

УДК 616.325.5 – 002.446 – 08

**РАДИКАЛЬНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ АНАЛЬНИХ ТРІЩИН***І.М. Козловська, А.Г. Іфтодій**Буковинський державний медичний університет*

**Реферат.** Хронічна анальна тріщина є одним із найпоширеніших захворювань прямої кишки. Однак до теперішнього часу так і не вирішено питання пріоритетності консервативного чи хірургічного лікування. Ефективність консервативного лікування становить лише 40-45%. Відомо багато способів і хірургічного лікування анальних тріщин, але й вони не забезпечують достатнього радикалізму. Для покращання результатів лікування у нашій клініці розроблено методику реконструктивно-пластичного хірургічного лікування хронічних анальних тріщин та їх ускладнень.

**Ключові слова:** анальна тріщина, сфінктеропластика, сфінктеротомія, висічення тріщини.

Анальна тріщина – одне з найбільш поширених захворювань прямої кишки, тому останнім часом вони і привертають до себе все більшу увагу багатьох клініцистів в усьому світі. На їх долю припадає 12-15% всієї колопроктологічної патології та третє місце після геморою та парапроктиту. Загалом захворюваність становить 20-23 на 1000 дорослого населення. Слід відмітити, що більшість хворих – люди працездатного віку (25-65 років), переважно жінки (60-70%). Також останнім часом відзначають тенденцію до появи анальних тріщин в осіб молодого віку [1,2,4].

Анальна тріщина є поліетіологічним захворюванням. Вважають, що вона виникає вторинно, як наслідок травми слизової анального каналу (найчастіше при проходженні твердих кишкових випорожнень, пошкодженні слизової інородними тілами). Факторами ризику розвитку тріщин є порушення фізіологічних відправлень, сидячий спосіб життя, важка фізична праця, анальний секс, вагітність, незбалансоване харчування, попередні хірургічні втручання в аноректальній ділянці [1,3,6]. Розвиток анальних тріщин провокують коліти, ентероколіти, проктосігмодити, геморої, а також хронічні захворювання верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Велика частота поєднання анальної тріщини і з гемороєм (біля 75% випадків), так як хронічний перебігу геморою нерідко супроводжується пектенозом, при якому порушується еластичність стінок анального каналу, що сприяє пошкодженню їх в області гребінцевої лінії [3,4].

Вважаючи на патогенез та клінічну картину хронічних анальних тріщин лікування їх повинно бути спрямоване на розрив так званого

«порочного кола», характерного для даної патології: біль, що супроводжує дефекацію, посилює спазм внутрішнього анального сфінктера, а спазм, у свою чергу, посилює гіпоксію тканин анального каналу, за рахунок здавлення внутрішньостінкових судин та супутніх порушень мікроциркуляції та іннервації, що відповідно посилює біль [2,5,6]. Отже, перш за все, лікування потрібно спрямувати на усунення болю, пов'язаного з актом дефекації, та спазму анального сфінктера, а в подальшому – на нормалізацію випорожнень та загоєння самої тріщини [4].

На сьогоднішній час відомо багато різноманітних способів лікування анальних тріщин, однак до теперішнього часу не вирішено питання пріоритетності консервативного чи хірургічного лікування хворих з анальними тріщинами. Деякі автори надають перевагу консервативному лікуванню [1,3], що включає послаблюючі засоби, сидячі ванночки, свічки, мазі з місцевими антисептиками, хімічну сфінктеротомію, ін'єкції ботексу в ділянку внутрішнього анального сфінктера, аплікації препаратів нітрату азоту та блокаторів кальцієвих каналів, різноманітні блокади, тощо. Ефективність стандартної консервативної терапії досить низька і складає 47–54%, причиною чого є те, що спазм внутрішнього анального сфінктера, як правило, не ліквідується засобами стандартної терапії [4,5]. Також ефект консервативного лікування є недовготривалим, за норму вважають 8-9 місяців [1,6]. Безперспективність консервативного лікування очевидна і при тріщинах з кальозними краями та наявності «сторожового горбка», ущільненні гребінцевої лінії – пектенозі [2,4,5].

Відомо багато методик і хірургічного лікування анальних тріщин [3,4,6]:

- висічення тріщини із «сторожовим горбком» і гіпертрофічним анальним сосочком в межах здорових тканин разом з ураженою анальною криптою двома півмісяцевими розрізами;

- операція Габріеля – клиновидне (каплеподібне, розеткоподібне) висічення тріщини з ділянкою прилеглої шкіри, підлеглої фіброзно зміненої тканини та «сторожовим горбком» з дозованою задньою сфінктеротомією;

- дилатація анального каналу (операція Лорда, використання гачка Парка);

- дозована латеральна підшкірна сфінктеротомія;

- вишкрібання тріщини гострою ложкою Фолькмана з попередньою девульсією сфінктера по Рекам'є-Суботіну;

- метод Рекам'є – вишкрібання дна тріщини ложкою Фолькмана і нанесенням на дно рани біологічного клею «Сульфокрилат»;

- V, Y –пластика;

- електрорадіохірургічна коагуляція апаратом «Сургітрон»

найбільш поширеною з яких є підшкірна бокова внутрішня сфінктеротомія.

Проте, не дивлячись на різноманітність методів оперативного лікування, всі вони не забезпечують достатнього радикалізму, про що свідчить наявність як ранніх (кровотечі, утворення гематом, абсцесів, прорізання швів) так і пізніх післяопераційних ускладнень: нориці прямої кишки (1-2%), анальне нетримання (12-15%), рецидиви захворювання (більше 10% хворих), стриктури анального каналу (7-8%). Загалом частота післяопераційних ускладнень сягає до 35% [5].

### **Мета роботи**

Удосконалення хірургічного лікування хворих із хронічними тріщинами прямої кишки та їх наслідками, зменшення ризику виникнення як ранніх, так і пізніх післяопераційних ускладнень.

### **Матеріал та методи**

Розроблено новий реконструктивно-пластичний спосіб хірургічного лікування хронічних анальних тріщин [Патент №34512 від 11.08.2008р. „Спосіб лікування хронічних анальних тріщин“], який полягає у клиноподібному висіченні тріщини в межах незмінених тканин з наступною сфінктеропластиком адаптуючими швами та дозованою сфінктеротомією. Суть запропонованої сфінктеропластики полягає у формуванні двох м'язових лоскутів внутрішнього анального сфінктера з послідуною їх пластиком адаптуючими швами та зшиванням слизової оболонки внутрішньостінковим швом. При розгортанні сформованих, за наведеною методикою м'язових лоскутів, вдавалося значно їх подовжити. Ушивали відпрепарований раніше слизовий лоскут паралельно циркулярним волокнам сфінктера.

### **Результати та обговорення**

За даною методикою прооперовано 20 хворих віком від 22 до 64 років. Упродовж перших п'яти діб після операції проводився огляд періанальної ділянки, перев'язки, термометрія прямої кишки (з метою ранньої діагностики

післяопераційних гнійних ускладнень). Сфінктерометрію проводили у всіх хворих у передопераційному періоді та на 10-у добу, через 2 тижні, 1,5-2 місяці після операції, а потім порівнювали одержані дані з показниками сфінктерометрії групи порівняння, що не мали проктологічної патології (10 чоловік). Ми одержали зниження показників сфінктерометрії в оперованих осіб основної групи, що незначно (на 7-9%) відрізнялися від групи порівняння. Отже, в основній групі відмічено зникнення сфінктероспазму та нормалізацію тиску внутрішнього анального сфінктера.

Ранніх післяопераційних ускладнень не спостерігалось. В порівнянні з аналогічною групою хворих, оперованих по загальноприйнятій методиці середній післяопераційний ліжко день скоротився на 3.2% (пацієнти виписувалися із стаціонару на 5-6-у добу після операції). Прооперовані хворі спостерігалися нами ще протягом 2 років після оперативного втручання – рецидивів захворювання, анального нетримання та звужень просвіту анального каналу не спостерігалось.

Перевагами нашого методу є простота та доступність виконання даного оперативного втручання в різних відділеннях хірургічного профілю, можливість виконання лікарем-хірургом будь-якої категорії, виконання операції під місцевою анестезією, не потребує наявності спеціального інструментарію та великих економічних затрат.

Використання запропонованого способу забезпечує найбільш повне видалення патологічно змінених тканин в ділянці хронічної анальної тріщини, що в комплексі з виконанням сфінктеропластики з чіткою адаптацією країв м'язових лоскутів дозволяє зберегти достатній просвіт анального каналу, а це в свою чергу запобігає розвитку післяопераційних стриктур. Відновлення цілісності слизової оболонки створює оптимальні умови для регенерації сформованої сфінктеропластики.

### **З а к л ю ч е н н я**

Використання запропонованого способу лікування хронічних анальних тріщин має ряд переваг, що вигідно відрізняють його від запропонованих раніше. По-перше, відновлення цілісності анального сфінктера проводиться за рахунок його власної м'язової тканини. По-друге, накладання адаптуючи швів дозволяє оптимально співставити сформовані лоскути не прорущуючи їх кровопостачання та зберігаючи достатній простір анального каналу. По-третє, відновлення цілісності слизового шару створює оптимальні умови для швидкого загоєння післяопераційної рани.

На підставі аналізу отриманих результатів можна зробити висновки, що впровадження в практику нового реконструктивно-пластичного методу хірургічного лікування хронічних анальних тріщин дозволить скоротити терміни непрацездатності пацієнтів, покращити результати оперативного лікування, зменшити час стаціонарного перебування та кількість післяопераційних ускладнень, відновити тонус внутрішнього анального сфінктера.

#### РАДИКАЛЬНИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

*И.М. Козловская, А.Г. Ифтодий*

**Реферат.** Хроническая анальная трещина – одно из наиболее распространенных заболеваний прямой кишки. Сегодня так и не решен вопрос приоритетности консервативного или хирургического лечения. Эффективность консервативного лечения составляет только 40-45%. Известно много способов и хирургического лечения анальных трещин, но и они не обеспечивают нужного радикализма. Для улучшения результатов лечения в клинике разработана методика реконструктивно-пластического хирургического лечения хронических анальных трещин и их осложнений. Ключевые слова: трещина заднего прохода, сфинктеротомия, сфинктеропластика, иссечение трещины.

**Ключевые слова:** анальная трещина, сфинктеропластика, сфинктеротомия, иссечение трещины.

#### RADICAL METHOD OF TREATMENT OF CHRONIC ANAL FISSURES

*I.M. Kozlovs'ka, A.G. Iftodii*

**Abstract.** Chronic anal fissure is one of the most prevalent diseases of the rectum however, up till now the problem of the priority of either nonoperative or surgical treatment hasn't been solved, the efficacy of nonoperative treatment makes up 40-50%. There are many different methods of surgical treatment of anal fissures. But even they do not provide sufficient radicalism. To improve the results of treating in our clinic a procedure of reconstructive-plastic surgical treatment of chronic anal fissures and their complications has been developed.

**Key words:** anal fissure, sphincteroplasty, sphincterotomy, excision of a fissure.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Лозинський Ю.С. Лікування анальних тріщин у пацієнтів з хворобою Крона / Ю.С. Лозинський // Клін. фармація. – 2001. – Т.5, № 3. – С. 33–35.
2. Маят К.Е. Анальная трещина: принципы диагностики и лечения / К.Е. Маят // Лечащий Врач. – 2009. – № 2. – С. 37 – 39.
3. Тумак І. Захворювання періанальної ділянки / І. Тумак // Мед. світу. – 2004. – №4. – С. 266 – 277.
4. Хірургічні хвороби / [Іфтодій А.Г., Пішак В.П., Гребенюк В.І. та ін.]. – Чернівці:Медуніверситет, 2007. – 420 с.
5. Argov S. Open lateral sphincterotomy is still the best treatment for chronic anal fissure / S. Argov, O. Levandovsky // Am. J. Surg.–2000.–Vol. 179, N3. – P. 201 – 207.
6. Liratzopoulos N., Eleni I. Efremidou E., Papageorgiou M., Kouklakis G., Moschos J. Lateral Subcutaneous Internal Sphincterotomy in the Treatment of Chronic Anal Fissure: Our Experience in 246 Patients //Gastrointestin Liver Dis.– June 2006.– Vol.15, No.2,–P.143-147.