

УДК 616.147.17-007.64(075)

Н.В. Олейник, В.Ф. Куликовский

**КОРРЕКЦИЯ РЕКТОЦЕЛЕ ПУТЕМ УКРЕПЛЕНИЯ АПОНЕВРОЗА ДЕНОНВИЛЬЕ
СИНТЕТИЧЕСКОЙ СЕТКОЙ**

Белгородский региональный колопроктологический центр (Белгород)

Хотя в настоящее время предложено множество методов хирургического лечения ректоцеле, эта проблема остается актуальной из-за высокого процента рецидивов и неудовлетворительных функциональных результатов. В статье приводится описание и оценка эффективности нового оригинального метода коррекции ректовагинальной перегородки с использованием синтетической сетки. У всех 20 больных, которым операция произведена по предложенной методике, достигнуты положительные результаты, включая 10 пациенток с рецидивом заболевания. Тем не менее, для

окончательных выводов необходим дальнейший подбор материала и наблюдение в более отдаленные сроки.

Ключевые слова: ректоцеле, леваторопластика, оперативные доступы, апоневроз Денонвиллье, синтетическая сетка

THE RECTOCELE REPAIR BY APONEUROSIS DENONVILLIER'S STRENGTHENING USING POLYPROPYLENE MESH

N.V. Oleynick, V.F. Kulikovskiy

Belgorod Regional Center of Coloproctology, Belgorod

Rectocele remains a difficult problem for pelvic reconstructive surgery because of high frequency of recurrence and not satisfactory functional results. A variety repairs are commonly utilized to repair this pathology. This study was designed to evaluate the efficiency of the suggested modified method of posterior colporrhaphy using polypropylene mesh. The positive outcomes were achieved in all 20 cases including 10 cases of recurrent rectocele. However, long-term outcomes need to be evaluated in more extended follow-up.

Key words: rectocele, levatoroplasty, operative approaches, Aponeurosis Denonvillier, synthetic mesh

Ректоцеле — довольно часто встречающаяся патология у женщин, перенесших двое и более родов, рождение крупного плода, дополнительное родовспоможение, а также занимающихся тяжелым физическим трудом. По данным разных авторов, в этой группе оно встречается с частотой от 40 до 60 %. Процент заболеваемости увеличивается после 40 лет, что связано с атрофическими процессами в соединительнотканых и мышечных структурах в периклимактерическом периоде [7].

В настоящее время существуют различные мнения о выборе метода операции при данной патологии и о показаниях к ним. Рецидивы заболевания, по данным разных авторов, составляют от 5 до 15 % и не имеют тенденции к снижению [1, 2, 8].

Нами проведено обследование (с использованием клинических методов, ректороманоскопии, проктографии и сонографии) 100 больных, оперированных по поводу ректоцеле в течение 10 лет, с 1991 по 2000 гг. Больные, у которых в послеоперационном периоде было отмечено нагноение ран с расхождением швов, из группы исследования были заранее исключены. Проктография осуществлялась в положении стоя в покое и с натуживанием при тугом заполнении кишки для диагностики ректоцеле, а также в покое и при натуживании после опорожнения для исключения сопутствующего опущения слизистой прямой кишки [1, 3, 6]. Ультразвуковое исследование проводилось вагинальным датчиком с боковой оптикой после введения в прямую кишку баллона, заполненного водой. Эта методика позволяет определить толщину ректовагинальной перегородки, степень расхождения леваторов и их атрофии. Используя указанный алгоритм обследования, мы выявили группу больных ($n = 10$), у которых рецидив был обусловлен атрофией мышц. Несмотря на произведенную ранее леваторопластику, мышечный слой в центральной части перегородки не визуализировался. Последняя была истончена: толщина ее в центральной части средней трети влагалища составляла, в среднем, $0,4 \pm 0,075$ см, для сравнения у здоровых нерожавших женщин ее толщина в этой же области составляет $0,6 \pm 0,056$ см ($n = 25$), а у женщин после удачно произведенной леваторопласти-

ки она еще больше за счет сшивания по средней линии мышц-леваторов и составляет, в среднем, $1,1 \pm 0,15$ см ($n = 50$), $P < 0,05$. Ретроспективный анализ историй болезни показал, что у всех этих пациенток до операции было диагностировано ректоцеле III степени. На момент настоящего обследования у 4-х диагностировано ректоцеле III степени, у 6 — ректоцеле II степени. На рисунке 1 представлена ультрасонограмма ректовагинальной перегородки после леваторопластики с хорошим анатомическим и функциональным результатом (рис. 1а) и с рецидивом за счет атрофии мышц, поднимающих задний проход. На рисунке 1а мышечный слой непрерывный, хорошо выражен, ректовагинальная перегородка имеет достаточную толщину. На рисунке 1б определяется резко выраженная атрофия мышечного слоя, который определяется только по боковым частям перегородки. Последняя истончена.

Эти данные позволили нам сделать вывод о том, что у части больных, оперированных по поводу ректоцеле, рецидивы обусловлены резкой степенью атрофии мышечного слоя, и традиционной чрезвлагалищной или чрезпромежностной коррекцией для его устранения недостаточно.

Все сказанное заставило нас пересмотреть подходы к оперативному лечению данной патологии. Во-первых, при обследовании больных с ректоцеле, особенно при III степени выраженности данной патологии, пальцевого исследования прямой кишки и проктографии с натуживанием недостаточно. Для диагностики степени атрофии мышц-леваторов необходимо проводить УЗИ ректовагинальной перегородки. Во-вторых, при значительной атрофии этих мышц необходимо дополнительное укрепление ректовагинальной перегородки.

Это заставило нас взглянуть на хирургическое лечение ректоцеле с точки зрения важности ректовагинальной фасции или апоневроза Денонвиллье. По данным литературы, фасция Денонвиллье простирается от связок, поддерживающих матку и влагалище, до промежности. Эта анатомическая структура играет активную роль в акте дефекации, предупреждая пролапс прямой кишки в сторону влагалища [4, 5]. У женщин с многократными, дли-

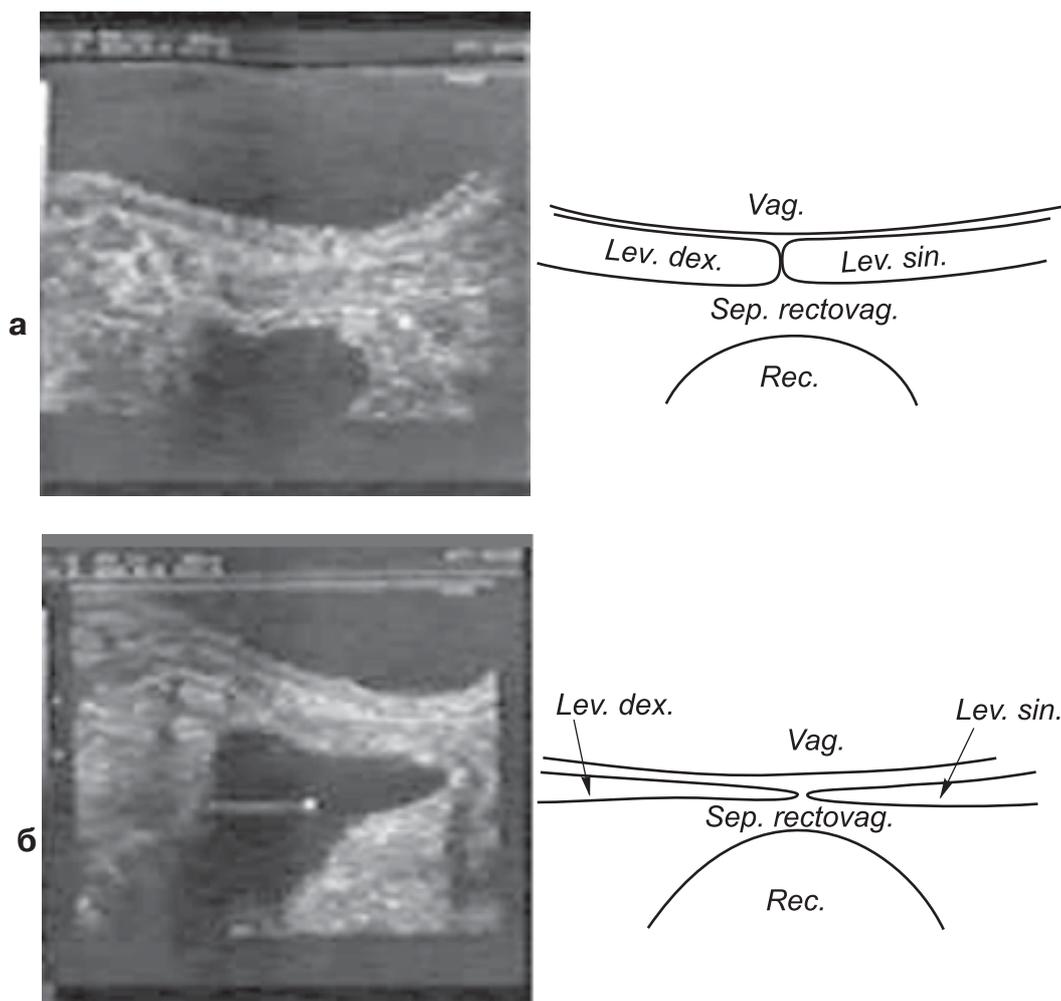


Рис. 1. Ультрасонограммы ректовагинальной перегородки: а – полное восстановление непрерывности мышечного слоя после передней леваторопластики; б – расхождение мышц и истончение ректовагинальной перегородки при рецидиве ректоцеле.

тельными родами, а также при дополнительном родовспоможении эта фасция ослабевает и истончается, что еще в большей степени ведет к прогрессированию ректоцеле, расхождению и атрофии мышц, поднимающих задний проход [9].

В связи с этим мы решили укреплять фасцию Денонвилле синтетической полипропиленовой сеткой. Известно, что она хорошо прорастает тканью реципиента, не оказывает на него токсического влияния, не разрушается со временем, местная реакция тканей на нее практически отсутствует.

За период 2001 – 2003 гг. по настоящее время в Белгородском региональном колопроктологическом центре наблюдалось 70 больных с ректоцеле в возрасте от 25 до 68 лет, средний возраст больных составил $42 \pm 3,6$ лет. Всем им был проведен указанный выше комплекс обследования. При этом УЗИ ректовагинальной перегородки показало значительную атрофию мышечного слоя у 10 больных, что составило 14,3 % от всех больных ректоцеле. Причем у всех этих пациенток ректоцеле, по данным пальцевого исследования и проктографии с натуживанием, имело III степень выраженности.

Таким образом, резкая атрофия мышц диагностирована у 50 % больных ректоцеле III степени. Средний возраст этой группы больных был значительно выше и составлял в среднем $62 \pm 1,8$ лет.

Всем этим больным, а также всем больным с рецидивом ректоцеле после традиционной пластики (всего 20 больным) для укрепления ректовагинальной перегородки мы использовали синтетическую сетку. Операцию производили чрезвлагалищным доступом при первичной реконструкции и промежностным – при рецидиве заболевания. У первых, по возможности, после выделения практически атрофированных леваторов, на переднюю стенку прямой кишки накладывали гофрирующие швы в поперечном направлении. Затем к ней подшивали сетку, размерами $2,5 - 3,5 \times 5 - 7$ см. Далее над сеткой сближали и фиксировали к ней леваторы с последующим ушиванием послеоперационной раны. У больных второй группы использовали чрезпромежностный доступ, причем кольпорафию и леваторопластику не производили, т.к. это было сделано ранее. После расслоения ректовагинальной перегородки имплантировали сетку (рис. 2), фикс-

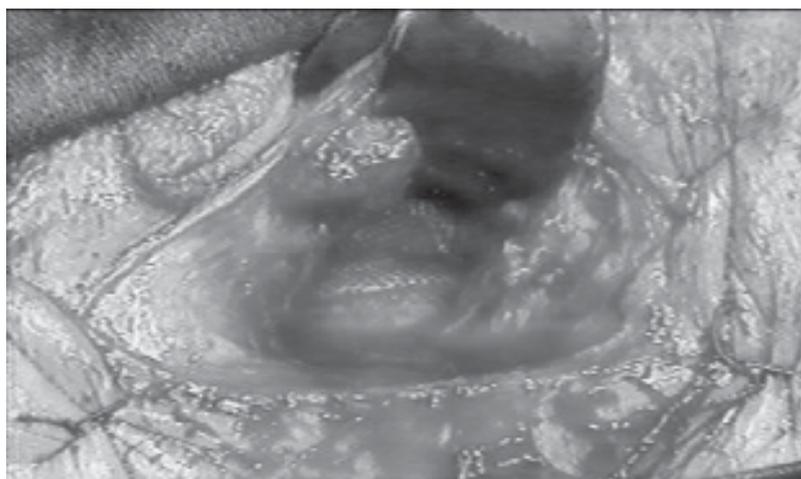


Рис. 2. Чрезпромежностная коррекция рецидивного ректоцеле: расслоена ректовагинальная перегородка, имплантирована сетка.

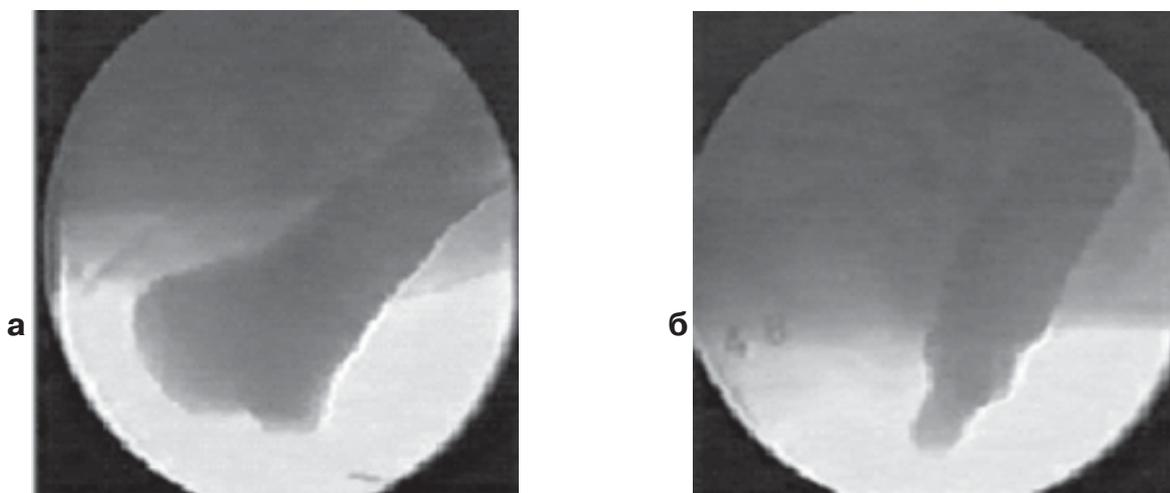


Рис. 3. Проктограммы с натуживанием в положении стоя: а – до операции (имеется выраженное мешковидное выпячивание); б – после операции (ректоцеле ликвидировано).

сируя ее в области боковых частей перегородки с небольшим натяжением в поперечном направлении и ушивали промежностную рану.

В послеоперационном периоде осложнений, связанных с имплантацией сетки, не отмечалось. Все женщины обследованы через 6 и 12 месяцев после операции, 15 – через 18 месяцев и 5 – через 24 месяца. Ни одна из них не предъявляла жалоб на необходимость сильного натуживания, ручного пособия при дефекации и чувство неполного опорожнения прямой кишки. У тех женщин, которые продолжали жить половой жизнью ($n = 11$), жалоб на диспареунию не было. При пальцевом исследовании рецидива не отмечено ни в одном случае. У всех пациенток эластичность ректовагинальной перегородки сохранялась. В ходе обследования также были использованы проктография с натуживанием и УЗИ ректовагинальной перегородки. При этом проктография показала отсутствие выпячивания передней стенки прямой кишки во влагалище при натуживании (рис. 3), а при УЗИ ректовагинальной перегородки толщина ее составила $0,8 \pm 0,12$ см, что, по нашим данным, соответствует норме.

Таким образом, в предоперационной диагностике ректоцеле пальцевого исследования прямой кишки и проктографии с натуживанием недостаточно. У больных ректоцеле III степени необходимо проводить УЗИ ректовагинальной перегородки. Этот метод позволяет выявить у части из них выраженную инволюцию мышц тазового дна. Эта патология не устраняется при традиционной технике коррекции ректоцеле. В этих случаях необходимо прибегать к дополнительным способам укрепления ректовагинальной перегородки. Использование с этой целью синтетической сетки дало благоприятные результаты. Несмотря на небольшое количество и не столь отдаленные сроки наблюдений, мы убеждены, что подобная тактика позволит улучшить функциональные результаты и снизить процент рецидивов при хирургической коррекции ректоцеле.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макаров Р.Р. Оперативная гинекология / Р.Р. Макаров, А.А. Габелов. – М., 1979. – 328 с.

2. Хирургическое лечение ректоцеле перинеально-анальным доступом / А.А. Мудров, Ю.А. Шельгин, А.Ю. Титов и др. // Акт. вопросы колопроктологии: Тез. докл. I съезда колопроктологов России с междунар. участием. — Самара, 2003. — С. 97—99.
3. Delemarre J.B. Anterior rectocele: assessment with radiographic defecography, dynamic magnetic resonance imaging, and physical examination / J.B. Delemarre, R.H. Kruyt, J. Doornbos // *Dis. Colon. Rectum.* — 1994. — Vol. 37, N 3. — P. 249—259.
4. Nichols D.H. Surgical significance of the rectovaginal septum / D.H. Nichols, P.S. Milley // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1970. — Vol. 108, N 2. — P. 215—220.
5. Pichford C.A. Rectocele: a cause of anorectal pathologic changes in women / C.A. Pichford // *Dis. Colon. Rectum.* — 1967. — Vol. 10, N 3. — P. 464—466.
6. Siproudhis L. Defecatory disorders, anorectal and pelvic floor dysfunction: a polygamy? Radiologic and manometric studies in 41 patients / L. Siproudhis, A. Ropert, J. Lucas // *J. Colorectal Dis.* — 1992. — Vol. 7, N 1. — P. 102—107.
7. Stanton S.L. Vaginal prolapse / In: R. Show, P. Soutter, S. Stanton eds. // *Gynaecology.* — Edinburgh. Churchill Livingstone. — 1992. — P. 437—447.
8. Van Laarhoven H.M. Relationship between anatomic and symptomatic long-term results after rectocele repair for impaired defecation / H.M. van Laarhoven, C.I. Kamm, C.R. Bartram et al. // *Dis. Colon. Rectum.* — 1999. — Vol. 40, N 2. — P. 204—211.
9. Yoshioka K. Physiologic and anatomic assessment of patients with rectocele / K. Yoshioka, Y. Matsui, O. Yamada // *Dis. Colon. Rectum.* — 1991. — Vol. 34, N 5. — P. 704—708.