

© І. М. ШЕВЧУК, І. Я. САДОВИЙ

Івано-Франківський національний медичний університет

Причини, клініка і діагностика стриктур анального каналу

I. M. SHEVCHUK, I. YA. SADOVYI

Ivano-Frankivsk National Medical University

REASONS, CLINIC AND DIAGNOSTICS OF STRICTURES OF ANAL CANAL

Стриктура анального каналу (САК) є одним із найскладніших серед колопроктологічних захворювань. Незважаючи на порівняно невелику частоту стриктур анального каналу, їх діагностика і вибір методу комплексного хірургічного лікування становлять значну соціальну і медичну проблему.

Під нашим спостереженням перебували 39 хворих із САК, які перебували на стаціонарному лікуванні у проктологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні з 2006 до 2011 року. Серед хворих 25 (65 %) жінок і 14 (35 %) чоловіків віком від 29 до 74 років. Середній вік обстежуваних жінок складав $(47,85 \pm 4,2)$ року, чоловіків – $(50,21 \pm 3,4)$ року.

Всі хворі раніше були прооперовані, за винятком однієї хворої з хворобою Крона. У 34 (89,74 %) із 38 пацієнтів у минулому була проведена геморроїдектомія в різних модифікаціях (за Уайдхедом, за Міліганом–Морганом). У 2 (5,13 %) хворих була виконана операція з приводу хронічної кальозної задньої анальної тріщини. У 2 (5,13 %) пацієнтів, прооперованих із приводу періанальних гострокінцевих кондиллом. У однієї хворої причиною формування САК була хвороба Крона з ізольованим ураженням анального каналу.

Серед обстежених хворих у 12 (30 %) діагностовано компенсовану САК, у 20 (50 %) – субкомпенсовану САК, у 7 (20 %) – декомпенсовану САК.

За рівнем розташування в анальному каналі низькі стриктури діагностовані у 27 (65 %) хворих, середні – у 7 (17,5 %), високі – у 3 (7,5 %) і тотальні – у 2 (5 %) пацієнтів.

Поширення рубцевого процесу в анальному каналі із захопленням в рубець до 1/2 його обводу мали 12 (30 %) хворих, від 1/2 до 2/3 обводу – 21 (55 %) пацієнт. Циркулярні звуження анального каналу діагностовано в 6 (15 %) хворих.

Всіх хворих турбував дискомфорт в анальному каналі під час акту дефекації при незначному ущільненні калу. Ця ознака була єдиною скаргою у хво-

рих із компенсованою формою САК. Хворі із субкомпенсованою формою захворювання, крім дискомфорту в анальному каналі, скаржилися на болючу і тривалу дефекацію, відчуття неповного спорожнення прямої кишки, інколи виникала необхідність застосування знеболювальних середників. При декомпенсованій формі САК хворі відзначали неможливість самостійного відходження калу, необхідність постійного приймання послаблюючих, анальгетичних середників, потребу в обов'язковому виконанні клізм щоразу перед випорожненням, відчуття страху перед кожним актом дефекації.

При огляді промежини у всіх хворих відзначали наявність рубцево зміненої шкіри періанальної ділянки. Гіпертрофічні рубці, що виступали над шкірою, мали надриви як результат хронічного запального процесу та постійної травматизації під час акту дефекації. У 33 хворих відмічали зниження анального рефлексу, у 6-х – рефлекс був відсутній.

Для встановлення ступеня звуження анального каналу пальцеве дослідження прямої кишки переважно виконували мізинцем після проведеного адекватного знеболювання. У хворих із компенсованою САК відмічали звуження анального каналу до 1,5 см, помірне зниження еластичності та наявність рубцево зміненої тканини на одній із стінок кишки. При субкомпенсованій формі САК необхідне було силове розширення анального каналу мізинцем. При цьому звуження діаметра анального каналу складало від 0,5 до 1,5 см. Стінки анального каналу були ригідними з щільною на дотик рубцево зміненою тканиною, яка могла захоплювати до 2/3 обводу кишки. При декомпенсованій формі САК пальцеве дослідження кишки було неможливе, діаметр звуження анального каналу не перевищував 0,5 см.

У 32 (82,06 %) хворих із компенсованою та субкомпенсованою САК вдалося провести іригографію. У 7 (17,94 %) пацієнтів із декомпенсованою САК виконання іригографії було неможливе.

ПОВІДОМЛЕННЯ

Всім хворих проводили ізольоване рентгенологічне дослідження анального каналу із застосуванням спеціальних контрастних свічок. За результатами цього дослідження у хворих із компенсованою формою САК відмічали “дефект наповнення” на одній із стінок анального каналу у вигляді смужки, 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 природну анатомічну конфігурацію у вигляді лійки, де діаметр анального каналу вгорі був менший за діаметр анального отвору.

У контрольній групі при відсутності САК спостерігали природну анатомічну конфігурацію

анального каналу, що має вигляд лійки, де її діаметр вгорі менший за діаметр анального отвору.

За нашими даними, стриктури анального каналу виникали після проведених оперативних втручань із приводу геморою, хронічної кальозної анальної тріщини, періанальних гострокінцевих кондилом. Діагностика характеру цього захворювання залишається складною проблемою. Існуючі методи діагностики у вигляді об'єктивного обстеження та іригографії не завжди дозволяють остаточно встановити діагноз.

Висновок. 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.

Отримано 12.03.12