



**В.С. Грошили, М.Ф. Черкасов**

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АНАЛЬНЫМИ ТРЕЩИНАМИ**

*Ростовский государственный медицинский университет,  
кафедра хирургических болезней № 4 ФПКУППС*

*Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: groshilin@yandex.ru*

Цель работы: улучшить отдаленные результаты лечения больных с анальными трещинами путем формирования дифференцированного подхода в выборе лечебной тактики.

Материалы и методы: проведены обследование, лечение и ретроспективный анализ 387 клинических наблюдений пациентов с острыми и хроническими анальными трещинами. Экспертиза эффективности лечения проводилась на основании клинических данных, результатов амбулаторного наблюдения, эндоректальной ультрасонографии, электромиографии, показателей до- и послеоперационной аноректальной манометрии. Сроки послеоперационного мониторинга составили от 6 до 32 месяцев.

Результаты: заживление трещин у 93,3% больных показало, что дифференцированный подход к выбору способа лечения пациентов с анальными трещинами позволяет улучшить функциональные результаты. Дозированная сфинктеротомия является необходимым компонентом хирургического лечения анальных трещин при наличии гипертонуса сфинктера. Применение оригинальной методики модифицированной сфинктеротомии (патент РФ №2293529) создает условия для скорейшего заживления операционных ран и ранней реабилитации.

*Ключевые слова:* анальная трещина, сфинктеротомия, аноректальная манометрия, инконтиненция.

**V.S. Groshilin, M.F. Cherkasov**

## **PRACTICE OF A COMPLEX APPROACH IN TREATMENT OF PATIENTS WITH ANAL FISSURES**

*Rostov State Medical University,*

*Surgical Pathology Department № 4 of Professional and Training Development Department  
29 Nakhichevansky st., Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: groshilin@yandex.ru*

Purpose: In order to improve the follow-up results of the treatment of patients with anal fissures a complex therapeutic approach was suggested and a number of criteria defining the choice of management methods were worked out.

Materials and Methods: 387 clinical cases with acute and chronic anal fissures were examined, treated and analyzed in retrospect.

Results: Fissures were healed in 93,3% of patients. It proved that a differential approach to the choice of the method of treatment of patients with anal fissures allows to improve the functional results. A calibrated sphincterotomy is a necessary component of the surgical management of anal fissures in case of the sphincter hypertone. The original method of modified sphincterotomy (Patent RF #2293529) ensures the necessary conditions for a speedy recovery of operative wounds and an early rehabilitation of patients.

*Keywords:* anal fissure, sphincterotomy, spincteromanometry, anal incontinence.

### **Введение**

**А**нальные трещины в структуре колоректальной патологии занимают третье место, уступая по частоте встречаемости лишь геморрою и колитам [1]. Несмотря на относительную эффективность и доступность широкого спектра применяемых методик хирургической коррекции и консервативного лечения анальных трещин, продолжается поиск новых методов, направленных на сокращение продолжительности лечения, улучшение функциональных результатов и профилактику рецидивов заболевания [2,3]. Наиболее постоянными проявлениями трещин заднего прохода являются скудное выделение крови при дефекации, спазм анального сфинктера и связанная с ним боль [1,4]. Основными проблемами в лечении анальных трещин являются необходимость своевременного определения показаний к

хирургическому лечению и сфинктеротомии (либо аргументированный отказ от них) [5,6]. При наличии показаний к сфинктеротомии определяющее влияние на исход лечения оказывает выбор способа операции [3,6,7].

Цель работы: улучшить отдаленные результаты лечения больных с анальными трещинами путем формирования дифференцированного подхода в выборе лечебной тактики и разработки определяющих лечебную тактику критериев.

### **Материалы и методы**

Проведено обследование, лечение и ретроспективный анализ 387 клинических наблюдений пациентов с острыми и хроническими анальными трещинами. Мужчин было 128, женщин – 259.

**Распределение больных по возрастным группам и полу.**

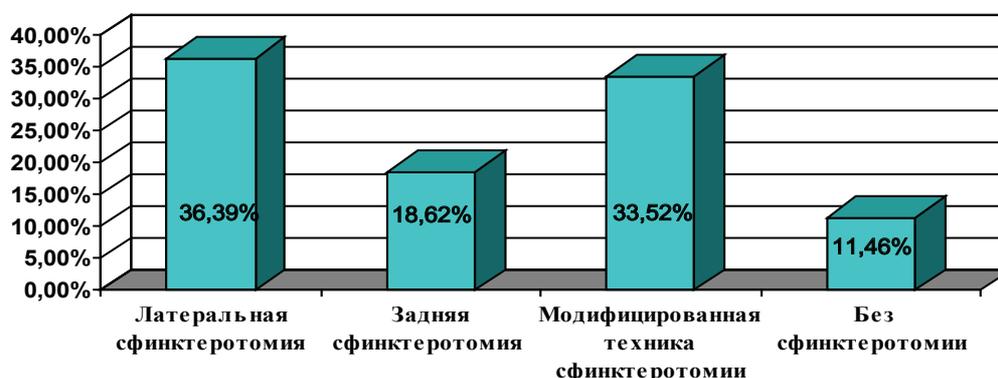
Возраст/ Пол	До 20 лет	21–30 лет	31–40 лет	41–50 лет	51–60 лет	>	Итого
Мужской	4	26	23	38	21	16	128
Женский	7	50	48	78	44	32	259
Всего	11	76	71	116	65	48	387
В том числе, оперированных больных							
Мужской	3	23	21	33	19	15	114
Женский	6	46	44	72	39	28	235
<b>Всего</b>	<b>9</b>	<b>69</b>	<b>65</b>	<b>105</b>	<b>58</b>	<b>43</b>	<b>349</b>

Трещины задней локализации на 6 часах условного циферблата выявлены у 84,2% больных, передние трещины (на 12 часах) отмечены у 9,6% обратившихся, а сочетание «передней» и «задней» трещин – у 6,2%. У 84 пациентов (21,7%) выявлены сопутствующие проктологические заболевания, потребовавшие симультанной хирургической коррекции (геморрой, хронический парапроктит, ректальные свищи, полипы толстой кишки). Экспертиза эффективности лечения проводилась на основании клинических данных, результатов амбулаторного наблюдения оперированных пациентов, эндоректальной ультрасонографии, электромиографии, показателей до- и послеоперационной аноректальной манометрии. Сроки послеоперационного мониторинга составили от 6 до 32 месяцев, при этом повторные функциональные исследования запирающего аппарата вне зависимости от примененного способа лечения проводились в рамках клинического мониторинга спустя 1-2 месяца после заживления трещин и эпителизации дефекта слизистой анального канала. Контрольные осмотры – через 6 и 12 месяцев.

### Результаты и обсуждение

Анализ результатов лечения показал, что у 38 из 49 пациентов (77,6%) с острыми трещинами (с анамнезом заболевания до 3 месяцев) достигнуто заживление трещин без операции при применении комплекса консервативной терапии, включавшего миотропные спазмолитики, средства, улучшающие микроциркуляцию, нестероидные противовоспалительные препараты, местное применение глицерина тринитрата.

Оперировано 349 больных (90,1%). У 40 пациентов (11,5% из числа оперированных) при отсутствии данных о стойком повышении тонуса внутреннего сфинктера проведено иссечение трещин без сфинктеротомии. Из 309 больных, перенесших сфинктеротомию: 127 пациентам произведена латеральная «закрытая» сфинктеротомия, в 65 случаях выполнена задняя «открытая» дозированная сфинктеротомия. При анамнезе заболевания более полугода, стойком болевом синдроме на фоне гипертонуса внутреннего сфинктера, у 117 пациентов применена оригинальная техника дозированной сфинктеротомии (патент РФ № 2293529), включающая частичную денервацию сфинктера с учетом индивидуальных анатомических параметров [8].



**Рисунок 1. Распределение оперированных пациентов по характеру хирургического воздействия на внутренний сфинктер**

Техника разработанной нами операции заключалась в следующем [8]. Анальную трещину, причинную крипту и «сторожевой» бугорок иссекали двумя полукруглыми разрезами. Производили кожный разрез в перианальной области на 4 часах условного циферблата, в проекции меж-

финктерной борозды, длиной 1,5–2,0 см. При базальном давлении в анальном канале в проекции внутреннего сфинктера от 60 см вод. ст. до 120 см вод. ст., у лиц дольхоморфного типа телосложения для достижения селективной денервации сфинктеры разъединяли по меж-



сфинктерной борозде на участке от 3 до 5 часов условного циферблата, у лиц мезо – и брахихоморфного типов телосложения – на участке от 4 до 6 часов. Лезвием скальпеля, введенным в рану и обращенным к просвету кишки, продольно рассекали внутренний сфинктер от дистального края на 50–60% длины. При базальном давлении в анальном канале в проекции внутреннего сфинктера выше 120 см вод. ст., у лиц всех типов телосложения, дополнительно производили кожный разрез с контралатеральной стороны, в проекции межсфинктерной борозды, длиной 1,0–1,5 см, сфинктеры разъединяли по межсфинктерной борозде на участке от 9 до 7,5 часов.

При применении традиционных методов сфинктеротомии, при отсутствии характерных жалоб и клинических проявлений недержания, у 14 пациентов (9 женщин и 5 мужчин) отмечено снижение среднего давления в анальном канале в покое и при волевом сокращении. При этом 6 больных из 14 относились к старшим возрастным группам, а у 7 женщин имели место неоднократные роды, ректоцеле, опущение тазового дна. У 36 пациентов (18,75%) не отмечено признаков рецидива, однако сохранялись жалобы на незначительные или умеренной интенсивности боли, анальный зуд, дискомфорт, отмечались явления криптита, проктита. У 28 из них (14,58%) жалобы были купированы консервативными мерами в сроки до 3 месяцев, у 8 больных (4,17%) сохранялись прокталгии, зуд, жжение. В 19 случаях (9,89%) после применения общепринятых методик сфинктеротомии в сроки от 3 до 12 месяцев после операции отмечен рецидив трещины.

Наилучшие функциональные результаты получены после выполнения модифицированной боковой «закрытой» дозированной сфинктеротомии. Сроки эпителизации ран анального канала соответствовали таковым после латеральной «закрытой» сфинктеротомии. Среднее давление в анальном канале в покое у 93 больных соответствовало возрастной физиологической норме, у 14 – превышало норму менее, чем на 12%, составляя 90,7–100,8 мм вод.ст. Давление в анальном канале при волевом сокращении составляло 79,67–127,9 см вод. ст. В 10 наблюдениях (8,54%) имело место относительное снижение давления на уровне внутреннего сфинктера, но не более, чем на 7% (минимальное значение – 62 см вод.ст.). Признаков инконтиненции у них не было, при контрольном обследовании спустя 3 месяца манометрические значения у 8 из 10 пациентов соответствовали норме. У 18 больных (15,38%) из числа оперированных по оригинальной методике, при отсутствии рецидива, отмечались жалобы на незначительные боли, анальный зуд, дискомфорт, отмечались явления криптита, проктита. У 12 из них (10,25%) жалобы купированы консервативными мерами в сроки до 3 месяцев, у 6 больных (5,12%) сохранялись прокталгии, зуд, жжение. В 6 случаях (5,12%), в сроки от 6 до 12 месяцев после операции отмечен рецидив трещины. Клинически манифестированных форм инконтиненции ни в одной из рассматриваемых групп не было.

Всем пациентам вне зависимости от наличия послеоперационных жалоб и функциональных расстройств

проводилась комплексная восстановительная терапия. Послеоперационное ведение больных, оперированных по поводу анальных трещин, было направлено на регуляцию стула, купирование местных воспалительных изменений, устранение болевого синдрома, снижение тонуса внутреннего сфинктера, улучшение микроциркуляции в зоне анальной трещины и геморроидальном сплетении. Длительность терапии и кратность приема анальгетиков и спазмолитиков определялись индивидуально.

Комплексная амбулаторная реабилитация позволила:

Увеличить число стойких положительных результатов до 84,9% (срок наблюдения более года)

Достичь коррекции отдельных жалоб, вызванных функциональными расстройствами запирающего аппарата прямой кишки, моторно-эвакуаторными нарушениями, сопутствующими воспалительными заболеваниями.

Выздоровление достигнуто у 92,7% оперированных больных при эпителизации или рубцевании дефекта слизистой анального канала без рецидива в течение года и более, при отсутствии инконтиненции, других осложнений. С учетом консервативного лечения острых трещин, стойкое излечение констатировали у 93,3% больных. После выполнения модифицированной дозированной латеральной сфинктеротомии данный показатель был наивысшим, составив 94,9%.

#### Выводы

1. Показанием к хирургическому лечению анальных трещин является неэффективность комплексного консервативного лечения в течение более 2 недель при анамнезе заболевания свыше 3 месяцев. Дооперационное функциональное и клиничко-анатомическое обследование позволяет определить хирургическую тактику.

2. Заживление трещин у 93,3% больных показало, что дифференцированный подход к выбору способа лечения пациентов с анальными трещинами дает возможность улучшить функциональные результаты.

3. Дозированная сфинктеротомия является необходимым компонентом хирургического лечения анальных трещин при наличии гипертонуса сфинктера.

4. Применение оригинальной методики модифицированной сфинктеротомии [8] за счет дозированного рассечения и частичной денервации внутреннего сфинктера позволяет создать условия для скорейшего заживления операционных ран, достичь снижения интенсивности болей, ранней реабилитации. Новая методика учитывает конституциональные особенности строения запирающего аппарата прямой кишки и исключает инфицирование ран сфинктера из просвета кишки.

5. Индивидуальное обоснование показаний и соблюдение техники выполнения сфинктеротомии позволяют снизить вероятность развития послеоперационной инконтиненции. Группу риска составляют больные старших возрастных групп, пациентки с ректоцеле и опущением тазового дна.



ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. 2-е изд., дополненное – М: «Медицинское информационное агентство», 2006. – 432 с.
2. Lubowski D.Z. Anal fissures (review article) //Australian Family Physician. – 2000. – № 29(9). – P. 839–844.
3. Bhardwaj R., Parker M.C. Modern perspectives in the treatment of chronic anal fissures //Annals of the Royal College of surgeons of England. – 2007. – №89 (5). – P. 472–478.
4. Rattan S.B. Sympathetic (Adrenergic) Innervation Modulates But Does Not Generate Basal Tone in the Internal Anal Sphincter Smooth Muscle //Gastroenterology. – 2008. – № 134(7). – P. 2179–2181.
5. Tjandra J.J., Lubowski D.Z. Anorectal physiological testing in Australia //ANZ Journal of Surgery. – 2002. – № 72. – P. 757–759.
6. Steele S.R., Madoff R.D. Systematic review: the treatment of anal fissure //Alimentary Pharmacology & Therapeutics. – 2006. – № 24 (2). – P. 247–257.
7. Matsufuji H., Yokoyama J. Neural Control of the Internal Anal Sphincter Motility //Journal of Smooth Muscle Research. – 2003. – № 39 (1-2). – P.11-20.
8. Прошилин В.С., Черкасов М.Ф., Татьянченко В.К. Способ хирургического лечения анальной трещины. Федеральный патент России № 2293529 от 20.02.07 г. // Бюллетень № 5. – С. 111.

ПОСТУПИЛА: 10.05.2010