

ОБОСНОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОРЕКТАЛЬНОЙ СЛИЗИСТО-ПОДСЛИЗИСТОЙ РЕЗЕКЦИИ

В.С. Грошилин, В.К. Швецов, А.В. Узунян,

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет», г. Ростов-на-Дону

Грошилин Виталий Сергеевич – e-mail: groshilin@yandex.ru

Исследование проведено с целью повышения эффективности хирургического лечения ректоцеле путем разработки и внедрения оригинального способа операции. Предложенный метод направлен на укрепление ректовагинальной перегородки, восстановление ее анатомии и создание удерживающего фасциально-мышечного каркаса. Способ апробирован у 12 больных с ректоцеле II и III степени. Полученные результаты доказывают, что применение разработанной методики, учитывающей основные звенья патогенеза ректоцеле, позволяет достичь стабильных положительных результатов, а также снижает вероятность рецидива заболевания.

Ключевые слова: ректоцеле, циркулярная резекция, леваторопластика.

The research has been carried out with the objective of increasing the efficiency of surgical rectocele treatment by developing and inserting the original way of operation. The chosen method is directed on strengthening the rectovaginal septum, restoring its anatomy and creating a keeping fascial-muscular skeleton. This method has been tested by 12 patients with rectocele II and III degree. The obtained results prove that application of the developed methods considering the basic links of rectocele pathogenesis allows to reach stable results as well as reduces the possibility of rectocele relapse.

Key words: rectocele, a circular resection, levatoroplasty.

Введение

В настоящее время, в России, как и в большинстве индустриально развитых государств, отмечается стойкая тенденция к росту встречаемости ректоцеле [1, 2, 3]. По литературным данным, до 56% наблюдений клинически выраженных нарушений эвакуаторной функции прямой кишки у женщин, связаны именно с наличием переднего ректоцеле [1, 4, 5]. Большинство авторов отмечают, что данная патология, встречающаяся у 15–43% женщин, трудно поддается лечению. При этом, результаты применения различных по технике и сложности способов хирургической коррекции далеки от оптимальных [2, 3, 6]. Это подтверждается тем фактом, что более 25% оперированных пациентов подвергаются повторным хирургическим вмешательствам ввиду неудовлетворительного эффекта, либо рецидива заболевания [1, 2, 3, 7, 8]. Принимая во внимание сохраняющийся стабильно высоким удельный вес осложнений и неудовлетворительных исходов после хирургического лечения, а также разнообразие используемых оперативных методов, можно заключить, что проблема лечения больных с ректоцеле актуальна и требует детального изучения.

Известно, что основная роль в патогенезе развития ректоцеле отводится расхождению передних порций мышц леваторов, истончению и перерастяжению ректовагинальной перегородки с формированием дивертикулообразного выпячивания передней стенки прямой кишки [2, 3, 7]. В 66,7% наблюдений рассматриваемая патология возникает у женщин, которые в анамнезе перенесли избыточные физические нагрузки, тяжелые многократные роды, а также роды крупным плодом, что зачастую является пусковым механизмом в развитии рассматриваемой патологии [1, 4, 5, 9].

В последние годы находят всё более широкое применение новые методики оперативного лечения ректоцеле, которые заключаются в использовании аппаратных технологий. Одной из них является слизисто-подслизистая резекция прямой кишки с помощью циркулярного сшивающего аппарата (операция Лонго). Предложенная для лечения геморроя, модифицированная операция Лонго нашла применение, в том числе, у пациенток с ректоцеле. Это вмешательство позволяет менее травматично, по сравнению с другими методами, корректировать избыток ткани по передней стенки прямой кишки [2, 3, 8, 10]. Однако, изолированное применение данного способа далеко не всегда обеспечивает стойкий положительный эффект, так как ведущим среди известных факторов патогенеза ректоцеле является расхождение передних порций леваторов. В связи с вышеизложенным, особое внимание привлекли перспективные предложения отдельных авторов [2, 6, 11, 12] дополнять операцию Лонго различными модификациями сфинктеролеваторопластики.

Цель исследования: повышение эффективности хирургического лечения ректоцеле путем внедрения дифференцированного лечебного алгоритма и применения оригинального способа оперативного лечения, включающего эндоэктальную циркулярную слизисто-подслизистую резекцию в сочетании с передней леваторопластикой.

Материалы и методы

Проведен комплексный анализ результатов обследования и оперативного лечения 32 пациенток с ректоцеле. Средний возраст пациенток составил 51,4 года. Диагностический алгоритм помимо традиционных клинических, лабораторных и инструментальных (включая ано- и ректоскопию) исследований, включал проведение эндоэктального УЗИ, аноректальной манометрии и

электромиографии. Показания к операции определялись на основании клинических данных с учетом объективных качественных и количественных результатов инструментального исследования. В предоперационном периоде пациентки консультированы урологом, гинекологом. У 12 пациенток использованы методы передней сфинктеропластики, у 8 – эндоректальной аппаратной циркулярной слизисто-подслизистой резекции (по методу Лонго). Полученный клинический опыт позволил разработать оригинальный метод комбинированного хирургического лечения ректоцеле, сочетающий в себе технологии эндоректальной циркулярной слизисто-подслизистой резекции и передней леваторопластики (заявка на патент РФ, получена приоритетная справка). Заявляемая методика была предложена на кафедре хирургических болезней № 2 ГБОУ ВПО РостГМУ. Способ заключается в выполнении циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя прямой кишки с применением циркулярного сшивающего аппарата, адаптированного для метода Лонго, дополненной иссечением избытка слизистой задней стенки влагалища и модифицированной методикой передней леваторопластики. Для реализации способа мы использовали аппараты GRENA (производства Великобритании), марок DCSS-32F, DCSS-33F, DCSS-34U, отличавшиеся диаметром «головки» и глубиной емкости основной части, выбор аппарата осуществляли в зависимости от размеров ректоцеле. Способ апробирован у 12 больных с ректоцеле II и III степени в хирургическом отделении клиники ГБОУ ВПО РостГМУ.

Сроки послеоперационного мониторинга составили не менее 4 месяцев, с обязательными контрольными осмотрами через 4 и 12 недель после операции.

Результаты и их обсуждение

Анализ клинической симптоматики подтвердил доминирование среди жалоб проявлений обструктивной дефекации. Так, бесспорно, наиболее распространенными жалобами при опросе были чувство неполного опорожнения прямой кишки и затрудненная дефекация, выявленные у 100% пациенток. Кроме того, 22 пациентки (68,8%) обращали внимание на необходимость применения ручного пособия при акте дефекации, а 7 женщин (21,8%) прибегали к регулярному использованию очистительных клизм. С целью облегчения опорожнения прямой кишки 15 (46,8%) обследованных пациенток бесконтрольно применяли слабительные препараты. Отметим, что в патогенезе большинства отмеченных клинических проявлений, ведущую роль играет опущение тазового дна, а также дисфункция его фасциально-мышечных структур.

В группе больных, которым выполнена традиционная передняя сфинктеропластика, после устранения ректоцеле III степени отмечено 2 рецидива заболевания (16,7%) в сроки от 3 месяцев, кроме того, еще у 2 женщин (16,7%) при отсутствии рецидива сохранялись умеренно выраженные проявления обструктивной дефекации при минимизации жалоб. Других осложнений не отмечалось. После ликвидации ректоцеле методом Лонго в традиционном варианте рецидивов не было, однако, у 2 больных (25%) имели место некупируемые консервативно, выраженные эвакуаторные расстройства при сохранявшемся расхождении передних порций леваторов и манометриче-

ски подтвержденной дисфункции мышечных структур тазового дна.

При использовании разработанного оригинального способа эндоректальной циркулярной слизисто-подслизистой резекции, дополненного передней леваторопластикой рецидивов заболевания интраоперационных осложнений не отмечено. Средняя продолжительность оперативного вмешательства предложенным способом превышала длительность традиционных операций не более, чем на 20 минут. В послеоперационном периоде применялись антибактериальные препараты, анальгетики, пребиотики, слабительные средства по общепринятым схемам. Нагноительных, геморрагических осложнений не отмечено. Чувство неполного опорожнения кишечника после акта дефекации имело место у 2 (16,7%) больных. Данные жалобы купированы в течение 10 суток на фоне проводимой комплексной терапии. После хирургического вмешательства у 11 (91,6%) больных не наблюдалось ранее выявленного выпячивания стенки прямой кишки во влагалище, но у 1 (8,3%) пациентки, ранее имевшей ректоцеле размером более 7 см, в послеоперационном периоде сохранялись тенезмы. При амбулаторном контрольном обследовании спустя 3 месяца после операции ранее предъявляемые жалобы нивелированы, рецидива заболевания у больной не отмечено, констатирована компенсация синхронной и рефлексорной деятельности запирающего аппарата. Резистентных к послеоперационной корректирующей терапии эвакуаторных расстройств в рассматриваемой группе не было.

Сроки послеоперационного пребывания в стационаре составили от 6 до 9 суток.

Полученные результаты были достигнуты благодаря ликвидации пролапса передней стенки прямой кишки (что устранило проявление обструктивной дефекации и обеспечило адекватное опорожнение прямой кишки), восстановлению ректовагинальной перегородки с одномоментной ее реконструкцией. Считаем, что именно это дало возможность снизить вероятность рецидивов в послеоперационном периоде, а также достичь адекватной коррекции расхождения мышц, поднимающих задний проход и, следовательно, предотвратить вновь развитие дисфункции мышц тазового дна и повторное появление патогенетических факторов развития рецидива ректоцеле.

Заключение

Определение способа хирургического лечения ректоцеле следует осуществлять индивидуально с учетом размеров ректоцеле, выраженности дисфункции тазового дна и аноректальных эвакуаторных расстройств. Предложенный диагностический алгоритм позволяет объективизировать выбор метода операции. У больных, оперированных разработанным способом в отдаленные сроки достигнут удовлетворительный функциональный результат, отсутствовали рецидивы. Полученные данные дают право судить о том, что применение разработанной методики лечения ректоцеле, направлено на основные звенья патогенеза и позволяет: достичь купирования обструктивной дефекации; снизить вероятность послеоперационных рецидивов; сократить сроки послеоперационного пребывания в стационаре, а также время медицинской и социальной реабилитации больных. Полученный эффект достигается за

счет одномоментного выполнения циркулярной слизисто-подслизистой резекции нижнеампулярного отдела прямой кишки и создания удерживающего фасциально – мышечного каркаса (сфинктеролеваторопластика). При наличии ректоцеле размерами свыше 4–5 см целесообразно применять данную методику ввиду того, что она наряду с устранением избытка слизистой оболочки стенки прямой кишки и влагалища направлена на восстановление анатомических структур, создание удерживающего фасциально – мышечного каркаса тазового дна и промежности.

Таким образом, разработанный способ эндоректальной циркулярной слизисто-подслизистой резекции, дополненной иссечением избытка слизистой влагалища и передней леваторопластикой позволяет корректировать функциональные результаты лечения ректоцеле II–III степени и перспективен для широкого внедрения в клиническую практику специализированных стационаров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии. Куйбышев. 1979. Т. 4. С. 388-460.
2. Ачкасов С.И., Благодарный Л.А., Бойко А.В. Справочник по колопроктологии. М.: «Литтера», 2012. 608 с.
3. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. Ростов-на-Дону: «Феникс», 2006. С. 203-209.
4. Генри М., Свош М. Колопроктология и тазовое дно: пер. с англ. М.: «Медицина», 1988. 459 с.
5. Федоров, В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М.: «Медицина», 1984. С. 131-136.
6. Кузьминов А.М., Орлова Л.П., Зароднюк И.В. и др. Эндоректальная циркулярная проктопластика в лечении ректоцеле. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии / под ред. акад. РАМН В.Т. Ивашкина. М.: ИД «М-Вести», 2011. С. 75-81.
7. Грошилин В.С., Погосян А.А. Послеоперационная реабилитация при анальных трещинах. Врач. 2010. № 11. С. 47-50.
8. Boccasanta P., Venturi M., Calabro C. et al. Which surgical approach for rectocele? A multicentric report from Italian coloproctologists. Tech. Coloproctol. 2001. Vol. 5. № 3. P. 149-156.
9. Altomare D.F., Rinaldi M.A. Veglia Combined perineal and endorectal repair of rectocele by circular stapler. A novel surgical technique. Dis. Colon Rectum. 1999. Vol. 45. № 11. P. 1549-1551.
10. Gorsch R.W. Proctologic anatomy. Baltimore. 1985. Pp. 21-23, 35-42.
11. Regadas F.S., Regadas S.M., Rodrigues L.V. et al. Transanal repair of rectocele and full rectal mucosectomy with one circular stapler: a novel surgical technique. Tech. Coloproctol. 2005. № 9. P. 63-66.
12. Reboa G., Gipponi M., Logorio M. The impact of stapled transanal rectal resection on anorectal function in patients with obstructed defecation syndrome. Dis Colon Rectum. 2009. Vol. 52. № 9. P. 1598-1604.