

ПАТОГЕНЕЗ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦИРКУЛЯРНОГО СТЕППЛЕРА ПО МЕТОДУ ЛОНГО

Олейник Н.В., Куликовский В.Ф., Сторожилов Д.А., Федоров Г.И.

Региональный колопроктологический центр, г. Белгород

Проблема проляпса тазовых органов у женщин относится к числу актуальных в современной медицине. Это объясняется высокой частотой этой патологии и со старением населения земного шара отмечается ее увеличение. По данным разных авторов, проляпс отмечается примерно у 60% женщин после 40 лет. Причиной этой патологии является ослабление или повреждение соединительнотканно-мышечных структур тазового дна, которые служат поддерживающим каркасом тазовых органов [1, 10]. Лечение тазового проляпса у женщин затруднено тем, что эта анатомическая область лежит в сфере интересов ряда узких специалистов: урологов, гинекологов, колопроктологов, и проблема комплексного лечения таких больных до настоящего времени не решена [6].

Одним из патологических состояний, связанных с проляпсом является ректоцеле – выпячивание передней стенки прямой кишки во влагалище вследствие расхождения передней (переднее ректоцеле) или задней (заднее ректоцеле) порции мышц, поднимающих задний проход [5, 7, 8]. Учитывая то, что в ряде случаев ректоцеле сочетается с проляпсом передней стенки влагалища и матки, его лечением традиционно занимаются гинекологи. Вместе с тем, развивающийся при ректоцеле симптомокомплекс, известный как «дискомфорт при дефекации», вынуждает женщин обращаться к колоректальному хирургу [9]. Нарушение акта дефекации у всех больных ставит сложные психологические проблемы и отражается на их моральном и физическом состоянии. В настоящее время существуют различные мнения о выборе тактики лечения, показаниях к хирургическому лечению и, наконец, о выборе метода операции при данной патологии [4, 11]. Послеоперационные осложнения при ректоцеле составляют, по данным разных авторов, от 17% до 30%, а рецидивы заболевания – до 5% и не имеют тенденции к снижению [2, 3, 4].

В течение последних трех лет в Белгородском региональном колопроктологическом центре применяется следующая тактика обследования больных для диагностики ректоцеле. Несмотря на то, что ректоцеле можно диагностировать при обычном пальцевом исследовании через прямую кишку, более точно установить размеры ректоцеле и увидеть нарушения механизма дефекации позволяет видеопроктография или проктография с натуживанием. Хотя картина при дефекографии не всегда коррелирует с клиническими симптомами, что объясняется разной консистенцией каловых масс. При более разжиженном кале симптомы ректоцеле – чувство инородного тела в области промежности, неполного опорожнения прямой кишки и необходимость сильного натуживания при дефекации – выражены меньше, чем при более плотном.

Поэтому в последнее время для более точной диагностики ректоцеле используется УЗ-метод исследования, который заключается в следующем: в прямую кишку вводится баллон, который по зонду заполняется водой, исследование производится влагалищным датчиком. Такая методика позволяет идентифицировать дефекты ректовагинальной перегородки, ее толщину. В норме мышечный слой прямой кишки непрерывный. У пациенток с ректоцеле можно видеть истончение мышечного слоя, расхождение мышц в области ректовагинальной перегородки, вплоть до их полного исчезновения и истончение ректовагинальной перегородки. Степень инволюции мышечного слоя коррелирует с интенсивностью симптомов ректоцеле.

Дефекография показывает, что часто ректоцеле сопровождается опущением или выпадением слизистой прямой кишки, чаще по ее передней, реже – по задней полуокружности, выпадением всех слоев прямой кишки или ректальной инвагинацией, что еще больше усиливает такие симптомы,

как чувство неполного опорожнения прямой кишки при дефекации и необходимость сильного натуживания, и эта патология не устраняется при традиционной хирургической коррекции ректоцеле. Это состояние может развиваться первично, в результате инволюции мышечного слоя прямой кишки или соединительнотканного слоя между слизистой и мышечным слоем. Вместе с продвижением каловых масс по кишке слизистая опускается вниз и происходит окклюзия анального канала. Кал не может эвакуироваться и по принципу наименьшего сопротивления оказывает давление на ректовагинальную перегородку. Так постепенно формируется ректоцеле. В этом случае образование ректоцеле является вторичным или компенсаторным.

Сильное натуживание при дефекации и напряжение мышц промежности приводят к постепенному увеличению, т.е. раскрытию ано-ректального угла, что, в свою очередь, приводит к прогрессированию ректального проляпса.

Рассмотренный механизм проляпса диктует следующие принципы его реконструкции:

- удаление избыточных растянутых тканей, которые образуют мешковидное выпячивание ректовагинальной перегородки;

- удаление избыточной выпадающей слизистой прямой кишки;

- реконструкция ректовагинальной перегородки.

На решение этих задач направлена новая методика хирургической коррекции ректоцеле, которая с 2001 года внедрена в Белгородском региональном колопроктологическом центре. Это - принципиально новый метод хирургического лечения ректоцеле с использованием одноразового набора «РРН01», разработанного компанией «Этикон Эндохирургия», основу которого составляет циркулярный степплер. Метод был предложен в 1993 году итальянским хирургом Антонио Лонго. После некоторого начального скептицизма относительно этого нетрадиционного подхода, сотни европейских хирургов в настоящее время применяют этот метод. В нашей стране он начал применяться только в течение по-

следних 3-х лет. В значительной мере это связано с относительно высокой стоимостью одноразового набора, которая, в среднем, составляет 500\$. Нами произведено 15 подобных операций.

Суть операции с использованием циркулярного степплера заключается в следующем: в анальный канал вводится циркулярный дилататор. После удаления obturatora выпавшая слизистая попадает в просвет дилататора. Прозрачность устройства позволяет видеть зубчатую линию. Для наложения кисетного шва через дилататор вводится аноскоп. Он продвигает проляпс слизистой вдоль ректальной стенки и позволяет наложить кисетный шов на расстоянии не менее, чем в 5 см от зубчатой линии. Кисетный шов захватывает только слизистую. Расстояние между кисетным швом и зубчатой линией должно быть увеличено пропорционально степени проляпса. В случае ассиметричного проляпса можно сделать два полукисета. Расстояние между ними устанавливается в соответствии с необходимостью. Циркулярный степплер открывается на максимальную величину. Его головка вводится и устанавливается проксимально к кисету, который затем затягивается в узел. С помощью вдевателя нитей концы нитей протягиваются через отверстия аппарата и фиксируются снаружи. В результате натяжения кисета за концы нитей выпавшая слизистая оболочка затягивается в аппарат. Аппарат закрывается. При этом происходит резекция и прошивание проляпса.

Эта методика и набор инструментов РРН гарантирует правильное размещение шва на слизистой над аноректальным кольцом, по крайней мере в 2 см от зубчатой линии. Анальный дилататор предохраняет внутренний сфинктер и позволяет атравматично расположить кисет. Аноскоп помогает измерить расстояние между кисетом и зубчатой линией и упрощает наложение кисета. Степплер очень прост в использовании и позволяет проводить одновременную резекцию больших ректальных проляпсов. Ректовагинальная перегородка остается эластичной и приобретает нормальную анатомическую форму. Дефекография в послеоперационном периоде подтверждает

ет реконструкцию ректоцеле и нормализацию акта дефекации. УЗ-исследование показывает восстановление непрерывности мышечного слоя прямой кишки.

При ректоцеле III ст. и выраженном расхождении леваторов одной резекции слизистой прямой кишки может быть недостаточно. В таких случаях дополнительно производится передняя леваторопластика промежностным доступом.

Наш первый опыт оперативного лечения ректоцеле путем трансанальной резекции избытка слизистой прямой кишки с наложением анастомоза циркулярным степлером показал, что болевой синдром после операции выражен минимально. В отличие от традиционной трансвагинальной методики при ней не отмечается сужения влагалища и нарушения сексуальной функции. Значительных кровотечений и каких-либо других интра- и послеоперационных осложнений не отмечено. Метод эффективен при всех стадиях и формах ректоцеле. Экономический эффект, несмотря на достаточно высокую стоимость аппарата, достигается за счет сокращения послеоперационного койко-дня и временной нетрудоспособности. Так при I-II ст. ректоцеле, когда не требуется дополнительной леваторопластики, пациентка может приступать к работе уже на 5-7 день после операции.

Литература

1. Буянова С.Н., Смольнова Т.Ю., Иоселиани М.Н., Куликов В.Ф. К патогенезу опу-

щения и выпадения внутренних половых органов. Вестн. Росс. ассоц. акуш.-гинеколог., 1998; №1. – С. 77 – 79.

2. Загороднюк И. В., Титов А.Ю. Значение рентгенологического метода в диагностике различных вариантов ректоцеле. Вестн. Рентгенологии и радиологии, 1996; № 4. – С.89

3. Макаров Р.Р., Габелов А.А. Оперативная гинекология. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1979. – 328 с.

4. Назаров Л.Х., Акопян Э.Б., Баяхчийнц А.Ю. Тактика лечения ректоцеле. Клиническая хирургия. 1991; № 2. – С. 30 – 32.

5. Основы колопроктологии под ред. Воробьева Г.И. Феникс. Ростов-на-Дону, 2001. – С. 203 – 209.

6. Попов А.А., Славутская О.С., Рамазанов М.Р. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения опущения и выпадения половых органов у женщин. Эндоскопическая хирургия, 2002; № 6. – С. 13 – 15.

7. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. – М.: Медицина, 1984. – С. 131 – 136.

8. Jackson S., Smith Ph. Fortnightly review: Diagnosing and managing genitourinary prolapse. BMJ, 1997; V. 314: P. 875 – 889.

9. Segal J.L., Karram M.M. Evaluation and management of rectoceles. Curr. Opin. Urol., 2002; V.12, № 4: P. 345 – 352.

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

11. Watson S. J., Lodar P. B., Halligan S. et al. Transperineal repair of symptomatic rectocele with Marlex mesh. Amer. Coll. Surg., 1996; V. 183: P. 257 – 259.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ОПУЩЕНИЯ ТАЗОВОГО ДНА

Олейник Н.В., Куликовский В.Ф., Федоров Г.И., Ткачев А.В.

Региональный колопроктологический центр, г. Белгород

Тазовый пролапс – синдром опущения тазового дна и органов малого таза изолированно или в сочетании. По современным представлениям (J.C.Goligher, 1988; M.M.Henry, 1988 и др.) понятие «Тазовое дно» кроме мышц леваторов и диафрагмы таза включает также наружный и внутрен-

ний сфинктер заднего прохода. Синдром тазового пролапса всегда сочетается с патологическими изменениями со стороны органов малого таза. Высокая частота встречаемости этой сочетанной патологии у женщин всех возрастов определяет актуальность данной проблемы.