

УДК 616.352-007.271-039

І.М. Шевчук¹, І.Я. Садовий¹, О.М. Петрина²**СТРИКТУРИ АНАЛЬНОГО КАНАЛУ: ПРИЧИНИ, КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ**¹Івано-Франківський національний медичний університет,²Івано-Франківська обласна клінічна лікарня

Висвітлені питання класифікації, причин виникнення і клінічної симптоматики стриктур анального каналу. Проаналізовано 40 хворих, серед яких 26 (65%) жінок і 14 (35%) чоловіків, віком від 29 до 74 років. Середній вік обстежуваних жінок складав $47,85 \pm 4,2$ років, чоловіків – $50,21 \pm 3,4$ років. Причинами стриктур анального каналу були проведені раніше операції з приводу геморою у 35 (89,74%) хворих, хронічної кальцозної анальної тріщини у 2 (5,13%), перианальних гострокінцевих кондиллом у 2 (5,13%) хворих. У однієї хворої причиною стриктури була хвороба Крона з ізольованим ураженням анального каналу. У 12 (30%) хворих діагностовано компенсовану стриктуру анального каналу, у 20 (50%) – субкомпенсовану, у 8 (20%) – декомпенсовану. Низькі стриктури діагностовані у 28 (65%) хворих, середні – у 7 (17,5%), високі – у 3 (7,5%) і тотальні – у 2 (5%) хворих. Поширення рубцевого процесу до 1/2 обводу анального каналу мали 12 (30%) хворих, від 1/2 до 2/3 обводу – 22 (55%) хворих. Циркулярні звуження діагностовано у 6 (15%) хворих. Незважаючи на порівняно невелику частоту стриктур анального каналу їх діагностика і вибір методу комплексного хірургічного лікування представляють значну соціальну і медичну проблему.

Ключові слова: стриктура анального каналу, причини, клінічні прояви

Стриктура прямої кишки є одним з найбільш тяжких серед колопроктологічних захворювань. За локалізацією стриктури прямої кишки поділяють на низькі (до 5 см від анального отвору), середні (від 5 до 12 см від анального отвору), високі – вище 12 см від анального отвору [2]. Стриктури прямої кишки розділяють на чотири групи: вроджені, травматичні, запальні та інші. Останні можуть бути спричинені сепсисом, ішемією стінки кишки внаслідок оклюзії нижньої брижової і/або верхньої ректальної артерії, хронічним зловживанням ерготаміну тартрату для лікування мігрені головного болю, хронічним зловживанням проносних [2, 6].

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 в спеціалізованих відділеннях.

Вторинні стриктури прямої кишки можуть бути викликані травмою, внутрішнім або зовнішнім патологічним запальним процесом аноректальної зони. Звуження просвіту прямої кишки може виникнути при станах, які спричиняють утворення рубців на слизовій оболонці [4, 5].

Найбільш поширеними є низькі стриктури прямої кишки (інакше, анального каналу), які діагностують у 88-90% хворих [1, 6]. Частота

стриктур анального каналу (САК) за останні роки зростає і за даними ряду авторів складає 5-6% у структурі прооперованих хворих [3, 7].

Помазкін В.И., Мансуров Ю.В. (2011) запропонували розрізняти САК за ступенем вираженості, рівнем розташування в анальному каналі та поширенням рубцевого процесу.

За ступенем вираженості автори розрізняють компенсовані, субкомпенсовані та декомпенсовані стриктури. До компенсованих стриктур відносяться звуження анального каналу до 1,5 см в діаметрі зі зниженням його еластичності. При субкомпенсованих стриктурах звуження діаметру анального каналу від 0,5 до 1,5 см із затрудненим спорожненням прямої кишки, але з збереженою можливістю самостійного стільця. При декомпенсованих САК – звуження анального каналу менше 0,5 см, самостійний стілець відсутній, виникає постійна потреба у прийомі послаблюючих засобів або очисних клізм.

За рівнем розташування САК поділяють на тотальні із захопленням в рубцевий процес всього анального каналу та обмежені, що займають певну його частину. Останні поділяють на низькі, з локалізацією зони звуження нижче 0,5 см від зубчатої лінії, середні – на рівні зубчатої лінії та високі – вище 0,5 см від зубчатої лінії.

Розрізняють градації САК з захопленням в рубець до $\frac{1}{2}$ обводу анального каналу, від $\frac{1}{2}$ до $\frac{2}{3}$ обводу та циркулярні стриктури [1].

В опублікованих дослідженнях розвитку САК пов'язують з раніше перенесеними оперативними втручаннями з приводу геморою, параректальної нориці, гострого парапроктиту, анальної тріщини, випадіння прямої кишки, гострокінцевих кондилом [2, 6]. В силу певних причин здатна до значного розтягування еластична слизова оболонка анального каналу заміщується фіброзною тканиною, яка порушує його фізіологічне функціонування.

Питання вибору оптимального методу лікування цього захворювання залишаються до кінця не вирішеними. Результати лікування анального рубцевого стенозу часто залишаються незадовільними внаслідок тривалого періоду реабілітації хворих і високої ймовірності рецидивів.

Мета роботи – вивчити частоту, причини виникнення та клінічні прояви стриктур анального каналу для удосконалення методів їх діагностики та розпрацювання заходів комплексного хірургічного лікування.

Матеріал та методи

Під нашим спостереженням перебувало 40 хворих із САК, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у проктологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні з 2006 по 2011 роки. Серед хворих 26 (65%) жінок і 14 (35%) чоловіків віком від 29 до 74 років. Середній вік обстежуваних жінок складав $47,85 \pm 4,2$ років, чоловіків – $50,21 \pm 3,4$ років.

Всі хворі раніше були прооперовані, за виключенням однієї хворої з хворобою Крона. У 35 (89,74%) із 39 хворих в минулому була проведена гемороїдектомія в різних модифікаціях (за Уайдхедом, за Міліганом-Морганом). Проміжок часу від проведення оперативного втручання до перших клінічних проявів САК складав від 2 до 10 місяців.

У 2 (5,13%) хворих була проведена операція з приводу хронічної кальозної задньої анальної тріщини. Час від проведення оперативного втручання до перших клінічних проявів САК складав від 2 до 12 місяців.

У 2 (5,13%) хворих, прооперованих з приводу перианальних гострокінцевих кондилом перші клінічні прояви САК з'явилися від 1 до 6 місяців. У однієї хворої причиною форму-

вання САК була хвороба Крона з ізольованим ураженням анального каналу.

Результати та обговорення

Серед обстежених хворих у 12 (30%) діагностовано компенсовану САК, у 20 (50%) - субкомпенсовану САК, у 8 (20%) – декомпенсовану САК.

За рівнем розташування в анальному каналі низькі стриктури діагностовані у 28 (65%) хворих, середні - у 7 (17,5%), високі - у 3 (7,5%) і тотальні - у 2 (5%) хворих.

Поширення рубцевого процесу в анальному каналі із захопленням в рубець до $\frac{1}{2}$ його обводу мали 12 (30%) хворих, від $\frac{1}{2}$ до $\frac{2}{3}$ обводу – 22 (55%) пацієнтів. Циркулярні звуження анального каналу діагностовано у 6 (15%) хворих.

За нашими даними у більшості хворих САК була зумовлена завищеним обсягом гемороїдектомії. Видалення гемороїдальних вузлів із слизовою оболонкою прямої кишки і великих площ анодерми, без залишення адекватних слизово-шкірних мостиків, призводить до утворення рубців та виникнення анальної стриктури. Операція з приводу анальної тріщини ускладнювалася САК, якщо не проводили внутрішню дозовану сфінктеротомію. Рубцювання і звуження анального каналу може виникати також після електрокоагуляції кондилом. Посилене рубцювання при цьому захворюванні потенціюється схильністю організму до келоїдозу та наявністю пектинозу анального каналу.

Всіх хворих турбував дискомфорт в анальному каналі під час акту дефекації при незначному ущільненні калу. Ця ознака була єдиною скаргою у хворих з компенсованою формою САК. Хворі з 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 прийому послаблюючих, анальгетичних середників, потребу у обов'язковому виконанні клізм щоразу перед стільцем, відчуття страху перед кожним актом дефекації.

При огляді промежини у хворих з низьки-

ми та тотальними САК перианальна ділянка була рубцево-змінена. У більшості цих хворих відзначали

гіпертрофічні рубці, що виступали над шкірою. Останні при пальпації були щільними з надривами та трофічними виразками, як результат хронічного запального процесу та постійної травматизації під час дефекації.

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 діаметру анального каналу складало від 0,5 до 1,5 см. Стінки анального каналу були ригідними з щільною на дотик рубцевозміненою тканиною, яка могла захоплювати до $\frac{2}{3}$ обводу кишки.

При декомпенсованій формі САК пальцеве дослідження кишки було неможливим, звуження анального каналу не перевищувало 0,5 см.

При пальцевому дослідженні прямої кишки у хворих з САК вдавалося також визначити рівень ушкодження, окрім пацієнтів з декомпенсованими стриктурами. При низьких стриктурах був уражений дистальний відділ анального каналу на 0,5 см нижче зубчастої лінії.

При середніх стриктурах рубцевозміненої тканину виявляли на 0,5 см проксимальніше та на 0,5 см дистальніше від зубчастої лінії. При високих стриктурах відзначали звуження проксимального відділу анального каналу на 0,5 см і вище від зубчастої лінії. При тотальному ураженні – анальний канал на всьому протязі був рубцевозмінений.

З а к л ю ч е н н я

Незважаючи на невелику частоту стриктур анального каналу, їх діагностика і вибір методу комплексного хірургічного лікування представляють значну соціальну і медичну проблему. За нашими даними, це захворювання виникало після проведених оперативних втручань з приводу геморою, хронічної кальозної

анальної тріщини, перианальних гострокінцевих кондиллом. Для ефективного лікування цих хворих необхідне удосконалення і розпрацювання нових методів діагностики, консервативного та оперативного лікування, що може стати предметом подальших досліджень.

СТРИКТУРЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА: ПРИЧИНЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

И.М. Шевчук, И.Я. Садовый, О.М. Петрына

Освещены вопросы классификации, причин возникновения и клинической симптоматики стриктур анального канала. Проанализировано 40 больных, среди них 26 (65%) женщин и 14 (35%) мужчин от 29 до 74 лет. Средний возраст у женщин составил $47,85 \pm 4,2$ лет, у мужчин – $50,21 \pm 3,4$ лет. Причинами заболевания были ранее проведенные операции по поводу геморроя у 35 (89,74%), хронической калезной задней анальной трещины у 2 (5,13%), перианальных остроконечных кондиллом у 2 (5,13%) больных. У одной больной причиной стриктуры была болезнь Крона с изолированным повреждением анального канала. У 12 (30%) больных диагностирована компенсированная стриктура анального канала, у 20 (50%) – субкомпенсированная, у 8 (20%) – декомпенсированная. Низкие стриктуры диагностированы у 28 (65%) больных, средние – у 7 (17,5%), высокие – у 3 (7,5%) и тотальные – у 2 (5%) больных. Вовлечение в рубцовый процесс до $\frac{1}{2}$ окружности анального канала было у 12 (30%), от $\frac{1}{2}$ до $\frac{2}{3}$ окружности – у 22 (55%) больных. Циркулярные сужения диагностированы у 6 (15%) больных. Невзирая на значительную частоту стриктур анального канала, их диагностика и выбор метода комплексного хирургического лечения могут представлять значительную социальную и медицинскую проблему.

Ключевые слова: стриктура анального канала, причины, клинические проявления

STRICTURES OF THE ANAL CANAL: CAUSES, CLINICAL MANIFESTATIONS

I.M. Shevchuk, I.Y. Sadovyy, O.M. Petryna

The known issue of classification, causes and clinical symptoms of anal canal strictures. Analyzed 40 patients, among them 26 (65%) women and 14 (35%) men from 29 to 74 years old. The average age of women was $47,85 \pm 4,2$ years, males – $50,21 \pm 3,4$ years. The causes of the disease have been previously performed surgery for haemorrhoids in 35 (89.74%), chronic anal fissures in 2 (5.13%), perianal genital warts in 2 (5.13%) patients. One patient was the cause of Crohn's disease with isolated damage to the anal canal. In 12 (30%) patients diagnosed compensated anal stricture, 20 (50%) subcompensated, 8 (20%) – decompensated. Low strictures were diagnosed in 28 (65%) patients, medium in 7 (17.5%), high in 3 patients (7.5%) and total in 2 (5%) patients. Involvement in cicatricial process before the $\frac{1}{2}$ circle of the anal canal were in 12 (30%), $\frac{1}{2}$ to $\frac{2}{3}$ of a circle – in 22 (55%) patients. Circular constriction were diag-

nosed in 6 (15%) patients. Despite the low incidence of anal stricture their diagnosis and choice of complex treatment method may represent a significant social and medical problem.

Key words: stricture of the anal canal, causes, clinical manifestations

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. Федоров В.Д. Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей / В.Д. Федоров, Г.И. Воробьев, В.Л. Ривкин. – М.: Медицина, 1994.– 432 с.
3. 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. Filingeri V. Radiofrequency Y-V anoplasty in the treatment of anal stenosis / V. Filingeri, G. Gravante, D. Cassisa // Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci. – 2006. – № 10. – P. 263-267.
5. 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.
6. Milsom J.W. Classification and management of postsurgical anal stenosis / J.W. Milsom, W.P. Mazier // Surg. Gynecol. Obstet. – 1986. – № 163. – P. 60-64.
7. 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.

Стаття надійшла 10.01.2012