

УДК 618.18-08.055.2

Г.М. БАПИЕВА

Городская поликлиника №9, г. Алматы

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН НЕОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

В статье представлены различные методы улучшения функции сокращения сфинктера, снижения выраженности нервно-рефлекторных нарушений у 321 пациентки с заболеваниями промежности неопухолевой этиологии. В процессе исследования использовались ректальный, промежностный и сакрально-анальный варианты электростимуляции, ЛФК в сочетании с медикаментозной терапией.

Ключевые слова: женщины, проктологические заболевания, комплексное лечение, качество жизни.

Медицинская реабилитация женщин, страдающих проктологическими заболеваниями неопухолевой этиологии, может быть решена с помощью консервативных и хирургических методов лечения. По данным [1, 3, 4, 6, 9] и нами накопленный опыт убеждают в возможности применения консервативных методов лечения и их эффективности у больных с легкими степенями таких заболеваний, как свежий разрыв промежности в родах, послеродовое анальное недержание и ректоцеле [1, 3, 6], и в то же время не вызывает сомнений в необходимости применения хирургических методов лечения кишечно-влагалищных свищей. Ведущее место в терапии анального недержания занимают методы электрического воздействия на мышечные структуры запирательного аппарата прямой кишки (ЗАПК). Среди существующих вариантов электростимуляции сфинктера заднего прохода наибольшее распространение получила трансректальная стимуляция. Ее проводят отдельными курсами, а также путем постоянной стимуляции жома заднего прохода [2, 4, 7].

Материал и методы

В НИИ гинекологии и акушерства с 1998 по 2011 гг. на стационарном лечении под нашим наблюдением находилась 321 больная в возрасте 17-71 год с заболеваниями промежности неопухолевой этиологии. При обследовании больных кишечно-влагалищные свищи были выявлены у 62 (19,3%), у 67 (20,8%) – послеродовая недостаточность анального сфинктера и 82 (25,5%) пациенток с ректоцеле. Ретроспективному анализу подвергнуты 65 (20,2%) историй родов роженец, перенесших разрывы промежности, а так же проведены обследования и лечение 43 (13,3%) женщин со свежими родовыми разрывами промежности.

Различные виды электростимуляции органов желудочно-кишечного тракта были разработаны и применяются примерно с середины 60-х годов 20 века. В результате накопления опыта были установлены оптимальные параметры стимулирующего тока, форма электродов, режимы стимуляции. Использовались ректальный, промежностный и сакрально-анальный варианты электростимуляции. Критерием адекватности процедуры является получение максимального изолированного сокращения при максимальной силе тока [5, 8, 9]. Как показала практика, аппараты «Эндотон 01-Б» и ЭАС-6-1 и Шibuши F Z-1 до настоящего времени являются наиболее эффективными. Для электростимуляции применяли пластинчатые и различного диаметра (от 1,2 до 2,5 см) двухполюсные электроды грибовидной формы с контактными поверхностями из нержавеющей стали. Грибовидная форма электродов позволяет надежно фиксировать их в анальном канале и увеличивает площадь контактной поверхности. Выбор электрода зависит от диаметра анального канала, характера его деформации. Стимуляция проводилась 10-15 дней ежедневно 1 раз в день. Продолжительность

сеанса составляла 15 минут в режиме 2 сек. – стимуляция, 4 сек. – пауза.

К ЛФК относится и использованная нами методика кинетотерапии – условно-рефлекторного регулирования акта дефекации (Ю.В. Дульцев, 1981), ее мы применяли у больных с недостаточностью анального сфинктера с нарушением позывов на дефекацию и измененным ректо-анальным рефлексом.

Метод кинетотерапии позволяет выработать условный рефлекс на наполнение прямой кишки. Для этого в ампулу прямой кишки вводим латексный баллончик с катетером, соединенным со шприцем объемом 100 мл. Баллончик заполняем воздухом до появления ощущения у больной расширения прямой кишки. Далее больная сжимает сфинктер в течение 5-8 сек, затем воздух из баллончика удаляем и после перерыва (около 1 мин.) процедуру повторяем. В течение одного сеанса выполняем 15-20 упражнений, на курс 10-15 сеансов.

Основываясь на данных литературы, а также на результатах обследования больных, мы применяли схему медикаментозного лечения больных с недостаточностью анального сфинктера.

Исследования свидетельствуют о том, что после операций, связанных с перемещением мышечных тканей в ЗАПК, возникают изменения, несколько схожие с явлениями, имеющими место при мышечных дистрофиях. Очевидно, что в перемещенных мышечных тканях, находящихся в новых условиях, снижен синтез белка и изменяются условия иннервации.

Медикаментозная терапия у больных анальным недержанием строится исходя из лечебных мероприятий, проводимых при лечении прогрессирующих мышечных дистрофий. Лечебный эффект достигается не только компенсацией, но и развитием восстановительных реакций. К ним относят усиленный распад белков, повышенную проницаемость мышечных мембран, дефицит макроэнергетических соединений в мышечной ткани, нарушение доставки к мышцам продуктов обмена из крови, тканевую гипоксию как следствие изменений в капиллярно-соединительно-тканых образованиях, структурные и функциональные нарушения в концевых аппаратах двигательных нервов.

Все это свидетельствует о необходимости многопланового лечения. С целью улучшения синтеза белка назначаем анаболические гормоны – ретаболил (неробол). Анаболическим действием обладает и оротат калия, который позволяет восполнить дефицит белкового обмена в мышечных волокнах.

Для активного введения в организм аминокислот назначаем диету, а также метионин и глутаминовую кислоту, последняя, стимулируя окислительные процессы, способствует синтезу ацетилхолина, АТФ и переносу ионов калия. Как часть белкового компонента миофибрилл, она играет важную роль в деятельности скелетной мускулатуры. Особую роль для синтеза креатинина и

адреналина в организме имеет метионин. Кроме того, анаболические гормоны и метионин обладают взаимостимулирующим действием.

Ингибиторы холинэстеразы применяют для усиления медиаторной функции ацетилхолина, усиления нервно-мышечной проводимости и временного повышения силы ослабленной мышцы. Это достигается назначением инъекций 0,05% раствора прозерина по 0,1 мл под кожу 2 раза в день. Вводили АТФ 1% в/м по 2,0 один раз в день, витамины группы В (ребекон, тривитрон), витамин Е (токоферол).

Длительность курса лечения составляли 3-4 недели в сочетании с ЛФК и электростимуляцией мышц ЗАПК.

Консервативная терапия, как самостоятельный метод лечения, была проведена 25 (7,7%) больным со свежими разрывами промежности и ректоцеле. Из них полный комплекс (диета, электростимуляция, ЛФК, медикаментозная терапия) получили 28 (65,1%) пациенток.

Клинический пример. **Больная Т., 29 лет**, история болезни №168, 2010 г. Поступила в клинику с диагнозом: Пოსлеродовое анальное недержание I ст. При обследовании был выявлен рубец протяженностью около 1/4 окружности сфинктера по переднему сегменту. При ректороманоскопии выявлен катаральный проктосигмоидит. Больной проведен курс консервативного лечения анального недержания, включающий диету, электростимуляцию, ЛФК, медикаментозную терапию, лечебные микроклизмы с колларголом и отварами трав.

В результате проведенного комплексного лечения у больной исчезли явления слабости жима заднего прохода, нормализовался стул, прекратились выделения слизи из прямой кишки. Функция сфинктера нормализовалась (табл. 1).

Таблица 1 – Показатели сфинктерометрии

Параметры исследования	Направление браншей по циферблату			
	3 – 9 часов		6 – 12 часов	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Тонус	150	250	140	250
Максимальное усилие	340	460	240	470
Волевое сокращение	190	210	100	220

В связи с противопоказаниями к электролечению (миома матки, полип прямой кишки) 9 больным были проведены только диета, ЛФК и медикаментозная терапия.

Предоперационная консервативная терапия проведена 39 (12,1%) больным, консервативное лечение перед операцией существенно не изменяло показателей сократительной способности мышц ЗАПК, так как наличие рубцового процесса, дефекты мышечной ткани препятствовали полноценному их сокращению. Однако во всех случаях была отмечена положительная динамика. По данным электромиографии и манометрии увеличивалась тоническая и произвольная электрическая активность, возрастало время произвольного сокращения сфинктера, снижалась выраженность нервно-рефлекторных нарушений, что являлось благоприятным прогностическим признаком, позволяющим ожидать эффективность оперативного вмешательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Аминев В.А. К вопросу о восстановлении сфинктера прямой кишки после разрыва при родах // Элементы проктологии: Сб. тез. докл. III Всероссийской конф.

хирургов по заболеваниям толстой и прямой кишки. – Куйбышев, 1969. – С. 43-44

2 Подмаренкова Л.Ф. и соавт. Консервативное лечение недостаточности анального сфинктера // Актуальные вопросы колопроктологии: Тезисы докладов первого съезда колопроктологов России с международным участием. – Самара, 2003. – С. 111-112

3 Глебова Н.Н., Мухаметшина Н.Г. Опыт лечения и реабилитации женщин, перенесших травмы мягких тканей родовых путей // Акуш. и гинек. – 1983. – №4. – С. 49-50

4 Фоменко О.Ю., Подмаренкова Л.Ф., Титов А.Ю., Рыжов Е.А. и др. Алгоритм исследования нарушений запирательного аппарата прямой кишки при функциональной недостаточности анального сфинктера // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2009. – №4. – С. 62-68

5 Яшук А.Г. Научное обоснование и реализация лечебно-реабилитационных мероприятий у женщин с пролапсом гениталий (клинико-генетические аспекты): автореф. дисс. ... докт. мед. наук: 14.00.01. – Москва, 2009. – 37 с.

6 Мусаев Х.Н., Ахундова Н.Н. Разрывы промежности в родах и их последствия // Журн. хирургии Азербайджана. – 2009. – №1. – С. 59-63

7 Bek K.M., Laurberg S. Risks of anal incontinence from subsequent vaginal delivery after a complete obstetric anal sphincter tear // Br. J. Obstet. Gynaecol. – 1992. – V.99, N9. – P.724-726

8 Bruscianno L., Limongelli P., Pescatori M. Ultrasosnographic patterns in patients with obstructed defecation // Dis. Col. Rect. – 2007. – V.22. – P. 969-977

9 Chang H-S., Myung S-J., Yang S-K., Yoon I.J., Kwon O.R., Jung H-Y., Hong W-S., Kim J-H., Min Y. II. Effect of electrical stimulation in constipated patients with impaired rectal sensation // Dis. Col. Rect. – 2003. – V.18, N4. – P. 433-438

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Ғ.М. БАПИЕВА

№9 аурухана, Алматы қ.

ӘЙЕЛДЕРДІҢ ІСІК САЛДАРЫНАН ЕМЕС ПРОКТОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРЫН КЕШЕНДІ ТҮРДЕ ЕМДЕУ

Бізбен консервативті терапия кешені әзірленді, яғни өзінше емдеу әдісі деп те айтуға болады. Бұл босанғаннан кейін I дәрежелі анустық тоқтамауда, I дәрежелі ректоцеледе және II дәрежелі босануда шап ортасының зақымдалу (жыртылу) кезінде қолдануға көрсетілген. Консервативті терапия кешенін отаға дейінгі дайындықта тік ішектің моторлы – эвакуаторлық іс-әрекетін және жапқыш аппаратының функциялық жағдайының көрсеткішінің жақсаруы арқасында қолдану, хирургиялық шара қолданудың нәтижелілігін қамтамасыз етеді. Консервативті терапия кешенін отадан кейінгі кезеңде қолдану, нашарланған функцияларды қалпына келтіруді тездетеді.

SUMMARY

G.M. BAPIYEVA

9st city polyclinic of Almaty c.

COMPLEX TREATMENT PROKTOLOGICHESKY DISEASES AT WOMEN NONNEOPLASTIC OF THE AETIOLOGY

Us the developed complex of conservative therapy as the independent method of treatment, is shown by a sick postnatal anal incontinence of I degree, rectocele to I degree and fresh ruptures perineum in childbirth of II degree. Application of a complex of conservative therapy as preoperative preparation at the expense of improvement of indicators of a functional condition lavatory the device and motorno-evakuatornoj rectum activity provides efficiency of operative intervention. Application of a complex of conservative therapy in the postoperative period allows accelerating restoration of the lost functions.