

Է.Բ.Հակոբյան, Լ.Ա. Դանիելյան, Գ.Մ.Գևորգյան

**ՊՐՈԿՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ԱՆՏՐՈՐՈՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՆՈՐ ՍԱՐՁԵՐ**

Մշակված են նոր ակտորոշիչ սարքեր (անուսկոպ, ուղիղ աղիքի խողակների ներքին անցքի տեղակայումը որոշելու հարմարանք և սֆինկտերոմետր), որոնք հնարավորություն են տալիս ճշգրտորեն որոշել պրոկտոլոգիական հիվանդությունների առանձնահատկությունները:

E.B.Hakopian, L.A.Daniellian, G.M.Gevorkian

NEW DEVICES IN DIAGNOSIS OF PROCTOLOGICAL DISEASES

For diagnostic purposes a new anoscope with a lighting appliance is worked out enabling both to observe well pathogenic neoplasms of the distal section of the rectum and manipulate in this zone.

For the increase of accuracy of determination of the localization of the inner opening of rectum fistula a special device is constructed, based on the change of the indicator color under the influence of ethyl spirit vapours, conducted through the fistulous passage.

A new sphincterometer is made up, graphically reflecting the functional state of the anal constrictor. The average indices of sphincterometry in norm are brought in the paper.

УДК 616.74-089.844

Л.У.Назаров, Э.Б.Акопян, Д.И.Элоян, К.А.Саркисян, Г.М.Геворкян

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ЖЕНЩИН

Проблема лечения хронических запоров в настоящее время является одной из актуальных, так как этим заболеванием страдает от 40 до 60% населения трудоспособного возраста. Число больных запорами увеличивается, что можно объяснить употреблением бесшлаковой пищи, понижением физической активности, а также эмоциональными стрессами, ведущими к спазмам кишечника. Среди больных запорами 70% составляют женщины. Заболевание чаще встречается у людей, занимающихся умственным трудом [1, 2, 5].

Для борьбы с запорами предложено огромное количество средств и методов консервативного лечения. Рекомендуются различные способствующие нормализации стула пищевые продукты и специальные диеты, слабительные средства, различные клизмы, лекарственные препараты и т.д. Широко применяются лечебная физкультура и массаж, санаторно-курортное лечение, физиотерапевтические процедуры и др. Однако зачастую применение перечисленных методов не приводит к избавлению от запоров.

Практически подобных больных обычно лечат в терапевтических отделениях иногда без достаточно полного обследования и установления истинной причины заболевания. Однако для успешного лечения больных запорами необходимо не только обязательное обследование желудочно-кишечного тракта, а при показаниях и хирургическое лечение, т.к. многие виды запоров можно устранить только оперативным путем или сочетанием хирургических и терапевтических методов лечения.

За последние 5 лет в НИИ проктологии МЗ РА на стационарном лечении находились 315 женщин, страдающих хроническими запорами. Чаще всего больные жаловались на затрудненный нерегулярный акт дефекации. Нередко они отмечали боли в животе колющего или схваткообразного характера, вздутие, урчание, усиленное газообразование, отрыжку, изжогу. Эти явления чаще проявлялись при отсутствии стула в течение 2-3 дней и более. Боли иногда иррадиировали в грудную клетку, малый таз и позвоночник. Часть больных отмечали общую слабость, быструю утомляемость, головную боль. Многие женщины жаловались на ощущения неполного опорожнения кишечника. Некоторые применяли ручное пособие для осуществления дефекации, надавливая пальцем на влагалище или на область промежности вверх или в сторону ануса.

Частота стула была различной: у 196 женщин через 2-3 дня, у 77 - через 3-4 дня, у 34 - через 5-6 дней, а у 8 - 1 раз в неделю и даже реже. 298 пациенток регулярно употребляли слабительные средства, а 18 из них пользовались также очистительными клизмами.

Из общего числа обследованных у 87 имелись органические причины запоров, у 195 - функциональные, а у 33 отмечалось сочетание функциональных и органических факторов развития данного заболевания. Из 87 женщин с органической природой запоров у 3 выявлена долихосигма, у 1 - долихомегасигма, у 2 - подвижная слепая кишка, а у 81 - ректоцеле. Последнее заболевание выявлено также у 33 из 195 больных синдромом раздраженной толстой кишки (СРТК). Кроме того, из общего числа пациенток у 16 больных с СРТК и у 34 с ректоцеле имели место сочетанный геморрой и анальная трещина, которые из-за болевого синдрома усугубляют картину запоров.

Больных долихо- и мегадолихосигмой подвергли хирургическому лечению с удалением расширенных отделов ободочной кишки. В двух случаях произвели цекопексию. В диагностике ректоцеле использовали баллонную проктографию, которая является одним из наиболее достоверных методов выявления патологий тазового дна. Так, у 114 больных определены II-III степень ректоцеле с явлениями суб- и декомпенсации функций тазового дна.

Операции по поводу ректоцеле выполнены у 101 больной. 13 женщин от операции отказались. В качестве предоперационной подготовки проводили комплекс мероприятий, направленных на восстановление функции поврежденных мышечных волокон тазового дна и коррекцию психоэмоциональной сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма. Базисной операцией считали заднюю кольпорафию, переднюю леваторопластику, а по показаниям и сфинктеролеваторопластику с ликвидацией ректоцеле. Для подхода к мышечным структурам промежности использовали комбинированный (промежностно-влагалищный) доступ, который, по нашему мнению, обеспечивает возможность хорошего обзора операционного поля и проведения полноценной пластики.

При сочетании ректоцеле с другими хирургическими заболеваниями прямой кишки и мочеполовой сферы одновременно производили геморроидэктомию, иссечение анальной трещины и свищей прямой кишки, переднюю кольпорафию с пластикой задней стенки мочевого пузыря и уретры. Такой подход позволяет избавить больных сразу от нескольких заболеваний, патогенетически связанных между собой.

Использована активная тактика послеоперационного ведения больных ректоцеле. Постельный режим и бесшлаковое питание назначали в течение 2 суток. На 5-й день больным назначали дважды в день дыхательную гимнастику.

ку, процедуры иглорефлексотерапии по седативной методике и ДМВ-терапию области раны аппаратом "Ромашка".

Первый стул на 4-й день после вмешательства - с помощью очистительной клизмы. С 5-го дня назначали процедуры, непосредственно воздействующие на восстановление нервно-мышечного аппарата промежности и прямой кишки, а также нормализующие акт опорожнения кишечника. Помимо дыхательной и мелкосуставной двигательной гимнастики, назначали упражнения, направленные на активизацию мышц промежности. Применяли также стимуляцию мышечных структур аппаратом "Эндотон-01Б". Через две недели после операции амбулаторно назначали комплекс мероприятий, состоящий из процедур восходящего душа, ректальной стимуляции мышечных структур прямой кишки и промежности.

У 195 женщин не были обнаружены органические причины возникновения запоров. В этиопатогенезе диагностированного у них СРТК большую роль играли стрессовые факторы. У всех больных был изучен психоэмоциональный статус, при этом использован личностный опросник, разработанный в НИ психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева [3, 4]. Наиболее часто выявлены неврастенический (62,5%) и ипохондрический (24,4%) типы личности. Из общего числа пациенток у 24 (12,3%) при эндоскопическом исследовании толстой кишки выявлены признаки катарального воспаления, подтвержденные морфологически. Картина гастрита, бульбита и дуоденита обнаружена в 56 случаях (28,7%), при этом у 48 - по типу гиперацидного. Рентгенография толстой кишки показала сдвиг в щелочную сторону у 101 (51,3%) и в кислую - у 33 женщин (16,9%).

Проведенный анализ гастрограмм показал наличие гиперкинетических изменений моторной функции желудка в 28,2% случаев (у 55 больных), гипокинетических - в 5,1% случаев (у 10 больных) и нормокинетических с дискоординацией функции желудка в 10,3% (у 20 женщин).

У подавляющего большинства больных при электроколографии гипокинетический тип моторики кишки выявлен у 127 (65,1%), гиперкинетический - у 35 (17,9%) и нормокинетический с дискоординацией функции толстой кишки - у 33 больных (17,4%).

Сопоставление гастрограмм с колограммами выявило обратную зависимость между ними. Гипокинез желудка сопровождался повышением амплитуды колограмм с дискоординацией функции. При гиперкинезе желудка имели место гипокинетические изменения со стороны толстой кишки. Это можно объяснить возбуждающим влиянием проксимальных отделов и тормозящим влиянием дистальных отделов желудочно-кишечного тракта. Гиперкинетический тип колодискинезий сочетался с гиперкинезом желчного пузыря. Размеры печени при сонографии почти у всех женщин были в пределах нормы, однако у 14 из 195 женщин (7,2%) обнаружены явления хронического холецистита.

Всем больным с функциональными нарушениями толстой кишки назначали препараты ферментативного ряда, спазмолитики, витамины и лечебные микроклизмы. При наличии дисбактериоза применяли бактериальные препараты. Из физических методов лечения назначали переменное магнитное поле и синусоидальные модулированные токи. Коррекцию психоэмоциональной сферы больных производили психотерапией, иглорефлексотерапией и назначением транквилизаторов и антидепрессантов.

Оперативные вмешательства у больных с СРТК в сочетании с ректоцеле, геморроем или анальной трещиной производили после завершения курса кон-

сервативного лечения. По поводу геморроя и анальной трещины оперированы 14 из 16 женщин. У всех женщин после лечения запоры практически ликвидированы, однако у 46 больных (23,6%) из 195 с СРТК через 4-5 месяцев возникла необходимость в назначении повторного курса консервативной терапии.

Резюмируя вышесказанное, можно заключить, что у женщин, страдающих запорами, необходимо детально исследовать желудочно-кишечный тракт и область промежности. Успех лечения таких больных зависит от правильного определения причины запора и выбора адекватной тактики консервативного или хирургического лечения.

НИИ проктологии МЗ РА

Поступила 30.7.93.

Լ.Լ.Նազարով, Է.Բ.Հակոբյան, Դ.Ի.Էլոյան, Կ.Ա.Սարգսյան, Գ.Մ.Գևորգյան
ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՓՈՐԿԱՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ԿԱՆԱՆՑ ՄՈՏ

Փորկապոքյանք տառապող 315 կանանց հետազոտությունների հիման վրա հաստատվել է, որ բուժման արդյունավետությունը կախված է փորկապոքյան պատճառը ճիշտ որոշելուց և համապատասխան թերապևտիկ կամ վիրաբուժական մեթոդի ընտրությունից:

Բերված են տվյալ հիվանդության աշտորոշման և բուժման նոր մեթոդներ:

L.U.Nazarov, E.B.Hakopian, D.I.Eloyan, K.A.Sarkissian, G.M.Gevorkian

TREATMENT OF CHRONIC CONSTIPATIONS IN WOMEN

It is established that in case of only functional disorders of the large intestine it is necessary to carry out an adequate conservative treatment, whereas in cases of combined functional and organic reasons of constipation after the conservative treatment some surgical methods must be used.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии, т.4. Куйбышев, 1979.
2. Генри М., Свош М. Колопроктология и тазовое дно. М., 1988.
3. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. М., 1983.
4. Тополянский В.Д., Струковский М.В. Психосоматические расстройства. М., 1986.
5. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М., 1984.