

Гайворонская София Станиславовна

Кандидат медицинских наук

Санкт-Петербургское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения «Городская больница № 9»

Назаров Руслан Владимирович, Кандидат медицинских наук

Санкт-Петербургское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения «Городская больница № 9»

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА И ВЫБОР МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ: ОПЫТ ОДНОЙ КЛИНИКИ В ДВА ВРЕМЕННЫХ ПЕРИОДА (1993–2005 И 2015–2024)

Аннотация. Проведён анализ лечения пациентов с ректальным пролапсом, выполнено сравнение абдоминальных и промежностных методов коррекции. Показано, что операция Уэллса наиболее эффективна для предотвращения рецидивов, но несет риски нарушения транзита. Операция Делорма, несмотря на большую частоту рецидивов, является операцией выбора для пациентов с тяжелой коморбидностью. Исследование показало снижение частоты осложнений в хирургической практике и положительное влияние коррекции пролапса на функцию анального держания

Ключевые слова: Выпадение прямой кишки, ректальный пролапс, ректопексия, операция Уэллса, операция Делорма, анальная инконтиненция

Выпадение прямой кишки является сравнительно редкой патологией в структуре проктологических заболеваний и по данным различных авторов встречается в 0,3–5,2% случаев [1,2,4]. Заболевание существенно ограничивает социальную активность и качество жизни, способствуя психоэмоциональным нарушениям и снижению трудоспособности. Часто пролапс сочетается с недостаточностью анального сфинктера (по данным разных исследований 30–90%), что усиливает социальную дезадаптацию [3,5,6].

Несмотря на разнообразие хирургических методик, остаются дискуссионными вопросы выбора оптимального вмешательства. Перинеальные операции обычно рассматриваются как менее травматичные, однако их эффективность и показания трактуются неоднозначно. Абдоминальные ректопексии, особенно с применением синтетических материалов, в отдаленном периоде нередко осложняются развитием выраженных запоров, при этом критерии отбора пациентов для ректопексии в реальной клинической практике различаются.

Цель и задачи исследования

Цель: сравнительно оценить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения выпадения прямой кишки в два временных периода и обосновать выбор оптимального вида вмешательства для конкретного пациента с акцентом на функциональные исходы.

Задачи:

1. Сравнить клинические результаты (ранние и отдаленные) различных операций.
2. Определить показания и противопоказания к используемым вмешательствам.
3. Изучить динамику функционального состояния сфинктерного аппарата (клинически и по колодинамическим тестам) до операции и после нее.
4. Оценить факторы, ассоциированные с развитием пролапса (по доступным данным).
5. Сопоставить, что изменилось в подходах и результатах лечения за 30 лет наблюдений в одной клинике.



Материалы и методы

Дизайн

Ретроспективное сравнительное исследование двух когорт пациентов, оперированных в одной клинике.

Пациенты и периоды

– 1993–2005 гг.: 89 пациентов с выпадением прямой кишки.

– 2015–2024 гг.: 88 пациентов с выпадением прямой кишки.

Период 2005–2015 гг. не включен в анализ в связи с этапом внедрения лапароскопических технологий и переоценкой хирургических подходов (по данным презентации).

По суммарному опыту клиники за 1995–2024 гг. консультировано 528 пациентов (женщины 78%, -омужчины 22%), средний возраст 65 лет; 49% были оперированы, 51% – без радикального лечения. Экстренно поступили 276 пациентов, у 49 выполнено вправление выпавшей кишки (остальные без оперативного лечения). Виды произведённых оперативных вмешательств приведены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Виды вмешательств, исследование 1993–2005

Название операций	Число больных	
	Абсолютное	%
Операция Кюммеля-Зеренина	28	31,5%
Операция Уэллса	29	32,6%
Операция Делорма	32	35,9%
Всего	89	100%

Таблица 2

Виды вмешательств, исследование 1993–2005

Название операций	Число больных	
	Абсолютное	%
Лапароскопическая операция Уэллса	40	45,5%
Операция Уэллса	36	40,9%
Операция Делорма	12	13,6%
Всего	88	100%

Предоперационное обследование

Всем пациентам выполняли:

– «клинический минимум» лабораторно инструментальных исследований

– ректороманоскопию

– ирригоскопию, проктографию с натуживанием и без

– колоноскопию по показаниям

– эндоректальное УЗИ

– комплексное колодинамическое исследование: манометрия анального канала (в покое и при натуживании), ректонобаллонометрия, оценка ректо анального ингибиторного рефлекса

Оцениваемые исходы

Непосредственные: длительность операции, осложнения, течение послеоперационного периода (в т.ч. длительность), восстановление активности и питания (в презентации заявлено как анализируемое, но числовые данные представлены частично).



Функциональные: степень недостаточности анального сфинктера, динамика манометрии (давление в покое/при напряжении), индекс FISI, динамика самостоятельного восстановления сфинктерной функции; влияние на кишечную функцию (запоры).

Отдаленные: частота рецидива выпадения.

В таблицах 3 и 4 приведено распределение больных по стадиям выпадения прямой кишки.

Таблица 3

Распределение больных по стадиям выпадения прямой кишки, исследование 1993–2005

Вид операции	1 стадия	2 стадия	3 стадия	4 стадия	Итого
Операция Кюммеля-Зеренина	-	12 (42,9%)	11 (39,3%)	5 (17,8%)	28
Операция Уэллса	-	8 (27,6%)	17 (58,6%)	4 (13,8%)	29
Операция Делорма	-	4 (12,5%)	20 (62,5%)	8 (25%)	32
ИТОГО	-	24 (27%)	48 (53,9%)	17 (19,1%)	89

Таблица 4

Распределение больных по стадиям выпадения прямой кишки, исследование 2015–2024

Вид операции	1 стадия	2 стадия	3 стадия	4 стадия	Итого
Лапароскопическая операция Уэллса	-	8 (20%)	20 (50%)	12 (30%)	40
Операция Уэллса	-	4 (11%)	12 (33,33%)	20 (56,67%)	36
Операция Делорма	-	2 (16,67)	9 (75%)	1 (8,33%)	12
ИТОГО	-	14 (16%)	41 (46,6%)	33 (37,4%)	88

Результаты

1) Недостаточность анального сфинктера до операции

Недостаточность анального сфинктера до операции выявлялась у значимой доли пациентов в обеих когортах (таблицы 5 и 6). Суммарно по когортам:

– 1993–2005: недостаточность (I–III) – 55/89 (61,8%)

– 2015–2024: недостаточность (I–III) – 50/88 (56,9%)

Таблица 5

Недостаточность анального сфинктера до операции, исследование 1993–2005

Название операции	Отсутствует		1 степень		2 степень		3 степень		ИТОГО
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Операция Кюммеля-Зеренина	13	46,4%	3	10,7%	7	25,0%	5	17,9%	28
Операция Делорма	13	40,6%	2	6,2%	11	34,4%	6	18,8%	32
Операция Уэллса	8	27,6%	2	6,8%	11	38%	8	27,6%	29
ИТОГО	34	38,2%	7	7,9%	29	32,6%	19	21,3%	89



Таблица 6

Недостаточность анального сфинктера до операции, исследование 2015–2024

Название операции	Отсутствует		1 степень		2 степень		3 степень		ИТОГО
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Лапароскоп. операция Уэллса	19	47,5%	5	12,5%	9	22,5%	7	17,5%	40
Операция Уэллса	15	41,7%	3	8,3%	10	27,8%	8	22,2%	36
Операция Делорма	4	33,3%	1	8,3%	4	33,3%	3	25%	12
ИТОГО	38	43,1%	9	10,2%	23	26,1%	18	20,5%	88

2) Длительность операций

Средняя длительность вмешательств:

1993–2005:

- Делорма – 1:23 (~83 мин)
- Кюммеля-Зеренина – 1:42 (~102 мин)
- Уэллса – 2:10 (~130 мин)

2015–2024:

- Делорма – 1:45 (~105 мин)
- Уэллса (открытая) – 2:21 (~141 мин)
- Уэллса (лапароскопическая) – 3:32 (~212 мин)

Таким образом, лапароскопическая ректопексия по Уэллсу сопровождалась большей продолжительностью операции, что может отражать сложность техники/этап внедрения и требования к прецизионной диссекции.

3) Послеоперационные осложнения

Таблица 7

Послеоперационные осложнения, исследование 1993–2005

Характер послеоперационных осложнений	Вид операций		
	Операция Кюммеля-Зеренина	Операция Уэллса	Операция Делорма
Дизурические расстройства	2	4	1
Раневые осложнения	-	4	-
Острая пневмония	1	-	1
Обострение хронического колита	-	1	1
Прочие	3	1	1
Количество осложнений	6	10	4
Количество пациентов	6 из 28 (21,4%)	9 из 29 (31,0%)	3 из 32 (9,4%)



Таблица 8

Послеоперационные осложнения, исследование 2015–2024

Характер послеоперационных осложнений	Вид операций		
	Лапароскопическая операция Уэллса	Операция Уэллса	Операция Делорма
Дизурические расстройства	2	-	-
Раневые осложнения	-	2	-
Острая пневмония	-	-	-
Обострение хронического колита	-	-	-
Прочие	2	1	1
Количество осложнений	4	3	0
Количество пациентов	4 из 40 (10%)	3 из 36 (8,33%)	1 из 12 (8,33%)

В структуре осложнений (таблицы 7 и 8) в первом периоде чаще отмечались дизурические расстройства и раневые осложнения (для абдоминальных вмешательств), а также единичные случаи пневмонии и обострения хронического колита. Во втором периоде тяжелые осложнения (пневмония, обострение колита) в представленных данных не фигурируют.

4) Длительность послеоперационного периода (стационарного/раннего)

Средняя длительность послеоперационного периода (сут):

1993–2005:

- Делорма – 8,8
- Кюммеля-Зеренина – 10,4
- Уэллса – 12,1

2015–2024:

- Делорма – 6,20
- Уэллса открытая – 8,90
- Уэллса лапароскопическая – 7,85

Отмечено сокращение длительности послеоперационного периода во втором временном отрезке для всех вмешательств.

5) Восстановление функции анального сфинктера (таблицы 9 и 10)

Таблица 9

Восстановление функции анального сфинктера, исследование 1993–2005

Вид операции	Пациенты с недостаточностью анального сфинктера до операции	Самостоятельное восстановление функции анального сфинктера	Функции анального сфинктера самостоятельно не восстановились
Операция Кюммеля-Зеренина	15 (53,6%)	8 (53,3%)	7 (46,7%)
Операция Делорма	19 (59,4%)	11 (57,9%)	8 (42,1%)
Операция Уэллса	21 (72,4%)	13 (61,9%)	8 (38,0 %)
ИТОГО	55	32 (58,2%)	23 (41,8%)



Таблица 10

Восстановление функции анального сфинктера, исследование 2015–2024

Вид операции	Пациенты с недостаточностью анального сфинктера до операции	Самостоятельное восстановление функции анального сфинктера	Функции анального сфинктера самостоятельно не восстановились
Лапароскоп. операция Уэллса	17 (42,5%)	9 (52,9%)	8 (47,1%)
Операция Делорма	7 (58,3%)	4 (57,2%)	3 (42,8%)
Операция Уэллса	19 (52,7%)	10 (52,6%)	9 (47,4%)
ИТОГО	43	23 (53,5%)	20 (46,5%)

По типам операций различия были умеренными (в пределах ~53–62% самостоятельного восстановления в представленных группах).

6) Динамика колодинамических показателей (манометрия) отражена в таблицах 11 и 12.

Таблица 11

Колодинамические показатели, исследование 1993–2005

Сроки исслед.	Операция Делорма		Операция Уэллса		Операция Кюммеля-Зеренина	
	Давление покоя анального канала	Давление напряж. анального канала	Давление покоя анального канала	Давление напряж. анального канала	Давление покоя анального канала	Давление напряж. анального канала
До лечения	19,2±4,9	29,7±7,1	19,9±5,5	30,0±7,4	19,6±5,2	29,9±7,2
Через 1 мес. после операции	24,3±5,3	29,8±7,4	19,3±5,2	30,1±8,1	19,8±5,4	30,0±7,5
Через 3 мес. после операции	15,7±3,1	28,6±6,3	23,3±4,6	35,6±7,3	24,1±5,0	34,8±6,9

Таблица 12

Колодинамические показатели, исследование 2015–2024

Сроки исслед.	Операция Делорма		Операция Уэллса		Лапароскоп. операция Уэллса	
	Давление покоя анального канала	Давление напряж. анального канала	Давление покоя анального канала	Давление напряж. анального канала	Давление покоя анального канала	Давление напряж. анального канала
До лечения	20,3±4,4	29,3±6,6	19,8±6,1	30,4±6,9	20,0±4,9	30,1±6,8
Через 1 мес. после операции	23,3±5,1	29,7±6,9	18,9±6,3	29,4±7,7	18,9±4,9	31,1±6,7
Через 3 мес. после операции	16,1±2,19	28,3±5,8	22,6±3,9	34,9±6,2	23,7±4,6	33,9±6,1



В обеих когортах через 3 месяца после операции при абдоминальных вмешательствах (Уэллса; Кюммеля-Зеренина) в среднем наблюдался рост давления в покое и при напряжении по сравнению с исходным уровнем. Для Делорма отмечалась иная динамика: повышение давления покоя к 1-ому месяцу и снижение к 3-ому месяцу, при относительной стабильности давления при напряжении. Интерпретация этих различий требует учета неоднородности пациентов и исходной степени сфинктерной недостаточности.

7) Инконтиненция по индексу FISI

Оценка FISI (таблица 13) проводилась до операции, через 1 и 3 месяца. Во всех группах отмечено улучшение к 3-ому месяцу наблюдения (таблицы 14 и 15)

Таблица 13

Инконтиненция	FISI					
	Частота					
	Несколько раз в день	1 раз в день	Несколько раз в неделю	1 раз в неделю	1-3 раза в месяц	Никогда
Газы	12	11	8	6	4	0
Слизь	12	10	7	5	3	0
Жидкий стул	18	16	13	10	8	0
Плотный стул	19	17	13	10	8	0

Таблица 14

Средние значения FISI, исследование 1993–2005			
Сроки исследования	Операция Делорма	Операция Уэллса	Операция Кюммеля-Зеренина
До лечения	36,1±4,9	35,8±5,3	36,5±5,4
Через 1 месяц после операции	25,3±5,8	33,4±5,4	34,2±5,6
Через 3 месяца после операции	25,8±6,1	26,1±5,3	29,9±6,2

Таблица 15

Средние значения FISI, исследование 2015–2024			
Сроки исследования	Операция Делорма	Операция Уэллса	Лапароскоп. операция Уэллса
До лечения	35,7±5,1	36,7±4,8	37,1±5,9
Через 1 месяц после операции	24,5±5,3	34,3±4,9	33,9±5,8
Через 3 месяца после операции	25,7±6,2	25,9±4,9	26,7±5,7

8) Влияние на кишечную функцию (запоры)

По представленным данным:

- После операции Уэллса в первом периоде возникновение/усиление запоров отмечено у 79,3% пациентов.
- Во втором периоде после лапароскопической и открытой операции Уэллса – 66% (авторы связывают снижение с изменением методики).
- После Кюммеля-Зеренина – 42,9%, при этом запоры носили более легкий характер.
- Операция Делорма не влияла на функцию кишечника.



9) Рецидив выпадения прямой кишки

Частота рецидива:

1993–2005:

- Делорма – 34,4% (примерно 11/32)
- Кюммеля-Зеренина – 17,9% (примерно 5/28)
- Уэллса – 3,4% (примерно 1/29)

2015–2024:

- Делорма – 16,66% (2/12)
- Уэллса (открытая) – 8,00% (примерно 3/36)
- Уэллса (лап.) – 10,00% (4/40)

Суммарно рецидивы: около 19,1% (1993–2005) против 10,2% (2015–2024), однако сопоставимость по длительности отдаленного наблюдения между периодами по предоставленным данным не подтверждена и может влиять на сравнение.

10) БОС терапия (биологическая обратная связь)

Согласно представленным данным, ранее пациентам без самостоятельного восстановления функции сфинктера проводили курс БОС терапии через 1–3 месяца после операции (при необходимости повторяли). Эффект:

- полное восстановление функции у 23,0%
- частичное улучшение у 19,2%

(деноминаторы и распределение по периодам/типам операций в презентации не детализированы).

Обсуждение

Полученные результаты отражают типичную клиническую дилемму при лечении ректального пролапса: компромисс между травматичностью вмешательства, риском рецидива и функциональными последствиями.

1. Операция Уэллса (открытая и лапароскопическая) продемонстрировала лучшие показатели по рецидивам в обеих когортах, что согласуется с клинической логикой абдоминальной ректопексии как более «стабилизирующего» вмешательства. При этом ключевой проблемой остается высокая частота запоров в послеоперационном периоде, что требует тщательного отбора пациентов и, при наличии исходных стойких запоров/долихосигмы, рассмотрения сочетания ректопексии с резекцией сигмы (как указано в выводах презентации).

2. Операция Делорма показала наименьшую травматичность по клиническим косвенным признакам (короче послеоперационный период, низкая частота осложнений), и, что принципиально, отсутствие негативного влияния на кишечную функцию. При этом рецидивы встречались чаще, особенно в первом периоде. Снижение частоты рецидива во втором периоде может отражать изменение отбора пациентов, техники или качества периоперационного ведения, но требует подтверждения при сопоставимом сроке наблюдения.

3. Операция Кюммеля-Зеренина по представленным данным имеет более ограниченную нишу: относительно высокая частота рецидивов и осложнений при меньшей выраженности проблемы запоров по сравнению с Уэллсом. Авторы справедливо выделяют показание – необходимость сочетания ректопексии с резекцией участка толстой кишки.

4. Функциональные исходы (манометрия, FISI, клиническое восстановление сфинктера) в целом улучшались к 3-ому месяцу во всех группах. При этом около половины пациентов с исходной недостаточностью сфинктера не демонстрировали самостоятельного восстановления, что подчеркивает важность реабилитационных подходов, включая БОС терапию.



Практические выводы и предлагаемая тактика выбора вмешательства (на основе данных исследования)

1. Операция Уэллса (лапароскопическая или открытая) – метод выбора у соматически сохранных пациентов при нормальной функции кишечника и отсутствии тяжелой сопутствующей патологии; приоритет – при необходимости минимизации риска рецидива.

2. Операция Делорма – предпочтительна у пожилых пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями; также может рассматриваться у молодых нерожавших женщин при необходимости избежать вмешательства в малом тазу и установки сетчатого материала (как сформулировано авторами презентации).

3. Кюммеля-Зеренина – ограниченное применение; целесообразна при показаниях к ректопексии в сочетании с резекцией кишки.

4. При стойких исходных запорах, обусловленных долихосигмой, следует рассматривать сочетание резекции сигмы и ректопексии.

5. При сохраняющейся анальной инконтиненции после операции – включать БОС терапию как этап комплексной реабилитации.

Ограничения исследования

– Ретроспективный дизайн и вероятная неоднородность групп по исходной тяжести и длительности заболевания.

– Отсутствуют числовые данные по стадиям выпадения (таблицы стадийности в предоставленных материалах пустые).

– Не представлены сроки и полнота отдаленного наблюдения по группам, что критично для корректного сравнения рецидивов между периодами.

– Данные по запорам приведены без формализованного определения/шкалы и без точных деноминаторов по подгруппам, кроме указанных процентов.

– По сопутствующим заболеваниям в таблицах представлены суммарные количества нозологий (коморбидность), которые превышают число пациентов, что ограничивает сравнение «пациент уровня».

Заключение

На основании сравнения двух клинических периодов в одной клинике операция Уэллса (открытая и лапароскопическая) обеспечивает лучшие отдаленные результаты по частоте рецидивов и остается предпочтительным вариантом у соматически сохранных пациентов без выраженных исходных запоров. Операция Делорма является рациональным выбором у пожилых пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и характеризуется нейтральным влиянием на кишечную функцию при более высокой вероятности рецидива. Операция Кюммеля-Зеренина сохраняет актуальность при необходимости сочетания ректопексии с резекцией толстой кишки. Комплексный подход с использованием БОС терапии позволяет уменьшить выраженность анальной инконтиненции и улучшить качество жизни после хирургической коррекции пролапса

Список литературы:

1. Учебник «Выпадение прямой кишки» Аведисова С.С.. – М., 1963.
2. Учебник «Хирургическое лечение выпадения прямой кишки» Чухриенко Д.П. – Киев, 1963.
3. Учебник «Заболевания прямой кишки.» Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. – М.: Медицина, 1984.
4. Учебник «Surgical management of rectal prolapse. Diseases of the Colon & Rectum» Ripstein C.B. – 1975.
5. Учебник «Surgery of the Anus, Rectum and Colon.» Keighley M.R.B., Williams N.S. – London, 1993.



6. The effectiveness of perineal rectosigmoidectomy for the treatment of rectal prolapse in elderly and high-risk patients / Y. Takesue, T. Yokoyama, Y. Murakami, S. Akagi, H. Ohge, Y. Yokoyama, Y. Sakashita, N. Tatsumoto, K. Miyamoto, Y. Matsuura // Surg. today. — 1999. — Vol. 29, N 3. — P. 290–293

