

УДК 616-089+616-007.271+616.352+616-084

© І. М. ШЕВЧУК, І. Я. САДОВИЙ

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Застосування інтраопераційних технічних прийомів профілактики післяопераційної стриктури анального каналу при хронічній анальній тріщині

I. M. SHEVCHUK, I. YA. SADOVYY

SHEI "Ivano-Frankivsk National Medical University"

APPLICATION OF INTRAOPERATIVE TECHNIQUES OF PREVENT POSTOPERATIVE STRICTURE OF ANAL CANAL DURING ANAL FISSURE

Проаналізовано результати хірургічного лікування 37 хворих із хронічною анальною тріщиною, які лікувалися в проктологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні впродовж 2012–2014 рр. Серед обстежених 15 (40,5 %) чоловіків, 22 (59,5 %) жінки, віком від 24 до 59 років. Терміни спостереження у післяопераційному періоді від 2 місяців до одного року. До основної групи включено 18 (48,6 %) хворих, яким операційне втручання проводили за методикою, розпрацьованою в клініці. До групи порівняння включено 19 (51,4 %) хворих, прооперованих за класичною методикою, яка передбачала висічення анальної тріщини та виконання задньої дозованої сфінктеротомії. Групи хворих зіставні за віком, статтю, ступенем тяжкості захворювання. У хворих основної групи після поетапної дивульсії і розтягнення анального каналу ректальним дзеркалом хронічну анальну тріщину висікали поетапно в напрямі "зовні-всередину" в межах здорових тканин із захопленням поверхневої порції м'язових волокон зовнішнього сфінктера відхідника. Слизово-підслизовий клапоть відпрепарувували на 0,4–0,5 см в боки від лінії розрізу і проводили ретельний гемостаз. Виконували задню дозовану сфінктеротомію на глибину не більше 0,8 см у чоловіків і до 0,6 см у жінок, по задній стінці анального каналу на 6-й годині "умовного циферблату". Отриманий мобільний слизово-підслизовий клапоть низводили та фіксували до анодерми поодинокими вузловими кетгуттовими швами атравматичною голкою (кетгут № 2–3). За такої техніки проведення операції післяопераційна рана перебувала в зоні візуального контролю. Використання розпрацьованої методики операційної ліквідації хронічної анальної тріщини із застосуванням технічних прийомів профілактики післяопераційної стриктури анального каналу дозволило уникнути її виникнення у всіх прооперованих хворих та скоротити терміни перебування хворих у стаціонарі в середньому на 7 днів. Натомість у групі порівняння виникнення компенсованої післяопераційної стриктури анального каналу відзначали у 5,3 % хворих.

Results of surgical treatment of 37 patients with chronic anal fissure who were in proctology department of Ivano-Frankivsk Regional Hospital during 2012–2014. Among them 15 patients (40.5 %) males, 22 (59.5 %) women aged 24 to 59 years. Time of observation in the postoperative period of 2 months to one year. To research (primary) group included 18 (48.6 %) patients, which surgery was performed by the method developed in clinic. In comparison group we included 19 (51.4 %) patients who were operated by the classical method, which included excision of anal fissure and dosed out sphincterotomy. Groups compared by age, sex, severity of disease. In patients of experimental group surgery was performed by the following procedure. After gradual stretching of anal canal by the rectal mirror, chronic anal fissure carved gradually towards the «outside-inside» within the limits the healthy tissue. For this muco-submucosal flap exuded to 0.4–0.5 sm of the line of cut and conducted good hemostasis. Dosed out sphincterotomy carried to a depth of no more than 0.8 sm in males and 0.6 sm in women, on the back wall of the anal canal. The resulting muco-submucosal flap we fixed to anodermis by single catgut node on atraumatic needle. After this technique of operation postoperative wound is within the limits visual control. Our developed methods of elimination of chronic anal fissure with using techniques of prevention of postoperative anal stricture were effective avoiding its occurrence in all operated patients and reduce the time stay in the hospital an average of 7 days. However, in the comparison group, the occurrence of postoperative stricture of anal canal noted in 5.3 % of patients.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Стриктура анального каналу (САК) залишається одним із найбільш складних колопроктологічних захворювань. У 90 %

хворих післяопераційна САК найчастіше розвивається після перенесених раніше операцій з приводу геморою, хронічної анальної тріщини (ХАТ), гострокінцевих кондиллом, гострого і хронічного

парапроктиту, випадання прямої кишки. Частка САК серед доброякісних захворювань прямої кишки не має тенденції до зниження і коливається в межах 0,9–1,7 %, що змушує дослідників шукати нові підходи до лікування та профілактики даної патології [1, 2, 3].

Хронічна анальна тріщина (ХАТ) – одне з найпоширеніших захворювань прямої кишки. Її частка у структурі колопроктологічних хвороб становить 11–15 %, а захворюваність складає 20–23 випадки на 100 000 дорослого населення [1]. За частотою звернення до лікаря-проктолога вона посідає третє місце після запальних захворювань товстої кишки та геморою, а її частка в структурі прооперованих хворих у спеціалізованих відділеннях сягає 11 % [1, 4].

Навіть у неоперованих хворих САК нерідко є ускладненням тривало існуючих ХАТ. Такі хворі можуть роками лікуватися самостійно без належної кваліфікованої медичної допомоги. Внаслідок постійного хронічного запального процесу анального каналу та травматизації цієї ділянки каловими масами відбувається поступове і необоротне заміщення слизової оболонки та підслизового шару сполучною тканиною. Вказане призводить до звуження виходу з анального каналу, порушення акту дефекації, погіршення якості життя хворих. У більшості хворих формуються компенсовані та субкомпенсовані форми САК [5]. Тому важливим напрямом профілактики САК є своєчасне виявлення і надання кваліфікованої медичної допомоги хворим, в тому числі із ХАТ. Не менше значення має санітарно-просвітня робота з населенням.

Для діагностики САК доцільно застосовувати ізольоване рентгенологічне дослідження анального каналу за допомогою спеціальних рентгеноконтрастних свічок. Цей метод дозволяє об'єктивно встановити наявність чи відсутність САК, характер патологічних змін в анальному каналі. Вказане є необхідною складовою для вибору адекватної хірургічної тактики лікування та становить цінність при об'єктивній оцінці безпосередніх та віддалених результатів [6, 7]. Аноректальна манометрія також є об'єктивним методом дослідження оцінки тону анального сфінктера, ректального тримання, аноректального відчуття та перевірки цілісності ректоанального гальмівного рефлексу. Проте різноманітні апарати та нестандартизовані методи оцінки результатів утруднюють їх інтерпретацію [8, 9].

Хірургічне лікування САК доволі складне та не завжди успішне [1, 3, 4, 5]. На нашу думку, слід приділяти більшу увагу інтраопераційним заходам та використанню технічних прийомів, спрямованих на попередження розвитку післяопераційної САК у хворих на хронічну анальну тріщину.

Мета роботи: оцінити ефективність і вивчити безпосередні та віддалені результати застосування розпрацьованої методики ліквідації хронічної анальної тріщини.

Матеріали і методи. Проаналізовані результати хірургічного лікування 37 хворих із ХАТ, які перебували в проктологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні впродовж 2012–2014 рр. Серед обстежених хворих 15 (40,5 %) чоловіків, 22 (59,5 %) жінки, віком від 24 до 59 років. Середній вік чоловіків – (42,81±3,2) року, жінок – (38,35±2,9) року. Терміни спостереження у післяопераційному періоді від 2 місяців до одного року. До основної групи включено 18 (48,6 %) хворих, яким операційне втручання проводили за методикою, розпрацьованою в клініці. До групи порівняння включено 19 (51,4 %) хворих, прооперованих за класичною методикою, яка передбачала висічення анальної тріщини та виконання задньої дозованої сфінктеротомії. Групи хворих зіставні за віком, статтю, ступенем тяжкості захворювання.

У хворих основної групи операційне втручання проводили за такою методикою. Після поетапної дивульсії і розтягнення анального каналу ректальним дзеркалом ХАТ висікали поетапно в напрямі “зовні–всередину” в межах здорових тканин із захопленням поверхневої порції м'язових волокон зовнішнього сфінктера відхідника. Для цього слизово-підслизовий клапоть відпрепарували на 0,4–0,5 см в боки від лінії розрізу і проводили ретельний гемостаз. Після цього проводили задню дозовану сфінктеротомію на глибину не більше 0,8 см у чоловіків і до 0,6 см у жінок по задній стінці анального каналу, на 6-й годині “умовного циферблату” при положенні хворого на спині. Отриманий мобільний слизово-підслизовий клапоть низводили та фіксували до анодерми поодинокими вузловими кетгуттовими швами атравматичною голкою (кетгут № 2–3). За такої техніки проведення операції післяопераційна рана перебуває в зоні візуального контролю.

Виконання мобілізації слизово-підслизового клаптя в боки від лінії розрізу на 0,4–0,5 см дозволяло попередити надмірний натяг слизової оболонки і підслизового шару та порушення його кровообігу. Вказане забезпечувало також профілактику недостатності швів, небезпеки нагноєння післяопераційної рани і загоєння її вторинним натягом. Фіксація мобільного клаптя до анодерми дозволяла прецизійно зіставляти тканини при пластиці рани, що забезпечувало анатомічну адаптацію тканин та загоєння рани первинним натягом без формування гіпертрофічного рубця в просвіті анального каналу.

Ізольоване рентгеноконтрастне дослідження анального каналу проводили до операції, перед виписуванням із стаціонару, через 2 місяці та один рік після проведеного хірургічного лікування. В рентгенологічному кабінеті в положенні хворого на лівому боці в анальний канал прямої кишки вводили рентгеноконтрастний ректальний супозиторій, що містив у своєму складі барію сульфат 1,0 г. Хворий закривав отвір відхідника марлевою серветкою для запобігання передчасному виходу контрастного супозиторія назовні. Через 2–3 хв хворого почергово перекладали в положення на спині, на лівому боці і одночасно проводили рентгенологічне обстеження ділянки прямої кишки у 2-х проєкціях. При виявленні звуження анального каналу діагностували його стриктуру.

Ступені звуження анального каналу діагностували відповідно до класифікації В. И. Помазкина, Ю. В. Мансурова (2011).

Результати досліджень та їх обговорення.

Всім хворим основної групи та групи порівняння до операції, перед виписуванням із стаціонару, через 2 місяці та один рік після проведеного хірургічного лікування проводили проктологічне обстеження, яке включало огляд періанальної ділянки, пальцеве дослідження прямої кишки, аноскопію та ізольоване рентгеноконтрастне дослідження анального каналу з використанням спеціальних рентгеноконтрастних свічок.

У всіх хворих групи порівняння, які були прооперовані за класичною методикою, що передбачала висічення анальної тріщини та виконання задньої дозованої сфінктеротомії, післяопераційна рана загоювалася вторинним натягом. Термін перебування хворих групи порівняння на стаціонарному

лікуванні складав ($19 \pm 2,4$) днів. В ранньому післяопераційному періоді у одного (5,3 %) із 19 хворих на 14-й день виникла компенсована післяопераційна САК. Наявність САК була об'єктивно підтверджена ізольованою рентгенографією анального каналу. Ліквідувати САК у цього хворого вдалось консервативними заходами. При контрольних оглядах через 2 місяці і один рік клінічних та об'єктивних даних за САК у хворого не було.

У всіх хворих дослідної групи, яким операційне втручання при хронічній анальній тріщині проводили за методикою, розпрацьованою в клініці, рани загоювалися первинним натягом без гіпертрофічного рубця в просвіті анального каналу. Термін перебування хворих у стаціонарі складав ($12 \pm 1,8$) днів. У всіх хворих дослідної групи через 2 місяці та один рік після операційного втручання при проктологічному обстеженні та за результатами ізольованого рентгеноконтрастного дослідження анального каналу даних за післяопераційну САК не виявлено.

Висновки. Застосування розпрацьованої методики ліквідації хронічної анальної тріщини із використанням технічних прийомів профілактики післяопераційної стриктури анального каналу дозволило уникнути її виникнення у всіх прооперованих хворих та скоротити терміни перебування хворих у стаціонарі в середньому на 7 днів. Натомість у групі порівняння виникнення компенсованої післяопераційної стриктури анального каналу відзначали у 5,3 % хворих.

Перспективи подальших досліджень. Частоту виникнення стриктури анального каналу і результати її хірургічного лікування буде вивчено у хворих на гострокінцеві кондиліди.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Воробьев Г. И. Основы колопроктологии : учебное пособие / Г. И. Воробьев. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2001. – 423 с.
2. 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.
3. Руководство по колопроктологии / В. Л. Ривкин, А. С. Бронштейн, В. К. Ан и др. – М. : Медицина, 2004. – 299 с.
4. Федоров В. Д. Клиническая оперативная колопроктология : руководство для врачей / В. Д. Федоров, Г. И. Воробьев, В. Л. Ривкин. – М. : Медицина, 1994. – 432 с.
5. Шевчук І. М. Стриктури анального каналу: причини, клінічні прояви / І. М. Шевчук, І. Я. Садовий // Український журнал хірургії. – 2012. – № 2 (17). – С. 82–85.
6. Пат. 73986 UA Україна, МПК А 61 В 6/00. Спосіб діагностики стриктури анального каналу / І. М. Шевчук, І. Я. Садовий, В. М. Рижик, П. Ф. Дудій, М. Б. Кузьмінський. – № u 2012 04589; заявл. 12.04.12; опубл. 10.10.12, Бюл. № 19.
7. Пат. 73987 UA Україна, МПК А 61 В 6/00. Спосіб діагностики стриктури анального каналу / І. М. Шевчук, І. Я. Садовий, В. М. Рижик, П. Ф. Дудій, М. Б. Кузьмінський. – № u 2012 04590; заявл. 12.04.12; опубл. 10.10.12, Бюл. № 19.
8. Шевчук І. М. Клиническая и лучевая диагностика послеоперационных стриктур анального канала / И. М. Шевчук, И. Я. Садовий, М. И. Яворский // Хирургия. Восточная Европа. – 2013. – № 1 (5). – С. 47–52.
9. 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.

Отримано 27.10.14