

3. Карпищенко А.И. Медицинские лабораторные технологии (справочник). – СПб.: «Интермедика», 1999. – 656 с.

4. Плескова С.Н., Звонкова М.Б., Гущина Ю.Ю. Использование метода сканирующей зондовой микроскопии для исследования морфологических параметров нейтрофильных гранулоцитов // Морфология. - 2005. - Т. 127. - №1. - С. 60-62.

5. Dolgushin I.I., Markova V.A., Gizinger O.A. Monitoring of the effect of low-intensity laser radiation with constant pulse generation on neutrophil granulo-

cytes in vitro // Bull Exp Biol Med. – 2010. – Vol. 150. – №2. – P. 222-224.

6. Siposan D.G., Lukacs A. Relative variation to received dose of some erythrocytic and leukocytic indices of human blood as a result of low-level laser radiation: an in vitro study // J. Clin. Laser Med. Surg. – 2001. – Vol. 19. – № 2. – P. 89–103.

7. Weiderpass E. Hormonal risk factors of cancer in human point of cancer epidemiologist // International conference. Hormonal cancerogenesis. – SPb, 2000. – P. 22-23.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ

**Р.Ф. Адиев, И.И. Хидиятов, Р.З. Султанов, М.В. Казаков, Э.Ф. Валиахметова**

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет  
ГУЗ Республиканский клинический онкологический диспансер, г. Уфа  
Поликлиника №47, г. Уфа

**Адиев Ринат Фликсович**, ассистент кафедры оперативной хирургии и хирургической анатомии с курсом ИПО,  
**Хидиятов Ильдар Ишмурзович**, зав. кафедрой оперативной хирургии и хирургической анатомии с курсом ИПО,  
д-р мед. наук, профессор

**Султанов Руслан Закирович**, главный врач РКОД, канд. мед. наук,  
**Казаков Михаил Васильевич**, колопроктолог МБУЗ поликлиника №47,  
**Валиахметова Эндже Фаварисовна**, студентка гр. Л-602 БГМУ,  
450000, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3  
тел. 8 (347) 273-56-70,  
e-mail: andgeval@gmail.com

92 больным с хронической анальной трещиной было проведено сравнительное хирургическое лечение в зависимости от причины развития заболевания и показаний базального давления анального сфинктера. Было установлено, что по сравнению с традиционным способом комплексного хирургического лечения, применение «глухого» шва и разработанного модифицированного шва, равномерно заживляющего рану со дна, в сочетании с химической сфинктеротомией способствует достоверному ускорению заживления послеоперационной раны и уменьшению числа осложнений.

**Ключевые слова:** хроническая анальная трещина, патогенез, хирургическое лечение.

## OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC ANAL FISSURES

**R.F. Adiev, I.I. Khidiatov, R.Z. Sultanov, M.V. Kazakov, E.F. Valiakhmetova**

Bashkir State Medical University  
Republican Clinical Oncological Dispensary, Ufa  
City Polyclinic №47, Ufa

92 patients with chronic anal fissure were treated depending on the cause of the disease and the magnitude of the basal pressure anal sphincter. It was found that, compared to the traditional method of surgical treatment, the use of "blind" stitch and developed modified suture, evenly healing the wound from the bottom, in combination with chemical sphincterotomy, contributes to significant acceleration of wound healing and causes fewer complications.

**The key words:** chronic anal fissure, pathogenesis, surgical treatment.

### **Введение**

Анальная трещина является одним из частых и мучительных заболеваний человека. Из истории мировых сражений известно, что возможной причиной поражения Наполеона Бонапарта под Ватерлоо были его мучительные страдания от анальной трещины. По данным Воробьева Г.И. (2003), на 1000 взрослого населения 20-30 человек заболевают анальной трещиной. Среди больных колопроктологического отделения пациенты с анальной трещиной составляют 11-13% [2]. Женщины почти в 2 раза чаще страдают анальной трещиной, чем мужчины. В подавляющем большинстве случаев анальная трещина встречается в возрасте от 20 до 45 лет [7]. По настоящее время остаются нерешенными многие аспекты этиопатогенеза заболевания. Известно множество теорий возникновения трещины: механическая, инфекционная, токсическая, психосоматическая, сосудистая, полиэтиологическая и др. [4]. Многие специалисты основной причиной развития трещины считают механическое повреждение анодермы твердыми каловыми массами. Однако не у всех лиц, страдающих запорами, возникает трещина. Отмечено, что у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих запорами, трещина анального канала встречается реже, чем у более молодых лиц [5]. Установлено, что у многих больных анальная трещина развивается на фоне синдрома раздраженного кишечника, панкреатита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифического язвенного колита, болезни Крона, геморроя, проктита, криптита [2,8]. При этом при хронизации патологического процесса в зоне пектения (гребенчатой линии) формируется линейная язва с орозоленными краями и образованием «сторожевого бугорка», т.е. развивается заболевание - хроническая анальная трещина (ХАТ). Рядом исследователей было показано, что до визуального видимого появления трещины отмечается повышение тонуса анального сфинктера, что может свидетельствовать о наличии хронического процесса в анодерме [5]. В подавляющем большинстве случаев анальная трещина формируется по задней стенке анального канала, в зоне пектения в треугольнике Мирано. Этой локализации способствуют анатомические и физиологические предпосылки, связанные с особенностями направления мышечных пучков поверхностной порции наружного сфинктера в виде буквы «У» (концепция «блайсделловской пряжки»), с более глубоким расположением крипт и меньшим растяжением мышц в передне-заднем направлении, худшим кровоснабжением [1,5,7].

Считается, что для успешного лечения анальной трещины необходимо прервать патологический круг, при котором происходит следующее: в результате запора формируются твердые каловые массы, которые механически повреждают наиболее уязвимый отдел – заднюю стенку анального канала, что приводит к выраженной боли и значительному повышению тонуса сфинктера, которая, в свою очередь, приводит к ишемии и некробиотическому состоянию анодермы. Выраженная боль вызывает

стулобоязнь, что, в свою очередь, приводит к задержке дефекации и запору [5,8].

На сегодняшний день предложено большое число разнообразных методов лечения больных с анальной трещиной. Большинство специалистов считают, что хроническая анальная трещина (ХАТ) является показанием к оперативному лечению [1,2,3,5,7]. Традиционным методом лечения ХАТ является оперативное лечение, заключающееся в иссечении трещины с боковой подкожной или задней трансанальной дозированной сфинктеротомией [1,7,8,12]. Однако сфинктеротомия может осложняться недостаточностью анального сфинктера у 0,6 - 35% больных, при закрытой сфинктеротомии - подкожной гематомой у 3%. Сохранение сфинктероспазма в послеоперационном периоде способствует рецидиву заболевания и может привести к формированию подслизистого параректального свища, рубцовым стриктурам анального канала или длительным срокам заживления. Исследованиями В.С. Грошилина (2010) отмечено, что после сфинктеротомии снижение тонуса внутреннего сфинктера наблюдается в 14,5-35% случаев [5]. Рецидив заболевания после иссечения трещины со сфинктеротомией происходит в 0,6-10% случаев [7,12]. По данным многих авторов, лечение послеоперационных ран после иссечения трещины растягивается до 40-60 суток. [5,9,11]. По данным Ривкина В.Л. с соавт. (2001), глухое ушивание раны после иссечения трещины значительно сокращает сроки лечения и предупреждает рецидив заболевания. Однако анопластика - относительно технически сложная операция и может проводиться при отсутствии сфинктероспазма [7].

### **Цель исследования**

Оценить эффективность комплексного хирургического лечения больных с хронической анальной трещиной путем дифференцированного выбора способа оперативного лечения.

### **Материалы и методы**

Проанализированы результаты собственного обследования и лечения 92 больных с хронической анальной трещиной, находившихся на лечении в поликлинике клиники ГБОУ ВПО БГМУ и городской поликлинике №47 г. Уфы в период с 2003 по 2011 гг. Из 92 больных с ХАТ женщин было 68, мужчин - 24. Средний возраст пациентов составил 40,7 лет. У всех больных была диагностирована хроническая анальная трещина, о чем свидетельствовали длительные сроки болезни (от 3-х месяцев до 4-х лет), наличие фиброзно-рубцовых изменений краев трещины и «сторожевых бугорков». Задняя ХАТ была установлена у 76 больных, передняя – у 11, передняя и задняя одновременно - у 5. Всем им, помимо общеклинических исследований, проводились специальные инструментальные методы исследований, включающие аноскопию, ректороманоскопию, до- и послеоперационную аноректальную манометрию (с использованием сфинктрометра фирмы MSM ProMedico.) Гистологическим исследованиям (ок-

раска препаратов проводилась гематоксилин-эозином) подвергались ткани иссеченных анальных трещин и биоптаты анодермы на 3-х или 9-и часах. Для достоверности исследований у 15 лиц, не страдающих заболеваниями пищеварительного тракта и анальной трещиной, также проводились гистологические исследования биоптатов из анодермы.

### Результаты и обсуждение

На основе клинических и инструментальных методов исследования нами были выделены две формы ХАТ. При первой форме трещина изначально формируется в области гребенчатой линии (пектения) на фоне пектеноза, при второй - несколько проксимальнее белой линии Хилтона в результате разрыва анодермы твердыми каловыми массами. При первой форме дном трещины являются волокна внутреннего сфинктера, при второй в дистальной части - подкожная клетчатка, в проксимальной - волокна внутреннего сфинктера. Первая форма ХАТ была выявлена у 67 больных, вторая - у 25. Было установлено, что у всех больных с ХАТ имелись различные заболевания пищеварительного тракта. 61 больной (с 1-й формой ХАТ) жаловался на вздутие, тяжесть в животе, боли по ходу ободочной и сигмовидной кишок, расстройство стула в виде чередования запоров и диареи со слизью, при этом боли в прямой кишке усиливались при дефекации. У 23 пациентов наблюдались двухмоментная дефекация и чувство неполного опорожнения кишечника. Многие пациенты периодически отмечали тенезмы. Эти клинические проявления нами были расценены как синдром раздраженного кишечника. При ультрасонографии у 38 пациентов были выявлены изменения в поджелудочной железе в виде увеличения железы, неоднородности структуры, что расценивалось врачами лучевой диагностики как панкреатит. 8 пациентов страдали эрозивным гастритом, 2 имели язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, подтвержденную гастроскопическими исследованиями. При ректороманоскопии, проводившейся в период ремиссии заболевания, у всех пациентов обнаруживались изменения в слизистой оболочке прямой и сигмовидной кишок в виде отека, гиперемии, зернистости. Часто в просвете кишечника обнаруживалась слизь, отмечалось повышение тонуса стенки кишечника. У многих пациентов исследование вызывало резкую болезненность, контактную кровоточивость. При микробиологических исследованиях фекалий у 63 больных с первой формой ХАТ были обнаружены изменения микрофлоры в виде увеличения числа патогенной кишечной палочки, наличия кокков, гемолизующей кишечной палочки. У 12 пациентов были обнаружены протей и клибсиеллы. Из 67 больных с первой формой ХАТ у 43 были обнаружены явления криптиты в виде гиперемии и отека в области крипт и серозно-гнойных выделений. Особенно выраженными явлениями криптиты были на задней стенке (рядом с трещиной) анального канала. У 12 из этих больных был обнаружен папиллит. У 25 пациентов со 2-й формой ХАТ, страдающих упорными запорами,

трещина изначально образовывалась в области линии Хилтона. При эндоскопическом исследовании у этих больных выявлялась умеренно гиперемизированная слизистая оболочка кишки, сосудистый рисунок у большинства пациентов прослеживался, тонус кишечника был значительно снижен, исследование не вызывало резкой болезненности, как у больных с 1-ой формой ХАТ.

Сфинктерометрическое исследование базального давления в анальном канале было проведено 32 больным с первой формой ХАТ, 19 больным - со 2-й формой ХАТ и 15 контрольным лицам. У больных с 1-ой формой ХАТ установлено повышение базального давления с 925,6 мм вод.ст. до 967,7 мм вод.ст., в среднем - 936,1±17,2 мм вод.ст, у больных со 2-й формой ХАТ - от 820,4 мм вод.ст. до 870,9 мм вод.ст., в среднем - 854,1±13,2 мм вод.ст. У здоровых лиц базальное давление составляло от 652,1 мм вод.ст. до 841,5 мм вод.ст., в среднем - 803,6±29,4 мм вод.ст. Таким образом, у всех больных наблюдается сфинктероспазм: у пациентов с 1-ой формой ХАТ он был более выраженным ( $p < 0,01$ ), у пациентов со второй формой ХАТ - менее выраженным ( $p < 0,05$ ).

При исследовании базального тонуса анального сфинктера у 26-и больных с 1-ой формой ХАТ, страдающих синдромом раздраженного кишечника, было установлено, что в период купирования клинических проявлений заболевания и эпителизации трещины базальное давление оставалось повышенным и составляло 883,5±17,2 мм.вод.ст. ( $p < 0,05$ ). В то же время, при исследовании базального давления у лиц со 2-й формой ХАТ, страдающих запорами, базальное давление составляло 812,1±16,6 мм вод.ст. ( $p > 0,05$ ), что достоверно не отличалось от группы сравнения (здоровых лиц).

Анализ результатов гистологических исследований препаратов, взятых после оперативного иссечения у 67 больных с первой формой ХАТ в области гребенчатой линии, показал, что дно трещины покрыто грануляционной тканью, а по краям трещины имеются выраженные фиброзно-воспалительные изменения, сопровождающиеся образованием рубцовой ткани. Также при гистологическом исследовании биопсийного материала, взятого у этих же пациентов из боковых стенок (на 3 или 9 часах), отмечалось наличие фиброзно-воспалительных изменений в анодерме. При аноскопическом и пальцевом исследовании обнаруживалось уплотнение анодермы в зоне гребенчатой линии, что сопровождалось циркулярным сужением просвета анального канала. У 25 пациентов с 1-й формой ХАТ при гистологическом исследовании иссеченных краев трещины также были обнаружены рубцовые изменения. Исследование образцов тканей из боковых стенок анального канала не выявило выраженных воспалительных изменений. При аноскопическом исследовании выраженного уплотнения анодермы и сужения просвета анального канала не отмечалось.

Исходя из результатов проведенных исследований, нами была рассмотрена эффективность дифференцированного комплексного хирургического лечения больных с ХАТ в зависимости от ее формы.

Хирургическое лечение было проведено 92 больным с ХАТ. Всем больным в дооперационном периоде проводилось соответствующее лечение заболеваний, которые способствовали появлению ХАТ. Оперативное лечение проводилось после улучшения состояния больных. Больные были разделены на 4 группы. В 1-й группе (группа сравнения) - 23 больных (17 - с первой формой ХАТ, 6 - со второй формой ХАТ) - проводилось традиционное иссечение трещины с подшиванием краев раны ко дну (по методике Паркса). Оперативное лечение завершалось задней трансанальной сфинктеротомией. В послеоперационном периоде этим больным ежедневно проводились перевязки: на начальном этапе - с использованием мази «Левосин» до появления выраженной грануляционной ткани, в последующем - с использованием метилурациловой мази. 2-й группе (группа сравнения) - 25 больным (20 - с первой формой ХАТ, 5 - со второй) - проводилось иссечение трещины с подшиванием краев раны ко дну с боковой подкожной сфинктеротомией. В послеоперационном периоде также ежедневно проводились перевязки с использованием мази «Левосин» до появления грануляций. 3-й группе (основная группа) - 30 больным с первой формой ХАТ проводилось иссечение трещины и химическая сфинктеротомия с использованием пластин «тринитролонг» в послеоперационном периоде. 16-ти из 30 больных этой группы было проведено подшивание краев раны путем применения модифицированного шва. Предложенный шов позволял по периметру раны равномерно сблизить края раны с дном, что способствовало полному гемостазу из краев раны и заживлению послеоперационной раны от дна. Пластины «тринитролонг» прикрепляли в области белой линии Хилтона. Было отмечено, что прикрепление пластин в области анодермы вызывает побочные реакции в виде головокружения, головных болей и сердцебиения. Прикрепление пластин в области белой линии Хилтона вызвало побочные реакции только у двух пациентов. В дальнейшем этим пациентам применение пластин было отменено. У всех пациентов применение пластины «тринитролонг» способствовало снижению тонуса сфинктера и значительному уменьшению болей в послеоперационном периоде, которую определяли по визуальной - аналоговой шкале. В этой группе всем пациентам проводилась обработка раны поливалентным пиобактериофагом «Секстафаг» (ФГУП «НПО» «Микроген») и тампонада раны ранозаживляющим препаратом «Пемафом». 4 группе (основная группа) - 14 больным со второй формой ХАТ, у которых трещина изначально формировалась в области белой линии Хилтона и сопровождалась умеренно выраженным сфинктероспазмом - проводилось «глухое» ушивание раны. В послеоперационном периоде этим больным в течение 6 дней проводилась химическая сфинктеротомия и перевязки с препаратом «Пемафом».

В 1-й группе у 3 из 23 больных в послеоперационном периоде была отмечена легкая степень недостаточности сфинктера, проявляющейся недержани-

ем газов при физической нагрузке в течение двух месяцев после операции. В этой группе больных сроки заживления ран составили в среднем  $26 \pm 1,3$  дня, у 2 больных заживление раны затянулось до 38 дней. Рецидив трещины отмечен у одного пациента. Во 2-й группе (25 больных) легкая степень недостаточности отмечена у 2 пациентов, сроки заживления в среднем составили  $24 \pm 1,5$  дня. В 3 группе (30 человек) у больных, которым проводилось традиционное подшивание ко дну раны, сроки лечения составили  $22 \pm 1,5$  дня ( $P < 0,05$ ), при этом у 2 больных сроки полного заживления раны составили 27 и 31 день. У больных, которым был применен разработанный нами шов, сроки заживления составили  $19 \pm 0,3$  дня ( $P < 0,05$ ). Расхождение швов и недостаточность сфинктера не отмечена ни у одного пациента. Рецидив заболевания выявлен у одного больного. В 4-й группе (14 больных) сроки лечения составили  $17,5 \pm 1,3$  дня ( $P < 0,01$ ). У одного пациента в результате расхождения краев раны срок заживления раны составил 29 дней. Рецидивов заболевания в этой группе не было.

### Выводы

1. Дооперационные клинические и инструментальные исследования, включающие аноскопию, ректороманоскопию и сфинктерометрию, позволяют установить патогенез развития хронической анальной трещины, в зависимости от которого определить дифференцированную тактику хирургического лечения.
2. При умеренном повышении тонуса анального сфинктера оптимальным является «глухое» ушивание послеоперационной раны, использование химической сфинктеротомии, позволяющей сократить сроки лечения в послеоперационном периоде.
3. Ушивание краев раны после иссечения трещины по разработанной нами методике и химическая сфинктеротомия также позволяют сократить сроки лечения больных и уменьшить число осложнений.
4. Применение ранозаживляющего препарата «Пемафом», поливалентного пиобактериофага «Секстафаг» позволяет улучшить результаты комплексного лечения больных с хронической анальной трещиной.

### Список литературы

1. Благодарный Л.А., Жарков Е.Е. Результаты консервативного лечения хронической анальной трещины в сочетании с кровотокающим геморроем // Колопроктология. - 2007. - № 1(19). - С.34-38.
2. Благодарный Л.А., Полетов Н.Н., Жарков Е.Е. Патогенез анальных трещин // Колопроктология. - 2007. - № 1(19). - С. 38-41.
3. Воробьев Г.Н. Основы колопроктологии. - РнД., 2001. - 414 с.
4. Дробни Ш. Хирургия кишечника. - Будапешт, 1983. - С. 503-506.
5. Коплатадзе А.М., Стригунова Л.В., Шмаков В.А. Современные принципы лечения анальной трещины // Актуальные вопросы колопроктологии:

материалы второго съезда колопроктологов России. - Уфа, 2007. - С. 55-57.

6. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. - М.: Медпрактика, 2001. - С. 56-64.

7. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. - М., 1984.

8. Хубезов Д.А., Воронков Д.В. Использование «тахокомба» для лечения хронических анальных трещин // Актуальные вопросы колопроктологии: материалы второго съезда колопроктологов России. - Уфа, 2007. - С. 116-119.

9. Черкасов М.Ф., Грошилин В.С. Эффективность использования раствора глицерина тринитрата в комплексном лечении анальных трещин // Актуальные вопросы колопроктологии: материалы второго съезда колопроктологов России. - Уфа, 2007. - С. 122-124.

10. Ammari F.F., Bani-Hani K.E. Faecal incontinence in patients with anal fissure: a consequence of internal sphincterotomy or a feature of the condition? // Surgeon. - 2004. - Vol. 4(2). - P. 225-229.

11. Cho D.Y. Controlled lateral sphincterotomy for chronic anal fissure // Dis. Colon. Rectum. - 2005. - Vol. 5(48). - P. 1037-1041.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА СТАРШЕ 60 ЛЕТ

**Р.Г. Бадыков, В.В. Лобода, В.Ф. Чижиков,  
Р.Р. Бадыков, Р.В. Сафиуллин, О.Г. Яковлева**

ГБУЗ Республиканский клинический онкологический диспансер, г. Уфа

**Бадыков Рашид Газизович,**

зав. I хирургическим отделением РКОД, д-р мед. наук,

**Лобода Владимир Витальевич,**

врач хирург-онколог I хир. отделения РКОД, канд. мед. наук,

**Чижиков Валерий Федорович,**

врач хирург-онколог I хир. отделения РКОД, канд. мед. наук,

**Бадыков Руслан Рашидович,**

врач хирург-онколог I хир. отделения РКОД, канд. мед. наук,

**Сафиуллин Рим Валиевич,** врач I хир. отделения РКОД,

**Яковлева Олеся Геннадьевна,** врач-терапевт I хир. отделения

450054, Россия, Республика Башкортостан,

г.Уфа, пр. Октября, д. 73/1,

тел. 8 (347) 237-36-33,

e-mail: badykov-ufa@mail.ru

Представлен 15-летний опыт лечения 328 больных раком пищевода в возрасте 60 лет и старше, находившихся в отделении торакальной онкологии РКОД МЗ РБ. Освещены сопутствующие заболевания, результаты функциональных исследований. Приведены данные о хирургическом и комбинированном лечении рака пищевода. Рассмотрены типы операций, варианты резекции и пластики пищевода. Представлены непосредственные и отдаленные результаты лечения.

**Ключевые слова:** пищевод, рак, хирургическое и комбинированное лечение, больные старше 60 лет.

## SURGICAL AND COMBINED TREATMENT OF CANCER OF THE THORACIC ESOPHAGUS IN PATIENTS OVER 60 YEARS OLD

**R.G. Badykov, V.V. Loboda, V.F. Chizhikov,  
R.R. Badykov, R.V. Safiullin, O.G. Yakovleva**

Republican Clinical Oncological Dispensary, Ufa