

2. Хомочкин В. В. Однорядный непрерывный шов первичных и восстановительных колоректальных анастомозов: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2003. — 16 с.

3. Хомочкин В. В., Маскин С. С. // Актуальные вопросы колопроктологии: матер. II съезда колопроктологов России с международ. участием. — Уфа, 2007. — С. 650—651.

4. Lee M. R., Hong C. W., Yoon S. N., et al. // Hepatogastroenterology. — 2006. — № 53 (71). — P. 682—686.

5. Lipska M. A., Bissett I. P., Parry B. R., et al. // ANZ J. Surg. — 2006. — № 76 (7). — P. 579—585.

6. Platell C., Barwood N., Dorfmann G., et al. // Colorectal Dis. — 2007. — № 9 (1). — P. 71—79.

УДК 618.14 — 007.43: 616.351 — 007.44: 616.62 — 008.222

## РЕКТОЦЕЛЕ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

*И. С. Попова, Т. Д. Ленская, Л. А. Полякова*

*Кафедра хирургических болезней с проктологией ФУВ*

Ректоцеле — это одно из проявлений недостаточности мышц тазового дна у женщин. Главным симптомом ректоцеле является затрудненная дефекация. Ректоцеле требует совместного осмотра проктолога, гинеколога и уролога для определения тактики лечения.

*Ключевые слова:* ректоцеле, затрудненная дефекация

## RECTOCELE AS A MANIFESTATION OF INSUFFICIENCY OF THE PELVIC DIAPHRAGM MUSCLES

*I. S. Popova, T. D. Lenskaya, L. A. Polyakova*

Rectocele is a manifestation of compromised muscles of pelvic diaphragm in women. The main sign of rectocele is defecation difficulty. Rectocele requires a joint examination by a proctologist, gynecologist and urologist for determination of the course of treatment.

*Key words:* rectocele, obstructed defecation

В клинической практике проктологов, гастроэнтерологов, терапевтов значительно число больных, жалующихся на различные нарушения дефекации. Так, на проктологическом приеме у 70—80 % всех больных выявляются различные проблемы нарушения кишечного пассажа, главным образом, запоры. Вполне естественно, что клиницист в первую очередь исключает органическую причину нарушения акта дефекации — опухоли прямой и ободочной кишки. Выявление в ходе обследования различных функциональных нарушений моторной функции толстой кишки: дивертикулез, синдром раздраженной толстой кишки, различных анатомических вариантов положения толстой кишки, вызывающих замедление кишечного пассажа, — позволяют врачу назначать обычный перечень из арсенала лечения хронических запоров — диета, слабительные, клизмы и т.д. Однако у женщин причиной затрудненной эвакуации каловых масс из дистального отдела прямой кишки может являться ректоцеле.

Ректоцеле — это дивертикулоподобное выпячивание передней стенки прямой кишки в заднюю стенку влагалища.

У больных с ректоцеле стул может быть ежедневным или через день, но акт дефекации превращается в проблему, о которой женщины стесняются говорить не только с родственниками, но и с врачами. В попытках ускорить, облегчить акт дефекации, больные прибегают к различным ухищрениям в виде ручного пособия (надавливание на промежность и заднюю стенку влагалища, растягивание ягодиц, самостоятельное пальцевое извлечение

кала из ампулы прямой кишки и т.д.). Причиной таких проблем является резкое ослабление мышечного компонента акта эвакуации каловых масс из дистальной части ампулы прямой кишки. Эвакуация каловых масс наружу, представляющая сложный физиологический процесс, в значительной степени обеспечивается за счет сокращения мышц, поднимающих задний проход (*m. levator ani*) и синхронного расслабления анального сфинктера (*m. shincter ani*). Мышцы, поднимающие задний проход, располагаются вокруг прямой кишки и вертикально уходят вверх, прикрепляясь к костям таза. Передняя порция этих мышц проходит в ректовагинальной перегородке. Эти мышцы вместе со связочным аппаратом участвуют в образовании мышечно-сухожильного каркаса, обеспечивающего стабильное положение органов малого таза и промежности: мочевого пузыря, матки и влагалища, прямой кишки. При врожденной слабости мышечно-связочного аппарата, поддерживающего прямую кишку и половые органы, многократных родах, упорных запорах, травмах при родах (разрывы, акушерские манипуляции), операциях на половых органах (ампутации и экстирпации матки), тяжелой физической работе, связанной с постоянным повышением внутрибрюшного давления, астенизации и старческой атрофии происходит расхождение передней порции мышц, поднимающих задний проход, по стенкам таза. Задняя стенка влагалища, интимно связанная с прямой кишкой, приобретает подвижность, ректовагинальная перегородка истончается и при повышении внутрибрюшного давления происходит выбухание передней стенки прямой киш-

ки в сторону наименьшего сопротивления — стенки влагалища, с ее пролабированием в виде дивертикулоподобного выпячивания, т. е. формируется ректоцеле. В результате этого меняется ано-ректальный угол прямой кишки, что также ведет к затруднению дефекации.

Постоянное скопление в дивертикулоподобном выпячивании прямой кишки каловых масс ощущается женщинами как общее чувство промежностного дискомфорта (неопределенного характера боли в промежности, заднем проходе, внизу живота, чувство неудовлетворенности после акта дефекации).

Диагностика ректоцеле не представляет сложностей для врача-проктолога. При исследовании *per rectum* сразу выше анального канала (т. е. на высоте 3—5 см) определяется карман передней стенки кишки, отчетливо пролабирующий во влагалище. Размеры дивертикулоподобного выбухания, а также выраженность клинических проявлений позволяют выделять несколько степеней ректоцеле.

Первая степень (легкая степень тяжести) определяется только при ректальном и вагинальном осмотре и может не сопровождаться жалобами. Вторая степень (средняя степень тяжести) характеризуется наличием выраженного выбухания во влагалище и сопровождается жалобами на «запоры», чувство неполного опорожнения после акта дефекации и дискомфортные ощущения в промежности и внизу живота. Женщины, ведущие активную половую жизнь, отмечают снижение мышечного тонуса влагалища, а также различные болезненные ощущения во влагалище во время полового акта.

При третьей степени (тяжелая степень тяжести) передняя стенка кишки (она же — задняя стенка влагалища) выбухает уже за пределы влагалища. Эта степень ректоцеле помимо вышеперечисленных жалоб может сопровождаться чувством недержания газов и кала, так как постоянное перерастяжение сфинктера может вызвать относительную его недостаточность.

Следует отметить, что жалобы больных только на нарушения дефекации встречаются при изолированных формах ректоцеле. Чаще всего, наряду с ректоцеле, у больной имеются признаки пролапса (опущения) и других органов малого таза за счет недостаточности мышц тазового дна: мочевого пузыря и уретры, матки и влагалища с соответствующими клиническими проявлениями.

В то же время следует отметить, что врачи амбулаторного приема плохо осведомлены о данной патологии и ее разновидностях. Мы установили, что при целенаправленном опросе и осмотре у женщин на амбулаторном проктологическом приеме ректоцеле легкой степени (без клинических проявлений) выявляется в 72 % случаев, средней степени тяжести — в 42 % наблюдений, тяжелая степень составляет 28 % всего женского проктологического приема. При этом средняя и тяжелая степень ректоцеле в 84 % наблюдений вполне закономерно сочеталась с относительным недержанием мочи, и в 64 % — с различной степенью пролапса половых органов. Несмотря на высокие цифры распространенности данной патологии, мы вынуждены констатировать, что у 100 % амбулаторных проктологических больных диагноз «Ректоцеле»

был поставлен впервые. Имевшиеся у этой группы больных нарушения дефекации долгие годы интерпретировались проктологами, гастроэнтерологами, терапевтами как запоры, с соответствующими лекарственными рекомендациями, не приносящими облегчения. Относительное недержание мочи (или стрессовое недержание мочи, т. е. произвольное выделение мочи во время физического напряжения — кашля, смеха, натуживания, занятий спортом), выявленное на проктологическом приеме, рассматривалось как женщинами, так и врачами-проктологами как неизбежный элемент старения организма. Анализ заболеваемости урологической группы женщин на амбулаторном приеме показал, что явления относительного недержания мочи выявляются у 72 % женщин, но в диагнозах амбулаторных карт эта патология присутствует только в 25 % наблюдений, так как в подавляющем большинстве женщины также стесняются говорить об этой проблеме врачам специалистам. В ситуациях, когда недержание мочи все-таки было диагностировано врачом-урологом поликлиники и послужило показанием к назначению терапии или госпитализации, никаких консультаций проктолога и гинеколога не осуществлялось. Аналогичная ситуация складывалась и на гинекологическом приеме: констатируя в амбулаторной карте у 25 % больных старшей возрастной группы различную степень пролапса половых органов, никаких упоминаний о дефекации, мочеиспускании не было, как не было рекомендаций осмотра проктологом или гинекологом. В группе женщин от 35 до 55 лет наличие различных степеней опущения передней и задней стенок влагалища практически не регистрируется, хотя опущение, конечно, видят все гинекологи, но не считают это клинически значимым.

Таким образом, диагностика ректоцеле, опущения мочевого пузыря, уретры и половых органов представляют сочетанной проблемой проктологии, урологии и гинекологии. Соответственно, необходимый объем обследования для окончательной верификации диагноза включает в себя, помимо общеклинических, специальные методы обследования: проктологические, урологические, гинекологические.

Необходимость верификации диагноза при таких неспецифических жалобах, которые предъявляют больные: запоры, относительное недержание мочи, боли в промежности, прямой кишке и внизу живота, ставит перед практическим врачом серьезную задачу диагностики в первую очередь опухолевых заболеваний, а также острых и хронических воспалительных заболеваний со стороны прямой и ободочной кишок, органов мочевого выделительной системы и половых органов.

Проктологическое обследование включает в себя осмотр больной на гинекологическом кресле с пальпаторным обследованием прямой кишки и установлением расположения мешка ректоцеле в покое и при натуживании. Инструментальное проктологическое обследование включает в себя:

- 1) ректороманоскопию и ирригоскопию с целью выявления сопутствующей органической и функциональной патологии ободочной и прямой кишок;

2) рентгенографию костей таза и крестцово-копчикового сочленения для окончательной верификации болевых синдромов в промежности, заднем проходе, внизу живота.

Урологическое обследование должно начинаться с опроса больной с использованием различных опросников и анкет, на основании которых проводится первичный дифференциальный диагноз вида недержания мочи. Во время объективного осмотра оценивается наличие видимого пролапса (цистоцеле, уретероце — опущение или пролабирование мочевого пузыря или, соответственно, уретры). Первичное инструментальное обследование уролога для верификации стрессового недержания мочи включает:

1) уродинамическое исследование (урофлоуметрия) для диагностики смешанных форм недержания и исключения обструктивного вида недержания, а также для диагностики сложных случаев относительного недержания мочи при нестабильности детрузора и уретры;

2) рентгенологическое исследование (внутривенная уро-цисто-уретерография до мочеиспускания и после) для определения положения мочевого пузыря и уретры по отношению к костям таза; ультразвуковое сканирование (абдоминальное, промежностное и трансвагинальное) для уточнения анатомических и функциональных нарушений со стороны почек, мочевого пузыря и уретры.

Осмотр и обследование гинекологом больных с гистероцеле (пролапс половых органов) включает также опрос и осмотр пациентки, во время которых оценивают состояние промежности, наружных половых органов, наличие или отсутствие опущения в покое, с определением стадии и локализации пролапса. При этом стадию пролапса определяют исходя из положения наиболее нисходящей точки (передней, задней стенки влагалища, шейки матки или купола влагалища) относительно гименального кольца. К обязательным видам инструментального обследования относятся УЗИ матки и придатков.

Говоря о тактике ведения больных с ректоцеле, а также с различными формами пролапса органов малого таза, необходимо отметить, что подавляющее большинство женщин, обратившихся за помощью, нуждаются в оперативном лечении. Консервативная терапия применяется только в начальных стадиях ректоцеле, стрессового недержания мочи и пролапса гениталий. Она включает в себя:

1) коррекцию образа жизни (питание, обеспечивающее регулярный стул, борьба с ожирением, исключение физических нагрузок);

2) укрепление мышц тазового дна и промежности с помощью лечебной физкультуры, методом биологической обратной связи (аутотренинг), физиотерапевтических процедур (электростимуляция п. pudendus);

3) механические приспособления (пессарии, съемные obturatory) при ректоцеле не применяются, используются только как временное пособие для предотвращения подтекания мочи при стрессовом недержании мочи;

4) медикаментозная терапия (заместительная гормональная терапия) применяемая при стрессовом не-

держании мочи и пролапсе гениталий, неэффективна при изолированном ректоцеле.

Предпочтительным видом коррекции недостаточности мышц тазового дна, особенно при клинически выраженных формах заболевания, всегда являлось оперативное лечение. Однако если у проктологов до недавнего времени единственной операцией по коррекции ректоцеле являлась передняя леваторопластика, то для хирургической коррекции пролапса матки и мочевого пузыря с уретрой применялись десятки различных оперативных модификаций, выполняемых промежностным доступом и внутрибрюшинным. Большая травматичность, частые рецидивы явились причиной разочарования в этих видах операций. Переворот в оперативном лечении этой группы больных свершился при внедрении новых технологий: лапароскопических внутрибрюшных и промежностных вмешательств с использованием современных синтетических материалов, обеспечивающих каркасную функцию тазовому дну и подвешивающую функцию для органов малого таза. Эти операции отличает высокая эффективность, безопасность и относительная простота выполнения. В то же время для нас несомненно, что за внешней простотой кроется высочайший профессионализм хирурга-гинеколога, проктолога или уролога. Эти операции относятся к категории высокотехнологичных и должны выполняться в специализированных центрах.

Мы понимаем, что врач отдельного проктологического, урологического или гинекологического амбулаторного приема или стационара не может и не обязан контролировать весь необходимый объем инструментальных и функциональных исследований, тем более, что четких алгоритмов обследования нет. Кроме того, практический врач сталкивается с отсутствием реальных возможностей полноценного обследования женщин в условиях обязательного медицинского страхования. Выходом из этой ситуации для практического здравоохранения должно явиться создание специализированных прокто-уро-гинекологических центров на базах многопрофильных больниц, где вопросы диагностики и лечения недостаточности мышц тазового дна решались бы комплексно и с использованием современных хирургических технологий.

Увеличение количества пожилого населения, в первую очередь, женщин, делает проблему эффективного лечения недостаточности мышц тазового дна все более актуальной.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гинекология от пубертата до постменопаузы / Под ред. Э. К. Айламазяна. — М.: Медпресс-информ, 2006. — 491 с.
2. Коршунов М. Ю., Кузьмин И. В., Сазыкина Е. И. Стрессовое недержание мочи у женщин. — СПб.: из-во Н-Л, 2003. — 16 с.
3. Ривкин В. Л., Бронштейн А. С., Файн С. Н. Руководство по колопроктологии — М.: Медпрактика, 2001. — 300 с.
4. Семшонкин Е. И. Колопроктология: учебно-метод. пособие для студентов медицинских вузов. — Рязань: изд-во РГМУ, 1997. — 84 с.
5. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. Проктология. — М.: Медицина, 1984. — 384 с.