

Э.Б.Акопян, Л.А.Даниелян, Г.М.Геворкян  
**НОВЫЕ ПРИБОРЫ В ДИАГНОСТИКЕ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ  
 ЗАБОЛЕВАНИЙ**

В процессе диагностики проктологических заболеваний в большинстве случаев бывают достаточными наружный осмотр, пальпация патологических образований и пальцевое исследование прямой кишки. Однако нередко для точного определения особенностей заболеваний возникает необходимость в аноскопии. Существующие модели аноскопов имеют ряд недостатков (ограничен обзор, источник внешнего света не обеспечивает достаточного освещения), что ограничивает возможность выполнения манипуляций в анальном канале, а использование прямокишечного зеркала часто сопровождается сильными болевыми ощущениями, неудобно и травматично. В этой связи нами сконструирован новый аноскоп (А.С. СССР за №1514339), позволяющий не только хорошо осмотреть патологические образования дистального отрезка прямой кишки, но и манипулировать в данной зоне.

В аноскопе использованы рукоятка ректороманоскопа с нагнетателем воздуха и его укороченное осветительное устройство. Он содержит съемные обтураторы и тубусы двух типов:

1) тубус с одним окошком до половины окружности и литой стержневой обтуратор к нему по его диаметру с канавкой для осветителя;

2) тубус с тремя окошками на 3,7 и 11 часах по циферблату часов с обтуратором в виде эластической камеры с перфорированной трубкой внутри, связанной с нагнетателем воздуха. Наконечники тубусов выполнены в виде оливы с зеркальной внутренней поверхностью.

Тубус с одним окошком предназначен для исследования анальной трещины и выполнения манипуляций при лечении данного заболевания. Он может применяться также для определения внутреннего отверстия свища, зондирования и выполнения фистулографии при неполных внутренних свищах прямой кишки, криптотомии и т.д.. Тубус с тремя окошками позволяет точно определить расположение внутренних геморроидальных узлов, выполнять инъекционный метод лечения геморроя.

Исследования при помощи данного аноскопа производят следующим образом: на рукоятку с осветителем одевают соответствующий тубус со своим обтуратором. Если применяют тубус с тремя окошками, то вначале в него устанавливают резиновый обтуратор и его раздувают. После введения аноскопа в прямую кишку извлекают обтуратор и вставляют окуляр. Включают осветительное устройство и осматривают кишку, по необходимости выполняют манипуляции. При снятии аноскопа с тремя окошками в тубус вводят резиновый обтуратор, максимально его раздувают и только после этого извлекают из кишки. Этот последний прием необходим для вправления внутренних геморроидальных узлов, которые при аноскопии частично пролабируют в просвет тубуса.

У больных со свищами прямой кишки затруднено точное определение места расположения внутреннего отверстия фистулы. Особенно часто это наблюдается при экстрасфинктерных свищах прямой кишки, когда внутреннее отверстие маленьких размеров и без рубцовых изменений. В таких случаях при пальцевом исследовании прямой кишки мягкое, подвижное внутреннее отверстие не пальпируется, зонд проходит параллельно прямой кишке и не выходит в ее просвет, а проба с красящей жидкостью бывает отрицательной.

С целью повышения точности определения расположения внутреннего

свищевое отверстие при хроническом парапроктите нами сконструировано специальное устройство (решение о выдаче А.С. СССР по заявке за No 4219378/31-14/028354 от 28.12.89г.), основанное на изменении цвета индикатора из трубки Раппопорта (желтый - в синий) под воздействием проведенных через свищевой ход паров этилового спирта.

Для определения внутреннего отверстия свища прямой кишки подогревают емкость с этиловым спиртом (для получения паров спирта), присоску прикладывают к промежности так, чтобы трубка вошла в наружное свищевое отверстие и закрепились. В прямую кишку вводят заранее начиненный индикаторами цилиндрический элемент до упора так, чтобы индикаторы соответствовали циферблату часов располагались в анальном канале. Нажатием на грушу через трубку подают пары этилового спирта, которые, проходя по свищевому ходу, воздействуют на индикатор, затем извлекают устройство и по циферблату часов и расстоянию до соответствующего индикатора определяют локализацию внутреннего отверстия свища.

Большое значение в проктологии имеет также определение функционального состояния анального жома. Однако до сих пор нет единого, выпускаемого промышленностью прибора, позволяющего точно зафиксировать нарушения сократительной способности сфинктера. В связи с этим мы изготовили сфинктерометр.

Принцип действия сфинктерометра основан на преобразовании механического давления на поверхности наконечника, смещения мембраны. При воздействии концентрической силы на наконечник происходит уменьшение его объема, и поскольку жидкость практически не сжимаема, то давление через нее передается на мембрану и деформирует ее. Вместе с мембраной смещается и магнитный диод, приближаясь к магниту. Из-за приближения диода к магниту изменяется магнитный поток, проходящий через диод, и соответственно изменяется падение напряжения на диоде. Таким образом, давление на наконечнике преобразуется в электрический сигнал, который далее усиливается усилителем и регистрируется самописцем. Сфинктерометр позволяет графически отображать функциональное состояние анального жома, и ввиду небольшого диаметра наконечника (0,6 см) исследование оказывается безболезненным. В результате исследования получается типичная сфинктерограмма, на которой в миллиметрах можно определить уровень тонуса, амплитуду сил при максимальном сокращении и волевом усилии анального жома.

Функциональное состояние сфинктера в норме определяли у 50 больных с эпителиальным копчиковым ходом, у которых отсутствовали патологические изменения со стороны прямой кишки.

Уровень тонуса сфинктера прямой кишки у лиц мужского пола равняется  $5,8 \pm 0,4$  мм, амплитуда силы при максимальном сокращении анального жома составляет  $23,0 \pm 1,4$ , а волевого усилия -  $17,2 \pm 4$  мм. У женщин эти показатели достоверно более низкие и составляют соответственно  $4,8 \pm 0,2$ ,  $11,7 \pm 0,6$ ,  $6,9 \pm 0,6$ . У больных с недостаточностью сфинктера I-II степени отмечается снижение объективных показателей анального жома на 4-5 мм. При недостаточности III степени на сфинктерограммах определяется почти прямая линия, уровень тонуса приближается к нулю и практически отсутствует амплитуда при максимальном сокращении анального жома.

При наличии спазма сфинктера отмечается повышение тонуса анального жома и уменьшение амплитуды волевого усилия. Характерны также зазубренность контуров сфинктерограммы, наличие неадекватных сокращений сжимателя прямой кишки.

НИИ проктологии МЗ РА

Поступила 30.6.1993г.

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

**ՊՐՈԿՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ  
ԱՆՏՈՐՈՍՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՆՈՐ ՍԱՐՁԵՐ**

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

E.B.Hakopian, L.A.Danielian, 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.