

## RECTOCELE IN WOMEN AND ITS REPAIR<sup>1</sup>

---

**Assoc. Prof. Georgi Hubchev, MD**  
Department of Health care,  
“Angel Kanchev” University of Ruse  
Phone: +359 88 831 7020  
E-mail: georgihubchev@abv.bg

**Abstract:** Rectocele – a diverticular bulging of the front wall of the rectum into the back wall of the vagina. This is a very common disease and it is found in 15-43% of women. The most common symptoms of rectocele are difficulty in emptying the rectum during the bowel movement and the feeling like there is a foreign object in the perineal region, caused by seeping of the stool into a blind pouch. Pelvic organ prolapse in women is one of the present-day problems in the modern medicine due to its high frequency. Our study of 100 patients, who have undergone a surgery in the course of 10 years (from 2000 to 2010), based on the standard methods, using transvaginal access, showed that 30% of them still had symptoms of difficult and incomplete rectal emptying during defecation.

**Keywords:** Rectocele, pelvic floor, connective - muscle structures

### ВЪВЕДЕНИЕ

Едно от патологичните състояния, свързани с пролапса на влагалището е ректоцелето – това е изпъкване на предната стена на ректума към влагалището, поради изместване на предната част на мускулите, които повдигат ануса. Ректоцеле - дивертикуларно изпъкване на предната стена на ректума по посока на вагината. То е доста често срещано заболяване и се открива при 15-43% от жените. Най-характерните симптоми на ректоцеле са затруднено изпразване на ректума по време на движението на червата и чувство за чуждо тяло в перинеалната област, дължащо се на проникването на фекалиите в сляп джоб. Проблемът на пролапса на тазовите органи при жените е сред актуалните в съвременната медицина, което се обяснява с високата му честота. Според различни автори, пролапс се наблюдава при около 60% от жените след 40 години. Общопризнато е, че това се дължи на отслабване или увреждане на съединително-мускулните структури на тазовото дъно, които служат като опорна рамка за тазовите органи.

В момента съществуват различни мнения за избора на тактика за лечение, индикациите за хирургично лечение и накрая, за избора на оперативен метод за коригиране на ректоцеле. При това следоперативните усложнения варират от 17 до 30%, рецидивите на болестта до 5%, а дори и при добри анатомични резултати от хирургичното лечение, не всички симптоми могат да изчезнат.

### ИЗЛОЖЕНИЕ

Нашето проучване на 100 пациенти, оперирани в продължение на 10 години (от 2000 до 2010г.), съгласно традиционния метод, използвайки трансвагинален достъп, показва, че 30% от тях все още са имали симптоми на затруднение и непълно изпразване на ректума по време на дефекация. Всички пациенти с незадоволителни функционални резултати са прегледани в отделението с дигитални ректални и вагинални изследвания, ректороманоскопия, трансвагинален ултразвук на ректовагиналната преграда.

Проучванията показват, че 20 (20%) от тях имат пропускане или пролапс на ректалната лигавица по предната стена на ректума. 10 (10%) от пациентките са имали рецидив на заболяването, въпреки че ретроспективен анализ на анамнестичните случаи показва, че следоперативният период при тях е спокоен, без инфекция на раната. Влошаването им се

---

<sup>1</sup> Presented a report of October 25, 2019 with the original title: РЕКТОЦЕЛЕ ПРИ ЖЕНИТЕ И НЕГОВАТА КОРЕКЦИЯ

развива постепенно за период от 3-5 години. УЗИ на ректовагиналната преграда показва рязко изтъняване на мускулния слой (до пълното му изчезване) при тези пациентки, в сравнение с други пациентки, при която не се наблюдава рецидив на заболяването в същия период. Тези данни водят до заключението, че при тези пациенти рецидивът се дължи на остра атрофия на мускулния слой.

По този начин, незадоволителните резултати след корекция на ректоцеле, с изключение на ранните рецидиви, дължащи се на следоперативното инфектиране на раната, са свързани с две основни причини: - едновременно пропускане или пролапс на ректалната лигавица по предната стена, което допълнително усилва тежестта на симптомите на ректоцеле и тежка атрофия на мускулите на тазовото дъно при някои пациентки. Тези патологични състояния не се елиминират при традиционната трансвагинална корекция на ректоцеле. Всичко това ни кара да преразгледаме подходите за хирургично лечение на ректоцеле. От 2000 г. до 2010 г. са наблюдавани 100 пациентки с ректоцеле на възраст от 25 до 68 години (средна възраст  $42 \pm 1.6$  години). На всички са направени гореспоменатия комплекс от изследвания, които показат съпътстващ пролапс на лигавицата на предната стена на ректума при 13 пациенти и значителна атрофия на мускулния слой при 6 пациенти. Средната възраст на пациентите в тези групи е значително по-висока - съответно  $51.6 \pm 2.4$  и  $62 \pm 1.8$  години.

При остра атрофия на мускулите на тазовото дъно, традиционната колпорафия и зашиването на отклонените леватори, явно не е достатъчно. В тези сравнително редки наблюдения, главно при постменопаузални пациентки е необходимо да се прибегне до допълнителни начини за укрепване на тазовото дъно. При 10 пациентки със сходни инволюционни промени се използва синтетична мрежа за укрепване на ректовагиналната преграда. Операцията е извършена чрез трансвагинален достъп. Характеристиката на технологията се състои в надлъжна дисекция на вагиналната лигавица по задния свод, разделяйки краищата ѝ встрани. Леваторите се изолират. Полипропиленовата мрежа се нанася върху ректовагиналната фасция и се зашива с полиамиден конец. Излишната мрежа по периферията се отрязва. По-нататък над мрежата леваторите са зашиват и лигавицата е възстановена с изрязване на излишъка.

Друг метод за допълнително укрепване на тазовото дъно е прилагането на т.нар. заден пролифт. След направени инцизии двустранно на 3 см латерално и надолу от ануса със специални игли тип херния меш се поставя лента от хидрофилно триизмерно платно. Предварително се инцизира надлъжно влагалищната мукоза в областта на ректоцеле, визуализира се ректума и през инцизиите и параректалните зони двустранно се изтегля полипропиленовата лента.

Не е имало усложнения в следоперативния период, свързани с имплантирането на мрежата. Жените, които имат сексуален живот, нямат оплаквания от диспареуния. Всички пациенти са били проследвани на 1 – 6 и 12 и 18 месеца след операцията. Рецидив на заболяването не е наблюдавано при нито една пациентка. Всички са си възстановили нормалният акт на дефекация, което е потвърдено от анамнезата.

## ИЗВОДИ

Така, при предоперативната диагноза на ректоцеле, тест с палец не е достатъчен. Допълнителните специфични методи на изследване помагат при някои пациенти да се идентифицира придружаващото ректоцеле и пролапса на ректалната лигавица, увеличаваща симптомите му, а при други - изразена инволюция на мускулите на тазовото дъно. Тези промени не се елиминират с традиционната техника за корекция на трансвагиналното ректоцеле.

Въпреки малкия брой пациенти и не толкова продължителните периоди на наблюдението им, се счита, че премахването на излишната ректална лигавица с придружаващия го пролапс и по-нататъшното укрепване на ректовагиналната преграда при пациентки с изразена атрофия на мускулите на тазовото дъно, подобрява функционалните резултати от лечението на ректоцеле и намалява броя на рецидивите.

**REFERENCES**

Stanton S.L. (1992). Vaginal prolapse. In Show R., Soutter P., Stanton S.eds. Gynaecology: Edinburgh: Churchill Livingstone; 437—447.

DeLancey J.O (1992); Imaging Pelvic Floor Disorders; eds.CRC-166: 1717—1724