



# Роль консервативной терапии в комплексном хирургическом лечении проктологических заболеваний неопухолевой этиологии у женщин

Т.А. Бапиев

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

Разработанный нами комплекс консервативной терапии, как самостоятельный метод лечения, показан больным с послеродовым анальным недержанием I степени, ректоцеле I степени и свежими разрывами промежности в родах II степени. Применение комплекса консервативной терапии в качестве предоперационной подготовки за счёт улучшения показателей функционального состояния запирающего аппарата и моторно-эвакуаторной деятельности прямой кишки обеспечивает эффективность оперативного вмешательства. Применение комплекса консервативной терапии в послеоперационном периоде позволяет ускорить восстановление утраченных функций.

**Ключевые слова:** ректоцеле, разрыв промежности в родах, послеродовое анальное недержание

**Актуальность.** Медицинская реабилитация женщин, страдающих проктологическими заболеваниями неопухолевой этиологии, может быть решена с помощью консервативных и хирургических методов лечения. Накопленный нами опыт и результаты исследований ряда авторов убеждают в возможности применения консервативных методов лечения и их эффективности у больных с лёгкими степенями таких заболеваний, как свежий разрыв промежности в родах, послеродовое анальное недержание и ректоцеле [1-5] и, в то же время, не вызывает сомнений в необходимости применения хирургических методов лечения кишечного недержания занимают методы электрического воздействия на мышечные структуры запирающего аппарата прямой кишки (ЗАПК). Среди существующих вариантов электростимуляции сфинктера заднего прохода наибольшее распространение получила трансректальная стимуляция. Её проводят отдельными курсами, а также путём постоянной стимуляции жома заднего прохода [3,6].

**Цель исследования:** анализ эффективности применения комплекса консервативной терапии в качестве предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде у женщин с проктологическими заболеваниями неопухолевой этиологии.

**Материал и методы.** В ННЦХ им.А.Н.Сызганова и НИИ гинекологии и акушерства с 1998 по 2011г. на стационарном лечении под нашим наблюдением находились 321 больная в возрасте от 17 до 71 года с заболеваниями промежности неопухолевой этиологии. При обследовании больных, кишечного

влаглищные свищи были выявлены у 62 (19,3%), у 67 (20,8%) – послеродовая недостаточность анального сфинктера и у 82 (25,5%) пациенток – ректоцеле. Ретроспективному анализу подвергнуты 65 (20,2%) историй родов рожениц, перенёсших разрывы промежности, а также 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 XX 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 [5,7,8]. Как показала практика, применение аппаратов «Эндотон 01-Б», «ЭАС-6-1» и «Шибуши FZ-1» до настоящего времени является наиболее эффективным. Для электростимуляции применяли пластинчатые и различного диаметра (от 1,2 до 2,5см) двухполюсные электроды грибовидной формы с контактными поверхностями из нержавеющей стали. Грибовидная форма электродов позволяет надёжно 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.



Электростимуляцию мы проводим как самостоятельное лечение, а также в комплексе с лечебной физической культурой (ЛФК), медикаментозной терапией и в послеоперационном периоде.

Если электростимуляция обладает избирательным действием на определённые мышцы ЗАПК, то ЛФК позволяет воздействовать на весь организм в целом, эти два метода дополняют друг друга.

ЛФК применяли по методике, разработанной проф. Ю.В.Дульцевым совместно с В.А. Бахилиной (1981). Методика занятий зависела от функционального состояния ЗАПК, возраста больной, общего состояния. Если у больной была недостаточность анального сфинктера, из занятий исключались быстрые и силовые упражнения. Большое внимание уделялось упражнениям для мышц живота, тазового дна с чередованием их с дыхательными движениями. Ввиду того, что изолированные специальные упражнения для анального сфинктера и мышц тазового дна ограничиваются только активным втягиванием заднего прохода, нами были использованы содружественные упражнения для мышц брюшного пресса и приводящих мышц бедра, длительность гимнастики составляла 30 – 40 минут (см. рис.).


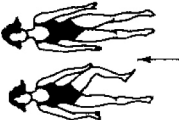
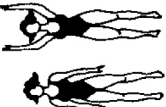


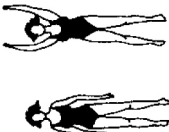
К ЛФК относится и использованная нами методика кинетотерапии – условно-рефлекторного регулирования акта дефекации (Ю.В. Дульцев, 1981), её мы применяли у больных с недостаточностью анального сфинктера с нарушением позывов на дефекацию и изменённым ректо-анальным рефлексом.

Метод кинетотерапии позволяет выработать условный рефлекс на наполнение прямой кишки. Для этого в ампулу прямой кишки вводим латексный баллончик с катетером, соединённым со шприцем объёмом 100 мл. Баллончик заполняем воздухом до появления ощущения у больной распирания прямой кишки. Далее больная сжимает сфинктер в течение 5-8сек, 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.

**Результаты и их обсуждение.** Основываясь на данных литературы, а также на результатах обследования, мы применяли адекватную схему медикаментозного лечения больных с недостаточностью анального сфинктера.

#### РИС. КОМПЛЕКС ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

##### • ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: ЛЁЖА НА СПИНЕ, РУКИ ВДОЛЬ ТУЛОВИЩА

	Сжимание ягодиц с одновременным втягиванием сфинктера	30 раз
	Поочерёдное втягивание прямых ног в тазобедренные суставы	по 15 раз каждую ногу
	Дыхательные упражнения: вдох, выдох	2-3 раза
	Положение "полумост" (в верхней точке максимально сжать ягодицы и втянуть сфинктер)	10-15 раз
	Сжимание мяча	2 раза по 15 сек. отдых 1 минута
	Дыхательные упражнения: вдох, выдох	2-3 раза

- ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: ЛЁЖА НА БОКУ, НИЖНЯЯ РУКА ПОД ГОЛОВОЙ, НИЖНЯЯ НОГА СОГНУТА В КОЛЕНЕ, ВЕРХНЯЯ РУКА В УПОРЕ ПЕРЕД ГРУДЬЮ



Сгибание ноги вперёд  
с последующим отведением её назад

10-15 раз



Поднимание ноги

10-15 раз



Дыхательные упражнения: вдох, выдох

2-3 раза



Одновременное поднимание двух ног

10-15 раз

Исходное положение: лёжа на другом боку. Повторение упражнений.

- ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: ЛЁЖА НА ЖИВОТЕ, РУКИ ПОД ПОДБОРОДОК, НОГИ ПРЯМЫЕ



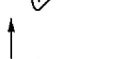
Поочерёдное поднимание прямых ног

по 15 раз  
каждой ногой



Поочерёдное сгибание ног к животу  
"по-пластунски" (колени не касаются мата)

по 10-15 раз  
каждой ногой



Дыхательные упражнения: вдох, выдох

2-3 раза



Одновременное поднимание двух ног

10-15 раз





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 перемещённых мышечных тканях, находящихся в новых условиях, снижен синтез белка и изменяются условия иннервации.

Медикаментозная терапия у больных с 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 относятся усиленный распад белков, повышенная проницаемость мышечных мембран, дефицит макроэнергетических соединений в мышечной ткани, нарушение доставки к мышцам продуктов обмена из крови, тканевая гипоксия, как следствие изменений в капиллярно-соединительнотканых образованиях, структурные и функциональные нарушения в концевых аппаратах двигательных нервов.

Всё это свидетельствует о необходимости многопланового лечения. С целью улучшения синтеза белка применяли 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 назначали диету, а также метионин и глутаминовую кислоту, последняя, стимулируя окислительные процессы, способствует синтезу ацетилхолина, АТФ и переносу ионов калия. Как часть белкового компонента – миофибрилл 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, нервно-мышечной проводимости и временного повышения силы ослабленной мышцы. Это достигается назначением инъекций 0,05%-ного раствора прозерина по 0,1 мл под кожу 2 раза в день; АТФ 1% в/м по 2,0

мл один раз в день, витамины группы В (ребекон, тривитрон) и Е (токоферол).

Длительность курса лечения составляла 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 (n=43), а полный комплекс (диета, электростимуляция, ЛФК, медикаментозная терапия) получили 28 (65,1%) пациенток.

Клинический пример. Больная Т., 29 лет, поступила в клинику с диагнозом: послеродовое анальное недержание I ст. При обследовании был выявлен рубец протяжённостью около 1/4 окружности сфинктера по переднему сегменту. При ректороманоскопии выявлен катаральный проктосигмоидит. Больной проведён курс консервативного лечения анального недержания, включающий диету, электростимуляцию, ЛФК, медикаментозную терапию, лечебные микроклизмы с колларголом и отварами трав.

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

В связи с противопоказаниями к электролечению (миома матки, полип прямой кишки) 9 больным были назначены 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

**ТАБЛИЦА. ПОКАЗАТЕЛИ СФИНКТРОМЕТРИИ**

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



нарушений, что являлось благоприятным прогностическим признаком, позволяющим ожидать эффективность оперативного вмешательства.

Таким образом, разработанный нами комплекс консервативной терапии, как самостоятельный метод лечения, показан больным с послеродовым анальным недержанием I степени, ректоцеле I степени и свежими разрывами промежности в родах II степени. Применение комплекса консервативной терапии в качестве предоперационной подготовки за счёт улучшения показателей функционального состояния запирающего аппарата и моторно-эвакуаторной деятельности прямой кишки обеспечивает эффективность оперативного вмешательства. Применение комплекса консервативной терапии в послеоперационном периоде позволяет ускорить восстановление утраченных функций.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аминова В.А. К вопросу о восстановлении сфинктера прямой кишки после разрыва при родах / В.А.Аминова // Элементы проктологии: Сб. тез. докл. III Всероссийской конф. хирургов по заболеваниям толстой и прямой кишок. - Куйбышев. - 1969. - С.43-44
2. Подмаренкова Л.Ф. Консервативное лечение недостаточности анального сфинктера / Л.Ф.Подмаренкова [и др.] // Актуальные вопросы колопроктологии. Тезисы докладов первого съезда колопроктологов России с международным участием. - Самара. - 2003. - С.111-112
3. Глебова Н.Н. Опыт лечения и реабилитации женщин, перенёсших травмы мягких тканей родовых путей / Н.Н.Глебова, Н.Г.Мухаметшина // Акуш.и гинек. - 1983. - N4. - С. 49-50
4. Фоменко О.Ю. Алгоритм исследования нарушений запирающего аппарата прямой кишки при функциональной недостаточности анального сфинктера О.Ю.Фоменко [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2009. - N4. - С.62-68
5. Ящук А.Г. Научное обоснование и реализация лечебно-реабилитационных мероприятий у женщин с пролапсом гениталий (клинико-генетические аспекты): автореф. . . докт. мед. наук / А.Г.Ящук. - М. - 2009. - 37с.
6. Bek K.M. Risks of anal incontinence from subsequent vaginal delivery after a complete obstetric anal sphincter tear / K.M.Bek, S.Laurberg // Br. J. Obstet. Gynaecol.- 1992. - V.99. - N9. - P.724-726
7. Bruscianno L. Ultrasosnographic patterns in patients with obstructed defecation / L.Bruscianno, P.Limongelli, M.Pescatori // Dis. Col. Rect.- 2007.- V.22.- P.969-977
8. Chang H.S. Effect of electrical stimulation in constipated patients with impaired rectal sensation / H.S. Chang [et al.] // Dis. Col. Rect.- 2003.- V.18.- N4.- P.433-438

## Summary

# The importance of conservative therapy in complex surgical treatment of proctologic non-neoplastic diseases in women

T.A. Bapiev

Proposed conservative therapy, as independent method of treatment is indicated for patients with postpartal anal incontinence I level, rectocele I degree and fresh perineal ruptures during childbirth II degree. The use of complex conservative therapy as a preoperative preparation by improving the indicators of functional state of obturative apparatus and motor-evacuation activity of the rectum provides the effectiveness of surgical intervention. The use of complex conservative therapy in postoperative period allows to accelerate the recovery of lost functions.

**Key words:** rectocele, perineal rupture during delivery, postpartal anal incontinence

#### АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

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