

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ DELORME ПО ПОВОДУ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

С. С. Иманова

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Республика Азербайджан

RESULTS OF DELORME PROCEDURE FOR RECTAL PROLAPSE

S. S. Imanova

Azerbaijan Medical University, Baku, Republic of Azerbaijan

Реферат

Проанализированы результаты операции Delorme, выполненной по поводу выпадения прямой кишки у 32 больных. После обследования пациентов с применением динамической рентгенологической ирригографии, трансректального ультразвукового исследования (УЗИ), рентгенологической и/или магниторезонансной дефекографии, колоноскопии с видеодокументированием, аноректальной манометрии и сфинктерометрии выполнена операция под общей анестезией. Установлено, что выпадение прямой кишки и его рецидивы обусловлены в основном хроническим запором, сопутствующими заболеваниями пищеварительного канала, печени, билиарной системы, поджелудочной железы, в частности, сахарным диабетом и ожирением, малоподвижным образом жизни; частота рецидива заболевания зависела от вида анестезии, метода операции, качества ее выполнения. Применение промежностной тактики по Delorme способствовало уменьшению продолжительности операции, частоты послеоперационных осложнений. Операция может быть использована в качестве первого выбора при хирургическом лечении выпадения прямой кишки.

Ключевые слова: выпадение прямой кишки; анальная инконтиненция; сфинктерометрия; дефекография; операция Delorme.

Abstract

Results of Delorme operation, performed for rectal prolapse in 32 patients, were analyzed. After examination of patients, using dynamical roentgenological irrigography, transrectal ultrasound investigation, roentgenological and/or magnet—resonance defecography, colonoscopy with video—documenting, anorectal manometry and sphincterometry, the operation was performed under general anesthesia. There was established, that rectal prolapse and its recurrences were caused mainly by chronic constipation, concurrent diseases of the gut, liver, biliary system, pancreas, including diabetes mellitus and obesity, sedentary lifestyle; the disease recurrence rate have had depended upon the anesthesia type, the operation method and quality of its performance. Application of perineal tactics in accordance to Delorme have had promoted reduction of the operation and stationary stay duration, as well as postoperative morbidity rate. This operative intervention may be used as a procedure of first choice for surgical treatment of rectal prolapse.

Keywords: rectal prolapse; anal incontinence; sphincterometry; defecography; Delorme operation.

Клиническими симптомами выпадения прямой кишки являются выпадение значительной массы органа наружу, недержание кала и газов, запор, частое кровотечение, выделение слизи, изъязвление выпавшей части кишки вследствие хронического повреждения, перианальная мацерация кожи, что требует выполнения сложных и трудоемких хирургических вмешательств. Ощущение инородного тела существенно влияет на качество жизни пациента. В хирургической практике применяют две группы операций — промежностные и внутрибрюшные. Цель промежностных хирургических вмешательств — удаление выпавшей части кишки, устранение функциональных расстройств (недержания мочи, запора), восстановление работоспособности, улучшение качества жизни пациентов [1 —

4]. Внутрибрюшные операции предусматривают вправление выпавшей части кишки и ее надежную фиксацию к костно—мышечным и связочным структурам малого таза. Они более надежны, сопровождаются меньшей частотой рецидивов, лучше функциональные результаты. Однако их нежелательно выполнять у пациентов молодого возраста из—за частого повреждения половых нервов, что обуславливает нарушение фертильности и эректильную дисфункцию. Кроме того, внутрибрюшные операции технически более сложны при рецидивах как после промежностных, так и внутрибрюшных операций, требуют привлечения высококвалифицированных специалистов. При использовании лапароскопических или роботических технологий стоимость операций увеличивается в несколь-

ко раз [5, 6]. Промежностные операции предпочтительны у пациентов старше 50 лет, при высоком риске и рецидивах заболевания [7].

Несмотря на проведение рандомизированных клинических исследований, не получены убедительные доказательства преимущества внутрибрюшных либо промежностных операций [8, 9].

Цель исследования: установление факторов риска, показаний и противопоказаний к выполнению операции Delorme по поводу выпадения прямой кишки и анализ ее результатов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 32 пациента (женщин — 19, мужчин — 13), которым произведена операция Delorme в период с 2011 по 2016 г. Возраст

больных от 42 до 74 лет, в среднем ($55,2 \pm 1,9$) года. После тщательного анализа данных анамнеза и физических методов применяли визуализационные методы предоперационного исследования — ирригографию, динамическое рентгеноконтрастное исследование, трансректальное УЗИ, рентгенологическую и/или магниторезонансную дефекографию, колоноскопию с видеодокументированием, аноректальную манометрию. По показаниям анализировали основные физические параметры анальной сфинктерометрии: волевое сокращение мышц сфинктерного аппарата, его силу в покое и при натуживании.

После соответствующей предоперационной подготовки (очистительные клизмы, антибиотикопрофилактика с применением метронидазола, цефалоспоринов, общеукрепляющие средства, медикаментозная коррекция сопутствующих соматических заболеваний) выполняли операцию под общей или спинальной анестезией в гинекологическом положении [10, 11]. После тщательной обработки операционного поля и просвета выпрямленной прямой кишки растворами антисептиков в подслизистую основу вводили раствор адреналина (1 : 200 000). Выводили наружу прямую кишку, на 1 см выше заднепроходного гребня циркулярно иссекали слизистую оболочку, обнажив мышцы. Пликацию мышц с использованием гофрированных швов до заднепроходно—кожной линии, а также переднюю и заднюю леваторопластику осуществляли рассасывающимся шовным материалом (викрил 3/0). После операции ведение пациентов не отличалось от такового после вмешательств по поводу других проктологических заболеваний. Диетическое щадящее питание назначали через 24 ч после операции. Мочевой катетер удаляли через 2 сут, в предстательной железе катетер оставляли на длительный срок (7 — 20 сут). После полного восстановления функции кишечника, дефекации, устранения дискомфорта пищеварения, боли и температуры пациенты выписаны.

В дальнейшем 27 больных находились под амбулаторным наблюдением в сроки от 6 мес до 4 лет, 3 — оперированы через 4 — 6 мес.

Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием пакета SPSSInc версия 19.0. Количественные переменные проанализированы с использованием критерия χ^2 Pearson и теста Mann—Whitney. Факторы риска возникновения рецидива оценены методом Cox, Kaplan—Meyer.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При госпитализации все пациенты жаловались на наличие выпячивания и ощущение инородного тела в области промежности, запор — 19 (59,4%), недержание кала и газов — 12 (37,5%), недержание мочи — 11 (34,4%). У 25 (78,1%) больных обнаружена выраженная мацерация кожи вокруг заднего прохода, у 21 (63,6%) — изъязвление выпавшей части кишки, у 17 (53,1%) женщин — сопутствующий пролапс половых органов. У 3 женщин выполнена открытая (у 2) или лапароскопическая (у 1) гистерэктомия, 4 пациента (2 женщины и 2 мужчин) ранее оперированы с применением внутрибрюшинных методик Summel (задняя ректопротоморальная пексия) и задней ректопексии с ретроперитонеальным расположением полоски полипропиленовой сетки. У 17 (53,1%) пациентов оценка операционного риска по шкале ASA I, у 15 (46,9%) — ASA II.

Проанализированы результаты операции Delorme. Осложнения выделяли общие и местные.

Из общих осложнений длительный, поддающийся действию слабительных средств запор отмечен у 5 больных, частый понос — у 2, стойкая и реактивная пневмония — у 2, длительный субфебрилитет — у 1. Из местных осложнений нагноение раны возникло у 3 больных, анальная инконтиненция 2—й степени — у 3, 1—й степени — у 4, задержка мочи — у 2, частое мочеиспускание — у 2, расхождение швов — у 1, периперационная подкожная гематома — у 1.

По поводу общих осложнений назначали консервативную терапию, физиотерапевтические процедуры, соответствующую диету. Местные осложнения не требовали выполнения хирургического вмешательства, проводили местное лечение с применением растворов антисептиков, гелей и гидрофильных мазей, физических методов (ультразвуковая кавитация, облучение равновой поверхности CO₂—лазером). Все пациенты живы.

Продолжительность лечения больного в стационаре составляла от 3 до 18 дней, в среднем ($5,7 \pm 0,4$) дня. Качество жизни и сексуальную активность оценивали по данным составленной нами анкеты и по шкале Wexner.

Установлено, что выпадение прямой кишки и рецидивы обусловлены в основном хроническим запором, сопутствующими заболеваниями пищеварительного канала, печени, билиарной системы, поджелудочной железы, в частности, сахарным диабетом и ожирением, малоподвижным образом жизни. Частота возникновения рецидива заболевания зависела от вида анестезии, метода операции, качества ее выполнения. У пациентов среднего возраста рецидивов заболевания не было. У 3 больных старше 60 лет возник рецидив в сроки от 6 до 12 мес, что обусловлено неадекватным лечением или усугублением течения соматического заболевания пищеварительного канала. Статистически значимые различия количественных переменных не выявлены. По методу Kaplan—Meyer установлена связь высокого риска возникновения рецидива выпадения прямой кишки с длительным запором ($p < 0,001$).

Ранние (до 6 мес после операции) рецидивы в основном обусловлены неадекватным выбором метода операции и некачественным ее выполнением. В нашем исследовании рецидива в ранние сроки не было.

Поздние рецидивы возникают в сроки более 6 мес после операции. Они обусловлены продолжительным, не поддающимся консерватив-

ному лечению запором, выпадением и величиной выпавшей части прямой кишки, сопутствующими соматическими заболеваниями, отсутствием после операции изменений образа жизни и характера питания [12, 13]. У больных после выполнения задней и/или передней леваторопластики рецидив не наблюдался. Такой благоприятный исход отмечен и в других исследованиях [14—16]. По данным рандомизированного исследования, у 82 пациентов после полной передней и задней леваторопластики частота рецидива заболевания уменьшилась с 14,3 до 2,4% [17].

Изучена динамика изменения функциональных симптомов. Так,

степень анальной инконтиненции уменьшилась практически у всех больных, функция кишечника улучшилась у 22, устранена задержка мочи и частое мочеиспускание. В отношении анальной инконтиненции значительное улучшение наблюдали у больных, у которых операция Delorme дополнена леваторопластикой. Образование стриктуры заднепроходного канала не обнаружено.

Таким образом, операция Delorme является безопасной процедурой с очень низкой смертностью (в нашем исследовании все пациенты живы) и низкой частотой возникновения рецидива (12%) в сроки наблюдения до 4 лет. Установлено, что

рецидивы обусловлены продолжительным запором, неадекватным лечением сопутствующих заболеваний, малоподвижным образом жизни, ожирением. По данным литературы, увеличение частоты рецидивов от 10 до 40% обусловлено трудностями выбора метода операции, качеством ее выполнения, осуществлением операции хирургами общего профиля и т. д. [10]. Такие операции в нашей клинике выполняют высококвалифицированные хирурги специализированной колопроктологической бригады.

ЛИТЕРАТУРА

1. Madiba TE, Wexner SD, Baig MK. Surgical management of rectal prolapse. *Arch Surg.* 2005;140(1):63—73. doi: 10.1001/archsurg.140.1.63. [PubMed].
2. Mohamed MO, Walid M abd el M, Yosry SG. Delorme's operation plus sphincteroplasty for complete rectal prolapse associated with traumatic fecal incontinence. *J Biomed Res.* 2015 Jul;29(4):326—31. Published online 2015 Mar 1. doi: 10.7555/JBR.29.20140080PMCID: PMC4547382.
3. Placer C, Enriquez—Navascues JM, Timoteo A, Elorza G, Borda N, Gallego L, et al. Delorme's procedure for complete rectal prolapse: A study of recurrence patterns in the long term. *Surg Res Pract.* 2015;2015:920154. Published online 2015 Dec 10. doi: 10.1155/2015/920154PMCID:PMC4689976.
4. Sooho L, Bong—Hyeon K, Hyung—Jin K, Hyeon—Min Ch, Jun—Gi K. Delorme's procedure for complete rectal prolapse: Does it still have its own role? *J Korean Soc Coloproctol.* 2012 Feb;28(1):13—8. Published online 2012 Feb 29. doi: 10.3393/jksc.2012.28.1.13PMCID:PMC3296936.
5. D'Hoore A, Cadoni R, Penninckx F. Long—term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse. *Br J Surg.* 2004;91(11):1500—05. doi: 10.1002/bjs.4779. [PubMed].
6. Samaranyake CB, Luo C, Plank AW, Merrie AE, Plank LD, Bissett IP. Systematic review on ventral rectopexy for rectal prolapse and intussusception. *Colorect Dis.* 2010;12(6):504—12. doi: 10.1111/j.1463—1318.2009.01934.x. [PubMed].
7. Brown SR. The evidence base for rectal prolapse surgery: is resection rectopexy worth the risk? *Techniques in Coloproctology.* 2014;18(3):221—2. doi: 10.1007/s10151—013—1077—9. [PubMed].
8. Lee S, Kye B—H, Kim H—J, Cho H—M, Kim J—G. Delorme's procedure for complete rectal prolapse: does it still have its own role? *Korean Soc Coloproctol.* 2012;28(1):13—8. doi: 10.3393/jksc.2012.28.1.13. [PMC free article] [PubMed].
9. Tou S, Brown SR, Malik AI, Nelson RL. Surgery for complete rectal prolapse in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2008;(4) CD001758 [PubMed].
10. Delorme E. Sur le traitement des prolapsus du rectum totaux, par l'excision de la muqueuse rectale or rectocolique. *Bulletin et Memoires de la Societe des Chirurgiens de Paris.* 1900;26:499—518.
11. Lechaux JP, Lechaux D, Perez M. Results of Delorme's procedure for rectal prolapse: advantages of a modified technique. *Colon Rectum.* 1995;38(3):301—7. doi: 10.1007/bf02055608. [PubMed].
12. DiGiuro G, Ignjatovic D, Brogger J, Bergamaschi R. How accurate are published recurrence rates after rectal prolapse surgery? A meta—analysis of individual patient data. *Am J Surg.* 2006;191(6):773—8. doi: 10.1016/.amjsurg.2006.01.030. [PubMed].
13. Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 1993;36(1):77—97. doi: 10.1007/bf02050307. [PubMed].
14. Watts AMI, Thompson MR. Evaluation of Delorme's procedure as a treatment for full—thickness rectal prolapse. *Br J Surg.* 2000;87(2):218—22. doi: 10.1046/j.1365—2168.2000.01342.x. [PubMed].
15. el Gadaa AH, Hamrah N, al Ashry Y. Complete rectal prolapse in adults: clinical and functional results of Delorme procedure combined with postanal repair. *Ind J Surg.* 2010;72(6):443—7. doi: 10.1007/s12262—010—0165—6. [PMC free article] [PubMed].
16. Watkins BP, Landercasper J, Belzer GE, et al. Long—term follow—up of the modified Delorme procedure for rectal prolapse. *Arch Surg.* 2003;138(5):498—503. doi: 10.1001/archsurg.138.5.498. [PubMed] [Cross Ref].
17. Youssef M, Thabet W, el Nakeeb A, et al. Comparative study between Delorme operation with or without postanal repair and levatoroplasty in treatment of complete rectal prolapse. *Intern J Surg.* 2013;11(1):52—8. doi: 10.1016/j.ijsu.2012.11.011. [PubMed].

