

С.С. Иманова, Б.М.Зейналов

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Выпадение прямой кишки занимает особое место среди хирургических проктологических заболеваний и его доля в структуре инвалидизации и потере трудовой деятельности трудоспособного населения значительно выше. Оно характеризуется тем, что из-за выраженных неприятных клинических симптомов- выпадение значительной массы органа наружу, частые запоры и замена его с диареей, недержание кала и газов, нарушение мочеиспускания, выделения обильной слизи последующей неизбежной мацерацией перианальной кожи, изъязвление выпавшей части вследствие хронического повреждения частыми кровотечениями др. снижается качество жизни социально-общественно-биологическая ценность пациентов, вследствие чего многие из них вынужденно выбирают замкнутый образ жизни. Лечение данной патологии очень сложное, в основном требуются большие материальные средства, много времени, этапные и трудоемкие высококвалифицированные хирургические вмешательства. Результаты хирургических методов неутешительны, частота рецидивов (в пределах 10-40%) и нежелательных результатов высокие [1, 2].

В настоящее время в хирургической практике выполняются 2 типа операций-внутрибрюшные и промежностные.

Брюшные операции выполняются с целью надежной фиксации выпавшей части к связочным и костно-мышечным структурам малого таза. Они более надежные, имеют меньшую частоту рецидивов и лучшие функциональные результаты. Однако, их нежелательно выполнять у молодых лиц из-за частого повреждения срамных нервов, что влечет за собой нарушения фертильности у женщин и эректильной дисфункции, что особенно не приемлемы у лиц репродуктивного возраста. Кроме того, абдоминальные операции технически более сложные при рецидивах так промежностных, так и брюшных операций, требуют привлечение высококвалифицированных специалистов. А при использовании лапароскопических или робо-

тических технологий стоимость фиксирующих операций несколько раз увеличивается [3,4].

Целью промежностных хирургических операций является удаление выпавшей части, восстановление анатомической целостности запирающего комплекса, улучшение функциональных расстройств (недержание мочи, кала и газов) и кишечной деятельности (запоры), повышение трудовой деятельности, и самое главное качество жизни и сексуальных функций пациентов [5,6]. Тем не менее, промежностные операции более предпочтительны у лиц более 50 лет, у пациентов с высоким риском и при рецидивах внутритазовой хирургии [7].

Несмотря на публикации ряда рандомизированных клинических исследований, до сих пор не уточнены убедительные доказательства превосходства абдоминальных операций над промежностными, или наоборот [8, 9].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определение факторов риска неблагоприятных результатов и рецидивов, верификация, систематизация и унификация показаний и противопоказаний операции Delorme и изучение ее результатов при выпадении прямой кишки

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В настоящее исследование были включены 37 пациентов обоего пола (женщин- 22, мужчин- 15), прооперированные по методике Delorme в период с 2011 по 2016 гг. в КМЦ ГУЗ г. Баку и Учебно-хирургической клинике Азербайджанского медицинского университета. Средний возраст $54,9 \pm 1,3$ (от 39 до 77 года). После тщательного сбора важных анамнестических и физикальных данных оценены результаты визуализационных методов исследования - ирригография, пассаж бария по толстой кишке при динамической рентгеноскопии, эндоректальная ультрасонография, рентгенологическая и (или) магнитно-резонансная дефекография, видеоколоноскопия, а также ректальная сфинктерометрия с изучением основных физических параметров-

волевое сокращение мышц сфинктерного аппарата, его сила в покое и при натужении.

После разработанной нами предоперационной подготовки (щадящая бесшлаковая диета, очистительные клизмы, антибиотикопрофилактика (метронидазол, цефалоспорины), общеукрепляющее лечение, фармакологическая коррекция сопутствующих соматических патологий) операции выполнены под общей или спинальной анестезией в гинекологическом (литотомическом) положении. Тщательно обработали операционное поле и просвет выпрямленной прямой кишки антисептическими растворами и вводили в подслизистый слой раствор разбавленного адреналина. Затем выводили наружу мобильную часть прямой кишки и на уровне линии аноректальной циркулярно иссекли и удалили мукозу, обновили мышцы, произвели их пликацию параллельными и продольными гофрированными рассасывающими швами викрил 3/0 до слизисто-кожной границы. При недостаточности анального сфинктера III-IV степени выполняли леваторопластику. Тем самым восстанавливается запирающий мышечный аппарат прямой кишки. Этапы операционной техники по Delorme показаны на рис. 1.

Послеоперационное ведение больных не отличалось от больных прооперированных по поводу других проктологических заболеваний. Пероральное диетическое щадящее питание назначили через 24 часа после операции.

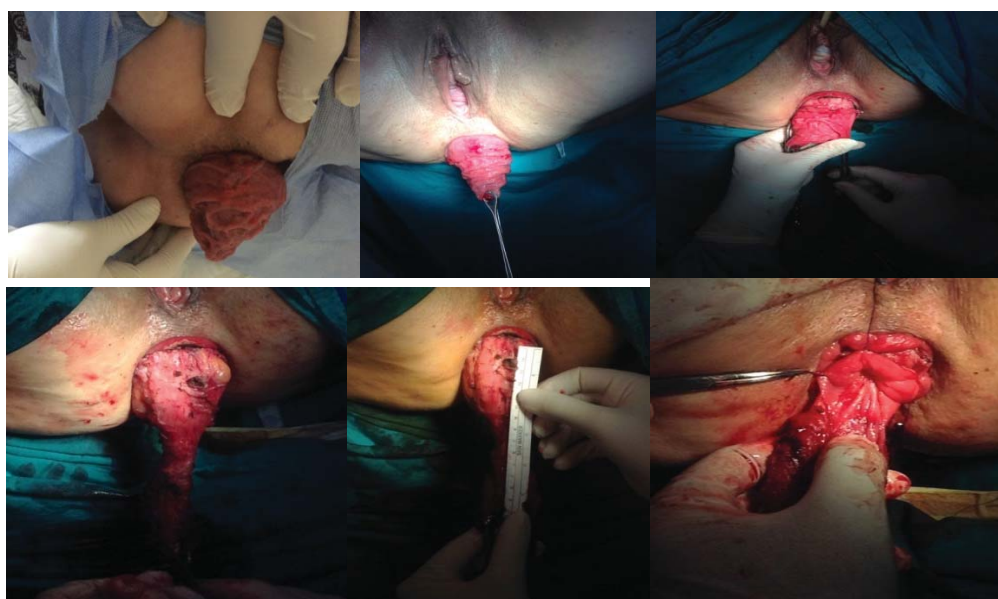
Мочевой катетер удаляли в течение первых двух суток. У пациентов с заболеваниями и перенесшие операции в предстательной железе, катетер оставили на длительный срок (7-21 сутки). После полного восстановления кишечной деятельности, нормальной дефекации и температуры пациенты были выписаны.

8 больные прооперированы в последние месяцы. В дальнейшем все больные находились под амбулаторным наблюдением (от 6 мес. до 6 года).

Статистические обработки полученных данных обработаны с использованием статистического пакета SPSS Inc. версии 19.0. Количественные переменные были проанализированы критерием χ^2 Pearson и с помощью теста Mann-Whitney U. Факторы риска для рецидива определены по методу Kaplan-Meier.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ.

При поступлении все пациенты жаловались на наличие выпячивания (рис.2) и чувство инородного тела в анальной области, запоры (21 (56,75%)), недержание кала и газов (15 (40,5%)), недержание мочи (12 (32,4%)). У 27 больных (72,9%) обнаружена выраженная перианальная мацерация кожи, у 22 (59,6%) также изъязвление выпавшей части. 20 женщин (54,1%) имели сопутствующий пролапс гениталий, 4 из них III степени тяжести. 3 женщины ранее перенесли открытую (2) и лапароскопическую гистерэктомию.



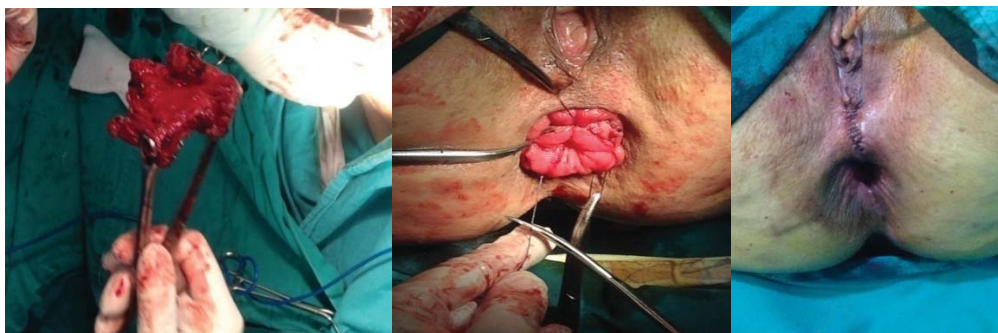


Рис. 1. Этапы операции Delorme

4 пациентов (2 женщин и 2 мужчин) также ранее были прооперированы внутрибрюшными методиками по Kummel (задняя ректо-промонториальная пексия) и задней ректопек-

сии с использованием ретроперитонеально расположенной полоски полипропиленовой сетки. Всего 21 пациент (56,75%) имели оценку ASA I и 16 (43,25%) - ASA II.



Рис. 2. Выпадение прямой кишки

В данном исследовании изучены и проанализированы результаты операции Delorme у 22 женщин (59,5%) и 15 мужчин (40,5%) со средним возрастом $54,9 \pm 1,3$ (от 39 до 77).

Осложнения оценены по классификации Dindo-Clavien (2004) и выделены на 2 группы: общие и местные [13]. Среди общих осложнений встречались трудно поддающиеся слабительным препаратам запоры у 6, частые диареи - 2, застойная и реактивная пневмония - 3, длительный субфебрилитет - 2. К местным осложнениям отнесены: нагноение раны - 4, анальная недостаточность 1-й (7) и 2-й степени - 3, задержка мочи - 3, частое мочеиспускание - 2, расхождение анодермальных швов - 2 и периоперационная подкожная гематома - 1.

При общих осложнениях потребовались медикаментозное лечение (антибиотики, витамины, иммуностимуляторы, пре- и пробиотики, по показаниям НПВС и др.) врачами-специалистами (диетолог, гастроэнтеролог,

терапевт, пульмонологи т.д.), физиотерапевтические процедуры и соответствующие диеты.

Местные осложнения относились к I-II степени по классификации Dindo-Clavien (2004), соответственно не требовали хирургического вмешательства и реоперации. Проводили местное лечение антисептическими растворами, гелями, содержащими антибиотики, протеолитические ферменты и гидрофильными мазями, иногда использовали физические методы лечения (ультразвуковая кавитация, облучение раневой поверхности CO₂-лазером). Рецидивы встречались у 3 женщин и 2 мужчин. Летального исхода не было.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре составляли $5,9 \pm 0,6$ суток (от 3 до 19). Качество жизни и степень сексуальной активности (дисфункции) изучали по краткой форме SF-36 [10, 11] и по шкале Wexner.

Было установлено, что рецидивы выпадения прямой кишки связаны в основном хро-

ническим запором ($p < 0,5$), другими сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, печени, желчных путей, поджелудочной железы, в частности сахарным диабетом и ожирением ($p < 0,5$), малоподвижным и сидячим образом жизни ($p < 0,5$) и качеством выполнения операции ($p < 0,5$). У лиц со средним возрастом рецидивы заболевания не встречались. А у больных старше 60 лет в 3-х случаях отмечены рецидивы в течение от 6-ти до 12 месяцев ($p < 0,5$), что были связаны с неадекватным лечением запора (2) или ухудшением соматического заболевания пищеварительного тракта, хотя различия не были статистически достоверными ($p < 0,5$). Статистически значимые различия между количественными переменными не выявлены. По методу Kaplan-Meier установлен, что высокий риск рецидива выпадения прежде всего связан с длительным запором, не поддающимся к фармаколению ($p < 0,001$).

Ранние рецидивы (до 6 мес. после операции) в основном связаны неадекватным выбором операционной методики и некачественным ее выполнением. В нашей серии случаев рецидива в ранних сроках встречался только у 1 пациента.

К поздним рецидивам относятся встречающиеся после 6 мес. от операции (у 4 больных). Они связаны с продолжительным, не поддающимся консервативному лечению и на щадящую диету запором, сроком выпадения и величиной выпавшей части прямой кишки, сопутствующими соматическими заболеваниями, не изменением после операции образа жизни и характера пищи. У больных восстановленным сфинктерным аппаратом рецидив не наблюдался. Такой благоприятный исход встречается также в других исследованиях [13,14]. По данным рандомизированного исследования у 82 пациентов, проведенного Youssef M. et al. (2013) выявлено, что после полной передней и задней леваторопластики рецидив заболевания снижается до минимума - от 14,28% до 2,43%.

Изучены динамика изменений функциональных симптомов и расстройств. Так, степень анальной инконтиненции понижены на 1-2 степени практически у всех больных с дооперационной недостаточностью запира-

тельного аппарата ($p < 0,5$), улучшена кишечная деятельность у 28 (75,7%) ($p < 0,01$), устранена мочева задержка и частое мочеиспускание у 11 пациентов. По отношению к анальному недержанию, значительное улучшение наблюдалось тех больных, у которых операция Delorme дополнена леваторопластикой. Стриктура анального канала не обнаружена ни в одном случае.

Таким образом, операция Delorme является безопасной процедурой с очень низкой смертностью (в нашем исследовании летальность не была) и низкой частоты встречаемости рецидива (13,5%) после наблюдения до 6-х лет. Было установлено, что рецидивы связаны ни выбором и качеством выполнения операции, а продолжительным запором, неадекватным лечением сопутствующих терапевтических заболеваний, сидячим образом жизни и ожирением. По данным литературы, частота рецидивов выше, от 10% до 40%, что связаны с трудностями выбора метода операции, качеством их выполнения, проведения операции хирургами общего профиля и т.д. [1, 2, 16]. Более благоприятные результаты нашего исследования связаны тем, что эти операции в наших клиниках выполняются исключительно специализированной колопроктологической бригадой высококвалифицированных хирургов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Madiba T.E., Wexner S.D., Baig M.K. Surgical management of rectal prolapse // Archives of Surgery, 2005, v.140(1), p.63-73
2. Mohamed M.O., Walid M., Yosry S.G. Delorme's operation plus sphincteroplasty for complete rectal prolapse associated with traumatic fecal incontinence // J Biomed Res., 2015, v.29(4), p.326-331
3. Placer C., Enriquez-Navascués J. M., Timoteo A. et al. Delorme's Procedure for Complete Rectal Prolapse: A Study of Recurrence Patterns in the Long Term // Surg Res Pract., 2015, v.920, p.154.
4. Sooho L., Bong-Hyeon K., Hyung-Jin K. et al. Delorme's Procedure for Complete Rectal Prolapse: Does It Still Have It's Own Role? // J Korean Soc Coloproctol., 2012, v.28(1), p.13-18.
5. D'Hoore A., Cadoni R., Penninckx F. Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy

for total rectal prolapse //British Journal of Surgery, 2004, v.91(11), p.150001505

6. Samaranayake C.B., Luo C., Plank A.W. et al. Systematic review on ventral rectopexy for rectal prolapse and intussusception //Colorectal Disease, 2010, v.12(6), p.504-512

7. Brown S.R. The evidence base for rectal prolapse surgery: is resection rectopexy worth the risk? //Techniques in Coloproctology, 2014, v.18(3), p.221-222

8. Lee S., Kye B.-H., Kim H.-J. et al. Delorme's procedure for complete rectal prolapse: does it still have its own role? // Journal of the Korean Society of Coloproctology, 2012, v.28(1), p.13-18

9. Tou S., Brown S.R., Malik A.I., Nelson R.L. Surgery for complete rectal prolapse in adults //Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008, v.(4)

10. Grevitt M., Khazim R., Mulholland R. et al. The short Forma-36 health survey Questionnaire in spine surgery // J Bone Joint Surg Br, 1997, v.79, p.48-52.

11. Wee H.L., Wu Y., Thumboo J. et al. Association of body mass index with Short-Forma 36 physical and mental component summary scores in a multiethnic Asian population // Int J Obes., 2010, v.34 (6), p.1034-1043.

12. Delorme E. Sur le traitement des prolapsus du rectum totaux, par l'excision de la muqueuserectale or rectocolique //Bulletin et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris, 1900, v.26, p.499-518.

13. Dindo D., Demartines N., Clavien P.-A. Classification of Surgical Complications. A New Proposal With Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey //Annals of Surgery, 2004, v.240, p.205-13

14. DiGiuro G., Ignjatovic D., Brogger J., Bergamaschi R. How accurate are published recurrence rates after rectal prolapse surgery? A meta-analysis of individual patient data // American Journal of Surgery, 2006, v.191(6), p.773-778

15. Youssef M., Thabet W., el Nakeeb A. et al. Comparative study between Delorme opera-

tion with or without postanal repair and levatoroplasty in treatment of complete rectal prolapse //International Journal of Surgery, 2013, v.11(1), p.52-58

16. Watkins B.P., Landercasper J., Belzer G.E. et al. Long-term follow-up of the modified Delorme procedure for rectal prolapse //Archives of Surgery, 2003, v.138(5), p.498-503

SUMMARY

Results of Delorme operation with prolapse of rectum

S.S. Imanova, B.M.Zeynalov

Azerbaijan Medical University, Baku

This article presents the results of a study in 37 patients with prolapse of the rectum, conducted to study the results of the Delorme operation. The average age is 54.9 ± 1.3 (from 39 to 77 years). All patients had different degrees of organ prolapse and associated symptoms. After clinical interpretation and verification of these preoperative methods of visualization diagnostics (dynamic radiographic irrigography, transrectal ultrasonography, X-ray and / or magnetic resonance defecography, video-colonoscopy) and the study of sphincterometry parameters of the operation were performed under general or spinal anesthesia. It was found that the prolapse of the rectum and its relapse are mainly due to chronic constipation ($p < 0.5$), other concomitant diseases of the gastrointestinal tract, liver, biliary tract, pancreas, in particular diabetes and obesity ($p \leq 0, 5$), a sedentary and sedentary lifestyle ($p < 0.5$), the relapse of the disease is most often associated with the degree of severity of prolapse, the choice of the method of operation and the quality of its performance ($p < 0.5$). The study showed that the perineal tactics of Delorme have such advantages as a reduction in the duration of the operation, the length of hospitalization of patients, a reduction in the frequency of postoperative complications, and sexual dysfunction, and can be used as the first choice for surgical treatment of rectal prolapse.