

РЕКТОЦЕЛЕ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

RECTOCELE: CURRENT PERSPECTIVE

E. Zhumanova
A. Muravlev
D. Kolgaeva
Ya. Savelieva
K. Lyadov

Summary. Rectocele is one of the leading causes of derangement and dysfunction of the pelvic floor and rectum. Both conservative (predominantly at early stages) and surgical treatment approaches are used, but results of rectocele treatment are often unsatisfactory and demand repeated interventions. Thus, the development and implementation of new interdisciplinary rehabilitation programs for women after surgical treatment of rectocele are of vital importance.

Keywords: rectocele, obstructed defecation syndrome, conservative therapy, surgical treatment.

Введение

Пролапс тазовых органов представляет собой выпячивание органов малого таза, выступающее в виде безболезненного мягкотканного образования через влагалище [1, 2]. По типу пролапс тазовых органов разделяют на цистоцеле, ректоцеле

Жуманова Екатерина Николаевна
 К.м.н., доцент, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ (г. Москва); АО Группа компаний «Медси»

ekaterinazhumanova@yandex.ru

Муравлев Алексей Иванович
 Соискатель, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ (г. Москва)
 muravlevgyn@mail.com

Колгаева Дагмара Исаевна
 Врач гинеколог, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ (г. Москва); АО Группа компаний «Медси»

dkolgaiva@gmail.com

Савельева Яна Сергеевна
 Врач гинеколог, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ (г. Москва); АО Группа компаний «Медси»

sav_yan@bk.ru

Лядов Константин Викторович
 Д.м.н., ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова Минздрава России; ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); АО Группа компаний «Медси»; ООО «Московский центр восстановительного лечения» (г. Москва)
 sv005@yandex.ru

Аннотация. Ректоцеле является одной из ведущих причин нарушения положения и дисфункции тазового дна и прямой кишки. Выделяют консервативные (используются преимущественно на начальных стадиях заболевания) и хирургические методы лечения ректоцеле, однако результаты лечения часто остаются неудовлетворительными, что требует проведения повторного лечения. Разработка и внедрение новых комплексных программ реабилитации женщин после хирургического лечения приобретает особую актуальность.

Ключевые слова: ректоцеле, синдром обструктивной дефекации, консервативная терапия, хирургическое лечение.

и выпадение матки. Выделяют четыре степени пролапса (I–IV) [3].

Ректоцеле представляет собой протрузию прямой кишки через влагалищно-прямокишечную фасцию или заднюю стенку влагалища. Истинная распространенность ректоцеле неизвестна; бессимптомный пролапс

отмечается примерно у 40% рожавших женщин [4]. При выполнении дефекографии молодым здоровым добровольцам P.J. Shorvon с соавт. выявили ректоцеле небольших размеров у 17 из 21 женщин (81%), причем у 10 из них (48% от общего числа) размеры ректоцеле составляли более 1 см [5]. Дефекты влагалищно-прямокишечной фасции и пролапс заднего отдела тазового дна регистрируются более чем у 10% не рожавших женщин в возрасте от 18 до 24 лет [6]. В ходе ретроспективного исследования 149554 женщин, проведенного A.L. Olsen с соавт., риск оперативного вмешательства по поводу пролапса тазовых органов в течение жизни к возрасту 80 лет составил 11,1%, причем в 46% случаев операции выполнялись по поводу пролапса органов заднего отдела малого таза [7]. К факторам риска развития ректоцеле относят возраст, многодетность, роды через естественные родовые пути, хирургические вмешательства (включая эпизиотомию, гистерэктомию или иссечение геморроидальных узлов), а также состояния, сопровождающиеся хроническим повышением внутрибрюшного давления, включая хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ), ожирение и запоры [8].

Ректоцеле классифицируют по анатомическому положению и размеру. При высоком (проксимальном) ректоцеле наблюдается ослабление поддерживающего аппарата тела матки, среднее (медиальное) ректоцеле сопровождается ослаблением связочного аппарата тазового дна, низкое (дистальное) ректоцеле связано с нарушением целостности сухожильного центра промежности. Ректоцеле размерами до 2 см относятся к малым и незначительным, образования большего размера считаются крупными и значимыми [9]. Ректоцеле крупных размеров сопровождаются различными симптомами, включая затруднения при дефекации, запоры, боль в прямой кишке.

Анатомия

Ректоцеле возникает в результате нарушения целостности влагалищно-прямокишечной перегородки и грыжевого выпячивания стенки прямой кишки в просвет влагалища [10].

В норме задняя стенка влагалища покрыта плоским эпителием, под которым расположена собственная пластинка слизистой оболочки, состоящая из рыхлой соединительной ткани. Под собственной пластинкой располагается слой гладких мышц, коллагена и эластина — влагалищно-прямокишечная фасция. Она является продолжением париетальной фасции таза, окружающей тазовые органы и обеспечивающей их фиксацию. Париетальная фасция также содержит кровеносные и лимфатические сосуды и нервы, идущие к органам малого таза. Denonvilliers впервые описал плотную соеди-

нительнотканную перегородку, расположенную между мочевым пузырем и прямой кишкой у мужчин, прямокишечно-пузырную фасцию [11]. Эта фасция аналогична ткани влагалищно-прямокишечной перегородки у женщин. В норме влагалище стабилизируется и удерживается в физиологическом положении на трех уровнях. В верхней части париетальная фасция таза соединяет влагалище с комплексом кардинальной и маточно-крестцовой связок. Латерально париетальная фасция таза соединяется с сухожильной дугой фасции таза, латеральная часть влагалища также прикрепляется к фасции, расположенной над мышцей, поднимающей анус. В нижней части влагалище прикрепляется к сухожильному центру промежности. Влагалищно-прямокишечную перегородку описывают как «непрерывный слой ткани, идущий от крестца к сухожильному центру промежности».

Многие авторы рассматривают шейку матки как «верхнее центральное сухожилие», а сухожильный центр промежности — как «нижнее центральное сухожилие», между которыми собственная фасция таза распространяется во влагалищно-прямокишечную перегородку [4, 8]. Ректоцеле возникает в результате растяжения или отделения и разрыва влагалищно-прямокишечной фасции с образованием выпячивания задней стенки влагалища, обнаруживаемого при пробе Вальсальвы. Дефекты влагалищно-прямокишечной фасции или ее отделение от места прикрепления часто возникают в результате родов или неправильного сращения тканей после эпизиотомии [12]. Кроме того, у пациентов могут возникать дефекты фасции, расположенные латеральной, по средней линии или высокие поперечные дефекты. Отрыв влагалищно-прямокишечной фасции от манжетки влагалища приводит к формированию энтероцеле.

Симптомы заболевания

Ректоцеле малых размеров могут быть совершенно бессимптомными и обнаруживаться при обследовании по другим поводам. В зависимости от ведущих симптомов, пациентки могут обращаться к врачам различных специальностей. При наличии жалоб на ощущение давления в малом тазу, диспареунии, пролапсе органов малого таза или недержании мочи пациенты чаще обращаются к гинекологам или урогинекологам, в то время как при недержании кала, хронических запорах, выпадении прямой кишки или ректальных кровотечениях женщин направляют к колоректальному хирургу [4].

Грыжевое выпячивание прямой кишки через заднюю стенку влагалища образует видимое выпуклое образование, которое может сопровождаться появлением определенных симптомов. Обычно женщины жалуются на необходимость надавить пальцем на образование

на задней стенке влагалища для начала или завершения дефекации. Затруднение дефекации в результате накопления каловых масс в полости, образованной ректоцеле, приводит к увеличению давления в области промежности. Женщины ощущают неполное опорожнение кишечника, если не надавливают на ректоцеле для завершения процесса дефекации, что также приводит к росту внутрибрюшного давления в результате натуживания при опорожнении кишечника [12]. Рост внутрибрюшного давления в свою очередь ведет к увеличению объемов ректоцеле. Проблема запоров недостаточно принимается во внимание многими врачами. Неточное представление о диагностических критериях запоров, а также недостаточное понимание сложности функции толстого кишечника приводит к пренебрежению имеющимися симптомами. Зачастую, это приводит к необходимости хирургического лечения ректоцеле, хотя на ранних этапах консервативная терапия, направленная на профилактику запоров, позволяет устранить большую часть симптомов и уменьшить частоту рецидивов. Увеличение размеров ректоцеле может приводить к увеличению диаметра влагалища и к сексуальной дисфункции в результате снижения способности влагалища к сокращению и снижению чувствительности во время полового акта [13].

Ректоцеле также может сочетаться с геморроем. Обычно геморрой возникает вторично в результате чрезмерного напряжения при дефекации и результатом повышения внутрибрюшного давления [14].

При больших объемах ректоцеле у женщин может определяться объемное выпячивание во влагалище. В далеко зашедших случаях ректоцеле может выходить за границы внешнего отверстия влагалища, что ведет к повышению риска образования эрозий и язв слизистой оболочки влагалища, а также к ускорению его прогрессирования в результате дальнейшего ослабления задней стенки влагалища. Часто могут встречаться сочетания ректоцеле с энтероцеле и цистоцеле.

Лечение

Ректоцеле — структурная проблема, которую на поздних стадиях удается скорректировать только хирургическим путем, хотя лечение симптомов заболевания подразумевает медикаментозную терапию и коррекцию образа жизни.

Консервативная терапия

Консервативная терапия используется на ранних этапах заболевания, а также рассматривается также как реабилитационно-восстановительный. При обнаружении синдрома обструктивной дефекации (СОД) пациентов

направляют к физиотерапевту для проведения терапии с биологической обратной связью.

Биологическая обратная связь

Биологическая обратная связь (БОС) высокоэффективна при лечении СОД, даже при наличии структурных дефектов, затрудняющих дефекацию [15–19]. С. W. Lau с соавт. исследовали эффективность лечения у пациентов с анизмом (диссинергической дефекацией) в зависимости от наличия и степени тяжести структурных нарушений. Авторы не выявили различий по распространенности ректоцеле у пациентов, продемонстрировавших положительный ответ на терапию БОС и в группе пациентов с отсутствием эффекта от терапии [19]. Т. Mimura с соавт. провели проспективное исследование эффективности БОС у пациентов с СОД и большими размерами ректоцеле (более 2 см) [18]. Было зарегистрировано умеренное улучшение по различным показателям после БОС и значительное увеличение частоты дефекации. Следует отметить, что авторы не обнаружили прогностического влияния необходимости пальцевой стимуляции дефекации, анизма, размеров ректоцеле или задержки контраста при проведении дефекографии в отношении эффективности лечения.

С. W. Hicks с соавт. продемонстрировали улучшение симптомов у 71% пациентов с ректоцеле на фоне медикаментозного лечения и БОС, и даже более высокие показатели у пациентов с сопутствующей инвагинацией кишечника. После БОС степень выраженности СОД снизилась с 15 до 10,5 баллов ($p < 0.001$), сходное улучшение было достигнуто у пациентов, которым выполнялось хирургическое лечение (13,5–10,5 [$p < 0,001$]) [16].

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение ректоцеле проводят при неэффективности консервативных методов лечения. Целью является восстановление и сохранение нормального анатомического строения и физиологической функции. Основные хирургические подходы включают трансабдоминальную (ТАБ), трансвагинальную (ТВ), трансректальную (ТР) или трансперинеальную (ТП) коррекцию ректоцеле [21–22]. ТАБ доступ чаще всего используют при выраженном пролапсе тазовых органов. При применении ТВ доступа с ушиванием дефекта задней стенки влагалища сетчатым трансплантатом отмечается высокая распространенность диспареунии и сохранением симптомов обструктивной дефекации [23]. ТР доступ включает резекцию слизистой и создание складки передней стенки прямой кишки, однако такой подход связан с высокой частотой рецидивов [24]. Кроме того, использование ТР доступа также может приводить к дисфункции анального сфинктера [25]. ТП доступ

имеет преимущества по сравнению с ТР и ТВ доступами в связи с отсутствием необходимости выполнять разрез слизистой влагалища или растяжение анального сфинктера, что позволяет снизить риск нарушения его функции в послеоперационном периоде.

Небольшое число проспективных исследований, несогласованные критерии включения и вариабельность оцениваемых показателей не позволяют определить оптимальный подход к хирургическому лечению ректоцеле [26–27]. Функциональные результаты, особенно связанные с симптомами СОД, практически не задокументированы, особенно в научной литературе гинекологической направленности, когда эти симптомы не являются основным показанием для хирургического вмешательства. В одной из крупнейших опубликованных серий ТВ коррекции ректоцеле М.А. Kahn и S. L. Stanton проводили оценку результатов лечения у 244 женщин, которым выполняли заднюю кольпорафию. У 140 пациентов длительность наблюдения в среднем составила 42,5 месяца. Анатомическое излечение отмечалось у 76% пациентов с устранением симптомов пролапса, однако после хирургического лечения частота запоров, неполного опорожнения кишечника и недержания кала были выше [28].

Исследования пациентов с симптомами СОД часто включают различные варианты патологии, включая пролапс слизистой оболочки, пролапс прямой кишки, кишечную инвагинацию, энтероцеле или другие сопутствующие дефекты, которые могут влиять на успех реконструктивной операции. В научной литературе представлено всего несколько значимых сравнений различных хирургических техник. Результаты многочисленных ретроспективных исследований демонстрируют сходную частоту полного анатомического восстановления, диспареунии, симптомов СОД при проведении традиционной задней кольпорафии по сравнению

с другими подходами [26, 27, 29]. Кохрановский обзор хирургического лечения пролапса тазовых органов у женщин выявил лишь два рандомизированных исследования, включавших 87 женщин, и позволявших провести сравнение ТВ и ТР доступов. Значимых различий по частоте возникновения рецидивов выявлено не было (2 из 39 трансвагинальных доступов по сравнению с 7 из 48 трансректальных доступов; относительный риск 0,32, 95% доверительный интервал 0,07–1,34) [30]. Надежное сравнение функциональных исходов двух вышеуказанных подходов провести не представлялось возможным.

Однако частота неблагоприятных исходов при хирургическом лечении остается высокой, что связано как с неудовлетворительным результатом оперативного вмешательства, так и с часто возникающими рецидивами [31, 32], что требует поиска комплексных методов программ реабилитации для данной категории пациентов.

Заключение

Таким образом, ректоцеле представляет собой состояние, при котором формируется ослабление мышечного каркаса таза, тканей ретроагинальной перегородки, а также расхождение передних порций мышц, поднимающих задний проход. Одной из основных причин формирования ректоцеле является родовая травма промежности. Заболевание проявляется в виде затруднений при дефекации, ощущением неполного опорожнения прямой кишки, необходимостью ручного пособия при дефекации и др. Методы лечения разделяют на консервативные и хирургические, однако часто использование имеющихся методов лечения является неудовлетворительным. В настоящее время особую актуальность приобретает поиск комплексных методов лечения и восстановления с целью улучшения качества жизни пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оразов М. Р., Радзинский В. Е., Хамошина М. Б. и др. Взгляд на патогенетические механизмы формирования пролапса тазовых органов. Трудный пациент. 2018. Т. 16. № 1–2. С. 9–15.
2. Culligan PJ. Nonsurgical management of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2012;119(4):852–60. doi: 10.1097/AOG.0b013e31824c0806.
3. Tso C, Lee W, Austin-Ketch T, Winkler H, Zitkus B. Nonsurgical Treatment Options for Women With Pelvic Organ Prolapse. *Nurs Womens Health.* 2018;22(3):228–239. doi: 10.1016/j.nwh.2018.03.007.
4. Mustain WC. Functional Disorders: Rectocele. *Clin Colon Rectal Surg.* 2017;30(1):63–75. doi: 10.1055/s-0036-1593425.
5. Shorvon PJ, McHugh S, Diamant NE, Somers S, Stevenson GW. Defecography in normal volunteers: results and implications. *Gut* 1989;30(12):1737–1749
6. Dietz HP, Clarke B. Prevalence of rectocele in young nulliparous women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2005;45(5):391–394
7. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997;89(4):501–506.
8. Zimmermann EF, Hayes RS, Daniels IR et al. Transperineal rectocele repair: a systematic review. *ANZ J Surg.* 2017;87(10):773–779. doi: 10.1111/ans.14068.
9. Carter D, Gabel MB. Rectocele — does the size matter? *Int J Colorectal Dis.* 2012;27(7):975–80. doi: 10.1007/s00384-012-1425-7.
10. Оразов М. Р., Хамошина М. Б., Носенко Е. Н. и др. Патогенетические механизмы формирования пролапса тазовых органов. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение.* 2017. № 3 (17). С. 108–116.

11. Richardson AC. The rectovaginal septum revisited: its relationship to rectocele and its importance in rectocele repair. Clin Obstet Gynecol 1993;36(4):976–983
12. Фоменко О. Ю., Шельгин Ю. А., Попов А. А. и др. Функциональное состояние мышц тазового дна у больных с ректоцеле. Российский вестник акушера-гинеколога, 2017.-№3.-С.43–48.
13. Brandner S, Monga A, Mueller MD et al. Sexual function after rectocele repair. J Sex Med. 2011;8(2):583–8. doi: 10.1111/j.1743–6109.2010.02101.x.
14. Журавлев А. В., Каторкин С. Е., Чернов А. А. и др. Современное хирургическое лечение больных ректоцеле в сочетании с хроническим внутренним геморроем. Вестник медицинского института Реавиз, 2016.-№3.-С.59–63.
15. Фоменко О. Ю., Шельгин Ю. А., Титов А. Ю. и др. Роль биофидбек-терапии при функциональных расстройствах дефекации у больных ректоцеле. Колопроктология. 2017. № S3 (61). С. 42–42а.
16. Hicks CW, Weinstein M, Wakamatsu M et al. In patients with rectoceles and obstructed defecation syndrome, surgery should be the option of last resort. Surgery 2014;155(4):659–667.
17. Lehur PA, Stuto A, Fantoli M et al. Outcomes of stapled transanal rectal resection vs. biofeedback for the treatment of outlet obstruction associated with rectal intussusception and rectocele: a multicenter, randomized, controlled trial. Dis Colon Rectum. 2008;51(11):1611–8. doi: 10.1007/s10350–008–9378–1.

© Жуманова Екатерина Николаевна (ekaterinazhumanova@yandex.ru), Муравлев Алексей Иванович (muravlevgn@mail.com), Колгаева Дагмара Исаевна (dkolgaiva@gmail.com), Савельева Яна Сергеевна (sav_yan@bk.ru), Лядов Константин Викторович (sv005@yandex.ru). Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Первый МГМУ им. И.М. Сеченова