

# **ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ СТРИКТУРЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ КАЛЛЕЗНЫМИ АНАЛЬНЫМИ ТРЕЩИНАМИ**

**Садовый И.Я.**

*ГВНЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет»,  
кафедра хирургии №2 и кардиохирургии,  
г. Ивано-Франковск*

***Ключевые слова:*** структура анального канала, хроническая каллезная анальная трещина

**Резюме:** проанализированы результаты хирургического лечения 33 больного с хронической каллезной анальной трещиной, которые находились в проктологическом отделении Ивано-Франковской областной клинической больницы с 2012 по 2014 гг.

**Resume:** the results of surgical treatment of 33 patients with chronic anal fissure, who were in office proctology Ivano-Frankivsk Oblast Clinical Hospital from 2012 to 2014.

**Актуальность.** Структура анального канала (САК) остается одним из самых сложных колопроктологических заболеваний. В 90% больных развитие САК связывают с перенесенными ранее оперативными вмешательствами, выполненными по поводу геморроя, хронической каллезной анальной трещиной (ХКАТ), остроконечных кондилом, параректальных свищей, острого парапроктита, выпадение прямой кишки. По данным литературы анальная трещина занимает третье место после воспалительных заболеваний толстой кишки и геморроя, а ее доля в структуре прооперированных в специализированных отделениях больных достигает 11%.

Изолированное рентгенологическое исследование анального канала с использованием рентгеноконтрастных свечей позволяет объективно установить наличие или отсутствие изменений анального канала и их характер, что необходимо для выбора адекватной хирургической тактики и представляет ценность при объективной оценке непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения.

Консервативное и оперативное лечение послеоперационной САК довольно сложное и не всегда успешно. Поэтому, во время проведения оперативного вмешательства у больных с ХКАТ следует уделять большое внимание мероприятиям, которые направлены на профилактику развития этого осложнения.

**Цель:** профилактика развития структуры анального канала при оперативном лечении больных с хронической каллезной анальной трещины.

**Задачи:** 1. Оценить эффективность применения разработанной методики ликвидации хронической каллезной анальной трещины; 2. Изучить непосредственные и отдаленные результаты применения разработанной методики ликвидации хронической каллезной анальной трещины.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты хирургического лечения 33 больного с ХКАТ, которые находились в проктологическом отделении Ивано-Франковской областной клинической больницы с 2012 по 2014 гг. Среди обследованных больных 13 (39,4%) мужчин, 20 (60,6%) женщин, в возрасте от 23 до 59 лет. Средний возраст мужчин -  $42,51 \pm 3,3$  лет, женщин  $37,56 \pm 2,8$  лет. Группы больных сопоставимы по возрасту, полу, степени тяжести заболевания. Сроки наблюдения в послеоперационном периоде от 2 месяцев до одного года.

К исследовательской (основной) группы включены 16 (48,5%) больных, которым оперативное вмешательство проводили по методике разработанной в клинике. В группу сравнения включены 17 (51,5%) больных прооперированных по классической методике, которая предусматривала иссечение анальной трещины и выполнения задней дозированной сфинктеротомии.

У больных основной группы оперативное вмешательство проводили по следующей методике: после поэтапной дивульсии и растяжения заднего прохода, ХКАТ высекали поэтапно в направлении «извне-внутри» в пределах здоровых тканей с захватом поверхностной порции мышечных волокон наружного сфинктера за-

дногo прохода в виде равнобедренного треугольника с его вершиной в анальном канале. Для этого слизисто-подслизистый лоскут выдвигали на 0,4-0,5 см в стороны от линии разреза. Полученный мобильный слизисто-подслизистый лоскут после тщательного гемостаза сопоставляли и фиксировали к анодерме одиночными узловыми кетгутовыми швами атравматической иглой. Выполнение мобилизации слизисто-подслизистого лоскута в стороны на 0,4-0,5 см больше, чем линия разреза позволяла предупредить натяжение слизистой оболочки, недостаточность швов, нагноение раны и заживление ее вторичным натяжением. Фиксация мобильного лоскута к анодерме позволяла без натяжения тщательно сопоставлять ткани при пластике раны, что в итоге обеспечивало анатомическую адаптацию тканей, и заживление раны первичным натяжением без формирования гипертрофического рубца в просвете анального канала.

Всем больным исследовательской группы и группы сравнения, до операции, перед выпиской из стационара, через 2 месяца и один год после проведенного хирургического лечения проводили проктологическое обследование (осмотр параанального участка, пальцевое исследование прямой кишки, anoscopy и ректороманоскопию) и изолированное рентгеноконтрастное исследование анального канала с использованием специальных рентгенконтрастных свечей, содержащих в своем составе бария сульфат.

**Результаты и их обсуждение.** В раннем послеоперационном периоде у одного (6,25%) из 16 больных группы сравнения отмечали возникновения компенсированной послеоперационной САК, что привело к его длительному пребыванию в стационаре. Наличие САК была объективно подтверждена изолированной рентгенографией анального канала. Ликвидировать САК удалось консервативными мерами. При контрольных осмотрах через 2 месяца и один год клинических и объективных данных по САК не было.

В основной группе больных обследованных через 2 месяца и один год после проведенного оперативного вмешательства по разработанной методике при проктологическом обследовании и по результатам изолированного рентгеноконтрастного исследования анального канала данных за послеоперационную САК не обнаружено.

**Выводы:** 1. Применение разработанной методики ликвидации хронической каллезной анальной трещины с применением технических приемов профилактики развития структуры анального канала позволило избежать ее возникновения во всех прооперированных больных; 2. В группе сравнения, возникновения компенсированной послеоперационной стриктуры анального канала отмечали в 6,25% больных.

#### Литература

1. 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.
2. Шевчук І.М. Стриктури анального каналу: причини, клінічні прояви / І.М. Шевчук, І.Я. Садовий [та ін.] // Український журнал хірургії. – 2012. – №2 (17). – С. 82-85
2. Brisinda G. Surgical treatment of anal stenosis / G. Brisinda, S. Vanella, F. Cadeddu [etal.] // World J Gastroenterol – 2009, – №15(16). – P 1921–1928.
3. Casadesus D. Treatment of anal stenosis. a 5-year review / D. Casadesus, L. E. Villasana, H. Diaz [et al.] // ANZ. J. Surg. – 2007.- № 77.- P. 557-559.

4. Ettore G. M. Anoplasty with House advancement flap for anal stenosis after hemorrhoidectomy. Report of a clinical case/ G. M. Ettore, L. Paganelli, LAlessandroni [et al.]// Chir. Ital.– 2001. –№ 53. – P. 571-574.

5. Garcea G. Management of benign rectal strictures /G. Garcea, C. D. Sutton, T. D. Lloyd [et al.]// Dis. Colon. Rectum.– 2003.– № 46.– P. 145 1 - 1460.

6. Habr-Gama A. Surgical treatment of anal stenosis: assessment of 77 anoplasties /A. Habr-Gama, C.W. Sobrado, S.E. deAraujo [et al.] // Clinics.-2005.- № 60.- P. 17-20.