

УДК: 616-007.271+616.352

Садовий І.Я., Шевчук І.М.

**Труднощі клінічної та можливості рентгенологічної діагностики стриктур анального каналу**

Кафедра хірургії № 2 (зав. каф. – проф. Шевчук І.М.) ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

**Резюме.** Обстежено 19 хворих із стриктурою анального каналу, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в проктологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні з 2008 по 2010 роки. Серед них 11 (57,9 %) жінок, 8 (42,1 %) чоловіків, віком від 29 до 74 років. В минулому 18 (94,74 %) були прооперовані на геморої, хронічну задню кальозну анальну тріщину, перианальні гострокінцеві кондиліди. Перші прояви захворювання у обстежуваних хворих виникли в середньому через  $5,32 \pm 2,41$  місяців. З компенсованою стриктурою анального каналу було 6 (31,58 %) хворих, з субкомпенсованою – 11 (57,9 %), з декомпенсованою – 2 (10,52 %) хворих. Ізольоване рентгенологічне дослідження анального каналу з використанням рентгеноконтрастних свічок дозволяє більш точно встановити характер стриктури, ступінь звуження анального каналу, що необхідно для вибору адекватної хірургічної тактики лікування.

**Ключові слова:** стриктура анального каналу, діагностика, ізольоване рентгеноконтрастне дослідження

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.**

Стриктура анального каналу (САК) є одним з найскладніших серед колопроктологічних захворювань. Вагома частка САК серед доброякісних захворювань прямої кишки не має тенденції до зниження і залишається в межах 0,9-1,7 %, що змушує дослідників шукати нові підходи до лікування даної патології [2].

Під час евакуації вмісту товстої кишки в нормі внутрішній сфінктер анального каналу розширюється в напрямку до ануса, при цьому анальний канал набуває циліндричної форми, що забезпечує вільне проходження калу [3].

Вроджені (первинні) стриктури прямої кишки зустрічаються рідко, серед аноректальних вад розвитку вони складають біля 10-15 % [2]. Вроджені стриктури діагностують при народженні дитини, а хірургічну корекцію проводять у спеціалізованих відділеннях. Вторинні стриктури прямої кишки можуть бути викликані травмою, внутрішнім або зовнішнім патологічним запальним процесом аноректальної зони (сфінктерит, криптит, хронічна анальна тріщина, хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт, амєбна дизентерія, виражене запалення параректальної клітковини, запальні ураження внутрішніх статевих органів, туберкульоз, актиномікоз, рідко САК виникає внаслідок венеричних захворювань: гонорея, сифіліс, венерична лімфогранульома – хвороба Нікола-Фавра, СНІД). Звуження просвіту прямої кишки може виникнути при станах, які спричиняють утворення рубців на слизовій оболонці [4, 5]. Розвиток САК найчастіше (до 90 % хворих) пов'язують з раніше перенесеними оперативними втручаннями з приводу геморою, параректальної нориці, гострого парапроктиту, анальної тріщини, випадіння прямої кишки, гострокінцевих кондилідом [1, 2, 3, 6].

Здатна до значного розтягування еластична слизова оболонка анального каналу прямої кишки у цих хворих заміщується фіброзною тканиною, яка порушує фізіологічне функціонування відхідника. Поступовий і незворотній фіброз, що розвивається в підслизовому шарі, призводить до формування патологічної ліycopодібної конфігурації анального каналу, в якому діаметр анального каналу є більшим за діаметр анального отвору [3].

Важливо розрізняти функціональну та органічну (істинну) САК. Функціональна САК виникає за відсутності органічного ураження анального каналу, не пов'язаний з актом дефекації, характеризується раптовим приступоподібним

спастичним тяжким болем в ділянці промежини. При органічній САК, спричиненій розвитком рубцевої тканини в підслизовому шарі біль є постійним і посилюється при акті дефекації [4].

При хронічних запальних захворюваннях анального каналу розвиток клінічної симптоматики має тривалий прогресивний характер і обумовлений поступовим, впродовж декількох років, формуванням стриктури. При САК, які розвиваються внаслідок перенесених оперативних втручань на анальному каналі, маніфестація клінічних проявів настає швидко, інколи до півроку, і характеризується яскравими ознаками [5].

Діагностика САК, на перший погляд, не викликає труднощів. Ретельно зібраний анамнез захворювання (хронічні запальні захворювання прямої кишки та параректальної ділянки, перенесені оперативні втручання на анальному каналі), скарги хворих на труднощі, що виникають під час акту дефекації, візуальний огляд шкіри перианальної ділянки і дистального відділу анального каналу, а також пальцеве ректальне дослідження, як правило, дозволяють встановити діагноз. Проте для об'єктивного підтвердження діагнозу цього недостатньо.

Дослідження дистального відділу анального каналу, а також пальцеве ректальне дослідження у хворих САК викликає відчуття дискомфорту і може супроводжуватися надмірним болем. Огляд хворого краще проводити під сакральною анестезією, що дає змогу більш детально оцінити ступінь стриктури, як в ділянці ануса, так і в анальному каналі, встановити наявність і характер ран, рубців та ін. У пацієнтів з істинною САК дослідження в умовах сакральної анестезії не супроводжується збільшення діаметру анального каналу. При декомпенсованих, низьких або тотальних циркулярних САК дослідження дистального відділу анального каналу і пальцеве ректальне дослідження є неможливим.

Рентгенологічний метод є одним з основних об'єктивних клінічних методів дослідження прямої та ободової кишки [6].

Аноректальна манометрія також є об'єктивним методом дослідження оцінки тонуусу анальної мускулатури, ректального тримання, аноректального відчуття та перевірки цілісності ректоанального гальмівного рефлексу. Проте, існуючі різні підходи до оцінки результатів затруднюють їх інтерпретацію [7].

**Мета дослідження** – оцінити загальноприйнятні методи обстеження та вивчити ефективність ізольованого рентгенологічного дослідження анального каналу у хворих із САК.

**Матеріал і методи дослідження**

Обстежено 19 хворих із САК, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в проктологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні з 2008 по 2010 роки. Серед хворих 11 (57,9 %) жінок і 8 (42,1 %) чоловіків, віком від 29 до 74 років. Середній вік обстежуваних жінок складав  $45,35 \pm 3,2$  років, чоловіків –  $52,31 \pm 4,4$  років.

З компенсованою САК було 6 (31,58 %) хворих, з субкомпенсованою – 11 (57,9 %), декомпенсовану САК діагностовано у 2 (10,52 %) хворих.

Всі хворі раніше були прооперовані, за виключенням однієї хворої з хворобою Крона. У 16 (84,21 %) із 19 хворих у минулому була проведена гемороїдектомія в різних модифікаціях (за Уайлдом, за Міліганом-Морганом). Проміжок часу від проведення

оперативного втручання до перших клінічних проявів САК складав від 2 до 10 місяців. У одній (5,26 %) хворій була проведена операція з приводу хронічної задньої кальозної анальної тріщини. Час від проведення оперативного втручання до перших клінічних проявів САК склав 2 місяці. У одного (5,26 %) хворого перші клінічні прояви САК з'явилися через один місяць після операції з приводу перианальних гострокінцевих кондилом. У одній хворій причиною формування САК була хвороба Крона з ізольованим ураженням анального каналу, з першими клінічними проявами через 10 місяців. В середньому перші прояви САК у обстежуваних хворих виникли через  $5,32 \pm 2,41$  місяців.

Збір скарг хворих, огляд перианальної ділянки та дистального відділу анального каналу, оцінка анального рефлексу, пальцеве обстеження прямої кишки та рентгенологічне дослідження товстого кишечника і прямої кишки проводили всім хворим при поступленні в стаціонар та через один рік після проведеного лікування під час контрольних оглядів.

Для ізольованого рентгенологічного дослідження анального каналу застосовували спеціальні рентгенконтрастні свічки.

Контрольну групу склали 10 хворих прооперованих з приводу абсцесу епітеліальних куприкових ходів, у яких не було діагностовано САК.

### Результати дослідження та їх обговорення

При компенсованій САК хворі скаржились на дискомфорт в анальному каналі під час спорожнення кишечника при незначному ущільненні калу. При субкомпенсованій САК до цього приєднувалися скарги на боліччу і тривалу дефекацію, необхідність застосування анальгетиків. При декомпенсованій САК хворі відзначали неможливість самотійного стільця, необхідність постійного прийому послаблюючих, виконання клізм щоразу перед стільцем, страх перед кожним актом дефекації.

При огляді промежини у всіх хворих відзначали наявність рубцевозміненої шкіри перианальної ділянки. Гіпертрофічні рубці, що виступали над шкірою, мали надриви, як результат хронічного запального процесу та постійної травматизації під час акту дефекації. При оцінці глибини анальної воронки у 10 хворих анус був втягнутий, у 9 – плоский, у 17 хворих анальний отвір був зімкнутий, у 2 хворих зіяв через циркулярний характер рубцевих змін.

У 17 хворих відзначали зниження анального рефлексу, у 2-х – рефлекс був відсутній. Зниження та відсутність анального рефлексу свідчать про зниження тонуусу і сили скорочення м'язів анального жому.

Наявність рубцевозміненої шкіри перианальної ділянки не дозволило нам у досліджуваній групі хворих адекватно оцінити стан тканин дистального відділу анального каналу. При пальцевому обстеженні прямої кишки у 6 хворих із компенсованою САК відзначали звуження анального каналу до 1,5 см, помірне зниження еластичності та наявність рубцевозміненої тканини на одній із стінок кишки. У 11 хворих при субкомпенсованій формі САК для пальцевого дослідження прямої кишки було необхідне силове розширення анального каналу мізинцем. При цьому звуження діаметру анального каналу складало від 0,5 до 1,5 см. Стінки анального каналу при субкомпенсованій формі були ригідними з щільною на дотик рубцевозміненою тканиною, яка могла захоплювати до 2/3 обводу. При декомпенсованій формі САК у 2-х хворих пальцеве дослідження кишки було неможливим, а діаметр анального каналу не перевищував 0,5 см.

У 17 (89,47%) хворих з компенсованою та субкомпенсованою САК вдалося провести ірігографію. У 2 (10,53%) хворих з декомпенсованою САК виконання ірігографії було неможливим.

Всім хворих проводили ізольоване рентгенологічне дослідження анального каналу із застосуванням спеціальних

контрастних свічок. За результатами цього дослідження у хворих з компенсованою формою САК відзначали “дефект наповнення” на одній із стінок анального каналу у вигляді напукки, діаметр анального каналу становив  $1,1 \pm 0,23$  см. При субкомпенсованій САК – “дефект наповнення” спостерігали на одній, двох, а деколи і на трьох стінках анального каналу, а його діаметр становив  $0,7 \pm 0,42$  см. При декомпенсованій САК всі стінки анального каналу були з “дефектами наповнення”, а діаметр анального каналу становив  $0,3 \pm 0,12$  см. У контрольній групі при відсутності САК спостерігали природню анатомічну конфігурацію у вигляді лійки, де діаметр анального каналу вверху був менший за діаметр анального отвору.

Консервативно були проліковані 6 (31,6 %) хворих із компенсованою формою САК. Після неефективного консервативного лікування оперативне втручання проведено у 13 (68,4 %) хворих з субкомпенсованою і декомпенсованою формою САК.

### Висновки

Діагностика характеру стриктури анального каналу залишається складною проблемою. Існуючі методи діагностики у вигляді об'єктивного обстеження та ірігографії не завжди дозволяють остаточно встановити діагноз. Запропоноване нами ізольоване рентгенологічне дослідження анального каналу з використанням рентгеноконтрастних свічок дозволяє більш точно встановити характер стриктури, ступінь звуження анального каналу, що необхідно для вибору адекватної хірургічної тактики лікування.

### Перспективи подальших досліджень

Необхідні подальші дослідження функціональних та анатомічних змін відхідника у хворих на стриктуру анального каналу для своєчасного встановлення показань до консервативного та хірургічного лікування.

### Література

1. Помазкин В. И. Хирургическое лечение рубцовых стриктур анального канала / В. И. Помазкин, Ю. В. Мансуров // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова – 2011. - № 1. - С. 48-52.
2. Brisinda G. Surgical treatment of anal stenosis / G. Brisinda, S. Vanella, F. Caddeu [et al.] // World J Gastroenterol – 2009, – № 15(16). – P. 1921-1928.
3. Casadesus D. Treatment of anal stenosis. a 5-year review / D. Casadesus, L. E. Villasana, H. Diaz [et al.] // ANZ. J. Surg. - 2007. - № 77. - P. 557-559.
4. Ettore G. M. Anoplasty with House advancement flap for anal stenosis after hemorrhoidectomy. Report of a clinical case / G. M. Ettore, L. Paganelli, L. Alessandrini [et al.] // Chir. Ital. – 2001. – № 53. – P. 571-574.
5. Garcea G. Management of benign rectal strictures / G. Garcea, C. D. Sutton, T. D. Lloyd [et al.] // Dis. Colon. Rectum. – 2003. – № 46. – P. 1451-1460.
6. Habr-Gama A. Surgical treatment of anal stenosis: assessment of 77 anoplasties / A. Habr-Gama, C.W. Sobrado, S.E. de Araujo [et al.] // Clinics. - 2005. - № 60. - P. 17-20.
7. Owen H. A. The house advancement anoplasty for treatment of anal disorders / H.A. Owen, D.P. Edwards, K. Khosraviani [et al.] // J. R. Army. Med. Corps. - 2006. - № 152. - P. 87-88.

*Садовий І.Я., Шевчук І.М.*

### Трудности клинической и возможности рентгенологической диагностики стриктур анального канала

**Резюме.** Обследовано 19 больных с стриктурой анального канала, которые были на стационарном лечении в проктологическом отделении Ивано-Франковской областной клинической больницы с 2008 по 2010 годы. Среди них 11 (57,9%) женщин, 8 (42,1%) мужчин в возрасте от 29 до 74 лет. В прошлом 18 (94,74%) были прооперированы по поводу геморроя, хронической задней

каллезная анальной трещины, перианальных остроконечных кондилом. Первые проявления заболевания у обследуемых больных возникли в среднем через 5,32 + 2,41 месяца. С компенсированной стриктурой анального канала было 6 (31,58%) больных, из субкомпенсированной - 11 (57,9%), с декомпенсированной 2 (10,52%) больных. Изолированное рентгенологическое исследование анального канала с использованием рентгеноконтрастных свечей позволяет более точно установить характер стриктуры, степень сужения анального канала, что необходимо для выбора адекватной хирургической тактики лечения.

**Ключевые слова:** стриктура анального канала, диагностика, изолированное рентгеноконтрастное исследование.

*Sadovyy I.Y., Shevchuk I.M.*

#### The Difficulties of Clinical Diagnosis and Opportunities of Radiological One of the Anal Canal Strictures

**Summary.** The study involved 19 patients with stricture of anal

canal who were under medical care in department of proctology Ivano-Frankivsk regional hospital from 2008 to 2010. Among them 11 (57.9%) women, 8 (42.1%) men aged 29 to 74 years. 18 (94.74%) patients were operated about the hemorrhoids, chronic gigantic anal fissures, perianal genital warts in the past. The first signs of disease were appeared in patients in average thru of 5.32 + 2.41 months. With compensated stricture of anal canal were 6 (31.58%) patients, with subcompensated - 11 (57.9%) with decompensated - 2 (10.52%) patients. Isolated X-ray research of the anal canal with using a radio-opaque suppositories allows more accurately establish the nature of the stricture, the degree of narrowing of the anal canal, what is necessary to select adequate surgical treatment.

**Key words:** stricture of anal canal, diagnosis, isolated X-ray contrast research.

Надійшла 19.03.2012 року.

УДК: 616.36-004-085.272.3-036.8

*Самогальська О.Є., Лазарчук Т.Б., Олійник Н.М., Мерецька І.В.*

#### Ефективність комплексної терапії цирозу печінки із застосуванням $\alpha$ -ліпоєвої кислоти

Кафедра клінічної фармації (зав. каф. – проф. Самогальська О.Є.)

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського»

**Резюме.** У результаті аналізу ефективності комплексної терапії хворих на алкогольний цироз печінки (ЦП) з використанням  $\alpha$ -ліпоєвої кислоти виявлено, що запропонований комплекс спричиняє у хворих на ЦП вірогідно кращу динаміку всіх основних клінічних синдромів, проявів цитолітичного, холестаτικού, мезенхімально-запального синдромів, нормалізацію ліпідограму, зменшує дисбаланс системи перикисне окислення ліпідів-антиоксидантний захист, глибину ендотоксикозу, сприяє зниженню рівня прозапального цитокіну ФНП- $\alpha$ . Рекомендуються призначати комплекс терапії з  $\alpha$ -ліпоєвою кислотою двічі на рік.

**Ключові слова:** цироз печінки, комплексна терапія,  $\alpha$ -ліпоєва кислота.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** На сучасному етапі розвитку людського суспільства патологія печінки займає одне з провідних місць серед проблем патології внутрішніх органів [1, 3]. Спостерігається тенденція до зростання частоти хронічних захворювань печінки як в Україні, так і в усьому світі [5]. Особливостями перебігу печінкової патології є висока частота хронізації процесу, зниження якості життя хворих, скорочення його тривалості [4]. Тому важливі пошуки причин прогресування патології печінки для активного впливу на них з метою зупинки прогресування патологічного процесу в органі.

Традиційно важливе місце в лікуванні патології печінки займають гепатопротектори, препарати з різними механізмами дії, спрямованими на нормалізацію функціональної

активності печінки, потенціювання репаративно-регенеративних процесів, відновлення гомеостазу і підвищення стійкості печінки до дії патогенних факторів [3]. Наявний широкий спектр препаратів з антиоксидантними, мембраностабілізуючими, протизапальними властивостями, які традиційно використовуються в гепатології, серед них заслуговує на увагу використання  $\alpha$ -ліпоєвої кислоти (АЛК), яка являє собою речовину, що утворюється ендогенно. В її біосинтезі беруть участь мікроорганізми і рослини. В організмі людини АЛК є коензимом комплексу ферментів, що прискорюють окиснювальне декарбоксилювання альфа-кислот.

Внаслідок ферментативного і хімічного відновлення з АЛК синтезується дигідроліпоєва кислота (6,8-дитіоктанова кислота), яка регулює процес утворення енергії в клітині, тому є незамінним компонентом реакцій вуглеводного, білкового, ліпідного й енергетичного обміну, метаболізму холестерину [6]. Тому використання АЛК може бути перспективним при цирозі печінки (ЦП) враховуючи, що у цієї категорії хворих узв'язку з погіршенням функції печінки порушуються всі види обміну речовин. Ефективність АЛК доведена в діабетології, досліджувалась у хворих на стеатоз і стеатогепатит [2], ефективність препарату при цирозі печінки, зокрема алкогольному, вивчена не достатньо.

**Метою** дослідження було дослідити та проаналізувати характер впливу терапії із застосуванням АЛК на перебіг