

© Коллектив авторов, 2009
УДК 616.351-007.44-09-089

В.Н.Мальцев, И.С.Супрун, С.В.Мальцев

РЕКТОЦЕЛЕ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

Кафедра хирургии № 1 (зав. — чл.-кор. АМН Украины проф. М.П.Захараш) Национального медицинского университета им. А.А.Богomoльца, г. Киев

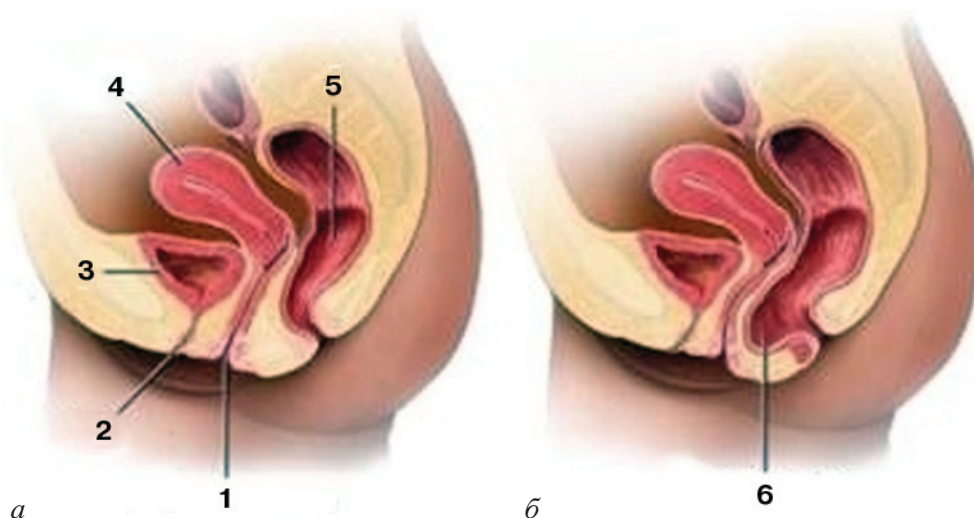
Ключевые слова: ректоцеле, диагностика, хирургическое лечение, сфинктеролеваторопластика, кольпорафия.

Введение. Ректоцеле — это пролабирование стенки прямой кишки в надсфинктерной зоне в результате истончения ректовагинальной перегородки, ослабления тонуса мышц, поддерживающих тазовые органы. Ректоцеле бывает переднее, заднее и боковое. При переднем ректоцеле стенка прямой кишки пролабирует во влагалище, при заднем — в сторону анокопчиковой связки. Переднее ректоцеле встречается наиболее часто. Частота ректоцеле у женщин намного выше, чем у мужчин, что связано с анатомо-физиологическими особенностями тазовой диафрагмы и связочного аппарата внутренних половых органов женщин. Среди пациенток с проктологическими жалобами частота ректоцеле, по данным разных авторов, составляет от 10 до 50% [2]. Описания

ректоцеле сохранились еще со времен Древнего Египта. А первые упоминания о его лечении относятся к Гиппократу, который в качестве коррекции пролапса рекомендовал вводить во влагалище половину граната.

Ректоцеле — редко диагностируемая патология и его распознаванию, как правило, предшествуют ошибочные диагнозы и неэффективное лечение. Поэтому его клинические проявления и критерии диагностики должны помнить врачи всех специальностей, прежде всего гинекологи, урологи и проктологи, тем более что адекватное лечение значительно улучшает качество жизни пациентов (рисунок).

Чаще всего ректоцеле возникает в результате родовых травм (из-за осложненных родов, акушерских манипуляций). Но даже неосложненные роды являются провоцирующим фактором развития ректоцеле из-за того, что вследствие родов



Расположение тазовых органов в норме (а) и при переднем ректоцеле (б).

1 — влагалище; 2 — уретра; 3 — мочевого пузырь; 4 — матка; 5 — прямая кишка; 6 — пролабирование стенки прямой кишки во влагалище.

мышечные пластинки *m. levator ani* изменяют свое положение из горизонтальной плоскости в вертикальную. Также причиной могут быть все состояния, приводящие к повышению внутрибрюшного давления: упорные запоры, хронические заболевания дыхательной системы, которые сопровождаются кашлем (бронхиты, бронхиальная астма), тяжелая физическая работа, ожирение. Реже ректоцеле вызывают хронические воспалительные заболевания женской половой сферы, перенесенные оперативные вмешательства в малом тазу с гистерэктомией, дисплазия соединительной ткани из-за врожденного нарушения метаболизма коллагена и патология иннервации мышечных структур тазового дна [8]. Частота выявления ректоцеле коррелирует с числом родов в анамнезе и возрастом женщин. Способствует ректоцеле сниженный уровень эстрогенного гормонального фона в перименопаузальном периоде, из-за чего соединительная ткань теряет эластичность и снижается тонус мышечных элементов.

Материал и методы. За период с 1988 по 1998 г. под нашим наблюдением находились 117 больных в возрасте от 25 до 75 лет, у которых установлен диагноз ректоцеле II (у 37) и III степени (у 80).

Самая частая жалоба при этом заболевании — затруднение дефекации. Возникают запоры, чувство неполного опорожнения прямой кишки, тянущие боли в низу живота, пояснице, крестце, ощущение инородного тела во влагалище. Исчезает ощущение компрессии при натуживании. Позывы к дефекации становятся частыми, но неэффективными. При прогрессировании ректоцеле появляется необходимость применения ручного пособия во время стула — надавливание пальцем на заднюю стенку влагалища для эвакуации калового комка в анальное отверстие. Половой акт сопровождается дискомфортом и даже ощущением боли (диспареуния). Симптоматика нарастает к концу дня и после длительного пребывания в положении стоя. Проявления ректоцеле могут сопровождаться стрессовым недержанием мочи, периодическим недержанием кала [9].

В соответствии с клиническим проявлением выделяют три степени ректоцеле [2].

I степень — жалоб нет совсем или наблюдаются эпизодические нарушения опорожнения и периодические ощущения неполного опорожнения прямой кишки. Ректоцеле определяется лишь при пальцевом исследовании через прямую кишку как воронкообразное углубление ректовагинальной перегородки.

II степень — жалобы на чувство неполного опорожнения, затрудненный акт дефекации приобретают постоянный характер. Пациентам периодически приходится применять клизмы или слабительные препараты. При осмотре выявляется выбухание прямой кишки в просвет влагалища, достигающее до его преддверия.

III степень — появляется необходимость применения ручного пособия во время стула. Пациенты отмечают частые позывы к дефекации, чувство неполного опорожнения прямой кишки, возможны жалобы на недержание кала. При пальцевом исследовании определяется выпячивание передней стенки прямой кишки за пределы влагалища. Возможны также выпадение и опущение матки, цистоцеле.

Более совершенной является количественная классификация пролапса тазовых органов POP-Q (*pelvic organ prolapse quantification*), предложенная в 1996 г. Обществом хирургов-гинекологов (SGS), Американским урогинекологическим обществом (AUGS) и Международным обществом по удержанию мочи (ICS): I стадия — наиболее дистальная точка пролапса находится не ниже, чем на 1 см над уровнем гименального кольца; II стадия — наиболее дистальная точка пролапса находится в пределах отрезка от 1 см выше плоскости гименального кольца до 1 см ниже плоскости гименального кольца; III стадия — наиболее дистальная точка пролапса находится ниже плоскости гименального кольца более чем на 1 см, но полного выпадения не наблюдается [7].

Постановка диагноза основывается на жалобах и клиническом осмотре (вагинальном и ректальном исследовании). Осмотр на гинекологическом кресле позволяет выявить выпячивание задней стенки влагалища и передней стенки прямой кишки, которое легко определяется при натуживании, а также пальцевом исследовании через прямую кишку, через влагалище. Для уточнения анатомо-функционального состояния тазовых органов проводят инструментальные исследования: ректороманоскопию, дефектографию, сфинктерометрию, эндоректальное ультразвуковое исследование. На основании полученных данных выбирают наиболее подходящий в каждом случае способ лечения [4].

При ректоцеле, соответствующих I степени клинической классификации, эффективна консервативная терапия. Она сводится к следующему: проводится укрепление мышц тазового дна, электростимуляция, метод биологической обратной связи (*biofeedback*), упражнения йоги «мула-бандха»; назначают комплекс мер, регулирующих стул: диета, легкие послабляющие препараты; используют pessaries — приспособления, предназначенные для вагинального введения, поддерживающие правильное расположение тазовых органов; пациенткам в постменопаузальном периоде можно рекомендовать заместительную эстрогенную терапию (для укрепления стенок влагалища); при необходимости проводят лечение сопутствующих воспалительных заболеваний прямой кишки и половых органов.

При выраженном ректоцеле, соответствующем II и III степени клинической классификации, показано хирургическое вмешательство.

В Украинском проктологическом центре (клинической базе нашей кафедры) выполнено 117 операций по поводу переднего ректоцеле II–III степени. Проводилось два типа хирургического вмешательства: 1) сфинктеролеваторопластика; 2) сфинктеролеваторопластика с кольпорафией.

1-ю группу больных, которым проводили сфинктеролеваторопластику, составили 55 женщин в возрасте от 25 до 65 лет; 2-ю группу больных, которым проводили сфинктеролеваторопластику с кольпорафией, — 62 женщины в возрасте от 25 до 65 лет.

Результаты и обсуждение. Существуют более 500 различных способов хирургического лечения ректоцеле. Все они направлены на ликвидацию симптомов ректоцеле, восстановление нормального топографоанатомического положения и функций органов малого таза. Основные отличия проводимых операций состоят в выборе разных способов доступа, дополнении классической коррекции синтетическим или биогенным

трансплантатом, внедрении малоинвазивных методик (применение синтетической проленовой сетки, использование циркулярного степлерного аппарата) [3, 5, 6]. Для ликвидации выпячивания производят гофрирование стенки прямой кишки, а укрепление ректовагинальной перегородки достигается ушиванием правой и левой мышц, поднимающих задний проход, и задней стенки влагалища. Заканчивают операцию кольпорафией [4].

Такая операция не только изменяет анатомическое положение леваторов, но создает дополнительную защиту над прямой кишкой.

Предложена сайт-специфическая коррекция ректоцеле. Заслуживает внимания хирургическая реконструкция ректовагинальной перегородки с помощью кольпоперинеопластики. Но есть определенные проблемы с функциональными результатами: возможно нарушение рефлекторной деятельности внутреннего сфинктера и адаптационной возможности прямой кишки. Предложена резекция избытка слизистоподслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки с использованием циркулярного степлерного аппарата, а также дополнительное укрепление ректовагинальной перегородки синтетическими или биогенными трансплантатами [1, 3]. Но как и все новые операции эти методики требуют накопления клинического опыта для установления отдаленных результатов лечения и возможных осложнений.

Единого мнения по поводу более предпочтительного вида хирургического лечения ректоцеле нет. Разные авторы приводят разные данные по частоте эффективного лечения и рецидивов после отдельных видов хирургического вмешательства. Кроме того, при сравнительном анализе разных способов коррекции ректоцеле встречаются прямо противоположные данные [5, 6, 9].

Анализ отдаленных результатов лечения путем анкетирования больных в Украинском проктологическом центре показал, что до 5 лет 103 (88%) больных отмечают очень хорошие результаты, 14 (12%) — оценивают результаты как удовлетворительные. Рецидив отмечен у 3 (2,8%) больных.

Выводы. 1. Ректоцеле — заболевание, при котором от возникновения симптоматики до постановки правильного диагноза, как правило, проходит достаточно длительное время, что свидетельствует о неосведомленности врачей по симптоматике данного заболевания.

2. Для диагностики ректоцеле необходимо более тщательно проводить осмотр пациентов, выяснять необходимость ручного пособия, проводить ручное ректальное и вагинальное исследование, инструментальную диагностику.

3. Сфинктеролеваторопластика и сфинктеролеваторопластика с кольпорафией являются эффективными способами хирургической коррекции ректоцеле и позволяют достичь значительного улучшения качества жизни пациентов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Воробьев Г. И., Кузьминов А. М., Зароднюк И.В. и др. Трансанальный эндоректальный метод лечения ректоцеле // Колопроктология.—2005.—№ 2.—С. 23–27.
2. Клиническая оперативная колопроктология / Под ред. В.Д.Федорова, Г.И.Воробьева.—М.: Медицина, 1994.—432 с.
3. Олейник Н.В., Куликовский В.Ф., Федоров Г.И. Анализ причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения ректоцеле и пути их устранения // Хирургия.—2004.—№ 4.—С. 27–29.
4. Основы колопроктологии / Под ред. Г.И.Воробьева.—2-е изд., доп.—М.: Мед. информ. агентство, 2006.—432 с.
5. Смирнов А.Б., Хворов В.В. Сравнительная оценка методов хирургической коррекции ректоцеле // Хирургия.—2006.—№ 10.—С. 22–26.
6. Abramov Y., Gandhi S., Goldberg R. P. et al. Site-specific rectocele repair compared with standard posterior colporrhaphy // Obstet. Gynecol.—2005.—Vol. 105, № 2.—P. 314–318.
7. Bump R.C., Mattiasson A., Bo K. et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction // Am. J. Obstet Gynecol.—1996.—Vol. 175, № 3.—P. 10–15.
8. DeLancey J.O. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy // Am. J. Obstet Gynecol.—1992.—Vol. 166, № 4.—P. 1717–1724.
9. Weber A.M., Walters M.D., Ballard L.A. et al. Posterior vaginal prolapse and bowel function // Am. J. Obstet. Gynecol.—1998.—Vol. 179, № 6.—P. 1446–1450.

Поступила в редакцию 20.03.2009 г.

V.N.Maltsev, I.S.Suprun, S.V.Maltsev

RECTOCELE: CLINICAL MANIFESTATIONS AND SURGICAL CORRECTION

The authors made an analysis of clinical manifestation of rectocele, methods of diagnosis and surgical treatment of 17 patients with rectocele in the Ukrainian center of proctology for the period from 1988 to 1998. The diagnosis of rectocele of the II degree was made by the methods of clinical and instrumental investigations in 37 patients and of the III degree in 80 patients. Two variants of surgical correction were used: sphincterolevator plasty and sphincterolevator plasty with colporrhaphy. The results of treatment were assessed in 5 years using questionnaires. Relapses were noted in 3 patients (2.8%).