

Norata et al. // Clin. Chem. Lab. Med. — 2000. — Vol. 38 (2). — P. 155-160.

26. *Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): multicentre randomised controlled trial* / P. S. Sever, B. Dahlof, N. R. Poulter et al. For the ACOT investigators // Lancet. — 2003. — Vol. 361. — P. 1149-1158.

27. *Relation of left ventricular concentric remodeling to levels of C-reactive protein and serum amyloid in patients with essential hypertension* / C. Tsioufis, P. Stougiannos, A. Kakka-

vas et al. // Am. J. Hypertens. — 2005. — Vol. 96 (2). — P. 252-256.

28. *Role of Chlamydia pneumoniae-infected macrophages in atherosclerosis developments of the carotid artery* / S. Kuroda, T. Kobayashi, N. Ishii et al. // Neuropathology. — 2003. — Vol. 23 (1). — P. 1-8.

29. *Simvastatin reduces interleukin-1 beta secretion by peripheral mononuclear cells in patients with essential hypertension* / S. Zhao, Q. Li, L. Liu et al. // Clin. Chim. Acta. — 2004. — Vol. 344 (1-2). — P. 195-200.

30. *Soti C., Csermely P. Aging and molecular chaperones* // Exp. Gerontol. — 2003. — Vol. 38 (10). — P. 1037-1040.

31. *The relationship between blood pressure and C-reactive protein in the multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA)* / S. G. Lakoski, M. Cushman, W. Palmas et al. // J. of the Am. College of Cardiology. — 2005. — Vol. 46 (10). — P. 1869-1874.

32. *Val-MARC Investigators. Valsartan, blood pressure reduction, and C-reactive protein: primary report of the Val-MARC trial* / P. M. Ridker, E. Danielson, N. Rifai, R. Glynn // Hypertension. — 2006. — Vol. 48. — P. 1-7.

33. *Wick G., Knoflach M., Xu Q. Autoimmune and inflammatory mechanisms in atherosclerosis* // Annu. Rev. Immunol. — 2004. — Vol. 22. — P. 361-403.

УДК 616.352-007.253-089.843-008-07

І. А. Лурін¹, Є. В. Цема²

ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СФІНКТЕРНОГО АПАРАТУ ПРЯМОЇ КИШКИ У ХВОРИХ З ЕКСТРАСФІНКТЕРНИМИ НОРИЦЯМИ, ЯКІ ЛІКУВАЛИСЯ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДУ «ПЛОМБУВАННЯ» НОРИЦЕВОГО ХОДУ АВТОТРОМБІНОВИМ КЛЕЄМ

¹ Головний військовий клінічний госпіталь, Київ,

² Українська військово-медична академія, Київ

Вступ

Лікування нориць прямої кишки, як і будь-якої іншої патології, ставить перед лікарем два фундаментальних завдання: зберегти життя хворого і забезпечити належну його якість. Що стосується першого завдання, то наявність нориці прямої кишки навряд чи може бути загрозою для життя пацієнта. А от друге завдання сьогодні є одним із найактуальніших і найскладніших щодо його остаточного вирішення. Справа в тому, що хірургічні втручання, які проводяться у хворих зі складними екстрасфінктерними норицями прямої кишки, майже завжди

невідворотно пов'язані з травмуванням сфінктерного апарату прямої кишки, що неминуче веде до розвитку тою чи іншою мірою виражених явищ анальної інконтиненції [2; 9]. У деяких випадках компенсаторно-приспосувальні можливості сфінктерного апарату прямої кишки здатні зберегти функцію континенції на рівні, достатньому для забезпечення гідної якості життя. Проте це досягається далеко не завжди. Часто у повсякденній практиці проктологу доводиться мати справу з явищами анальної інконтиненції, які виявляються періодичним або постійним нетриманням газів чи випорожнення, що дуже зни-

жує якість життя хворого в післяопераційному періоді, завдає йому значних страждань (навіть більших, ніж існування самої нориці), психологічних травм, інвалідизує його [1; 3]. Особливо це стосується хворих, які перенесли кілька оперативних втручань із приводу нориці прямої кишки, що грубо та необоротно вражає функцію сфінктерного апарату прямої кишки [8].

Враховуючи вищесказане, ми розробили новий малотравматичний і малоінвазивний метод лікування хворих з екстрасфінктерними норицями прямої кишки — «пломбування» просвіту нориці автотромбіновим клеєм [4–6]. Цей метод виклю-



чає травмування сфінктерного апарату прямої кишки, що, на нашу думку, має повністю запобігти розвитку післяопераційної недостатності функції заднього проходу. Для підтвердження наших міркувань ми провели визначення функціонального стану сфінктерного апарату прямої кишки у хворих, які лікувалися за допомогою розробленого нами методу, до оперативного втручання та в післяопераційному періоді, за допомогою сфінктерометра-тренажера фірми ProMedico (Німеччина), що стало **метою** даної роботи.

Матеріали та методи дослідження

Для дослідження зміни функціонального стану сфінктерного апарату прямої кишки після проведення «пломбування» норицевого ходу автотромбіновим клеєм ми провели сфінктерометричне дослідження у групі хворих зі складними екстрасфінктерними норицями, які лікувалися за цим методом.

Сфінктерометричне дослідження проводилося в період передопераційної підготовки, на 25–35-й день і через 1 рік після оперативного втручання. Дослідження проводили за допомогою сфінктерометра-тренажера фірми ProMedico, який дозволив нам визначити такі функціональні показники: тону сфінктера прямої кишки, максимальну силу довільного скорочення зовнішнього сфінктера прямої кишки та вольове зусилля (різниця між максимальною силою довільного скорочення і тону сфінктера). Даний сфінктерометр повністю автоматизований та інтегрований із персональним комп'ютером, що дозволяє проводити дослідження за мінімальний проміжок часу, створюючи зручну файлову базу даних на кожного хворого. Сфінктерометр-тренажер фірми ProMedico (Sphinctometer-Trainer, Version 1.51, MSM ProMedico GmbH Jülicher Str. 338a 52070 Aachen Germa-

ну) відповідає сучасним світовим стандартам, що дозволяє порівнювати отримані нами дані з результатами зарубіжних дослідників. Зовнішній вигляд приладу подано на рис. 1. Пристрій має зручний робочий інтерфейс, який дозволяє максимально повно відтворити інформацію про сфінктерний апарат прямої кишки у графічному вигляді (рис. 2).



Рис. 1. Сфінктерометр-тренажер фірми MSM ProMedico GmbH, Version 1.51 (Німеччина)

Ми провели сфінктерометричне дослідження сфінктерного апарату прямої кишки у 28 хворих зі складними екстрасфінктерними норицями прямої кишки 3–4-го ступенів складності, яким у період із серпня 2003 р. по червень 2005 р. на базі проктологічного відділення ГВКГ було проведено «пломбування» норицевого отвору автотромбіновим клеєм.

Серед 28 хворих було 19 (67,9 %) чоловіків і 9 (32,1 %) жінок. Хворі досліджуваної групи були віком від 21 до 63 років, середній вік хворих цієї групи — $(41,6 \pm 2,4)$ року. Залежно від розташування внутрішнього отвору норицевого ходу, пацієнти розподілялися так: у 17 (60,71 %) хворих було задне розташування внутрішнього отвору нориці, у 9 (32,14 %) — переднє і у 2 (7,14 %) — бокове. У 3 (10,71 %) хворих ми виявили клінічні ознаки недостатності функції сфінктера прямої кишки I ступеня (нетримання газів).

Для зручності представлення отриманих результатів досліджувану групу хворих ми

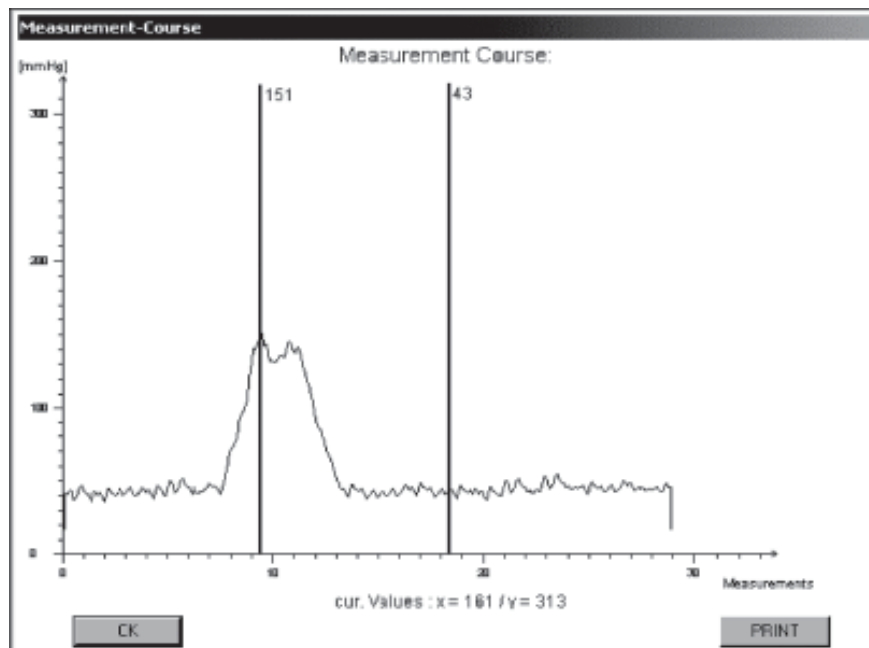


Рис. 2. Робочий інтерфейс сфінктерометра-тренажера фірми ProMedico під час проведення сфінктерометричного дослідження у хворого Г., 54 років, зі складною екстрасфінктерною норицею прямої кишки IV ступеня складності на 25-й день після «пломбування» норицевого ходу автотромбіновим клеєм

поділили на 3 підгрупи: 1-ша — 16 хворих чоловічої статі без клінічних ознак порушення континенції в передопераційному періоді; 2-га — 9 хворих жіночої статі без клінічних ознак порушення континенції в передопераційному періоді; 3-тя — 3 хворих чоловічої статі з клінічними проявами недостатності анального сфінктера I ступеня.

Фірма-виробник сфінктерометра надає такі нормативні показники функціонального стану сфінктерного апарату прямої кишки (дані наведено відповідно до оригінальної інструкції з експлуатації приладу):

1) тонус сфінктера: чоловіки — не менше 60 мм рт. ст.; жінки — 40–60 мм рт. ст.;

2) максимальна сила довільного скорочення: чоловіки — 110–150 мм рт. ст., жінки — не менше 100 мм рт. ст.;

3) вольове зусилля: чоловіки — 50–90 мм рт. ст., жінки — 40–60 мм рт. ст.

Для перевірки наведених нормативних величин і проведення об'єктивної оцінки даних, отриманих у досліджуваній групі, ми провели сфінктерометричне дослідження в контрольній групі хворих, які не мали колопроктологічної патології. У контрольну групу ми взяли 40 хворих, серед яких було 20 (50,0 %) жінок та 20 (50,0 %) чоловіків. Середній вік хворих контрольної групи коливався від 21 до 68 років, середній вік становив $(42,6 \pm 2,8)$ року. Всі 40 хворих контрольної групи проходили лікування в нашій клініці з приводу таких захворювань: 15 (37,5 %) хворих — загострення хронічного холециститу, 17 (42,5 %) — загострення хронічного панкреатиту і 8 (20,0 %) хворих лікувалися з приводу гострої ниркової коліки. Всі хворі контрольної групи добровільно погодилися на проктологічне обстеження та сфінктерометричне дослідження, яке проводилося перед виписуванням зі стаціонару, після

повного купірування симптомів основного захворювання. Всім 40 хворим перед проведенням сфінктерометричного дослідження, для виключення захворювань прямої кишки, які могли б скомпрометувати функціональний стан сфінктерного апарату прямої кишки, було проведено проктологічне обстеження, яке включало: вивчення скарг хворого й анамнестичних даних, огляд періанальної ділянки, ректороманоскопію. За результатами цього дослідження в жодного з 40 пацієнтів контрольної групи не було виявлено захворювань прямої кишки, які могли б порушити функціональний стан сфінктера прямої кишки.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами проведеного сфінктерометричного дослідження в контрольній групі хворих ми отримали такі дані: тонус сфінктера у чоловіків коливався у межах від 55 до 90 мм рт. ст. (середній показник — $(66,4 \pm 2,0)$ мм рт. ст.), максимальна сила вольового скорочення — від 100 до 159 мм рт. ст. ($(127,6 \pm 3,9)$ мм рт. ст.), вольове зусилля — від 40 до 95 мм рт. ст. ($(61,2 \pm 3,1)$ мм рт. ст.). Для жінок отримали такі результати: тонус сфінктера коливається в межах від 40 до 68 мм рт. ст. (середній показник — $(52,0 \pm 1,5)$ мм рт. ст.), максимальна сила вольового скорочення — від 80 до 140 мм рт. ст. ($(104,4 \pm 3,6)$ мм рт. ст.), вольове зусилля — від 35 до 72 мм рт. ст. ($(52,4 \pm 2,8)$ мм рт. ст.).

Отже, отримані нами результати для контрольної групи хворих підтверджують показники, які наводить фірма-виробник сфінктерометра. Крім того, отримані нами дані збігаються з даними літературних джерел [7].

Всі 28 хворих досліджуваної групи пройшли функціональне дослідження сфінктерного апарату прямої кишки в період пе-

редопераційної підготовки. Серед 16 хворих із першої підгрупи величина тонузу сфінктера коливалася в межах від 42 до 85 мм рт. ст. (середній показник — $(65,1 \pm 2,5)$ мм рт. ст.), максимальна сила вольового скорочення була в межах від 75 до 148 мм рт. ст. (середній показник для підгрупи — $(112,4 \pm 3,6)$ мм рт. ст.), вольове зусилля — від 33 до 76 мм рт. ст. (середній показник — $(47,3 \pm 2,9)$ мм рт. ст.). Серед 16 пацієнтів першої підгрупи, в яких не було жодних скарг на порушення анальної континенції, за результатами проведеного сфінктерометричного дослідження в передопераційному періоді ми відзначили, що у 11 (68,8 %) хворих один або більше функціональних показників були менше нижніх меж норми (нижче нормативних величин, наведених в інструкції з експлуатації приладу) і лише у 5 (31,3 %) хворих усі три показники були в межах норми. Порівнюючи результати проведеного сфінктерометричного дослідження у хворих чоловічої статі першої підгрупи з відповідними показниками контрольної групи, ми отримали такі результати: середній показник тонузу сфінктера у хворих першої підгрупи досліджуваної групи був на 2,0 % менший, ніж у контрольній групі (різниця не вірогідна, $P > 0,05$), середній показник максимальної сили вольового скорочення — менший на 11,9 % (різниця вірогідна, $P < 0,05$), а середній показник вольового зусилля — на 22,7 % менший, ніж у контрольній групі (різниця вірогідна, $P < 0,05$). Таким чином, близько 2/3 хворих із першої підгрупи мали компенсоване порушення анальної континенції.

У 9 хворих другої підгрупи тонус сфінктера був у межах від 30 до 65 мм рт. ст. (у середньому — $(40,6 \pm 3,2)$ мм рт. ст.), максимальна сила вольового скорочення — від 72 до 141 мм рт. ст. (в середньому — $(95,4 \pm 2,2)$ мм рт. ст.), вольове зусилля — від



30 до 83 мм рт. ст. (у середньому — $54,9 \pm 2,9$) мм рт. ст.). Подібно до першої підгрупи, у 6 (66,7 %) хворих другої підгрупи, в яких клінічно не було порушень анальної континенції, ми виявили зниження одного або більше функціональних показників менше нижніх меж норми (нижче нормативних величин, наведених в інструкції з експлуатації приладу), і лише у 3 (33,3 %) хворих усі показники функції анального сфінктера були в межах норми. Порівнюючи результати проведеного сфінктерометричного дослідження у хворих жіночої статі другої підгрупи з відповідними показниками контрольної групи, ми отримали такі результати: середній показник тонуусу сфінктера у хворих другої підгрупи досліджуваної групи був на 21,9 % менший, ніж у контрольній групі (різниця вірогідна, $P < 0,05$), середній показник максимальної сили вольового скорочення — на 8,6 % менший порівняно з контрольною групою (різниця вірогідна, $P < 0,05$), а середній показник вольового зусилля у хворих другої підгрупи досліджуваної групи був на 4,8 % більший, ніж у контрольній групі (різниця не вірогідна, $P > 0,05$). Отже, близько 2/3 хворих другої підгрупи мали компенсоване порушення анальної континенції.

У хворих третьої підгрупи були такі функціональні показники: тонуусу сфінктера 25; 38 і 26 мм рт. ст. (у середньому — $29,7 \pm 4,2$) мм рт. ст.); максимальна сила вольового скорочення — 76; 55 і 60 мм рт. ст. ($63,7 \pm 6,3$) мм рт. ст.); вольове зусилля — 51; 17 і 34 мм рт. ст. ($34,0 \pm 9,8$) мм рт. ст.).

На 25–35-й день після операції «пломбування» норицевого ходу автотромбіновим клеєм усім 28 хворим досліджуваної групи ми провели сфінктерометричне дослідження. Отримані результати подано в табл. 1.

Як видно з табл. 1, у першій підгрупі основні сфінктерометричні показники порівняно з вихідними через 25–35 днів після оперативного лікування змінилися таким чином: середній показник тонуусу сфінктера зменшився на 0,3 % (різниця не вірогідна, $P > 0,05$), середній показник максимальної сили вольового скорочення зменшився на 1,7 % (різниця не вірогідна, $P > 0,05$), середній показник вольового зусилля зменшився на 3,6 % (різниця не вірогідна, $P > 0,05$). У другій підгрупі відповідні середні показники зменшилися на 0,7 % (різниця не вірогідна, $P > 0,05$); 1,0 % (різниця не вірогідна, $P > 0,05$); 1,5 % (різниця не вірогідна, $P > 0,05$). У третій підгрупі відповідні функціональні показники сфінктерного апарату прямої кишки зменшилися на 7,9 % (різниця не вірогідна, $P > 0,05$); 3,7 % (різниця не вірогідна, $P > 0,05$), а середній показник вольового зусилля не змінився. Отже, основні функціональні по-

казники сфінктерного апарату прямої кишки після операції «пломбування» норицевого ходу автотромбіновим клеєм через 25–35 днів після оперативного лікування суттєво не відрізняються від вихідних ($P > 0,05$).

На контрольний огляд через 1 рік з'явилися 27 (96,4 %) хворих. Результати проведеного сфінктерометричного дослідження подано в табл. 2.

З табл. 2 видно, що через 1 рік після оперативного втручання в першій підгрупі досліджуваної групи основні сфінктерометричні показники порівняно з вихідними змінилися таким чином: середній показник тонуусу сфінктера зріс на 2,5 % (різниця не вірогідна, $P > 0,05$), середній показник максимальної сили вольового скорочення зріс на 1,6 % (різниця не вірогідна, $P > 0,05$), середній показник вольового зусилля зріс на 0,4 % (різниця не вірогідна, $P > 0,05$). У другій підгрупі відповідні середні показники

Таблиця 1

Функціональні показники сфінктерного апарату прямої кишки через 25–35 днів після операції «пломбування» норицевого ходу автотромбіновим клеєм, $M \pm m$

Підгрупа	Сфінктерометричні показники, мм рт. ст.		
	Тонуусу сфінктера	Максимальна сила довільного скорочення	Вольове зусилля
Перша, n=16	$64,9 \pm 2,2$ (40–83)	$110,5 \pm 3,2$ (74–142)	$45,6 \pm 3,1$ (34–58)
Друга, n=9	$40,3 \pm 1,9$ (31–64)	$94,4 \pm 2,4$ (71–139)	$54,1 \pm 2,4$ (36–79)
Третя, n=3	$27,3 \pm 4,4$ (22, 36, 24)	$61,3 \pm 6,9$ (75, 52, 57)	$34,0 \pm 10,7$ (53, 16, 33)

Таблиця 2

Функціональні показники сфінктерного апарату прямої кишки через 1 рік після операції «пломбування» норицевого ходу автотромбіновим клеєм

Підгрупа	Сфінктерометричні показники, мм рт. ст.		
	Тонуусу сфінктера	Максимальна сила довільного скорочення	Вольове зусилля
Перша, n=15	$66,7 \pm 2,1$ (47–87)	$114,2 \pm 3,0$ (79–146)	$47,5 \pm 1,8$ (36–81)
Друга, n=9	$43,2 \pm 2,8$ (35–71)	$96,7 \pm 2,7$ (79–154)	$53,5 \pm 2,3$ (41–76)
Третя, n=3	$32,7 \pm 3,8$ (27, 40, 31)	$66,3 \pm 6,9$ (80, 58, 61)	$33,7 \pm 10,3$ (53, 18, 30)



збільшилися порівняно з вихідними на 6,4 % (різниця не вірогідна, $P > 0,05$); 1,4 % (різниця не вірогідна, $P > 0,05$), а середній показник вольового зусилля зменшився на 2,6 % (різниця не вірогідна, $P > 0,05$). У третій підгрупі відповідні функціональні показники сфінктерного апарату прямої кишки зросли порівняно з вихідними на 10,1 % (різниця не вірогідна, $P > 0,05$); 4,2 % (різниця не вірогідна, $P > 0,05$), а середній показник вольового зусилля зменшився на 1,0 % (різниця не вірогідна, $P > 0,05$). Отже, основні функціональні показники сфінктерного апарату прямої кишки після операції «пломбування» норицевого ходу автотромбіновим клеєм через 1 рік після оперативного лікування суттєво не відрізняються від відповідних показників передопераційного періоду ($P > 0,05$).

Такі добрі функціональні результати лікування ми пояснюємо тим, що при «пломбуванні» норицевого ходу автотромбіновим клеєм виключається пошкодження м'язових елементів сфінктера прямої кишки, що є морфологічним субстратом виникнення анальної інконтиненції в після-

операційному періоді при використанні інших оперативних методик.

Висновки

1. Більшість хворих на складні екстрасфінктерні нориці прямої кишки, які не мають клінічних ознак анальної інконтиненції, ще до оперативного лікування мають компенсоване порушення функції сфінктерного апарату прямої кишки. Лише близько третини хворих без клінічних ознак анальної інконтиненції до оперативного втручання мають нормальні функціональні показники сфінктерного апарату прямої кишки.

2. Операція «пломбування» норицевого ходу автотромбіновим клеєм суттєво не впливає на функціональний стан сфінктерного апарату прямої кишки, як у безпосередні, так і у віддалені строки після перенесеного хірургічного лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аминев А. М. Отдаленные результаты различных методов лечения парапроктитов // Хирургия. — 1961. — № 8. — С. 95-100.

2. Хирургическое лечение сложного чрессфінктерного и экстра-сфінктерного свища прямой кишки / Ф. И. Гюльмамедов, В. И. Шаламов,

Г. Е. Полуниин и др. // Клінічна хірургія. — 2001. — № 7. — С. 46-48.

3. Дульцев Ю. В., Саламов К. Н. Парапроктит. — М.: Медицина, 1981. — 208 с.

4. Морфологічне обґрунтування можливостей малоінвазивного «пломбування» неспецифічних повних екстрасфінктерних нориць прямої кишки автотромбіновим клеєм / І. А. Лурін, А. І. Денисюк, Ю. К. Федоров, К. І. Черкашин // Укр. журн. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. — 2005. — № 1-2. — С. 3-5.

5. Малоінвазивне лікування рецидивних неспецифічних повних екстрасфінктерних нориць прямої кишки / І. А. Лурін, А. Д. Замковий, Р. В. Гутверт, В. С. Нечай // Там же. — 2004. — № 3. — С. 6-7.

6. Лурін І. А., Цема Є. В. Віддалені результати хворих з екстрасфінктерними норицями прямої кишки за допомогою методу «пломбування» їх просвіту автотромбіновим клеєм // Укр. мед. часопис. — 2006. — № 3. — С. 99-101.

7. Мандзюк В. Д. Диагностика и хирургическое лечение сложных свищей прямой кишки // Клиническая хирургия. — 1970. — № 5. — С. 29-34.

8. Марченко В. К., Саламов К. Н. Лечение рецидивных экстрасфинктерных свищей прямой кишки, осложненных недостаточностью анального сфинктера // Проблемы проктологии. — М.: НИИ проктологии, 1989. — С. 24-29.

9. Шешаберидзе М. С. Оперативное лечение сложных экстрасфинктерных и транссфинктерных свищей прямой кишки // Хирургия. — Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2001. — № 10. — С. 43-46.

УДК 618.145-006.5

А. І. Лучков

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ РЕНТГЕНОЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ ХІРУРГІЇ ПРИ МАЛОІНВАЗИВНОМУ ЛІКУВАННІ ЖІНОК ІЗ ФІБРОМІОМОЮ МАТКИ

Одеський державний медичний університет

Захворюваність на міому матки (фіброміому; в російській та іноземній науковій літературі досить часто — лейоміому [leiomyoma]) посідає сьогодні провідне місце серед усіх гінекологічних захворю-

вань [1-4]. Частота вказаної захворюваності становить приблизно 27-34 % у пацієнток віком понад 35 років, а за даними аутопсії — близько 50 % [1; 5; 6]. Будучи доброякісним, реактивно виникаючим, гормо-

нально залежним пухлиноподібним утворенням із гладком'язових елементів із наступним фіброзуванням за умов, перш за все, тканинної гіпоксії [7], міома матки, як правило, на початкових стадіях захво-

