

© Коллектив авторов, 2007
УДК 616.351-007.44-08

С.С.Гайворонская, С.В.Васильев, З.Д.Чания, Д.Е.Попов, А.И.Недозимованый

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кафедра хирургических болезней стоматологического факультета с курсом колопроктологии
(зав. — проф. С.В.Васильев) Санкт-Петербургского государственного медицинского университета
им. акад. И.П.Павлова

Ключевые слова: выпадение прямой кишки, БОС-терапия, комплексное лечение.

Введение. В настоящее время, несмотря на богатый арсенал хирургических методов лечения, нет однозначного мнения в вопросе тактики ведения больных с выпадением прямой кишки. Применение одних видов оперативных вмешательств ведет к возникновению большого количества рецидивов заболевания, при использовании других методов появляются вновь или усиливаются предшествующие запоры [3, 4]. Необходимо отметить тот факт, что у большинства пациентов с выпадением прямой кишки параллельно выявлялась недостаточность анального жома, которая сопровождала ректальный пролапс у 30–90% из них и сохранялась у многих больных после хирургической коррекции выпадения прямой кишки [1, 4]. Это заболевание существенно снижает качество жизни пациентов, ограничивает их социальную активность, ведет к инвалидизации, а иногда и к изменениям в психической сфере. Подобная сложность и неоднозначность вопроса обуславливает необходимость поиска путей оптимизации хирургической тактики и улучшения функциональных результатов лечения, что и являлось целью нашей работы.

Материал и методы. В исследование были включены 89 пациентов, 69 (77,5%) женщин и 20 (22,5%) мужчин. Средний возраст пациентов составил $(61,5 \pm 3,5)$ года. Средняя давность развития заболевания составила $(5,34 \pm 1,2)$ года. Всем больным в дооперационном периоде был выполнен «клинический минимум» исследований, ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия (по показаниям), комплекс колодинамических исследований, включающий манометрию анального канала в покое и при натуживании, ректонобаллонометрию, баллонную проктографию, эндоректальное УЗИ, определение ректоанального ингибиторного рефлекса. С учетом среднего возраста все пациенты были консультированы терапевтом. Сопутствующие заболевания были диагностированы у 84 (94,4%) больных. У 6 (6,7%) пациентов сопутствующая патология была столь выражена, что риск анестезиологического пособия превышал риск опе-

ративного вмешательства, в связи с чем у них была произведена хирургическая коррекция выпадения прямой кишки в условиях местной анестезии.

Стадия выпадения прямой кишки оценивалась в соответствии с классификацией, предложенной С.С.Аведисовым в 1963 г., согласно которой среди наших пациентов II стадия заболевания выявлена у 24 (27%), III стадия — у 48 (53,9%), IV стадия — у 17 (19,1%). I стадии заболевания выявлено не было. У 55 (61,8%) больных отмечена недостаточность анального жома различной степени тяжести, еще у 14 (15,7%) — выявлено резкое снижение тонуса анального жома при отсутствии клиники недержания. Согласно классификации, предложенной В.Д.Федоровым в 1984 г. [2], недостаточность анального жома I степени диагностирована у 7 (7,9%) больных, II степени — у 29 (32,6%), III степени — у 19 (21,3%), отсутствие недостаточности анального жома выявлено у 34 (38,2%).

Все пациенты были разделены на три группы в зависимости от вида выполненного оперативного вмешательства: операция Кюммеля—Зеренина у 28 (31,5%) пациентов, операция Уэллса — у 29 (32,6%), операция Делорма — у 32 (35,9%), в том числе у 6 (18,7%) — в условиях местной анестезии в связи с выраженной сопутствующей соматической патологией и высоким риском использования общей анестезии.

Операция Уэллса у всех больных завершалась восстановлением целостности тазовой брюшины и облитерацией прямокишечно-маточного углубления. Операция Кюммеля—Зеренина у 12 (42,9%) пациентов была выполнена в модификации, предложенной Государственным научным центром колопроктологии, заключающейся в развороте кишки на 180°, у 9 (32,1%) пациентов вмешательство было дополнено ликвидацией глубокого прямокишечно-маточного углубления. Операция Делорма всем больным была выполнена по классической методике.

В послеоперационном периоде с целью улучшения функциональных результатов хирургической коррекции выпадения прямой кишки части больным потребовалось проведение терапии методом «биологической обратной связи» с использованием ректального ЭМГ-датчика. Процедуры проводились 10-дневным курсом, через 1, 3, 6 мес после операции в зависимости от степени выраженности анального недержания и ответа на проводимую терапию. При полном восстановлении функции анального жома у больного после первого курса лечения терапия прекращалась. Если после первого курса анальная инконтиненция уменьшалась, но не исчезала полностью, лечение повторяли через 3 мес и при необходимости через 6 мес.

Таблица 1

**Характер послеоперационных осложнений
в зависимости от вида оперативного
вмешательства**

Характер послеоперационных осложнений	Вид операций		
	Кюммеля–Зеренина (n=28)	Уэллса (n=29)	Делорма (n=32)
Дизурические расстройства	2	4	1
Раневые осложнения	–	4	–
Острая пневмония	1	–	1
Обострение хронического колита	–	1	1
Прочие	3	1	1
Число осложнений	6	10	4
Общее число пациентов	6 из 28	9 из 29	3 из 32

Для оценки результатов лечения использовалась шкала Ликерта, по которой пациент оценивал результаты лечения самостоятельно по 4-балльной шкале (очень хорошо, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно). Результаты лечения были отслежены через 1, 3, 6 мес и в последующие годы после операции в зависимости от сроков наблюдения.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного обследования было установлено, что у пациентов с выпадением прямой кишки среднее значение давления покоя анального канала составило ($19,8 \pm 5,4$) см вод. ст., а в норме давление покоя анального канала — ($42,1 \pm 8,7$) см вод. ст. Давление напряжения анального канала также было значительно ниже нормы, среднее значение составило ($29,9 \pm 7,3$) см вод. ст. Ректотонобаллонометрия у 39,2% больных показала снижение объема пороговой чувствительности, среднее значение составило ($291 \pm 35,9$) мл. Таким образом, для пациентов с выпадением прямой кишки характерны гипотония и гипорефлексия. При выполнении эндоректального УЗИ у большинства обследованных выявлено истончение и неоднородность наружного сфинктера анального канала при отсутствии признаков нарушения целостности и структуры внутреннего сфинктера. Баллонная проктография позволила определить сглаженность аноректального угла и опущение тазового дна у большинства обследованных.

При анализе результатов хирургического лечения выявлено, что число и характер послеоперационных осложнений варьировали в выделенных группах. Так, наименьшее число послеоперационных осложнений диагностировано после операции Делорма. После операции Уэллса число осложнений было весьма существенным, однако они не вызывали значительного ухудшения общего состояния больного и были купированы консервативно, не удлиняя послеоперационный период. Количество и характер послеоперационных осложнений, в зависимости от вида оперативного вмешательства, представлены в табл. 1.

На 15-е сутки после операции Кюммеля–Зеренина умерла одна больная. Непосредственной причиной смерти явилась полиорганная недостаточность на фоне выраженной сопутствующей патологии. Летальность составила 1,1%.

В отдаленном периоде все пациенты наблюдались в сроки от 6 мес до 13 лет, средний срок наблюдения составил ($4,24 \pm 0,86$) года. Возникновение рецидива после операции Уэллса было отмечено у одного больного (3,4%), после операции Кюммеля–Зеренина — у 5 (17,9%), после операции Делорма — у 11 (34,4%).

Недостаточность анального жома постепенно уменьшилась у большинства больных, что было установлено при контрольном осмотре через 1 мес

после операции. У 26 из 55 (47,3%) пациентов самостоятельного улучшения функции держания после проведенного оперативного лечения отмечено не было, несмотря на отсутствие рецидива выпадения прямой кишки. Пациентам, у которых сохранились жалобы на недержание кала через месяц после операции (11 — после операции Делорма, 8 — после операции Уэллса, 7 — после операции Кюммеля–Зеренина) проводили курс терапии методом «биологической обратной связи» (БОС). У 6 из 26 больных применение «биологической обратной связи» позволило добиться полного восстановления функции анального жома, а у 5 — частичного улучшения.

После проведения БОС-терапии давление напряжения и покоя анального канала практически не изменилось у пациентов всех групп.

Нами было установлено, что степень сохранения у пациентов жалоб на недержание кала после устранения выпадения прямой кишки коррелировала со степенью выпадения прямой кишки и возрастом. Чем более выражена была стадия выпадения прямой кишки и старше были пациенты, тем

Таблица 2

**Субъективная оценка результатов лечения по
шкале Ликерта**

Вид операции	Субъективная оценка результатов лечения			
	очень хорошие	хорошие	удовлетворительные	неудовлетворительные
Кюммеля–Зеренина	3	8	12	5
Уэллса	8	13	7	1
Делорма	2	9	10	11

дольше у них сохранялись жалобы на анальную инконтиненцию.

Субъективная оценка результатов лечения самими пациентами по шкале Ликерта представлена в табл. 2.

Приведенные выше результаты были получены после проведения БОС-терапии, до этого количество хороших и очень хороших результатов было меньше на 14% среди пациентов всех групп.

Таким образом, комплексное лечение выпадения прямой кишки с использованием БОС-терапии в итоге позволяет достигнуть лучших функциональных результатов по сравнению с изолированной хирургической коррекцией.

На наш взгляд, выбор того или иного вида оперативного вмешательства должен производиться с учетом многих факторов, таких как возраст пациента, наличие тяжелых соматических заболеваний, сопутствующая патология ободочной кишки (дивертикулез) и необходимость резекции участка толстой кишки, выраженные предшествующие запоры.

Так, использование операции Уэллса дает наименьший процент рецидивов заболевания (3,4%), но в отдаленном послеоперационном периоде основной проблемой является появление или усиление запоров, что отмечено у 12 (41,4%) больных. У 36,4% пациентов после операции возникло чувство неполного опорожнения, стул стал порционным и многоэтапным. В связи с этим мы считаем нецелесообразным использование операции Уэллса у больных с предшествующими запорами. Операция Уэллса в сочетании с резекцией кишки нежелательна в связи с высокой вероятностью негативного влияния имплантируемой сетки на анастомоз. Это ограничивает ее применение в случаях, требующих выполнения резекции кишки.

Операция Кюммеля–Зеренина привела к возникновению значительного числа рецидивов заболевания (17,9%) с появлением или усилением запоров у 7 (25%) пациентов, однако в ситуациях, требующих сочетания ректопексии и резекции кишки, а также у пациенток, которым показано удаление матки по поводу сопутствующего выпадения внутренних половых органов, может являться операцией выбора.

После операции Делорма число осложнений невелико, а рецидивов максимально (34,4%). Ее применение, как правило, не приводит к возникновению или усилению запоров. Выполнение этого вида оперативного вмешательства возможно в условиях местной анестезии, что позволяет использовать его у пациентов с отягощенным соматическим статусом. Хорошая переносимость операции Делорма, возможность раннего начала энтерального питания, отсутствие болевого

синдрома и длительной гиподинамии, короткий послеоперационный период делают данный вид оперативного лечения наиболее привлекательным для пожилых пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

Выводы. 1. Наилучшие отдаленные результаты достигнуты при выполнении операции Уэллса. Это вмешательство, на наш взгляд, является методом выбора при лечении выпадения прямой кишки у пациентов с нормальной функцией кишечника и отсутствием тяжелой сопутствующей соматической патологии.

2. Выполнение операции Делорма в условиях местной анестезии целесообразно у пожилых пациентов, состояние которых отягощено выраженными сопутствующими заболеваниями и высоким риском проведения анестезиологического пособия.

3. Операция Кюммеля–Зеренина имеет ограниченное применение в связи с высокой частотой рецидивов заболевания и послеоперационных осложнений. Это вмешательство показано пациентам, нуждающимся в ректопексии в сочетании с резекцией участка толстой кишки.

4. Использование метода «биологической обратной связи» в послеоперационном периоде целесообразно проводить всем пациентам с сохранившимися жалобами на недержание кала. Это способствует повышению качества жизни пациентов за счет улучшения функции анального держания.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Колопроктология и тазовое дно. Патофизиология и лечение / Под ред. М.М.Генри, М.Своша: Пер. с англ. Н.В.Морозова, В.Л.Ривкина.—М.: Медицина, 1988.—464 с.
2. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология.—М.: Медицина, 1984.—С. 154–161.
3. Keighley M.R.B., Fiekding J.W.L., Alexander-Williams J. Rectopexy for rectal prolapse in 100 consecutive patients // Brit. J. Surg.—1983.—Vol. 70, № 2.—P. 229–234.
4. Madoff R., Mellgren F. One hundred years of rectal prolapse surgery // Dis. Colon Rectum.—1999.—Vol. 42, № 4.—P. 441–450.

Поступила в редакцию 23.02.2007 г.

S.S.Gaivoronskaya, S.V.Vasiliev, Z.D.Chaniya,
D.E.Popov, A.I.Nedozimovany

POTENTIALITIES OF COMPLEX TREATMENT OF PROLAPSE OF THE RECTUM

The method of surgical correction of prolapse of the rectum should be chosen with special reference to the patient's age, severe somatic diseases, co-existing pathology of the colon (diverticulosis) and necessity of resection of part of the large intestine as well as marked previous constipations in order to use the most adequate method of surgical treatment. The biofeedback therapy should be used in some patients in the postoperative period due to concomitant insufficiency of the anal sphincter for obtaining better results of the operative treatment.