

УДК 616.352-089.83

## ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЗАМКАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ

© 2006 г. В.С. Грошлин

В настоящее время ведущим патогенетическим фактором формирования анальной трещины признан гипертонус внутреннего сфинктера [1–3]. Широкое внедрение сфинктеротомии как необходимого этапа операции позволило улучшить результаты лечения анальной трещины [2, 3]. При этом риск возникновения инконтиненции после избыточного рассечения сфинктера или рецидива трещины при недостаточно выполненной сфинктеротомии оставляет проблему прогнозирования его функционального состояния после операции чрезвычайно актуальной [4, 5]. Несмотря на успехи в хирургии анальных трещин, связанные с внедрением сфинктеротомии и аноректальной манометрии [3], остается стабильным процент рецидивов [2, 6], а также осложнений, в первую очередь – инконтиненции [1, 5].

*Цель работы* – улучшить функциональные результаты хирургического лечения больных с анальными трещинами путем определения групп повышенного риска инконтиненции, противопоказаний к выполнению сфинктеротомии, выявления основных причин рецидивов заболевания и послеоперационных осложнений; с учетом данных сфинктероманометрии определить прогноз вероятности инконтиненции после сфинктеротомии.

*Материалы и методы.* Изучены результаты лечения 127 пациентов с анальными трещинами, обследованных и оперированных в клинике РостГМУ, из них женщин – 86 (67,7 %), мужчин – 41 (32,3 %). Возраст составлял от 17 до 72 лет. Задняя трещина диагностирована у 106 (83,4 %), передняя – у 11 (8,7 %), сочетание передней и задней трещин – у 10 больных (7,9 %). Анамнез заболевания от 2 мес. до 15 лет. У 7 пациентов (5,5 %) выявлен сопутствующий парапроктит, ректальные свищи, у 12 (9,4 %) – хронический геморрой III–IV стадии, у 2 – аденоматозные полипы.

Уровень базального давления в анальном канале в проекции внутреннего сфинктера, среднее давление в анальном канале при волевом сокращении, амплитуда ректоанального рефлекса, уровень базального давления в проекции наружного сфинктера были оценены до иссечения трещины и сфинктеротомии, а также на 7-е сут после операции. Пациенты с послеоперационным нарушением континенции дополнительно обследованы спустя 4 и 8 нед. после сфинктеротомии.

*Результаты.* Оперировано 117 больных. У 10 пациентов с острой анальной трещиной консервативная терапия, включавшая спазмолитики, средства, улучшающие микроциркуляцию, изосорбид динитрат, позволила достичь заживления трещин без операции. Среди пациентов, оперированных ранее по поводу других проктологических заболеваний (у 4 в анамнезе геморроидэктомия), а также лиц с рецидивными трещинами (6 больных, из них 2 – с передними трещина-

ми), снижение показателей послеоперационной аноректальной манометрии и миографии не отмечено.

89 пациентов (76,1 % оперированных) жалоб после операции не предъявляли, признаков недержания и рецидивов трещин среди них не выявлено. У 24 пациентов (20,5 %) без признаков инконтиненции отмечались жалобы на незначительные или умеренной интенсивности боли, выделение крови при дефекации, тенезмы. У 14 из них (11,9 %) жалобы купированы консервативно в сроки до 3 месяцев. У 6 больных (5,1 %) сохранялись прокталгии, еще у 4 (3,4 %) отмечен рецидив трещины в сроки от 3 до 17 мес. после операции (у 2 (1,7 %) – после открытой задней сфинктеротомии, у 1 – рецидив задней трещины после удаления двойной трещины, у 1 – при симультанной полипэктомии). Тяжелых некорректируемых форм инконтиненции не было. Жалобы, связанные с нарушением континенции, предъявляли 4 пациента (3,4 %). У двоих частичное недержание газов купировано за 2 нед. консервативно; в одном наблюдении при наличии пачкания белья и частичного недержания газов после симультанного иссечения свища функция удержания восстановилась в течение 10 нед. И лишь у 1 пациентки (0,85 %) нарушение удержания газов сохранялось до 1,5 лет, причем удержание стула было удовлетворительным, качество жизни субъективно не страдало и выполнения реконструктивной операции не требовалось. По результатам аноректальной сфинктероманометрии все пациенты с послеоперационными нарушениями функции удержания относились к возрастной категории старше 45 лет и группе повышенного риска сфинктеротомии, так как повышение тонуса сфинктера у них было незначительным и не отмечалось дисфункции рефлексорной деятельности сфинктеров. Дооперационный уровень базального давления в анальном канале в проекции внутреннего сфинктера не превышал у них 117 мм вод. ст.; среднее давление в анальном канале при волевом сокращении не поднималось выше 165 мм вод. ст.; амплитуда ректоанального рефлекса была не менее 21 мм вод. ст.; достоверное изменение уровня давления в проекции наружного сфинктера у пациентов с признаками послеоперационной инконтиненции по сравнению с другими больными не отмечено. Послеоперационные показатели у пациентов с нарушением удержания газов соответствовали норме или находились в пределах ее нижней границы, что позволило достичь адекватной медикаментозной компенсации на фоне комплексной восстановительной терапии. Реабилитационный курс включал противовоспалительные средства, венотоники, использование свечей и мазей, подбираемых индивидуально, курсы физиотерапии, ЛФК, аутогимнастику сфинктеров.

*Выводы*

1. Проведение аноректальной манометрии и электромиографии помогает оценить риск послеоперационной инконтиненции и определить прогноз эффективности сфинктеротомии, что позволяет улучшить результаты лечения больных анальной трещиной и уменьшить число послеоперационных осложнений.

2. Сфинктеротомия – патогенетически необходимый компонент операций при гипертонусе внутреннего сфинктера – должна выполняться дозированно в соответствии с данными функционального обследования.

3. Пожилые пациенты и повторно рожавшие женщины составляют группы риска послеоперационного недержания, что требует обязательной дооперационной сфинктерометрии.

4. При отсутствии гипертонуса внутреннего сфинктера без повышения значений среднего давления в анальном канале при волевом сокращении в сочета-

нии с нормальной или повышенной амплитудой ректоанального рефлекса показано иссечение трещины без сфинктеротомии. Данный контингент требует тщательного дообследования для уточнения этиологии заболевания и наличия сопутствующей аноректальной патологии.

**Литература**

1. Шелыгин Ю.А. и др. // Колопроктология. 2005. № 1 (11). С. 10–16.
2. Corman M.L. Colon and rectum surgery. Philadelphia, 2003.
3. Henry M.M., Swash M. Coloproctology and the Pelvic Floor. Oxford, 1992.
4. Garsia A.J., Montes C.B., Perez J.J. // Diseases Colon Rectum. 1998. Vol. 41. P. 423–427.
5. Lee S.J., Park J.W. // Diseases Colon Rectum. 2000. Vol. 43. P. 1550–1555.
6. Littlejohn D.R., Newstead G.L. // Diseases Colon Rectum. 1997. Vol. 40. P. 1439–1442.