

აბულაძე თ., ივანიშვილი თ., მჭავანაძე დ., ძნელაძე ა., კილაძე გ.

რექტოცელე - დიაგნოსტიკის და მკურნალობის ასპექტები

თსსუ, პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა; თსსუ, ფიზიოლოგიის დეპარტამენტი

რექტოცელე - ქრონიკული დამაუძღურებელი სიპტომოკომპლექსით მიმდინარე დაავადებაა, რომლის განვითარების საფუძველია მენჯის სტრუქტურების ანატომიურ-მორფოლოგიური დარღვევები, უპირატესად რექტოვადინური ძვიდის მიდამოში. შედეგად ვითარდება სწორი ნაწლავის წინა კედლის დივერტიკულისმაგვარი გამობერილობა საშოს უკანა კედლის მიმართულებით (წინა რექტოცელე), ან/და უკანა კედლის გამობერილობა ყითა-კუდუსუნის იოგის მიმართულებით (უკანა რექტოცელე).

რექტოცელე ვითარდება ქალებში. მენჯის და შორისის სტრუქტურების ანატომიურ-ფუნქციური ცვლილებები, როგორც წესი, ნეგატიურად აისახება მათი ცხოვრების ხარისხზე: დეფეკაციაზე კონტროლის დაკარგვით - ყაბზობით და გახანგრძლივებული წინთვებით, სწორ ნაწლავზე და ვაგინაზე ზენოლის შეგრძნებით, შარდის და აირების შეუკავებლობით. ვითარდება დამახასიათებელი შორისის დაწვევის სინდრომი (ე.წ. „მენჯის პროლაფსი“ — [5]), რექტოცელე, ცისტოცელე, ენტეროცელე, საშოს პროლაფსი.

რექტოცელეს განვითარების რისკი მატულობს მძიმე და ხანგრძლივი ფიზიკურ დატვირთვის, ქრონიკული ყაბზობის [9], ჭარბი წონის [4], განმეორებითი ორსულობის [3], გართულებული მშობიარობის და შორისის დაზიანების შემთხვევებში [2].

კვლევის მიზანია რექტოცელეს მკურნალობის ეფექტურობის ამაღლება.

2015-2018წწ. საუნივერსიტეტო კლინიკის პროქტოლოგიის დეპარტამენტში მიმდინარეობდა დაკვირვება წინა რექტოცელეთი დაავადებულ 58 პაციენტზე (ასაკი 36-78). აქედან 27 (46.5%) მათგანს ჩაუტარდა ოპერაციული მკურნალობა.

პაციენტთან პირველი კონტაქტი იწყებოდა დეტალური ანამნეზის შეკრებით. ყველაზე დამახასიათებელი ჩივილები იყო: სწორი ნაწლავის არასრული დაცლის შეგრძნება (ევაკუაციური დარღვევები), დეფეკაციის გაძნელება და წინთვები, რომელსაც აღნიშნავდა ყველა პაციენტი (100%),

- 48 პაციენტი (82.7%) დეფეკაციის აქტის შემსუბუქების მიზნით აღნიშნავდა ხელდახმარების გამოყენების აუცილებლობას საშოს კედელზე ან შორისზე ზენოლით;

- 32 პაციენტი (55.2%) მიმართავდა ნაწლავის ყოველდღიურ განმენდას ოყნით;

- 40 პაციენტი (70%) რეგულარულად ღებულობდა სხვადასხვა საფალარათო საშუალებას.

ანამნეზური მონაცემებით ფასდებოდა პაციენტის ცხოვრების ხარისხი, სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი მონაცემები: ასაკი, მშობიარობის რაოდენობა, ევაკუაციური დისფუნქციის სავარაუდო მიზეზები, თანმხლები პროცესების არსებობა და სხვა.

დიაგნოსტიკის ძირითადი მეთოდია გინეკოლო-

გიურ სავარძელზე ლითოტომიის მდებარეობით სწორი ნაწლავის, საშოს დიგიტალური და ბიდიგიტალური გასინჯვა გაჭინთვის და დახველების ტესტირების გამოყენებით, რომლის მეშვეობით ვლელულობდით პირველ დამადასტურებელ ინფორმაციას რექტოცელეს ზომების, ლოკალიზაციის, ხარისხის - საშოს კარიბჭეში გავრცელების დონის, ანალური სფინქტერის ტონუსის მდგომარეობის შესახებ. ყველა მონაცემი ვერიფიცირდებოდა ტრანსრექტული სონოგრაფიით და კონტრასტული პროქტოგრაფიით. (იხ., ასევე, ქვემოთ).

რექტოვადინური ძვიდის დეფექტით ფასდებოდა დაავადების მდებარეობა: რექტოცელეს დაბალი ლოკალიზაცია დაფიქსირდა 17 პაციენტთან (საშოს ქვედა მესამედში); რექტოცელეს საშუალო ლოკალიზაცია - 31 პაციენტთან (საშოს შუა მესამედში); რექტოცელეს მაღალი ლოკალიზაცია - 10 პაციენტთან (საშოს ზედა მესამედში).

წინა რექტოცელე კლასიფიცირდება სამ ხარისხად:

I ხარისხის დროს არ ვიზუალიზდება საშოს უკანა კედლის გამობერილობა, რექტუმის პალპაციით წინა კედელზე ისინჯება მცირე ზომის ჯიბე, რომელიც ვერ აღწევს საშოს კარიბჭეს. პაციენტები აღნიშნავენ დისკომფორტს, რომელსაც ვერ აკონკრეტებენ. **I ხარისხის** რექტოცელე აღმოაჩნდა 21 პაციენტს (36,2%).

II ხარისხის დროს გაჭინვით იდენტიფიცირდება სწორი ნაწლავის კედლის გამობერილობა საშოს კარიბჭის დონეზე. პაციენტები აღნიშნავენ ევაკუაციურ დარღვევებს, არასრულ დაცლას. დიგიტალური გასინჯვით ჯიბე ატარებს თითს 1-2 სმ-ზე. **I ხარისხის** რექტოცელე აღმოაჩნდა 17 პაციენტს (29,3%).

III ხარისხის დროს მოსვენებულ მდგომარეობაში ვიზუალიზდება უკანა კედლის გამობერილობა და პროლაბირება საშოს ხერხელს გარეთ (სურ 1).

კლინიკურად აღინიშნება დეფეკაციის მკვეთრი დარღვევები, წინთვები, ნაწლავის არასრული დაცლა, შარდის შეუკავებლობა. დიგიტალური გასინჯვით ჯიბე ატარებს თითს 3-4სმ-ზე. ზოგ შემთხვევაში შეიმჩნევა ანალური სფინქტერის უკმარისობა და შერწყმული დაავადებები: ცისტოცელე, ზოგჯერ ენტეროცელე. **III ხარისხის** რექტოცელე აღმოაჩნდა 20 პაციენტს (34,5%).

29 შემთხვევაში (50%) გამოვლინდა მცირე მენჯის და ანორექტუმის თანხმლები დაავადებები: ცისტოცელე (4) შემთხვევა, ჰემოროი (12), ანალური ნაპრალი (7), პერიანალური კონდილომები (2), ანალური ფისტულა (1), პერიანალური დერმატიტი (3). დისპარეუნიას (ინტიმური ცხოვრების შიში, ტკივილი) აღნიშნავდა ყოველი მეხუთე პაციენტი ქალი.

დიაგნოსტიკის მნიშვნელოვანი მეთოდია ტრანსრექტული ულტრაბგერითი გამოკვლევა, რომელიც აფიქსირებს სწორი ნაწლავის კედლის გამობერილობას საშოს კარიბჭეში, აგრეთვე, გაჭინთვის დროს შარდის ბუშტის, საშვილოსნოს და საშოს კედლების დისლოცირებას დისტალური მიმართულებით, რაც მიუთითებს მცირე მენჯის სტრუქტურების რელაქსაციაზე (სურ. 2).



სურ.1. III ხარისხის რექტოცელე



სურ.2

დამატებით ვანარმოებდით ფიზიოლოგიურ კვლევას – ევაკუაციურ სინჯს, რომლითაც დასტურდება სწორი ნაწლავისკენ განავლოვანი მასების გადაადგილების დარღვევის არსებობა. ამ მიზნით სწორ ნაწლავში იდგმება სილიკონის ბალონ-კათეტერი შესვლებული 100 მლ სითხით. უნიტაზზე მჯდომი პაციენტი ასრულებს გაჭინთვის და თუ ბალონი რჩება სწორ ნაწლავში - სინჯი უარყოფითია, რაც მიუთითებს სწორი ნაწლავის ევაკუაციის დარღვევაზე [1]. ევაკუატორული სინჯი ჩვენს მიერ შემომნდა 18 შემთხვევაში. ევაკუაციური ფუნქციის დარღვევა აღინიშნა 12 პაციენტთან.

რექტოცელე მორფოფუნქციური დაავადებაა და მხოლოდ ანატომიური დარღვევების ქირურგიული კორექცია ყოველთვის ვერ უზრუნველყოფს პაციენტების სრულ გაჯანსაღებას. აქედან გამომდინარე, მკურნალობის პროცესი უნდა დაიწყოს **კონსერვატიული** ღონისძიებებით, მიმართული ევაკუაციური დარღვევების ნორმალიზებისკენ და მენჯის ფუძის კუნთების გამაგრებისკენ. ევაკუაციური დარღვევების ნორმალიზების მიზნით მნიშვნელოვანია: დიეტოთერაპია; დიდი რაოდენობით უხეში უჯრედისის შემცველი (დღე-ღამეში - 25გრ) პროდუქტებისა და სითხის (1,5-2,0 ლ) მიღება; დამატებით საჭირო ხდება საფალარათოების, სპაზმოლიტიკების, პროკინეტიკების მიღება; მიკრობიოცენოზის აღდგენისთვის პრო- და პრეობიოტიკების გამოყენება; მენჯის კუნთების დისსინერჯისა და სფინქტერის ინკონტინენციის დროს, რიგ შემთხვევებში, გამოიყენება ტიბიალური ნეირომოდულაცია და ბიოფიდბეგთერაპია, აგრეთვე, სამკურნალო ფიზიკულტურის კომპლექსი.

დაკვირვების ქვეშ მყოფი 58 ქალი-პაციენტიდან 31-ს (53,7%) ჩაუტარდა კონსერვატიული თერაპიის კურსი. მათ უმეტესობას აღენიშნებოდა I ხარისხის რექტოცელე. აღსანიშნავია, რომ მიღწეულ იქნა დარღვეული ევაკუატორული ფუნქციის მნიშვნელოვანი

გაუმჯობესება.

რექტოცელეს **ოპერაციული მკურნალობის** პრობლემა, მიუხედავად არსებული მეთოდების სიმრავლისა, ჯერაც არ ითვლება გადაწყვეტილად.

ყველა ოპერაციული მეთოდი და მოდიფიკაცია მიმართულია სწორი ნაწლავის წინა კედლის დივერტიკულისმავარი გამობერილობის ლიკვიდირებისკენ და რექტოვაგინური ძგიდის გამაგრებისკენ, მაგრამ განსხვავებულია ქირურგიული მიდგომები. არსებობს ტრანსვაგინური, ტრანსრექტული, ტრანსსპერინეალური და ტრანსაბდომინური მიდგომები. ნაწლავის კედლის გამობერილობის ლიკვიდაცია ხორციელდება კედლის ჰორიზონტალური გოფირებით. რექტოვაგინური ძგიდის აღდგენა კი ხდება წინა ლევატოროპლასტიკით.

მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესებისათვის ძალზე მნიშვნელოვანია პათოგენეზურად დასაბუთებული ოპერაციული მეთოდის შერჩევა/გამოყენება [6; 7].

ქირურგიულ მკურნალობაში ჩვენს მიერ ძირითადად გამოყენებული იქნა ორი მიდგომა: ტრანსვაგინური და ტრანსსპერინეური (სურ. 3, 4).

ტრანსვაგინური მიდგომა. ლითოტომიის მდებარეობაში საშოს უკანა კედლიდან სოლისებურად ამოიკვეთება პროლაბირებული სეგმენტი სიგრძით 6-7 სმ. რექტუმიდან თითის კონტროლით და ჰიდროპრეპარირებით ხდება რექტოვაგინური ძგიდის, საშოს უკანა და სწორი ნაწლავის წინა კედლის მობილიზაცია, ლევატორის გამოყოფა. სრულდება სწორი ნაწლავის წინა კედლის გოფირება-გაკერვა დეფექტის კიდიდან კიდემდე კვანძოვანი ვიკრილის ნაკერით, ინტერვალით 0,7-1,0 სმ, ლევატოროპლასტიკა კვანძოვანი ნაკერებით. ოპერაცია სრულდება საშოს უკანა კედლის აღდგენით. ამ მიდგომით არ ხდება შორისის ქსოვილების დარღვევა და, შესაბამისად, ნაკლებია ინფექციის განვითარების ალბათობა პოსტოპერაციულ პერიოდში.

ოპერირებული იყო 18 პაციენტი ქალი. 13 შემთხვევაში რექტოცელე მდებარეობდა საშოს შუა მესამედში, 3 შემთხვევაში იყო მაღალი, 2-ში – დაბალი ლოკალიზაციის. კარგი შედეგი მიღებულია 14 შემთხვევაში, დამაკმაყოფილებელი 3-ში, არადაამაკმაყოფილებელი ერთ პაციენტთან.

ტრანსსპერინეალური - შორისის მხრიდან მიდგომა შესაძლებლობას იძლევა ადეკვატურად შესრულდეს ლევატოროპლასტიკა, რექტოვაგინური ძგიდის აღდგენა და გაძლიერება, ხშირ შემთხვევაში პოლიპროპილენის ბადით, სწორი ნაწლავის ლორწოვან გარსთან შეუხებლობით.

ლითოტომიის მდებარეობაში საშოს ხვრელსა და ანუსს შორის 5-7 სმ ჰორიზონტალური განაკვეთით, რექტუმიდან თითის კონტროლით ეტაპობრივად სრულდება საშოს უკანა და სწორი ნაწლავის წინა კედლის განცალკევება ნაწიბურების მოშორებით.

ამ მიდგომით ოპერირებული იყო 9 ადამიანი. ჩვენს მიერ პლასტიკური ეტაპები შესრულდა მხოლოდ აუტოქსოვილების გამოყენებით. 5 შემთხვევაში რექტოცელე მდებარეობდა საშოს შუა მესამედში, 2-ში იყო მაღალი, 2-ში – დაბალი ლოკალიზაციის. კარგი შედეგი მიღებული იქნა 6 შემთხვევაში, და-

მაკმაყოფილებელი 2-ში, არადამაკმაყოფილებელი ერთ პაციენტთან. ჯამურად, ჩატარებული ქირურგიული მკურნალობიდან შედეგი დადებითი იყო 92,6%-ში (25 პაციენტი) და არაეფექტური აღმოჩნდა მხოლოდ 2 ოპერაცია (7,4%).

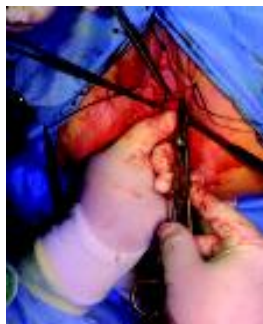
და ბოლოს, ნინა რექტოცელეთი დაავადებულ პაციენტებზე მკურნალობის ეფექტურობის ამალღების მიზნით წარმოებული დაკვირვების შედეგად განისაზღვრა დაავადების დიაგნოსტიკის ალგორითმი: ანამნეზის დეტალური შეკრება, შორისის და ანორექტუმის დიგიტალური და ბიდიგიტალური გასინჯვები, ანოსკოპია, სიგმოიდოსკოპია, კონტრასტულის პროექტოგრაფიით, ულტრასონოგრაფიით, ფიზიოლოგიური კვლევით, ევაკუატორული სინჯით რექტოცელეს ლოკალიზაციის, ზომების, დაავადების ხარისხის, თანმხლები დაავადებების შესაძლო არსებობის განსაზღვრა.

მკურნალობის ტაქტიკა I და ზოგჯერ II ხარისხის რექტოცელეს დროსაც კი, კონსერვატიულია, მიმართულია ევაკუატორული დარღვევების ნორმალიზებისკენ და მენჯის კუნთების გამაგრებისკენ. ჩვენ შემთხვევაშიც კონსერვატიული თერაპიით ევაკუატორული ფუნქცია მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა.

ქირურგიული მკურნალობა ნაჩვენებია II-III ხარისხის რექტოცელეს დროს, გამოხატული კლინიკური სიმპტომების და მძიმე ფუნქციური ტრანზიტორული დარღვევების არსებობისას. მკურნალობის ძირითადი პრინციპებია რექტოცელეს ლიკვიდირება, სწორი ნაწლავის ნინა კედლის გოფრირება, ლევატორების აღდგენით რექტოვადინური ძგიდის გამაგრება, რასაც ჩვენ მხოლოდ აუტოქსოვილების გამოყენებით ვახდენდით. 27 პაციენტზე ქირურგიული ჩარევა ტრანსვადინური და ტრანსპერიანალური მიდგომით, რექტოცელეს საშოში დგომის დონეების შეფასების შესაბამისად განხორციელდა. მიგვაჩნია, რომ ქირურგიული მიდგომის ჩვენეული ვარიანტები ოპტიმალურია, რასაც ადასტურებს პოსტოპერაციულად მიღებული დადებითი შედეგების მაღალი მაჩვენებელი (92,6%).



სურ.3



სურ.4

ლიტერატურა:

1. Fleshman J.W., et. al, Balloon expulsion test facilitates diagnosis of pelvic floor outlet obstruction due to non-relaxing puborectalis muscle//Dis. Colon Rectum. -1992. - Vol. 35. -P. 1019-1025.

2. Fritel X. et. al, Mode of delivery and fecal incontinence at midlife: a study of 2640 women in the Gazel cohort// Obstet. Gynecol. -2007. -Vol.110, N1. -P.31-38.

3. Handa V.L at al. Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse//Am. J. Obstet. Gynecol. -2004. Vol.191. -P.751-756.

4. Handriix S.L. et al. Pelvic organ prolapse in Women's Health Initiative: gravity and gravidity// Am. J. Obstet. Gynecol. -2002. -Vol.186. -P.1160-1166.

5. Kaizer A., Colorectal surgery, თარგმანი ინგლისურიდან 2011.

6. Meurette G, Lehur P.A. Commentary : STARR and Transfer procedures //Colorectal. Dis. 2009, Vol. 11, N8. - P. 828-830.

7. Reboa G, Gipponi M., Logorio M. et al. The impact of stapled transanal rectal resection on anorectal function in patients with obstructed defecation syndrome //Dis. Colon Rectum. - 2009. Vol. 52, N9. -P. 1598-604.

8. Regadas F.S. et al, Three-dimensional endosonography and anal manometry in assessment anterior rectocele in women. A new pathogenesis concept and the basic surgical principle//Colorectal Dis. - 2006. -Vol.9. -P.80-85.

9. Saaresf.A. et al. Role of age, bowel function and parity on anorectocele pathogenesis according to cinedefecography and anal manometry evaluation//Colorectal Dis. -2009. -Vol.11. -P.947-950. (YD-III cross-sectional study).

Abuladze T., Ivanishvili T., Mzhavanadze D., Dzeladze A., Kiladze G.

DIAGNOSIS AND TREATMENT ASPECTS OF RECTOCELE

TSMU FIRST UNIVERSITY CLINIC; TSMU, DEPARTMENT OF PHYSIOLOGY

In the Department of Proctology of TSMU First University Clinic a clinical trial was carried out on 58 patients suffering from anterior rectocele. The goal of the research was to increase the efficacy of the rectocele treatment. The algorithm of the working plan was determined: to collect detailed anamnesis, carry out digital as well as bidigital rectal and vaginal examination, anoscopy, sigmoidoscopy, X-ray contrast evacuation proctography (dynamic rectal examination (DRE)), transrectal ultrasound scan (TRUS) and to use balloon expulsion test to identify the location, the size and the degree of prolapse.

Significant improvement was achieved with conservative therapy in 31 patients (53.7%) who had first degree of the impaired evacuation functions and the pelvic floor muscle dysfunctions. The therapy included specific diet, medications, medical fitness, and in some cases, percutaneous tibial nerve stimulation (PTNS) and biofeedback therapy.

Surgical intervention appeared to be necessary in 27 patients with II and III degrees of impairment, where a transvaginal and transperineal approach was used. Rectocele repair surgery, levatorplasty, restoration of the rectovaginal septum and the posterior vaginal wall was carried out. After surgical operations successful outcome was achieved in 92.6% (25 patients).