



# Особенности этиологии, диагностики и хирургического лечения ректоцеле

Т.А. Бапиев

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г.Алматы, Казахстан

Общая оценка приведённых литературных сведений позволяет говорить о существовании целого ряда трудностей и нерешённых задач в хирургической реабилитации женщин с заболеваниями промежности – ректоцеле.

Фундаментальные работы по этой проблеме практически отсутствуют, нет единого взгляда на анатомические и функциональные изменения, не разработаны единые показания к хирургическому лечению, не приведён анализ причин послеоперационных неудач и отдалённых результатов. Отсутствует единый взгляд на методы послеоперационного ведения больных с целью их медицинской реабилитации.

**Ключевые слова:** ректоцеле, пролапс тазовых органов, заболевания промежности у женщин

**Актуальность проблемы.** Хирургическая колопроктология за два десятилетия получила стремительное развитие, чему способствовали совершенствование методов инструментальной диагностики, внедрение новых технических средств для снижения травматичности и уменьшения осложнений при выполнении оперативных вмешательств при колопроктологической патологии [1,2,4,11,16,19,29,36,69].

Проблема пролапс тазовых органов у женщин относится к числу актуальных в современной практической медицине, что объясняется его высокой частотой. По данным разных авторов, пролапс отмечается примерно у 60% женщин после 40 лет [1-4,8,14-17,19,66]. Причём одним из самых распространённых видов тазового пролапса считается переднее ректоцеле. По данным большинства авторов, это заболевание встречается у 15-43% женщин [2,22,25,37,44,55]. Исследования Laarhoven показали, что проведение проктографии у женщин среднего и пожилого возраста позволяет выявить ректоцеле у 15-80% обследованных. При этом клинические проявления заболевания отмечаются, в среднем, лишь у 25% из них. Асимптоматичное течение ректоцеле, как правило, наблюдается при малых его размерах [65,72].

Ряд авторов предусматривают выделение трёх степеней заболевания, главным в предлагаемой классификации является отношение к слепому карману, образуемому вследствие дивертикулообразного выпячивания передней стенки прямой кишки к наружному сфинктеру заднего прохода, преддверию влагалища [12,18,22,60].

Ректоцеле – выпячивание передней стенки прямой кишки во влагалище вследствие расхождения

передней порции мышц, поднимающих задний проход, ослабления мышечного каркаса таза и тканей ректовагинальной перегородки. В течение долгого времени ректоцеле считалось лишь видом генитального пролапса.

В поддержании органов малого таза в типичном положении мышце, поднимающей задний проход, принадлежит весьма важная физиологическая функция [5,6,9,17,18,24,27].

Известно, что в понятие «брюшной пресс» следует включить не только брюшную стенку и диафрагму, но и тазовое дно [16,23,29]. Так, если ввести пальцы во влагалище, приложить их к мышцам тазового дна, особенно к мышцам, поднимающим задний проход и заставить женщину тужиться, то можно легко убедиться в том, что сокращения брюшной стенки и мышц тазового дна происходят одновременно, при этом с одинаковой силой.

Обычно леватор состоит из 3 мышечных пучков: лобково-копчикового (m. pubo-coccygeus), подвздошно-копчикового (m. ileo-coccygeus) и седалищно-копчикового (m. ishiyococcygeus), которые физиологически представляют единое целое [36]. При ректоцеле происходит разрыв и расхождение в стороны передней порции лобково-копчиковой мышцы леватора.

Первая степень определяется только при пальцевом исследовании прямой кишки как небольшой карман её передней стенки, вторая степень характеризуется наличием выраженного кармана, доходящего до урвня наружного сфинктера заднего прохода или преддверия влагалища, третья степень – взбухание задней стенки влагалища и передней стенки прямой



кишки за пределы половой щели и анального жома. Эта степень ректоцеле часто сочетается с выпадением передней стенки влагалища, цистоцеле, опущением и выпадением матки [24,26,34,49,66].

По анатомическим признакам ректоцеле подразделяется на три типа – низкое, среднее и высокое [25,26,28,30-35]. Наиболее часто встречается низкое ректоцеле, так как стенки влагалища в средней и верхней части более устойчивы, благодаря силе мышечных волокон *m.levator ani*, которые окружают эти части влагалища и повышают его тонус [36-38,51].

В этиологии заболевания играют роль травматичные и многократные роды, упорные запоры любой этиологии, тяжёлый физический труд, старение и возрастные гормональные нарушения, избыточный вес, конституциональные особенности женского организма, в частности, склонность к висцероптозу.

У 85,2% женщин [12,31,39,43,49] ведущей причиной заболевания являются травматичные роды, протекающие с разрывами промежности II, III степени, особенно неадекватно ушитые; оперативные роды (наложение акушерских щипцов, плодоразрушающие операции, экстракция плода за тазовый конец, перинео- и эпизиотомия), индуцированные роды [15,26-30,35,39,51,70,72]. В результате родовой травмы повреждается фиброзный центр промежности и происходит расхождение в стороны или разрыв передней порции леватора. Факторами риска разрыва промежности и в последующем развития ректоцеле являются роды у первородящих, ригидность тканей промежности, узкий таз, наличие высокой промежности, крупный плод (>4000гр.), многорожавшие женщины, родившие повторно через год и через 2 года, неправильное предлежание плода (задний вид затылочного предлежания, переднеголовное предлежание и др.) во время родов, продолжительность второго периода родов более 1 ч, дистоция плечиков, неправильное оказание ручного пособия при рождении плода, раннее вставание (до 5 дня) после родов при нарушении целостности тазового дна, рано начатый после родов тяжёлый физический труд [41,42,44-46,59].

По данным ряда авторов, основным клиническим признаком при ректоцеле является затруднённая дефекация [37-40,47]. Обычно 85% женщин, обратившихся к проктологу страдают ректоцеле различной степени [2,5,55,57,59,65,72]. Упорное течение и часто безуспешное лечение таких, часто встречающихся патологических состояний, как геморрой и другие заболевания анального канала, являются основанием для целенаправленного обследования состояния ректовагинальной перегородки [31,39,68]. Ректоцеле страдают в основном рожавшие женщины трудоспособного возраста и в большинстве случаев, характеризуется прогрессирующим течением. Заболевание развивается, как правило, постепенно

и медленно прогрессирует с нарастанием местных и общих симптомов, принимая хроническое течение. Перенесённая травма промежности в родах не сразу даёт клинические проявления в молодом возрасте, когда хорошие эластические свойства мягких тканей позволяют компенсировать нарушение мышечной основы ректовагинальной перегородки [31,39,63,65,70]. До установления правильного диагноза подавляющее число пациенток, как правило, обследуются и лечатся у гастроэнтерологов, хирургов, либо и у других специалистов по поводу сопутствующих ректоцеле других заболеваний (запоров, геморроя, анальных трещин и т.п.). Из клинических признаков, как указано выше, наиболее характерным является затруднённая дефекация, которая по данным некоторых авторов манифестирует разными путями [64,65,70,71]. Некоторые пациенты жалуются на невозможность опорожнить прямую кишку при наличии позывов, другие пациенты отмечают «что имеется блок на выходе», «я не могу вытолкнуть» или «содержимое кишечника тянет вниз». Кроме вышеперечисленных жалоб, у пациенток часто встречается длительное натуживание при дефекации. Наличие плотного, фрагментированного кала, как правило, вынуждает больных прибегать к ручному пособию, выражающемуся в надавливании на стенки перианальной области и стенки влагалища, после чего происходит выдавливание калового комка и опорожнение кишечника. Задержка каловых масс в слепом кармане при ректоцеле и раздражение чувствительной зоны эпителия в области зубчатой линии приводит к появлению чувства неполного опорожнения и появлению тенезмов [31,39]. Длительная задержка каловых масс в прямой кишке, вызывает интоксикацию организма за счёт всасывания продуктов распада, сопровождается воспалительными изменениями дистальных отделов толстой кишки [25,26,41,44]. Кроме того, снижается тонус кишечной стенки и внутриректальное давление, что в свою очередь способствует изменению ректальной чувствительности и моторной функции прямой кишки, в результате чего возникают запоры, хотя позывы на дефекацию часто сохраняются, и развивается порочный круг [68-72]. В этот период больные начинают активно использовать слабительные средства, либо прибегать к очистительным клизмам.

Анатомическая близость и физиологическая связь между женскими внутренними половыми органами и дистальным отделом прямой кишки способствует возникновению сочетанных заболеваний этих органов, дифференциальная диагностика которых представляет порой значительные трудности. По данным разных авторов [68-71], у 41% – 89,3% от общего числа пациенток с ректоцеле, наиболее часто при III степени заболевания, имеется сочетание с одним, двумя, тремя хирургическими заболеваниями прямой кишки и мочеполовой сферы, такими как геморрой, анальная трещина, недостаточность наружного сфинктера, а также с цистоцеле.



При родовой травме, кроме механического повреждения мышц тазового дна, может отмечаться денервация тазового дна, риск которой усиливается при длительных родах и крупном плоде, что также играет немаловажную роль в последующей несостоятельности ректовагинальной перегородки [43,51].

Целесообразность одномоментной хирургической коррекции сочетанных аноректальных заболеваний указана в работах ряда авторов [18,22,28,36]. Одномоментные операции не повышают операционный риск, в то же время позволяют избежать серьёзных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и рецидива заболевания в дальнейшем [18,22,70,72].

Несмотря на незначительное увеличение койко-дней, после сочетанных операций, по сравнению с леваторопластикой, преимущество одномоментных операций бесспорно, так как больная избавляется сразу от двух заболеваний, исключается необходимость повторного оперативного вмешательства и, таким образом, повышается экономическая эффективность лечения [32,34,36,47,48,51-54]. Кроме того, сохранение сочетанных аноректальных патологий – одна из самых частых причин недостаточного излечения от симптомов.

По данным некоторых исследователей [30,31,39], при сочетании ректоцеле без ярко выраженных клинических проявлений с каким-либо аноректальным заболеванием, излечение последнего действует как декомпенсирующий механизм.

Таким образом, упорное течение и безуспешное лечение таких, часто встречающихся патологических состояний, как геморрой и другие заболевания являются основанием для целенаправленного обследования ректовагинальной перегородки [58-60,63].

Основным в постановке диагноза ректоцеле является пальцевое исследование передней стенки прямой кишки, во время которого выявляется дивертикулообразное выпячивание её в сторону влагалища, а также истончение ректовагинальной перегородки вследствие расхождения передней части медиальных ножек леваторов на несколько сантиметров. В норме расстояние между обоими леваторами, непосредственно позади ложа, не должно превышать 1,5-2 см [17-19]. Определяется также степень пролабирования, тонус и волевые усилия запирающего аппарата прямой кишки. Важен осмотр также со стороны влагалища. Видимое опущение передней или задней стенок влагалища свидетельствует о несостоятельности леваторов. Кроме того, если надавить введённой рукой со стороны влагалища на промежность, то выпячивается не только промежность, вследствие дряблости тканей, но и стенка прямой кишки [12-14,17,27]. Инструментальные методы обследования позволили

объективизировать размеры дивертикулообразного выпячивания, определить степень выраженности нарушений моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, выявить наиболее характерные нарушения деятельности запирающего аппарата при ректоцеле [21,22]. Наиболее информативны балонная проктография и дефекография, которые дают точную анатомическую картину изменений в прямой кишке и анальном канале во время дефекации. При опущении тазового дна органы малого таза могут иметь нормальную конфигурацию в состоянии покоя и их поражение становится видимым только во время натуживания, что обеспечивается при выполнении дефекографии. Из радиограммы, снятых при проктографии, измеряется длина ректоцеле, аноректальный угол, опущение тазового дна, опущение промежности и длина анального канала [65,66,70].

Рентгенологическими критериями определения стадии ректоцеле являются размеры выпячивания: I степень – ректоцеле менее 2,0 см; II степень – от 2,0 до 4,0 см; III степень заболевания – более 4,0 см [62]. Некоторые авторы [55,56] отмечают практически полное совпадение данных клинического осмотра и результатов проктодефекографии. Методика дефекографии впервые была описана в 1953г. [5,21,57,58], однако широкое применение в клинической практике она получила только в 80-е годы [54-58]. Дефекография может подтвердить клинический диагноз и визуализировать сопутствующие патологические находки [5,21,55,56].

Для диагностики патологии тазового дна все более широко используется ультразвукография [29,30,42,65,71]. Существуют различные методы ультразвукового сканирования тазового дна: промежностный, интаректальный, интравагинальный. Промежностное УЗИ дает возможность визуализировать наружный и внутренний сфинктеры заднего прохода, мышцы, поднимающие задний проход, их целостность, степень расхождения и атрофии [30,42,72]. Широкая доступность УЗИ, лёгкость применения и минимальная цена делают этот метод очень привлекательным для клинического использования у пациентов с дисфункцией тазового дна [29-31,39,42,65,70]. При интравагинальном УЗИ определяется толщина ректовагинальной перегородки, расстояние между леваторами, что имеет диагностическое значение при ректоцеле. Допплерографические исследования показывают тип и скорость кровотока, которые также имеют важное значение, так как при ректоцеле кровоток приобретает резистивный характер (со значительным снижением скорости до  $13,38 \pm 3,27$  см/с, вместо магистрального типа со скоростью  $26,69 \pm 2,36$  см/с [31,39,56,57]). Изучаются перспективы использования магнитно-резонансной томографии в диагностике ректоцеле [39,44,55]. МРТ даёт возможность значительно лучше, чем по данным УЗИ визуализировать мышцы, поднимающие задний проход, их целостность, степень расхождения и



атрофии, ректовагинальную фасцию и её дефекты [29,42,51,52]. Неинвазивность методики позволяет использовать её в послеоперационном периоде для оценки эффективности вмешательства.

Существуют различные мнения о выборе тактики лечения ректоцеле [48,69,70]. Методы лечения должны преследовать цель не только анатомической коррекции выявленных изменений отдельных органов, но и ликвидации функциональных нарушений органов малого таза в целом. В начальных стадиях при I степени ректоцеле, когда клинические симптомы неярко выражены, показана консервативная терапия. Она включает различные методы укрепления мышц тазового дна (электростимуляция, biofeedback, комплексы упражнений), комплекс мер, регулирующих стул (диета, послабляющие препараты) и при необходимости лечение сопутствующих воспалительных заболеваний прямой кишки и половых органов. В частности, комплексы упражнений, рекомендуемые при I степени ректоцеле, включают упражнения Кегеля – изометрические сокращения поперечно-полосатых мышечных волокон, входящих в состав тазового дна, лечебная физкультура по Юнусову – произвольные сокращения мышц тазового дна во время мочеиспускания до прекращения тока мочи.

Показания к оперативному лечению у разных авторов имеют свои отличия [2,28,29,31,56]. Решение относительно хирургического восстановления должно рассматриваться тщательно, оперативное вмешательство следует выполнять только в том случае, если есть уверенность, что существующие симптомы вызваны только ректоцеле. Ректоцеле может быть случайной находкой или может быть результатом затруднённой дефекации, а не причиной [2,29,65]. Например, заболевания, такие как долихосигма, мегадолихоколон, сопровождающиеся упорными запорами в течение длительного периода времени, вторично могут привести к новообразованию ректоцеле. Показанием к оперативному вмешательству являются II-III степени заболевания с наличием клинических признаков суб- или декомпенсации функции тазового дна (запоры, необходимость длительных натуживаний, необходимость различных видов ручного пособия, ощущение инородного тела во влагалище, чувство неполного опорожнения прямой кишки после дефекации и т.д.) [60,61].

Некоторые авторы [56,57] показанием к оперативному вмешательству считают задержку контрастного вещества в ректоцеле на дефекографии, а другие исследователи [5,21,51-57,70,71] принимают проктографические показания – ширину ректоцеле, превышающую 3 см с неполным опорожнением бария из мешка ректоцеле во время эвакуации при наличии клинических признаков у пациента.

Успех оперативного лечения во многом зависит от длительности заболевания и возраста больных. Частота рецидивов опущения стенок влагалища зависит не только от метода оперативного лечения, но и от особенностей соединительнотканых и мышечных структур стенок влагалища, мышц тазового дна [31]. В настоящее время известны свыше 30 способов хирургической коррекции ректоцеле, что с одной стороны свидетельствует об актуальности проблемы, а с другой – о недостаточной эффективности хирургических методик и высокой частоте рецидивов [39,45,49,50]. Послеоперационные рецидивы заболевания составляют от 5% до 15% и не имеют тенденции к снижению [22,28,30,39,41], даже при хороших анатомических результатах оперативного лечения не все симптомы могут исчезать [65,67]. У 10-54% больных используемые способы хирургического и консервативного лечения оказываются неэффективными [6-8,10,14-18,28-30]. Основным хирургическим методом лечения являются различные способы передней леваторопластики, осуществляемые из различных доступов: трансвагинального, промежностного, трансректального, каждый из которых имеет свои показания и противопоказания, свои преимущества и недостатки [29,59,62,66,67]. В большинстве случаев применяется осуществляемая трансвагинальным доступом задняя кольпорафия, передняя леваторопластика, предложенная впервые в 1889г. [1,2,31,66,72]. Одним из условий успешного проведения операции является полное обезболивание и релаксация мышц тазового дна [19,23,31,38,41] и следующие моменты задней кольпорафии, передней леваторопластики:

- выкраивание и отсепаровка из задней стенки влагалища треугольного или ромбовидного лоскута (лучше и безопаснее снизу);
- наложение гофрирующих швов на мышечный слой прямой кишки с захватом с каждой стороны разошедшихся пучков мышцы, поднимающей задний проход, при недостаточности анального жома выполнение также сфинктеропластики;
- восстановление слизистой влагалищной раны;
- соединение краёв раны промежности.

Наибольший интерес представляет новая методика коррекции ректоцеле, заключающаяся в слизисто-подслизистой резекции нижнеампулярного отдела прямой кишки с использованием одноразового набора РРН-01, основу которого составляет циркулярный степлер, разработанный фирмой «Этикон» [26,61,68]. Этот метод рекомендовал А. Longo, при котором резецируется в среднем 6,5см всей толщины ректальной стенки спереди и сзади. Достаточно высокая стоимость аппарата ограничивает использование этого метода широко. Сторонники метода объясняют достижение экономического эффекта за счёт сокращения продолжительности операции, послеоперационных койко-дней, временной нетрудоспособности, затрат на обезболивающие препараты [18,22,52,61,68].



Ближайшие результаты, изученные различными авторами, доказывают эффективность данного метода, хотя для оценки отдалённых результатов требуются дальнейшие исследования с большим числом пациентов и удлинением сроков послеоперационного наблюдения [21,22,30,52,68,71].

Таким образом, имеется необходимость поиска метода восстановления ректовагинальной перегородки без натяжения пуборектальных мышц. Предлагалось несколько способов для достижения этой цели: использование свиной коллагеновой сетки, синтетической сетки, кожного аллотрансплантата [60-64], идентификация и сшивание дефектов ректовагинальной фасции, но функциональные результаты не оценивались.

В связи с этим имеется необходимость изучить отдалённые анатомические и функциональные результаты традиционного и ненатяжного способов восстановления ректовагинальной перегородки.

Общая оценка приведённых литературных сведений позволяет говорить о существовании целого ряда трудностей и не решённых задач в хирургической реабилитации женщин с заболеваниями промежности – ректоцеле.

Фундаментальные работы по этой проблеме практически отсутствуют, нет единого взгляда на анатомические и функциональные изменения, не разработаны единые показания к хирургическому лечению, не приведён анализ причин послеоперационных неудач и отдалённых результатов. Отсутствует единый взгляд на методы послеоперационного ведения больных с целью их медицинской реабилитации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Фёдоров В.Д. Проктология / В.Д. Фёдоров, Ю.В.Дульцев // М. Медицина. -1984. - С.72-78
2. Аминев А.М. Руководство по проктологии в 4 томах // А.М.Аминев. Куйбышев. 1979. - 345 с.
3. Олейник Н.В. Анализ причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения ректоцеле и пути их устранения / Н.В.Олейник, В.Ф.Куликовский, Г.И.Фёдоров // Хирургия. – 2004. - №4. - С. 27-29
4. Султанов Г.А. Проктология / А.Султанов, Р.И. Мехтиев, С.Р.Мусаева // Баку, Тябиб. -1994. - 165 с.
5. Зароднюк И.В. Значение рентгенологического метода в диагностике различных вариантов ректоцеле / И.В.Зароднюк, А.Ю.Титов // Вестник рентгенологии и радиологии. -1996. - №4. - С.89
6. Кулаков В.И. Несостоятельность сфинктера прямой кишки после родов / В. И. Кулаков, Е.А.Чернуха // Акушерство и гинекология. -2000. - №1. - С. 11-13
7. Семиокин Е.И. Колопроктология / Е.И.Семиокин. // М., Медпрактика. - 2004. - С. 80-82
8. Курбанов О.А. Хирургическое лечение ректоцеле / О.А.Курбанов //Актуальные вопросы колопроктологии. Иркутск. - 1999. - С. 103-104
9. Кулжабаев Т. Сочетание ректоцеле с хроническим геморроем, задней анальной трещиной и недостаточностью анального жома / Т.Кулжабаев, Н.Б.Айбасов, Н.А.Коваленко // Актуальные проблемы колопроктологии. Иркутск. - 1999. - С. 56-57
10. Применение пенных аэрозолей для профилактики местных осложнений при операциях по поводу ректо-вагинальных свищей и ректоцеле / Н.В. Олейник [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии. Иркутск. -1999. - С. 130-131
11. Шамсиев Г.Х. Некоторые вопросы лечения старых послеродовых разрывов в промежности / Г.Х.Шамсиев // Актуальные проблемы проктологии. Душанбе. - 1998 - С.107-109
12. Кулжабаев Т. Новые данные о диагностике и лечении сочетанных колопроктологических заболеваний /Т.Кулжабаев// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. - 1997. - №4. - С. 79-81
13. Хараберюш В.А. Хирургическое лечение сочетанных проктологических заболеваний / В.А.Хараберюш, Ф.Э.Элин, Я.Ф.Рогалин // Клиническая хирургия. - 1986. - №2, - С. 42-43
14. Методы диагностики и хирургической коррекции нарушений функций у больных с послеродовой недостаточностью анального сфинктера и ректовагинальными свищами / В. Г. Скворцов [и др.] // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. - 1998. - №2.- С. 50-53
15. Глебова Н.Н. Опыт лечения и реабилитации женщин, перенесших травмы мягких тканей родовых путей / Н.Н.Глебова, Н.Г.Мухаметшина // Акушерство и гинекология. - 1983.- №4. - С. 49-50
16. Краснополянский В.И. Диагностика и выбор метода хирургической коррекции недержания мочи при пролапсе гениталий у женщин / В.И.Краснополянский [и др.] // Акушерство и гинекология. -2000. - №1. - С. 29-32
17. Абдуллаев М.Ш. Недостаточность анального сфинктера при ректоцеле / Ш. Абдуллаев, Н.Н.Полетов // Проблемы проктологии. М. - №7. - 1986. - С. 51-53
18. Воробьёв Г.И. Лечение ректоцеле методом трансанальной эндоректальной циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки / Г.И.Воробьёв [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии. – М. - 2005. - С. 53-55



19. Даутов Ф.А. Сочетанные операции промежности у проктологических больных / Ф.А. Даутов, Ш.Б. Юсупов // Актуальные проблемы колопроктологии. М. – 2005. - С. 60-61
20. Дзанаева Д. Б. Новый подход к хирургической коррекции ректоцеле III степени и опущения задней стенки влагалища у пациентов пожилого возраста / Д.Б. Дзанаева // Актуальные проблемы колопроктологии. М. – 2005. - С. 63-64
21. Дрыга А.В. Некоторые аспекты рентгенодиагностики ректоцеле / А.В.Дрыга, В.А. Привалов, Е.Э. Мединская // Актуальные проблемы колопроктологии. – М. – 2005. - С. 65-66
22. Опыт использования циркулярного степлера для резекции слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки в комплексном лечении ректоцеле / А.В. Китаев [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии. М. - 2005. - С. 90-91
23. О лечении ректоцеле фасциомиопластическим способом / С.В. Масленников [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии; М. – 2005. - С. 109-110
24. Выбор оптимального оперативного доступа и оценка его преимуществ при хирургической коррекции ректоцеле / Н.В.Олейник [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии; М. -2005. - С. 114-116
25. Савченко Ю.П. Применение квантовой терапии в комплексном лечении послеоперационных ран промежности после пластических операций по поводу ректоцеле / Ю.П.Савченко, Н.Б.Косинец, Н.К.Старков // Актуальные проблемы колопроктологии. М. – 2005. - С. 122-123
26. Применение циркулярного степлера PPH-33 при комбинированном лечении ректоцеле / Г.В. Лазарев и др. // Актуальные проблемы колопроктологии. М. – 2005.- С. 137-138
27. Особенности клинической картины и характер функциональных нарушений у больных ректоцеле / Ю.А.Шельгин [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии. М. – 2005. - С. 143-145
28. Гончаров Ю.И. Хирургическая тактика при послеродовых повреждениях промежности / Ю.И.Гончаров, Д.Ю.Гончаров, А.К.Саламов // Актуальные проблемы колопроктологии. - М. – 2005. - С. 412-413
29. Куликовский В.Ф. Перспективы использования магнитно-резонансной томографии в диагностике патологии тазового дна / В.Ф.Куликовский, Н.В.Олейник, А.В.Бабанин // Актуальные проблемы колопроктологии. М. – 2005. -С. 430-432
30. Место и роль сонографии в диагностике патологии тазового дна / В.Ф. Куликовский и др. // Актуальные проблемы колопроктологии. М. -2005. - С. 432-433
31. Дзанаева Д.Б. Наш опыт лечения ректоцеле и опущения задней стенки влагалища / Д.Б. Дзанаева // Актуальные проблемы колопроктологии. М. – 2005. - С. 485-487
32. Косинец Н.Б. Новые подходы в лечении ректоцеле / Н.Б.Косинец // Актуальные проблемы колопроктологии. М. – 2005. - С. 491-492
33. Мудров А.А. Хирургическое лечение ректоцеле перианально-анальным доступом / А.А. Мудров // Актуальные проблемы колопроктологии. М. – 2005. - С. 494-495
34. Чуприна С.В. Первый опыт лечения ректоцеле методом циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки / С.В.Чуприна.// Актуальные проблемы колопроктологии. М. – 2005. - С. 504-505
35. Гайнутдинов Ф.М. Опыт хирургического лечения сочетанных заболеваний прямой кишки / Ф.М. Гайнутдинов // Актуальные вопросы колопроктологии. Самара. – 2003. - С. 46-47
36. Горбань В.А. Способ сфинктеролеваторопластики съёмными швами / В.А. Горбань, С.Н. Щерба // Актуальные вопросы колопроктологии. Самара. – 2003. - С. 47- 49
37. Олейник Н.В. Трансвагинальная пластика ректоцеле с использованием синтетической сетки / Н.В.Олейник, В.Ф.Куликовский, Г.И.Фёдоров // Актуальные вопросы колопроктологии. Самара. – 2003. - С. 107-108
38. Хирургическое лечение ректоцеле перианально-анальным доступом / А.А.Мудров [и др.] // Актуальные вопросы колопроктологии. Самара. – 2003. - С. 97-99
39. Савченко Ю.П. К вопросу о хирургическом лечении ректоцеле / Ю.П.Савченко, Н.Б.Косинец, В.А.Горбань // Актуальные вопросы колопроктологии. Самара. – 2003. - С. 123-124
40. Выбор метода хирургического лечения ректоцеле / С.А. Афендулов др. // Актуальные вопросы колопроктологии. Самара. – 2003 - С. 25-26
41. Дрыга А.В. Некоторые пути оптимизации хирургического лечения больных ректоцеле III степени в сочетании с анальной патологией / А.В. Дрыга, В.А. Привалов // Актуальные вопросы колопроктологии. Самара. -2003. - С. 56-57
42. Дрыга А.В. К вопросу об ультразвуковой диагностике ректоцеле / А.В.Дрыга, В.А. Привалов, Е.М. Ермак // Актуальные вопросы колопроктологии. Самара. – 2003. - С. 57
43. Захарова Н.Ф. Роль ректоцеле в развитии аноректальной патологии / Н.Ф.Захарова, М.Л. Пупышев // Актуальные вопросы колопроктологии. Самара. – 2003. - С. 65-66



44. Тотиков В.З. Лечение ректоцеле и опущения задней стенки влагалища / В.З. Тотиков, Д.Б. Дзанаева // Актуальные вопросы колопроктологии. Самара. – 2003. - С. 138-135
45. Тихонов А.А. Рентгенологическая дефекография в обследовании колопроктологических больных / А.А. Тихонов, И.В. Зароднюк // Актуальные вопросы колопроктологии. Самара. -2003. - С. 569-570
46. Смирнов А.Б. Выбор метода лечения ректоцеле и объективная оценка послеоперационного результата / А.Б. Смирнов, М.Н. Чеканов // Пробл. колопрокт. – 2006. - №19. – С. 209-212
47. Смирнов А.Б. Опыт применения шкалы запоров Векснера у больных ректоцеле / А.Б. Смирнов, М.Н. Чеканов, В.В. Хворов // Сб. раб. XII науч.-практ. конф.: Актуальные проблемы неотложной помощи в практическом здравоохранении. - Мытищи. - 2006. - С. 146-148
48. Смирнов А.Б. Применение дефекопроктографии для оценки состояния аноректального угла и тела промежности при хирургическом лечении ректоцеле / А.Б. Смирнов, В.В. Хворов // Матер. науч.-практ. конф., посв. 140-летию гор. клин. больн. №23: Современные проблемы медицины. - М., 2006. - С. 223-225
49. Смирнов А.Б. Сравнительная оценка методов хирургической коррекции ректоцеле / А.Б. Смирнов, В.В. Хворов // Хирургия. - 2006. - №10. - С. 22-26
50. Хворов В.В. Прогностическая значимость дооперационной дефекографии в оценке обструктивной дефекации у больных ректоцеле / В.В. Хворов // Научные труды ГИУВ МО РФ. - 2007. - №6. - С. 47-48
51. Хворов В.В. Сравнительная оценка методов хирургической коррекции ректоцеле: автореф... канд. мед. наук / В.В. Хворов. - М. - 2007. - 21 с.
52. Kulikovskiy V.F. The advantages of the circular stapler usage for the surgical treatment of the rectocele / V.F. Kulikovskiy, N.V. Oleynick // Proktologia. - NR1/08- Vol.9- P.79
53. Transanal endorectal approach to rectocele / A.M. Kuzminov [et al.] // Proktologia. - NR1/08-Vol.9-P.83
54. Rectocele surgical treatment by transanal sphincterolevatoroplasty / J.V. Mansurov [et al.] // Proktologia. - NR1/08. - Vol.9 - P.91
55. Matkarimov S.R. The role of ozonotherapy in preoperative preparation of patients with rupture partitions accompany insufficiency anal sphincter / S.R. Matkarimov, S.N. Navruzov, Sh.M. Mamatkulov // Proktologia. - NR1/08. - Vol.9. - P.93
56. Method of IVS posterior plastic of rectocele / A.A. Popov [et al.] // Proktologia. - NR1/08. - Vol.9. - P.112
57. Rivkin V. Development and introduction into practice of no-touch anal sphincterometry / V. Rivkin, V. Ustinoff // Proktologia. - NR1/08. - Vol.9. - P.114
58. Solovyov O.L. One seam for restoration of muscular anatomy at rectocele / O.L. Solovyov, M.O. Solovyova, A.O. Solovyev // Proktologia. - NR1/08-Vol.9 - P.128
59. Pathomorphological changes of anal sphincter in defects of rectovaginal septum and its dysfunction / S.V. Sultanova [et al.] // Proktologia. - NR1/08-Vol.9 - P.130
60. Little-invasive technologies in surgical treatment of patients with rectocele and hemorrhoid / B.N. Zhukov [et. al.] // Proktologia. - NR1/08. - Vol.9. - P.158
61. Combined perineal and enorectal repair of rectocele by circular stapler / D.F. Altomare [et al.] // Dis Colon Rectum. - 2002. - Vol.45. - №11. - P. 1549-1552
62. Ayabaca S.M. Anal continence after rectocele repair / S.M. Ayabaca, A.P. Zbar, M. Pescatori // Dis Colon Rectum. - 2002. - Vol.45. - №1. - P.63-69
63. Thornton M.J. Laparoscopic or transanal repair of rectocele? A retrospective matched cohort study / M.J. Thornton, A. Lam, D.W. King // Dis Colon Rectum. – 2005. - Vol.48. - №4. - P.792-798
64. Poman H. Long-term outcomes of transanal rectocele repair / H. Poman, F. Michot // Dis Colon Rectum. – 2005. - Vol.48. - №3. - P. 510-517
65. Altman D. Dis Colon Rectum / D. Altman [et al.] // - 2005. - Vol.48. - №6. - P. 1233-1242
66. Transanal or vaginal approach to rectocele repair: a prospective, randomized pilot study / K. Nieminen [et al.] // Dis Colon Rectum. - 2004. - Vol.47. - №10. - P. 1636-1642
67. The rectogenital septum: morphology, function and clinical relevance / F. Aigner [et al.] // Dis Colon Rectum. - 2004. - Vol.47. - №2. - Vol. 131-140
68. Long-term results of transanal repair of rectocele using linear stapler / A. Ayav [et al.] // Dis Colon Rectum. – 2004. - Vol.47. - №6. - P. 889-894
69. Mercer-Jones M.A. Outcome after transperineal mesh repair of rectocele: a case series / M.A. Mercer-Jones, A. Sprowson, J.S. Varma // Dis Colon Rectum. - 2004. - Vol.47. - №6. - P. 864-868
70. Ellis C.N. Anterior levatoroplasty for the treatment of chronic anal fissures in the females, with a rectocele: a randomised, controlled trial // Dis Colon Rectum. - 2004. - Vol.47. - №7. - P. 1170-1173
71. Glassman. Excellent outcome using selective criteria for rectocele repair / K. Vimal [et al.] // Dis Colon Rectum. - 1996. - Vol.39. - №4. - P.374-378
72. Van Laarhoven C.J.H.M. Relationships between anatomic and symptomatic long-term results after rectocele repair impaired defecation / C.J.H.M. Van Laarhoven, M.A. Kamm, C.I. Bartman // Dis Colon Rectum/ - 1999. - Vol.42. - P. 204-209



# Summary

## Features of etiology, diagnosis and surgical treatment of rectocele

**Т.А. Бапиев**

*National Research Center Surgery named after AN Syzganov, Almaty, Kazakhstan*

General assessment of literature data confirms the existence of a number of difficulties and challenges in surgical rehabilitation of women with diseases of perineum - rectocele.

Fundamental work on this issue is almost absent, there is no single view on anatomical and functional changes that are not developed common indications for surgical treatment, not analyzes the causes of postoperative failure and long-term results. There is no single view of postoperative management of patients for their medical rehabilitation.

**Key words:** rectocele, pelvic organ prolapse, perineal disease in women

### АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

**Т.А. Бапиев** – старший научный сотрудник  
отделения абдоминальной хирургии  
ННЦХ им. А.Н. Сызганова; Республика  
Казахстан, г.Алматы, ул.Желтоксан, 62  
E-mail: talgat\_bapiev@mail.ru