

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ СИНДРОМА ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ И СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Проф. В. Ф. КУЛИКОВСКИЙ, проф. Н. В. ОЛЕЙНИК

THE WAYS TO OPTIMIZE HEMORRHOID DISEASE TREATMENT AGAINST THE BACKGROUND OF PTOSIS OF PERINEUM AND RECTUM

V. F. KULIKOVSKY, N. V. OLEYNIK

Региональный колопроктологический центр, Белгород, Российская Федерация

Проанализирован клинический симптомокомплекс, обусловленный синдромом опущения промежности, и технические трудности, возникающие при операциях в зоне анального канала. Предложен эффективный способ резекции слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки.

Ключевые слова: синдром опущения промежности, оперативное лечение, сетчатый трансплантат.

The clinical symptom-complex caused by syndrome of perineum ptosis and technical difficulties occurring at operations in the zone of the anal canal were analyzed. An effective method of resection of mucous-submucous layer of low-ampullar portion of the rectum was suggested.

Key words: syndrome of perineum ptosis, surgical treatment, network graft.

Синдром опущения промежности проявляется смещением вниз плоскости тазового дна и увеличением заднего аноректального угла. Прямая кишка принимает при этом практически вертикальное положение, следствием чего является опущение слизистой во время натуживания. Вместе с продвижением каловых масс по кишке слизистая опускается вниз, и происходит окклюзия анального канала, что приводит к запору проктогенного характера [1–6]. Затрудненная дефекация в свою очередь способствует развитию и прогрессированию геморроидальной болезни [7–9].

Проведенными нами исследованиями было установлено, что у 63% женщин с опущением промежности отмечаются симптомы данного заболевания, причем протекает оно в большинстве случаев тяжелее, чем при нормальном расположении плоскости тазового дна. У этих больных в 2 раза чаще диагностируется IV стадия заболевания и инконтиненция, что обусловлено как нарушением иннервации в результате перерастяжения или повреждения полового нерва, так и постоянной дивульсией анального канала выпадающими геморроидальными узлами.

Целью настоящего исследования явилась разработка комплексного подхода к хирургическому лечению геморроидальной болезни на фоне опущения промежности у женщин и повышение его эффективности.

Была проведена сравнительная оценка результатов оперативного лечения 35 пациенток с опущением промежности, сопровождавшимся пролапсом

слизистой прямой кишки в сочетании с геморроем IV ст. Такую сочетанную патологию считали показанием к резекции слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки с формированием циркулярного анастомоза по методу А. Лонго с использованием набора PPH (Procedure for Prolapse and Haemorrhoids), разработанного компанией «Johnson & Johnson». При этом устранялись сразу две патологии: геморроидальная болезнь и опущение слизистой прямой кишки. Удаления внутренних геморроидальных узлов не требовалось. Эта операция была произведена 22 больным. 13 пациенткам произведена комбинированная реконструктивная операция, направленная на возвращение промежности в ее нормальное анатомическое положение и заключающаяся, помимо резекции слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки с формированием циркулярного анастомоза, в укреплении ректовагинальной перегородки и промежности проленовой сеткой с дополнительной фиксацией проксимальной части сетки к крестцово-остистым связкам (Патент 2275872 РФ от 10.05.2006 г.) и постанальной реконструкции, которая производилась местными тканями по А. Parks, для уменьшения заднего аноректального угла. Средний возраст больных первой группы составил $40,5 \pm 4,1$ лет, второй группы $41,2 \pm 3,6$ лет ($P > 0,05$). У 10 из 22 больных первой и у 6 из 13 больных второй группы отмечалась недостаточность анального сфинктера I–II степени.

Оценка результатов оперативного лечения показала, что у больных второй группы в 1,4 раза реже, чем в первой, отмечалось выделение крови при дефекации и в 1,6 раз реже наблюдалась отечность зоны анастомоза, что обуславливалось уменьшением времени и силы натуживания при дефекации. У больных второй группы, по данным дефекографии, уровень расположения и степень смещения аноректальной зоны при натуживании по отношению к аноскопической линии уменьшились. Приблизились к норме и значения аноректального угла. Результаты этих исследований представлены в табл. 1.

У пациенток, перенесших по поводу такой же патологии только операцию Лонго, показатели расположения аноректальной зоны относительно лонно-копчиковой линии и аноректального угла

не изменились. Отмечено лишь уменьшение смещения промежности при натуживании, которое составило $4,1 \pm 0,5$ см до операции и $3,2 \pm 0,5$ см после нее ($p < 0,05$).

Время эвакуации бария при дефекографии, определяемое у 30 здоровых добровольцев, составило, по нашим данным, $5,6 \pm 0,9$ с, количество оставшегося после эвакуации бария — $10,2 \pm 1,1\%$. У больных с синдромом опущения промежности и геморроем эти показатели составили $19,3 \pm 1,4$ с и $26,3 \pm 1,6\%$, а через месяц после проведения сочетанной операции — соответственно $6,3 \pm 1,1$ с и $14,9 \pm 1,1\%$, $p < 0,05$ при сравнении обоих показателей, которые приближались к норме. При определении через год эти параметры достоверно не изменились.

В группе больных, которым была произведена только операция Лонго, через месяц были получены следующие результаты: $10,3 \pm 0,9$ с и $18,6 \pm 2,9\%$ соответственно, а через год — $13,3 \pm 1,1$ с и $22,4 \pm 2,3\%$. При сравнении этих показателей с результатами предыдущей группы они оказались хуже ($p < 0,01$).

У пациенток с ненарушенной функцией держания кишечного содержимого давление в анальном канале достоверно не изменилось ни в одной, ни в другой группе, а у больных с инконтиненцией оно значительно увеличилось, преимущественно во второй группе (табл. 2).

У пациенток, перенесших только операцию Лонго, давление в анальном канале достоверно не изменилось.

При проведении теста с выталкиванием баллона оптимальные данные также были получены в группе больных, которым была проведена сочетанная операция (табл. 3), что соответствовало клиническим результатам.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что резекция слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки ведет к нормализации акта дефекации, поскольку устраняет обструкцию анального канала опускающейся при натуживании слизистой. Однако этого недостаточно, так как практически вертикальное расположение прямой кишки способствует рецидиву

Таблица 1

Положение аноректальной зоны и величины аноректального угла у больных до и после комбинированной операции

Определяемые параметры	Результаты исследований, $n = 13$	
	до операции	после операции
Положение аноректальной зоны, см:		
в покое	$-4,5 \pm 0,67$	$-3,7 \pm 0,47$
при натуживании	$-9,2 \pm 0,51$	$-7,2 \pm 0,39$
Величина смещения, см	$4,6 \pm 0,35$	$3,7 \pm 0,55$
Величина аноректального угла, град.:		
в покое	$135,2 \pm 4,2$	$108,3 \pm 3,5$
при натуживании	$171,4 \pm 4,9$	$141,4 \pm 4,1$

Примечание. В норме аноректальная зона располагается не ниже 3 см от лобково-копчиковой линии, а при натуживании смещается не более чем на 3 см от исходного уровня. Величина аноректального угла в норме составила, по нашим данным, в покое $99 \pm 1,5^\circ$, при натуживании $135 \pm 2,2^\circ$. $p < 0,001$.

Таблица 2

Динамика показателей давления в анальном канале у больных с недержанием кишечного содержимого на фоне опущения промежности в сочетании с геморроем IV стадии и пролапсом слизистой прямой кишки до операции и после комплексной реконструкции тазового дна

Уровень измерения давления	Результаты интраанальной манометрии, мм рт. ст.			
	до операции	после операции		
		на 8–10-е сутки	через 3 мес	через 6 мес
В области внутреннего сфинктера:				
в покое	$36,2 \pm 2,1$	$39,2 \pm 2,3$	$49,8 \pm 3,6$	$51,3 \pm 4,1$
при произвольном сокращении	$46,3 \pm 4,9$	$47,1 \pm 5,1$	$59,9 \pm 4,7$	$69,9 \pm 6,3$
В области наружного сфинктера:				
в покое	$25,3 \pm 2,5$	$26,1 \pm 2,6$	$29,1 \pm 3,1$	$32,2 \pm 2,4$
при произвольном сокращении	$33,4 \pm 2,2$	$34,9 \pm 4,9$	$39,3 \pm 3,7$	$49,4 \pm 5,2$

Таблица 3

Оценка эвакуаторной функции прямой кишки

Группы больных	Количество больных, вытолкнувших баллон ($V = 150$ мл), %	
	до операции	после операции
Первая, $n = 22$	45,6	63,6
Вторая, $n = 13$	46,1	84,6
	$p > 0,05$	$p < 0,01$

Примечание. Р рассчитано по критерию χ^2 . Достоверность различий между группами $p < 0,01$.

опущения слизистой, что подтверждается результатами дефекографии: возвращением показателей скорости эвакуации и процента неэвакуировавшегося контраста к дооперационным показателям. Преимущество сочетанного оперативного вмешательства при геморроидальной болезни, протекающей на фоне опущения тазового дна, очевидно. Несмотря на увеличение объема опера-

ции, коррекция положения промежности и конфигурации аноректальной зоны способствует как нормализации акта дефекации, так и восстановлению функции держания. Этому еще в большей степени способствует резекция пролябирующей слизистой и лифтинг геморроидальных узлов, поскольку устраняется фактор постоянного растяжения заднего прохода.

Таким образом, больным с опущением тазового дна на фоне смещения слизистой прямой кишки и геморроидальной болезни показана сочетанная операция, включающая резекцию слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки с использованием циркулярного степлера по методу А. Лонго, коррекцию положения промежности и конфигурации аноректальной зоны. Положительные результаты дает использование сетчатого трансплантата для укрепления промежности и ректовагинальной перегородки, крестцово-остистой фиксации влагалища, дополненных постанальной реконструкцией по А. Парксу.

Литература

1. Колопроктология и тазовое дно. Патофизиология и лечение: Пер. с англ. / Под ред. М. М. Генри, М. Своша.— М.: Медицина, 1988.— 464 с.
2. Основы колопроктологии / Под ред. Г. И. Воробьева.— Ростов-на-Дону: Феникс, 2001.— 416 с.
3. Descending perineum syndrome: Audit of clinical and laboratory features and outcome of pelvic floor retraining / G. C. Harewood et al. // Am. J. Gastroenterol.— 1999.— V. 94, № 1.— P. 126–30.
4. El-Sibai O., Shafic A. A. Cauterization-plication operation in the treatment of complete rectal prolapse.— Tech. Coloproctol.— 2002.— V. 6, № 1.— P. 51–54.
5. Heriot A.G., Skull A., Kumar D. Functional and physiological outcome following transanal repair of rectocele // Br. J. Surg.— 2004.— V. 91, № 7.— P. 1340–1344.
6. Henry M. M. Electrophysiological and histological studies of the pelvic floor in descending perineum syndrome / M. M. Henry, A. G. Parks, M. Swash // Br. J. Surg.— 1982.— V. 69, № 3.— P. 470–472.
7. Воробьев Г. И., Шельгин Ю. А., Благодарный Л. А. Геморрой.— М.: Митра-Пресс, 2002.— 192 с.
8. Johanson J. F. Temporal changes in the occurrence of haemorrhoids in the United States and England / J. F. Johanson, A. Sonnenbrg // Dis. Colon Rectum.— 1991.— V. 34, № 7.— P. 5855–5891.
9. Longo A. Treatment of haemorrhoidal disease by reduction of mucosa and haemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure // Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery and 6th International Congress of European Association for Endoscopic Surgery.— Rome, 1998.— P. 777–784.

Поступила 20.02.2007