



В.П. Бакуменко

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины»

© В.П. Бакуменко

ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С РЕКТОЦЕЛЕ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ СИСТЕМНОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Резюме. Больным с геморроидальной болезнью и ректоцеле на фоне синдрома недифференцированной системной дисплазии соединительной ткани показана трансанальная резекция слизисто-подслизистого слоя на передней стенке нижнеампулярного отдела прямой кишки и трансанальная геморроидальная деартеризация под контролем доплерометрии.

Ключевые слова: геморрой, ректоцеле, системная дисплазия соединительной ткани, трансанальная геморроидальная деартеризация.

Введение

Распространенность ректоцеле среди женщин, имеющих жалобы на нарушение опорожнения прямой кишки, по данным разных авторов, составляет от 7,0 до 56,5 %. Чаще всего ректоцеле развивается у женщин старше 40-45 лет [1, 4, 10, 13]. По данным многих исследователей причина формирования ректоцеле чаще всего заключается в нарушениях структуры тазового дна и топографо-анатомических взаимоотношений органов малого таза вследствие многих факторов. К ведущим провоцирующим факторам развития ректоцеле относятся: родовые травмы (разрывы, акушерские манипуляции, осложненные роды, многократные роды), запоры, тучность, тяжелый физический труд, заболевания, связанные с повышением внутрибрюшного давления (хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма и др.), состояния после перенесенных операций в малом тазу с удалением матки (гистерэктомии) [2, 7].

Предрасполагающими факторами в развитии ректоцеле являются системная дисплазия соединительной ткани из-за врожденного нарушения метаболизма коллагена, и измененная иннервация мышечных структур тазового дна, а также сниженный уровень эстрогенного гормонального фона в перименопаузальном периоде, что сопровождается потерей эластичности соединительной ткани и снижением тонуса мышечных структур полости таза. В последнее время в авторы считают, что одной из основных причин развития ректоцеле является истончение мышечного слоя и соединительнотканых волокон стенки прямой кишки, что приводит к избыточному пролапсу ее слизисто-подслизистого слоя и выпячиванию его как в просвет кишки, так и в сторону влагалища. Дальнейшее прогрессирование заболевания приводит к истончению структур всей стенки кишки и ректовагинальной пере-

городки, а также изменению топографо-анатомических взаимоотношений органов малого таза и расхождению леваторов, что в конечном итоге формирует стойкий дефект в стенке прямой кишки и дивертикулообразное выпячивание стенки кишки, что нарушает нормальный акт дефекации и вызывает соответствующие симптомы заболевания [2, 3, 5, 9, 11, 14, 15].

Затрудненная дефекация в свою очередь способствует развитию и прогрессированию геморроидальной болезни. Среди пациенток, страдающих ректоцеле, более чем в 57 % встречается сочетание с хроническим геморроем. При этом жалобы по поводу геморроя выходят на первый план [4, 6, 8, 10, 12].

Цель настоящего исследования – разработка комплексного подхода к хирургическому лечению геморроидальной болезни в сочетании с ректоцеле на фоне синдрома недифференцированной системной дисплазии соединительной ткани, и повышение его эффективности.

Материалы и методы исследования

В основу настоящего проспективного исследования положен анализ данных обследования и лечения 27 больных хроническим геморроем в сочетании с ректоцеле на фоне синдрома недифференцированной системной дисплазии соединительной ткани, находившихся на лечении в отделении проктологии ГКМБ № 9 в период с 2009 по 2011 год, которым была выполнена трансанальная геморроидальная деартеризация под контролем доплерометрии и иссечение избытка слизисто-подслизистого слоя на передней стенке прямой кишки.

Причиной обращения в проктологический стационар послужили жалобы, связанные с геморроидальной болезнью. Всем пациенткам как до, так и после операции выполнялось комплексное обследование в объеме: клинический осмотр, включающий вагинальное и

ректальное исследование, ректороманоскопия, иригоскопия, дефекография, эндоректальное ультразвуковое исследование.

Возраст больных колебался от 25 до 65 лет. Средний возраст составил $44,2 \pm 7,6$ лет. Большую часть пациентов (87,7 %) составили люди трудоспособного возраста от 30 до 60 лет. Средняя длительность анамнеза заболевания до установления правильного диагноза составил $13,0 \pm 7,8$ лет.

Наиболее распространенной и характерной жалобой были чувство неполного опорожнения прямой кишки и затрудненный многомоментный акт дефекации, которые наблюдались у всех 27 (100 %) больных, что приводило к социальному и бытовому дискомфорту пациентов (табл. 1).

Таблица 1

Характер жалоб у больных ректоцеле

Жалобы	Число больных	
	Абс.	%
Чувство неполного опорожнения	27	100,0
Затрудненная дефекация	27	100,0
Многомоментный акт дефекации	27	100,0
Необходимость в применении ручного пособия	14	51,8
Необходимость в применении слабительных препаратов	9	33,3
Необходимость в применении клизм	12	44,4
Диспареуния	6	22,2

Для облегчения акта дефекации и полного опорожнения прямой кишки 14 (51,8 %) больных прибегали к использованию ручного пособия (трансвагинально или промежностно), 12 (44,4 %) пациенток ежедневно применяли очистительные клизмы в объеме до 1 литра; в 9 (33,3 %) случаях использовали прием слабительных препаратов. Наряду с этим 7 (25,9 %) использовали сочетание очистительных клизм и ручного пособия при дефекации. Однако регулярный позыв на дефекацию сохранялся у всех пациентов. Ректоцеле вызвало изменения сексуальной функции у 6 (22,2 %) пациенток, сопровождавшиеся болезненными и неприятными ощущениями при половых контактах (диспареуния).

При тщательном опросе пациенток мы выявили следующие основные этиопатогенетические факторы развития заболевания (табл. 2).

Таблица 2

Характер и частота этиопатогенетических факторов у больных ректоцеле

Этиопатогенетические факторы	Число больных	
	Абс.	%
Осложненные роды	15	55,5
Множественные роды	6	22,2
Запоры	10	37,0
Состояние после гистерэктоми	3	11,1

Все 27 пациенток были рожавшими, из них у 15 (55,5 %) роды протекали с осложнениями:

с разрывом промежности 1-2 степени, перинеотомия выполнена у 2 (7,4 %), эпизиотомия у 4 (14,8 %) пациенток. Следует отметить, 6 (22,2 %) женщин – повторно рожавшие, при этом с последующими родами клиническая картина ректоцеле прогрессировала. Для установления степени ректоцеле мы использовали клиническую классификацию ректоцеле [4, 12]. В нашем исследовании на основании этой классификации наибольшее число составили больные со 2 степенью ректоцеле 17 (62,9 %). Ректоцеле 3 степени было выявлено у 8 (29,6 %) пациентов, и ректоцеле 1 степени диагностировано только у 2 больных (7,4 %).

Сочетание ректоцеле и хронического геморроя 2 стадии выявлено у 14 (51,8 %) больных, а в комбинации с комбинированным геморроем 3 стадии у 11 (40,7 %) пациенток, 4 стадии у 2 (7,4 %) пациенток.

Все 27 пациенток были прооперированы по следующей методике, операцию начинали с выполнения трансанальной геморроидальной деартеризации под контролем доплерометрии. Затем переднюю стенку прямой кишки обнажаем при помощи ректального зеркала Fansler. Анальный канал и подслизистый слой инфильтрируется 0,25 % раствором бупивакаина с адреналином 1:200000. Избыток слизистой захватывается зажимом Люэра, выше зажима накладываем гемостатический шов. Затем выполняем эллипсоидный разрез от перианальной кожи через наружные и внутренние геморроидальные узлы вверх до уровня наложенного гемостатического шва. Из подслизистого слоя отпрепаровываются лоскуты по 1–1,5 см в каждую сторону. Обнаженные при этом в дне раны мышцы сближаем при помощи викрила 2-0. Швы следует накладывать на всю толщину стенки прямой кишки, захватывая ректовагинальную перегородку. Накладываем несколько таких швов на расстоянии 1 см друг от друга. Избыток слизистой оболочки иссекаем, рану ушиваем отдельными узловыми швами хромированным кетгутом.

Результаты исследования и их обсуждение

В послеоперационном периоде у 7 больных были диагностированы различные виды осложнений, которые представлены в табл. 3.

Таблица 3

Характер и частота ранних послеоперационных осложнений

Характер осложнений	Число осложнений	
	Абс.	%
Отек наружных гем. узлов	5	18,5
Рефлекторная задержка мочеиспускания	1	3,7
Кровотечение	1	3,7

Отек наружных геморроидальных узлов, развивался на 2 сутки после операции у 5 (18,5 %)



пациентов. При этом явлений тромбоза наружных узлов не отмечено ни в одном случае. В связи с развитием данного осложнения пациентам была назначена венотонизирующая терапия (диофлан, детралекс) и местная противовоспалительная терапия (гепатромбин Г и др.) с положительным эффектом. Рефлекторная задержка мочеиспускания в первые сутки отмечена у 1 (3,7 %) пациентки, что потребовало однократной катетеризации мочевого пузыря. На 2 сутки мочеиспускание восстановилось. У 1 пациентки (3,7 %) развилось ректальное кровотечение, диагностированное через 3 часа после вмешательства. При ревизии анального канала выявлен кровоточащий сосуд в месте резекции слизистой. Кровотечение было остановлено прошиванием сосуда.

Длительность заживления послеоперационных ран составила $11,0 \pm 2,3$ суток. Срок пребывания больных в стационаре $7,4 \pm 1,2$ суток, сроки реабилитации составили $14,0 \pm 2,2$ суток, сроки наблюдения в отдаленном периоде составили от 6 до 24 месяцев. Свыше 12 месяцев результаты отслежены у 18 пациенток (66,6 %).

По данным клинических наблюдений уже через 1 месяц происходит постепенная нормализация опорожнения прямой кишки, пациенты не прибегают к использованию ручного пособия при дефекации, применению очистительных клизм и слабительных препаратов (табл. 4).

В то же время у 5 больных (18,5 %) отмечается чувство неполного опорожнения, уменьшающееся на фоне проводимой консервативной терапии, которое спустя 3 месяца сохранялось у 2 больных (7,4 %).

Таблица 4

Характер изменения жалоб в послеоперационном периоде

Клинические проявления	До операции	После операции (месяцы)				
		1 (n=27)	3 (n=27)	6 (n=22)	12 (n=18)	24 (n=18)
Чувство неполного опорожнения прямой кишки	27 (100,0 %)	5 (18,5 %)	3 (11,1 %)	1 (3,7 %)	–	–
Затрудненный акт дефекации	27 (100,0 %)	5 (18,5 %)	3 (11,1 %)	1 (3,7 %)	–	–
Применение ручного пособия при дефекации	14 (51,8 %)	–	–	–	–	–
Применение очистительных клизм	12 (44,4 %)	–	–	–	–	–
Применение слабительных препаратов	9 (33,3 %)	–	–	1 (3,7 %)	1 (3,7 %)	–
Диспареуния	6 (22,2 %)	–	–	–	–	–

Следует отметить, что у 3 (11,1 %) больных появились ложные позывы на дефекацию. Пациенты удерживали все компоненты кишечного содержимого.

Результаты оценивались по следующим критериям: хорошие, удовлетворительные, неудовлетворительные (табл. 5).

Хорошие – это наличие самостоятельного опорожнения прямой кишки без чувства неполного ее опорожнения, отсутствие клинических симптомов ректоцеле, нормализация функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки.

Удовлетворительные – самостоятельное опорожнение прямой кишки на фоне корректирующей диеты без применения ручного пособия и очистительных клизм. Анатомически по данным клинического и инструментального обследований возможно сохранение выпячивания прямой кишки в размере до 2–2,5 см.

Неудовлетворительные – сохранение затрудненного опорожнения, использование ручного пособия при дефекации, отсутствие уменьшения размеров ректоцеле по данным комплексного обследования.

Таблица 5

Критерии эффективности лечения больных ректоцеле в зависимости от степени заболевания

Степень ректоцеле	Хорошие результаты	Удовлетворительные результаты	Неудовлетворительные результаты
1	2 (7,4 %)	–	–
2	15 (55,5 %)	2 (7,4 %)	–
3	6 (22,2 %)	2 (7,4 %)	–
Всего	23 (85,2 %)	4 (14,8 %)	–

Хорошие результаты отмечены у 85,2 % больных, при этом большую часть их составляли женщины, имевшие до операции 1 и 2 степень ректоцеле, т. е. размер выпячивания не превышал 4 см. При более выраженном ректоцеле (3 степени) хорошие и удовлетворительные результаты отмечены в 22,2 и 7,4 % случаях соответственно. Эти пациенты нуждаются в более тщательном соблюдении диеты и длительной консервативной терапии, а также в наблюдении у врача-колопроктолога. Неудовлетворительных результатов не отмечено ни в одном случае.

Выводы

Таким образом, больным с геморроидальной болезнью и ректоцеле на фоне синдрома недифференцированной системной дисплазии соединительной ткани показана сочетанная операция, включающая трансанальную геморроидальную деартеризацию под контролем доплерометрии и трансанальную резекцию слизисто-подслизистого слоя на передней стенке нижеампулярного отдела прямой кишки.

Трансанальная резекция слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки является патогенетически обоснованным методом лечения ректоцеле, так как направлена на резекцию измененных структур



стенки кишки с ликвидацией ее пролабирующего участка и сшивание неизменной ки-

шечной стенки, создавая ее соединительно-мышечный каркас.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абдуллаев М.Ш.* Клиника, диагностика и лечение ректоцеле: дис. ... канд. мед.наук / М.Ш. Абдуллаев. – Алма-Ата, 1989. – С. 114–128.
2. *Аитова Л.Р.* Определение морфофункциональных изменений дистального отдела прямой кишки и замыкательного аппарата у больных ректоцеле и обоснование методов хирургической коррекции: дис. канд. мед.наук / Л.Р. Аитова. – Уфа, 2000. – С. 27–80.
3. *Кпатогенезу опущения и выпадения внутренних половых органов / С.Н. Буянова, М.Н. Иоселиани, В.Ф. Куликов, Т.Ю. Смольнова // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. – 1998. – № 1. – С. 77–79.*
4. *Воробьев Г.И.* Основы колопроктологии / Г.И. Воробьев. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2001. – 416 с.
5. *Громова О.А.* Дисплазия соединительной ткани, клеточная биология и молекулярные механизмы воздействия магния / О.А. Громова, И.Ю. Торшин // «Русский медицинский журнал». – 2008. – Т. 16, № 4. – С. 120–122.
6. *Журавлев А.В.* Оптимизация способов хирургического лечения больных при сочетании ректоцеле и геморроя: автореф. дис.канд.мед.наук / А.В. Журавлев. – Самара. – 2010. – 24 с.
7. *Зароднюк И.В.* Рентгенологическая дефекография в обследовании колопроктологических больных / И.В. Зароднюк // Радиология-практика. – 2004. – № 2. – С. 26–30.
8. *Морис Е.* Арагви Малоинвазивная колопроктология / Морис Е. Арагви, Джонатан М. Саккиер. – Москва: «Медицина», 1999. – 280 с.
9. *Дисплазия соединительной как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий / Т.Ю. Смольнова, С.Н. Буянова, С.В. Савельев, В.Д. Петрова // Урология. – 2001. – № 2. – С. 25 – 30.*
10. *Нечаева Г.И.* Дисплазия соединительной ткани: терминология, диагностика, тактика ведения пациентов / Г.И. Нечаева, И.А. Викторова. – Омск: ООО «Типография БЛАНКОМ». – 2007. – 188 с.
11. *Ривкин В.Л.* Руководство по колопроктологии / А.С. Бронштейн, В.Л. Ривкин, С.Н. Файн. – М.: Мед-практика. – 2001. – 300 с.
12. *Федоров В.Д.* Клиническая оперативная колопроктология / В.Д. Федоров, Г.И. Воробьев, В.Л. Ривкин. – М.: 1994. – 432 с.
13. *Шельгин Ю.А.* Выбор метода хирургического лечения ректоцеле / Ю.А. Шельгин и др. // Актуальные проблемы колопроктологии: тезисы докладов. Ростов-на-Дону, 2001. – С. 84 – 85.
14. *Chen B.H.* Collagen metabolism and turnover in women with stress urinary incontinence and pelvic prolapse / B.H. Chen // Int Urogynecol Pelvic Floor Dysfunct. – 2002. – № 13 (2). – P. 80 – 87.
15. *Delancey J.O.* Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy / J.O. Delancey // Am.J. Obstet Gynecol. – 1992. – № 166. – P. 1717 – 1724.

ПІДХІД ДО ХІРУРГІЧНОГО
ЛІКУВАННЯ
ГЕМОРОЇДАЛЬНОЮ
ХВОРОБИ В ПОСДНАННІ
З РЕКТОЦЕЛЕ У
ХВОРИХ З СИНДРОМОМ
НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ
СИСТЕМОЇ ДИСПЛАЗІЇ
СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

В.П. Бакуменко

APPROACH TO SURGICAL
TREATMENT OF
HEMORRHOIDAL DISEASE
IN COMBINATION WITH
RECTOCELE IN PATIENTS
WITH THE SYNDROME
OF UNDIFFERENTIATED
SYSTEMIC CONNECTIVE
TISSUE DYSPLASIA

V.P. Bakumenko

Резюме. Хворим з гемороїдальною хворобою і ректоцеле на тлі синдрому недиференційованої системної дисплазії сполучної тканини показана трансанальна резекція слизово-підслизового шару на передній стінці нижньоампулярного відділу прямої кишки та трансанальна гемороїдальна деартерізація під контролем доплерометрії.

Ключові слова: геморрой, ректоцеле, системна дисплазія сполучної тканини, трансанальна гемороїдальна деартерізація.

Summary. Patients with hemorrhoidal disease and rectocele on the background of syndrome of undifferentiated systemic connective tissue dysplasia is shown transanal resection of mucosal-submucosal layer of the front wall of the lower-ampullar rectum and transanal hemorrhoidal dearterization controlled by Doppler.

Key words: hemorrhoids, rectocele, systemic connective tissue dysplasia, transanal hemorrhoidal dearterization.