

УДК 617.5-089

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГЕМОРРОЯ И ПРОЛЯПСА ЗАДНЕГО СЕГМЕНТА ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН

Олейник Н.В., Куликовский В.Ф., Наумов А.В., Сторожилов Д.А.

*Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгород;
ГОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский
университет», Белгород, e-mail: okb@bel.ru*

Широкая распространенность хронического геморроя, 130–145 случаев на 1000 взрослого населения, определяет его лидирующее место среди колопроктологических заболеваний и высокий интерес к проблеме лечения. Несмотря на постоянное совершенствование методик геморроидэктомии, сохраняется опасность развития осложнений: выраженного болевого синдрома, кровотечения, гнойно-воспалительных осложнений, дизурических явлений, формирование стриктур анального канала, недержания кишечного содержимого. Одним из этиологических факторов заболевания и причин неблагоприятного течения послеоперационного периода большинство авторов считают проктогенные запоры. Затрудненное опорожнение прямой кишки является одним из симптомов проляпса заднего сегмента тазового дна: ректоцеле, опущения промежности, слизистой прямой кишки. Геморрой может быть одним из проявлений тазового проляпса, так как развивается в результате слабости соединительной и мышечной тканей прямой кишки. При сочетанном характере проляпса заднего сегмента тазового дна необходимо комплексное хирургическое лечение. Использование наборов Gynecare Prolift System Posterior и PPH позволяет улучшить функциональные результаты и снизить интенсивность болевого синдрома по сравнению с традиционной геморроидэктомией.

Ключевые слова: тазовый проляпс, геморроидальная болезнь, ректоцеле

INTEGRATED APPROACH TO SURGICAL TREATMENT OF HEMORRHOIDS AND PROLYAPSA OF THE BACK SEGMENT OF THE PELVIC BOTTOM AT WOMEN

Oleynik N.V., Kulikovskiy V.F., Naumov A.V., Storozhilov D.A.

*Belgorod Regional Clinical Hospital of St. Ioasaaf, Belgorod;
National Research University Belgorod State University, Belgorod, e-mail: okb@bel.ru*

The prevalence of chronic hemorrhoids, 130–145 cases per 1000 adults, defines its leading position among koloproktologicheskikh disease and high interest in the issue of treatment. Despite the constant improvement of methods hemorrhoidectomy, the danger of complications: an expression of pain, bleeding, chronic inflammatory complications dizuricheskikh events, the formation of anal stricture, urinary intestinal contents. One of the causative factors of the disease and causes of adverse postoperative course, most authors believe proctogenic constipation. Difficulty emptying the rectum is one of the symptoms of prolyapsa posterior segment of the pelvic floor: rectocele, prolapse of the perineum, rectal mucosa. Hemorrhoids can be one of the manifestations of pelvic prolaps and develop as a result of connecting and muscular tissues weakness of the rectum. At the combined character of the back segment of pelvic floor prolapse complex surgical treatment is necessary. The usage of Gynecare Prolift System Posterior and PPH allows to improve functional results and to reduce pain syndrome intensity in comparison with traditional hemorrhoidectomy.

Keywords: pelvic prolaps, геморroidalny illness, rectocele

Геморроидальная болезнь – часто встречающаяся патология человека [1, 2, 9]. У женщин с опущением тазового дна частота встречаемости геморроидальной болезни увеличивается до 60–70% [3, 6, 8]. Она может быть одним из проявлений тазового проляпса, так как развивается согласно механической теории в результате слабости соединительной и мышечной тканей прямой кишки. Сочетанный проляпс должен по возможности быть устранен одномоментно [6, 7, 8, 12]. Однако по вопросу выбора метода хирургического лечения данной патологии существуют различные мнения.

Цель исследования – улучшить анатомические и функциональные результаты хирургического лечения комбинированно-го заднего проляпса; оценить возможность

одномоментного использования для его коррекции Gynecare Prolift System Posterior (GPS) и набора PPH (производство фирмы «Джонсон & Джонсон»).

Материалы и методы исследования

Для диагностики проляпса использовались клинические методы исследования, ректоскопия с натуживанием по Парксу, дефекография, УЗИ и МРТ, аноректальные функциональные тесты с использованием многофункциональной компьютерной системы для изучения функционального состояния тазового дна Poligraf ID фирмы Medtronic (США). 22 пациенткам, средний возраст $43,3 \pm 4,1$ лет, произведена коррекция опущения заднего сегмента тазового дна путем имплантации задней GPS и резекция слизистоподслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки для одномоментного устранения симптомов геморроидальной болезни с использованием циркулярного степлера (набора PPH). Показаниями к операции считали наличие ректоцеле II–III ст., опущение слизистой пря-

мой кишки и геморроидальной болезни II–III степени. Контрольную группу составили 35 пациенток, средний возраст $46,4 \pm 3,2$ лет, которым выполнена перед-

няя леваторопластика, иссечение избытка слизистой прямой кишки и геморроидэктомия по Миллигану-Моргану с ушиванием ран наглухо.

Таблица 1

Группы больных в зависимости от вида произведенного сочетанного оперативного вмешательства

Группы больных	Средний возраст (лет)	Вид оперативного вмешательства
Группа 1 (контрольная) (n = 35)	$46,4 \pm 3,2$	Леваторопластика + ГЭ + трансанальная резекция слизистой прямой кишки
Группа 2 (основная) (n = 22)	$43,3 \pm 4,1$	Имплантиция GPS Posterior + PPH

Результаты исследования и их обсуждение

Болевой синдром со стороны ран анальной области был более выражен у больных контрольной группы и не зависел от способа коррекции ректовагинальной перегородки. Наибольшее количество гнойных

осложнений 5 (14,2%) отмечено в ранах перианальной области этой же группы больных. При использовании циркулярного степлера гнойных осложнений не отмечено. Нагноение влагищной раны отмечено у одной больной (2,9%), которой произведена леваторопластика.

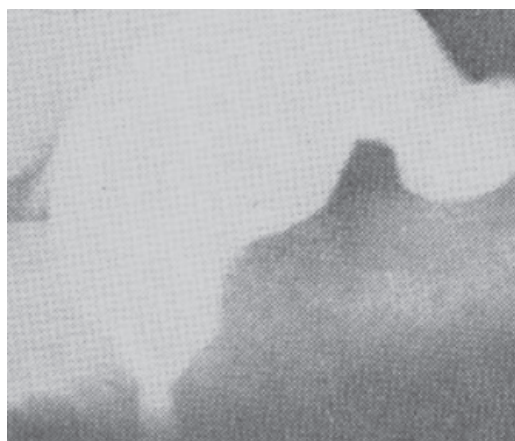
Таблица 2

Клинические критерии оценки результатов использования различных способов оперативного лечения больных геморроем и задним сочетанным проляпсом тазового дна

Критерии оценки	Группы исследования	
	Леваторопластика + ГЭ + резекция слизистой (контрольная группа) n = 35	GPS + PPH (основная группа) n = 22
Гнойно-воспалительные осложнения	5 (14,2%)	3(13,6%)
Вагин. эрозии	–	1(4,5%)
Вагин. гранулемы	–	1(4,5%)
Развитие диспареунии	2(3,8%)	–

Со стороны влагищных ран большинство гнойных осложнений 3 (13,6%) отмечено при использовании сетки. Эрозия диагностирована у одной больной (4,5%), гранулема – также у 1 больной (4,5%) основной группы. На диспареунию жаловались

2 (3,8%) больные, перенесшие леваторопластику. Устранение симптомов геморроидальной болезни и рентгенологических признаков проляпса слизистой прямой кишки удалось достичь у всех больных независимо от способа оперативной коррекции.



а



б

Рис. 1. Проктография с натуживанием в положении стоя после частичного опорожнения больной Б.:

а – ректоцеле в сочетании с ПСПК до операции;
б – полная коррекция патологии после операции

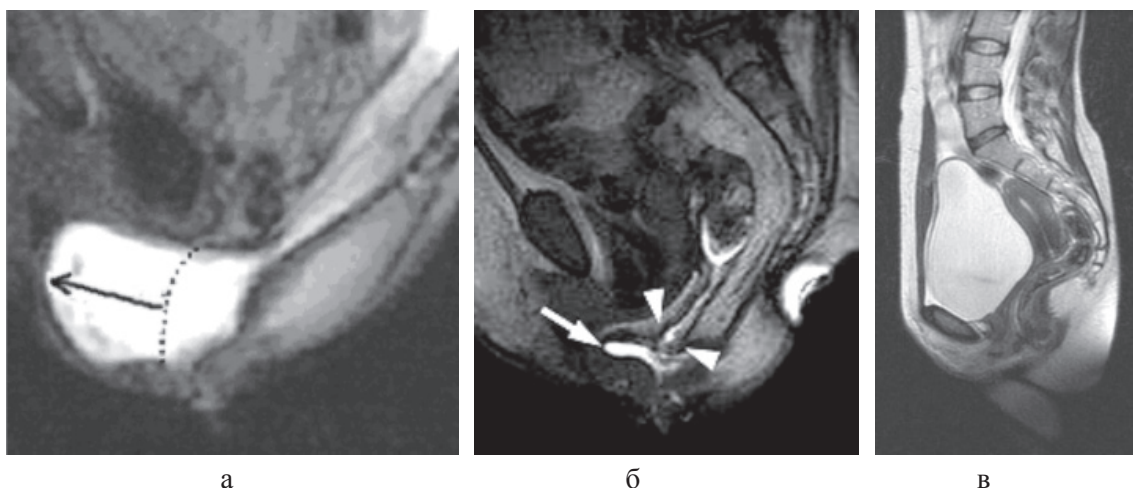


Рис. 2. Динамические МР-томограммы больной С., 43 лет, до операции: а – при заполнении кишки контрастом и максимальном натуживании определяется ректоцеле большего размера (показано черной стрелкой); б – при частичном опорожнении кишки от контраста видно неопорожнившееся от контраста ректоцеле (показано белой стрелкой) и ОСПК (показано белыми треугольными стрелками); в – коррекция ректоцеле и ОСПК через 6 мес. после операции (снимок при максимальном натуживании без контрастирования)

Однако функциональные результаты оказались лучше у больных основной группы.

Так, нормализацию функции опорожнения отметили 25 (71,4%) пациенток

контрольной группы и 21 (95,4%) пациентка исследуемой группы, что подтверждено данными аноректальной манометрии.

Таблица 3

Количественные показатели дефекографии у больных по группам исследования до и после оперативного лечения

Критерии сравнения	Леваторопластика + ГЭ + резекция слизистой (контрольная группа) $n = 35$	GPS + PPH (основная группа) $n = 22$
Время эвакуации (с)	$19,6 \pm 1,3$	$19,4 \pm 2,2$
До операции	$10,9 \pm 1,1$	$9,7 \pm 1,1$
После операции	$P < 0,01$	$P < 0,001$
Количество оставшегося бария в %	$29,6 \pm 2,7$	$29,9 \pm 2,5$
До операции	$17,4 \pm 1,9$	$14,1 \pm 1,8$
После операции	$P < 0,01$	$P < 0,01$

Сами пациентки оценили результат лечения через 6 месяцев после операции как хороший, удовлетворительный и неудов-

летворительный. Большинство хороших и удовлетворительных результатов было в основной группе больных.

Таблица 4

Оценка пациентками отдаленных результатов лечения

Группы исследования	Результаты лечения		
	Хорошие	Удовлетворительные	Неудовлетворительные
Леваторопластика + ГЭ + резекция слизистой (контрольная группа) $n = 35$	7 (20%)	17 (48,6%)	11 (31,4%)
GPS + PPH (основная группа) $n = 22$	7 (31,8%)	13 (59,1%)	2 (9,1%)

Выводы

При сочетанном характере пролапса заднего сегмента тазового дна необходимо комплексное хирургическое лечение. Использование наборов GPS и PPH позволяет улучшить функциональные результаты

и снизить интенсивность болевого синдрома по сравнению с традиционной геморроидэктомией. Однако достаточно высокий процент гнойно-воспалительных осложнений, связанных с имплантацией сетки, заставляет использовать этот метод с осторожностью и по показаниям.

Список литературы

1. Благодарный Л.А. Как улучшить результаты хирургического лечения геморроя / Л.А. Благодарный, Ю.А. Шельгин // *Consilium Medicum. Хирургия.* – 2006. – Т. 8, № 1. – С. 49–52.
2. Воробьев Г.И. Геморрой: [практ. руководство] / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. – М.: Митра-Пресс, 2002. – 191 с.
3. Выбор метода хирургического лечения ректоцеле / Ю.А. Шельгин [и др.] // *Актуальные проблемы колопроктологии: тез. докл. V всерос. конф., Ростов-на-Дону, 10–12 окт. 2001 г.* – Ростов н/Д, 2001. – С. 84–85.
4. Зароднюк И.В. Рентгенологическая оценка анатомо-функционального состояния прямой кишки и тазового дна у больных с нарушениями дефекации : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.19; Рос. НЦ рентгенодиагностики Росздрава. – М., 2006. – 40 с.
5. Комплекс с биологической обратной связью для лечения больных с недостаточностью анальных сфинктеров / Ю.И. Дегтярев [и др.] // *Актуальные вопросы колопроктологии: тез. докл. I съезда колопроктологов России с междунар. участием, Самара, сент. 2003 г.* / Рос. акад. мед. наук, Гос. науч. центр колопроктологии МЗ РФ, СамГМУ и др.; под ред. Г.И. Воробьева и др. – Самара, 2003. – С. 53–54.
6. Куликовский В.Ф. Выбор оптимального оперативного доступа при хирургической коррекции ректоцеле / В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник // *Харківська хірургічна школа.* – 2005. – № 1. – С. 50–56.
7. Лечение ректоцеле методом трансанальной эндоректальной циркулярной резекции слизистой-подслизистой слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки / Г.И. Воробьев [и др.] // *Актуальные проблемы колопроктологии : науч. конф. с междунар. участием, посвящ. 40-летию ГНЦ колопроктологии, Москва, 2–4 февр. 2005 г. : тез. докл. / М-во здравоохранения и социал. развития Рос. Федерации, ГУ Гос. науч. центр колопроктологии, Ассоц. колопроктологов России ; под ред. Г.И. Воробьева, И.Л. Халифа.* – М., 2005. – С. 53–54.
8. Шельгин Ю.А. Особенности клинической картины и характер функциональных нарушений у больных ректоцеле // *Актуальные проблемы колопроктологии : науч. конф. с междунар. участием, посвящ. 40-летию ГНЦ колопроктологии, 2–4 февр. 2005 г. : тез. докл. / М-во здравоохранения и социал. развития Рос. Федерации, ГУ Гос. науч. центр Колопроктологии, Ассоц. колопроктологов России ; под ред. Г.И. Воробьева, И.Л. Халифа.* – М., 2005. – С. 143–145.
9. A double-blind, randomized trial comparing Ligasure and Harmonic Scalpel hemorrhoidectomy / S.Y. Kwok [et al.] // *Dis. Colon Rectum.* – 2005. – Vol. 48, № 2. – P. 344–348.
10. A randomized controlled trial of diathermy vs. stapled hemorrhoidectomy in an intended day-care setting with longer-term follow-up / M.J. Cheetham [et al.] // *Dis. Colon Rectum.* – 2003. – Vol. 46, № 4. – P. 491–497.
11. Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review / I.E. Nygaard [et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 2004. – Vol. 104, № 4. – P. 805–823.
12. Wu M.P. The use of prostheses in pelvic reconstructive surgery: joy or toy? // *Taiwan J. Obstet. Gynecol.* – 2008. – Vol. 47, № 2. – P. 151–156.
13. The role of biofeedback therapy in functional proctologic disorders / M. Kairaluoma [et al.] // *Scand. J. Surg.* – 2004. – Vol. 93, № 3. – P. 184–190.
14. The role of lasers in hemorrhoidectomy / J.Y. Wang [et al.] // *Dis. Colon Rectum.* – 1991. – Vol. 34, № 1. – P. 78–82.
15. The surgical correction of anterior rectocele. Our experience / P. Boccasanta [et al.] // *Minerva Chir.* – 1997. – Vol. 52, № 5. – P. 549–556.
3. Выбор метода хирургического лечения ректоцеле / Ju.A. Shelygin [i dr.] // *Aktual'nye problemy koloproktologii : tez. dokl. V vseros. konf., Rostov-na-Donu, 10–12 okt. 2001 g.* Rostov n/D, 2001. pp. 84–85.
4. Zarnodnjuk I.V. Rentgenologicheskaja ocenka anatomo-funktional'nogo sostojanija prjamoj kishki i tazovogo dna u bol'nyh s narushenijami defekacii : avtoref. dis. ... d-ra med. nauk : 14.00.19 / I.V. Zarnodnjuk; Ros. NC rentgenoradiologii Roszdrava. M., 2006. 40 p.
5. Kompleks s biologicheskoy obratnoj svjazju dlja lechenija bol'nyh s nedostatochnost'ju anal'nyh sfinkterov / Ju.I. Degtjarev [i dr.] // *Aktual'nye voprosy koloproktologii : tez. dokl. I s#ezda koloproktologov Rossii s mezhdunar. uchastiem, Samara, sent. 2003 g.* / Ros. akad. med. nauk, Gos. nauch. centr koloproktologii MZ RF, SamGMU i dr. ; pod red. G.I. Vorob'eva i dr. Samara, 2003. pp. 53–54.
6. Kulikovskij V.F. Vybtor optimal'nogo operativnogo dostupa pri hirurgicheskoy korrekcii rektocеле / V.F. Kulikovskij, N.V. Olejnik // *Harkivska hirurgichna shkola.* 2005. no. 1. pp. 50–56.
7. Lechenie rektocеле metodom transanal'noj jendorektal'noj cirkuljarnoj rezekcii slizisto-podslizistogo sloja nizhneampuljarnogo otdela prjamoj kishki / G.I. Vorob'ev [i dr.] // *Aktual'nye problemy koloproktologii: nauch. konf. s mezhdunar. uchastiem, posvjashh. 40-letiju GNC koloproktologii, Moskva, 2–4 fevr. 2005 g. : tez. dokl. / M-vo zdrazvoohranenija i social. razvitija Ros. Federacii, GU Gos. nauch. centr Koloproktologii, Assoc. koloproktologov Rossii ; pod red. G.I. Vorob'eva, I.L. Halifa.* M., 2005. pp. 53–54.
8. Shelygin Ju.A. Osobennosti klinicheskoy kartiny i karakter funkcional'nyh narushenij u bol'nyh rektocеле / Ju. A. Shelygin // *Aktual'nye problemy koloproktologii : nauch. konf. s mezhdunar. uchastiem, posvjashh. 40-letiju GNC koloproktologii, 2–4 fevr. 2005 g. : tez. dokl. / M-vo zdrazvoohranenija i social. razvitija Ros. Federacii, GU Gos. nauch. centr Koloproktologii, Assoc. koloproktologov Rossii ; pod red. G.I. Vorob'eva, I.L. Halifa.* M., 2005. pp. 143–145.
9. A double-blind, randomized trial comparing Ligasure and Harmonic Scalpel hemorrhoidectomy / S.Y. Kwok [et al.] // *Dis. Colon Rectum.* 2005. Vol. 48, no. 2. pp. 344–348.
10. A randomized controlled trial of diathermy vs. stapled hemorrhoidectomy in an intended day-care setting with longer-term follow-up / M.J. Cheetham [et al.] // *Dis. Colon Rectum.* 2003. Vol. 46, no. 4. pp. 491–497.
11. Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review / I.E. Nygaard [et al.] // *Obstet. Gynecol.* 2004. Vol. 104, no. 4. pp. 805–823.
12. Wu M.P. The use of prostheses in pelvic reconstructive surgery: joy or toy? / M.P. Wu // *Taiwan J. Obstet. Gynecol.* 2008. Vol. 47, no. 2. pp. 151–156.
13. The role of biofeedback therapy in functional proctologic disorders / M. Kairaluoma [et al.] // *Scand. J. Surg.* 2004. Vol. 93, no. 3. pp. 184–190.
14. The role of lasers in hemorrhoidectomy / J.Y. Wang [et al.] // *Dis. Colon Rectum.* 1991. Vol. 34, no. 1. pp. 78–82.
15. The surgical correction of anterior rectocele. Our experience / P. Boccasanta [et al.] // *Minerva Chir.* 1997. Vol. 52, no. 5. pp. 549–556.

References

1. Blagodarnyj L.A. Kak uluchshit' rezul'taty hirurgicheskogo lechenija gemorroja / L.A. Blagodarnyj, J.A. Shelygin // *Consilium Medicum. Hirurgija.* 2006. T. 8, no. 1. pp. 49–52.
2. Vorob'ev, G.I. Gemorroj : [prakt. rukovodstvo] / G.I. Vorob'ev, J.A. Shelygin, L.A. Blagodarnyj. M.: Mitra-Press, 2002. 191 p.

Рецензенты:

Пахомов С.П., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии, ИПМО ГОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород;

Николаев С.Б., д.м.н., врач-хирург центра печени и поджелудочной железы Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа, г. Белгород.

Работа поступила в редакцию 23.01.2013.