки по методике, близкой к операции Миллигана — Моргана при геморрое. Н. Liberman, С. Hughes, А. Dipolito (2000) при выпадении слизистой прямой кишки выполняют операцию Делорма [6]. Г.И. Во-

робьев и соавт. (2001) считают, что при наличии у больных внутренней прямокишечной инвагинации (внутреннего выпадения), сопровождающегося образованием солитарной язвы, наиболее целесообразно выполнение резекции дистальных отделов толстой кишки по типу передней или брюшно-анальной резекций [3]. Процент положительных результатов при всех методах, за исключением последнего, по данным большинства авторов, редко превышает 70 %, но он отличается большой травматичностью и высоким риском развития послеоперационных осложнений [9]. Общепринятой классификации, на которой бы основывался выбор того или иного метода лечения, не существует [8].

За последние пять лет в Белгородском региональном колопроктологическом центре наблюдалось 40 больных с пролапсом слизистой прямой кишки. Женщин было 35, мужчин — 5. Средний возраст больных составил $58,0 \pm 4,3$ лет. Все пациенты были обследованы в отделении с использованием пальцевого исследования прямой кишки, при котором у 25 больных (62,9 %) определялось утолщение и патологическая подвижность слизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки по ее передней или(и) по задней поверхности, увеличивающееся при натуживании и кашле и исчезающее в колено-локтевом положении. Ректоскопию производили по следующей методике: аппарат вводили на определенную глубину, при выведении в обратном направлении его чуть отводили в заднем направлении (или в переднем при подозрении на пролапс слизистой задней стенки), больные просили потужиться, при этом определялся выпадающий участок слизистой, который заполнял просвет тубуса. Этот симптом оказался положительным у 26 больных, тех, у которых удалось пропальпировать выпадающий участок слизистой при пальцевом исследовании, солитарная язва диагностирована только у 8 из них (20 %). Проктография с натуживанием в положении стоя показала наличие выпадения слизистой у всех больных данной группы, что демонстрирует наибольшую достоверность данного метода. Пролапс слизистой по передней стенке прямой кишки диагностирован у 28 из 35 женщин (80 %), у остальных — по передней и задней, у мужчин по передней поверхности у 1, по передней и задней поверхности — у 2, по задней поверхности — у 2. Кроме того, у 29 женщин (82,8 %) диагностировано переднее ректоцеле: у 7 — I степени, у 22 — II степени и у 6 — III степени; у 26 (74,3 %) пациенток — опущение промежности. У 3 мужчин при проктографии определялось заднее ректоцеле II степени и у всех — опущение промежности. По проктограммам также определялась величина аноректального угла: в покое и при натуживании. Эти показатели оказались значительно выше нормы ($92,0 \pm 1,5^\circ$ в покое и $137,0 \pm 1,5^\circ$ при натуживании), составив, в среднем $100,0 \pm 7^\circ$ и $150,0 \pm 9^\circ$ соответственно, что характерно для синдрома опущения промежности [2].

В качестве дополнительных методов исследования для определения степени компенсации сфин-

ктерного аппарата проводилась аноректальная манометрия, а для выяснения степени расхождения леваторов и толщины ректовагинальной перегородки — трансвагинальное УЗИ последней с введением в прямую кишку баллона, заполненного водой. Надо сказать, что данные аноректальной манометрии при этой патологии с трудом поддаются интерпретации. У больных с пролапсом слизистой прямой кишки без опущения промежности они были выше, составив в покое 52 ± 18 см вод. ст. и 87 ± 25 см вод. ст. при произвольном сокращении сфинктера. У больных с пролапсом слизистой прямой кишки и опущением промежности эти показатели были значительно ниже и составляли соответственно 31 ± 16 см вод. ст. и 75 ± 26 см вод. ст. (измерения проведены на аппарате «Poligraf ID» фирмы Medtronic, США), в контрольной группе здоровых лиц составили 46 ± 12 см вод. ст. в покое и 82 ± 18 см вод. ст. при произвольном сокращении сфинктера. Всем больным также произведено исследование пассажа бария по толстой кишке для диагностики смешанного характера запоров за счет задержки кишечного содержимого в различных отделах толстой кишки. При этом смешанный характер запоров диагностирован у 34 больных (85 %), что вероятно и послужило причиной развития у них выпадения слизистой прямой кишки.

На основании жалоб больных и данных исследования нами разработана следующая классификация пролапса слизистой прямой кишки.

I степень — жалобы на необходимость сильного натуживания при дефекации, чувство незавершенной дефекации. При пальцевом исследовании определяется патологическая подвижность слизистой прямой кишки. При ректоскопии опущение слизистой не определяется. Солитарная язва отсутствует. При проктографии с натуживанием опущение слизистой незначительное, расположено выше аноректального кольца. Ректоцеле или не определяется или имеет I степень выраженности. Опущение промежности отсутствует.

II степень — жалобы более выражены. Больные часто прибегают к ручному пособию при дефекации. Часто их беспокоят тенезмы, выделение слизи и крови с калом. При пальцевом исследовании определяется утолщение и патологическая подвижность слизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки по передней или(и) по задней поверхности прямой кишки, при натуживании и кашле оно определяется ниже аноректального кольца. При проведении RRS слизистая пролабирует в просвет ректоскопа, может определяться солитарная язва. При проктографии с натуживанием верхний полюс инвагината достигает аноректального кольца. Имеется сопутствующее ректоцеле I — II и(или) синдром опущения промежности.

III степень — жалобы те же, но выражены сильнее. Без ручного пособия акт дефекации невозможен. При натуживании или кашле участок слизистой выходит за пределы заднего прохода. Пролапс определяется при ректоскопии, часто определяется солитарная язва. Имеется ректоцеле

II – III степени, опущение промежности. Часто отмечается недостаточность анального сфинктера.

Исходя из данной классификации, по степеням выраженности патологии больные были распределены следующим образом:

I степень проляпса – 14 больных;

II степень проляпса – 17 больных (12 женщин и 5 мужчин);

III степень проляпса – 9 больных.

Больным с I степенью проляпса был назначен курс консервативной терапии, в результате которого улучшение отмечено у 9 пациентов. Остальным 5 больным этой группы и 25 больным со II и III степенью проляпса произведено оперативное лечение. С нашей точки зрения, при данной патологии патогенетически обоснованным является использование метода Лонго, заключающегося в резекции слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки с использованием циркулярного степлера HCS 33 (одноразовый набор РРН-01, разработанный компанией «Этикон Эндохирургия»). Применительно к геморрою он широко обсуждался на многочисленных симпозиумах и конференциях и хорошо знаком большинству колопроктологов. При удалении избытка слизистой ход операции в основном такой же, как и по поводу геморроя, однако имеются некоторые нюансы. Так, на слизистую накладываются два полукикета, расстояние между которыми увеличивается пропорционально степени проляпса. В случае ассиметричного проляпса полукикеты можно наложить как по передней, так и по задней полуокружности кишки. Вводится аппарат, его головка устанавливается проксимально к кيسету. В результате натяжения кисета за концы нитей выпавшая слизистая оболочка втягивается в аппарат. Аппарат закрывается. Происходит резекция избытка слизистой с наложением анастомоза. Эта методика и набор инструментов РРН гарантирует правильное размещение шва на слизистой над аноректальным кольцом. Степлер очень прост в использовании и позволяет проводить одномоментную резекцию больших ректальных проляпсов. При этом резецируется участок слизистой прямой кишки с подлежащим соединительнотканым слоем и остатками мышечных волокон. Операция произведена 16 больным, т.к. из-за высокой стоимости набора (около 500 \$ США) не все больные смогли приобрести его.

Остальным 14 больным была произведена трансанальная мобилизация пролябирующего слизисто-мышечного участка и низведение его в

анальный канал с избытком, который фиксировали к перианальной коже. Избыток отсекали через 5–6 дней с подшиванием края к слизистой анального канала в области зубчатой линии. Недостатком метода, по нашему мнению, является необходимость повторного вмешательства по отсечению избытка слизистой, а также довольно выраженный болевой синдром. Одномоментную же резекцию не производили ввиду опасности ретракции и развития гнойных осложнений. Эта группа явилась контрольной. Обе группы были идентичны по полу, возрасту и степеням выраженности проляпса (табл. 1).

При ректоцеле II–III степени с выраженным расхождением леваторов резекция слизистой прямой кишки недостаточно. В таких случаях мы вначале производили переднюю или заднюю леваторопластику, при синдроме опущения промежности – переднюю и заднюю леваторопластику, а затем резекцию пролябирующего участка прямой кишки. При ректоцеле I степени ректовагинальная перегородка принимает нормальную анатомическую форму. Проктография с натуживанием в послеоперационном периоде подтверждает его ликвидацию и нормализацию акта дефекации.

Необходимо также отметить, что после резекции избытка слизистой прямой кишки с формированием анастомоза циркулярным степлером болевой синдром был выражен минимально, значительных кровотечений и каких-либо других осложнений не отмечено. Экономический эффект, несмотря на достаточно высокую стоимость аппарата, достигался за счет сокращения продолжительности операции, послеоперационного койкодня, временной нетрудоспособности, затрат на обезболивающие препараты. Так при I степени ректоцеле, когда не требуется дополнительной леваторопластики, пациент может приступать к работе уже на 5–7 день после операции. А главное, метод более прост и надежен, по сравнению с традиционным иссечением слизистой. Все пациенты обследованы через 3 и 6 месяцев после операции. Они отметили исчезновение симптомов затрудненной дефекации, никто из них более не прибегал к ручному пособию. Проктография с натуживанием показала исчезновение инвагинации прямой кишки у всех больных, УЗИ-исследование – нормальное анатомическое положение леваторов. Эластичность ректовагинальной перегородки сохранялась, жалоб на диспареунию не было. Низкие показатели аноректальной манометрии при опущении промежности и недостаточности аналь-

Таблица 1

Распределение больных, которым произведено оперативное лечение

| Стадия заболевания | Число больных, перенесших трансанальную мобилизацию и резекцию избытка слизистой | Число больных, перенесших операцию Лонго |
|--------------------|--|--|
| I | 2 | 3 |
| II | 9 (из них женщин – 7, мужчин – 2) | 8 (из них женщин – 5, мужчин – 3) |
| III | 3 | 5 |

ного сфинктера улучшились у 20 (76,9 %) из 26 больных и составили, в среднем, 44 ± 16 см вод. ст. в покое и 79 ± 20 см вод. ст. — при произвольном сокращении сфинктера. Они практически приблизились к норме и достоверно не отличались у больных с изолированным выпадением слизистой и больных с сочетанием пролапса слизистой и промежности. Через 12 и 18 месяцев после операции рецидива заболевания не отмечено ни у одного пациента прооперированного по методу Лонго. В группе больных, перенесших традиционную резекцию слизистой, рецидив через 12 месяцев отмечен у 2 больных (14,3 %). Полученный процент рецидивов несколько ниже, чем по данным литературы, что мы связываем с одновременно произведенной коррекцией тазового дна.

ВЫВОДЫ

1. Опущение слизистой прямой кишки чаще встречается у женщин пожилого возраста.
2. Чаще отмечается выпадение слизистой передней поверхности прямой кишки. Эта патология часто сочетается с ректоцеле и синдромом опущения промежности, что усугубляет ее течение.
3. Наиболее эффективной операцией при опущении слизистой прямой кишки является резекция слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки на участке наибольшей подвижности с использованием циркулярного степлера HCS-33. При патологии тазового дна необходима ее дополнительная коррекция, что улучшает анатомические и функциональные результаты.
4. При ректоцеле I степени леваторопластика не требуется, т.к. удаление избытка слизистой прямой кишки устраняет сильное натуживание при дефекации и позволяет предупредить дальнейшее развитие заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиника и выбор способа лечения внутреннего выпадения прямой кишки (интратректальной инвагинации) / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин,

А.Ю. Титов и др. // *Анналы хирургии*. — 2000. — № 6. — С. 34.

2. Колопроктология и тазовое дно. Патология и лечение / Под ред. М.М. Генри, М. Своша: пер. с англ. Н.В. Морозова, В.Л. Ривкина. — М.: Медицина, 1988. — 464 с.

3. Основы колопроктологии / Под ред. акад. РАМН, проф. Воробьева Г.И. — Ростов-н/Д, 2001. — 416 с.

4. DeLancey J.O. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy / J.O. DeLancey // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1992. — Vol. 166, N 10. — P. 1717–1724.

5. Jackson S. Changes in metabolism of collagen in genitourinary prolapse / S. Jackson, N. Avery, J. Tarlton // *Lancet*. — 1996. — Vol. 347, N 11. — P. 1658–1661.

6. Liberman H. Evaluation and outcome of the Delorme procedure in the treatment of rectal outlet obstruction / H. Liberman, C. Hughes, A. Dipolito // *Dis. Colon. Rectum*. — 2000. — Vol. 43, N 2. — P. 188–192.

7. Mappes H.J. An end to smearing! Detecting and treating rectal and anal prolapse / H.J. Mappes // *MMW Fortschr. Med.* — 2001. — Vol. 143, N 3. — P. 33–35.

8. Poscatori M. A new grading of rectal internal mucosal prolapse and its correlation with diagnosis and treatment / M. Poscatori, C. Quandramcarlo // *Int. J. Colorectal Dis.* — 1999. — Vol. 14, N 4–5. — P. 245–249.

9. The solitary rectal ulcer today. A review of the literature / K.M. Nincheri, F. Renzi, K.C. Kroning, P. Prosperi et al. // *Minerva Chir.* — 1998. — Vol. 53, N 11. — P. 919–934.

10. Stanton S.L. Vaginal prolapse / In: R. Show, P. Soutter, S. Stanton eds. // *Gynaecology*. Edinburgh. Churchill Livingstone. — 1992. — P. 437–447.

11. Wilson P.D. Obstetric practice and prevalence of urinary incontinence three months after delivery / P.D. Wilson, R.M. Herbison, G.P. Herbison // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* — 1996. — Vol. 103, N 1. — P. 154–161.