

УДК 616.352-007.251-036.12-089

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЕ

*А.М. Мадаминов, А.Ю. Айсаяв*

Целью настоящего исследования является улучшение результатов хирургического лечения хронической анальной трещины. Материалом данного исследования стали результаты обследования и хирургического лечения 135 больных с хронической анальной трещиной. В зависимости от применявшихся методов хирургического лечения хронической анальной трещины больные были разделены на две группы. В контрольную группу вошли 68 (50,4 %) пациентов с хронической анальной трещиной, которым оперативное вмешательство было осуществлено по традиционной методике. В основную группу были включены 67 (49,6 %) больных с хронической анальной трещиной, оперированных по предложенной сотрудниками клиники методике. Результаты лечения изучены в сравнительном аспекте. Анализ результатов хирургического лечения хронической анальной трещины показал уменьшение числа осложнений в ближайшем послеоперационном и в отдаленном периодах у больных основной группы. Это позволяет рекомендовать применять методику хирургического лечения хронической анальной трещины, предложенную сотрудниками клиники, в колопроктологических и хирургических отделениях лечебных организаций.

*Ключевые слова:* хроническая анальная трещина; анальный канал; сфинктеротомия; хирургическое лечение.

---

## ӨНӨКӨТ АНАЛДЫК ЖАРАКАТТЫ ДАРЫЛООДО ХИРУРГИЯЛЫК ЫКМА

*А.М. Мадаминов, А.Ю. Айсаяв*

Бул изилдөөнүн максаты өнөкөт аналдык жаракат оорусун хирургиялык жол менен дарылоодогу жыйынтыктарды жакшыртуу болуп саналат. Өнөкөт аналдык жаракат оорусу менен ооруган 135 бейтапты хирургиялык дарылоонун жана изилдөөнүн жыйынтыктары ушул изилдөөнүн материалдары болуп калды. Өнөкөт аналдык жаракатты хирургиялык дарылоо ыкмаларына жараша оорулуулар эки топко бөлүндү. Көзөмөлдөө тобуна өнөкөт аналдык жаракатка салттуу ыкма менен операция жасалган 68 (50,4 %) оорулуу кирди. Изилдөөнүн негизги тобуна 67 (49,6 %) бейтап кирген, аларга клиниканын кызматкерлери тарабынан сунушталган методика боюнча операция жасалган. Дарылоонун натыйжалары салыштырмалуу аспектиде изилденген. Негизги топтун оорулууларынын өнөкөт аналдык жаракат оорусун хирургиялык жол менен дарылоодогу анализдеринин жыйынтыктары операциядан кийинки жана узак мезгил өткөндөн кийин оорунун күчөп кетиши төмөндөгөнүн көрсөттү. Бул өнөкөт аналдык жаракат оорусун хирургиялык жол менен дарылоодо клиниканын кызматкерлери тарабынан сунушталган методиканы медициналык уюмдардын колопроктологиялык жана хирургиялык бөлүмдөрүндө колдонууну сунуштоого мүмкүндүк берет.

*Түйүндүү сөздөр:* өнөкөт аналдык жаракат; аналдык канал; сфинктеротомия; хирургиялык дарылоо.

---

## SURGICAL TACTICS FOR CHRONIC ANAL FISSURE

*A.M. Madaminov, A.Y. Aisaev*

The purpose of this study is to improve the results of surgical treatment of chronic anal fissure. The material of research was the results of examination and surgical treatment of 135 patients with chronic anal fissure. The patients were divided into two groups depending on the methods of surgical treatment of chronic anal fissure used. The control group included 68 (50.4 %) patients with chronic anal fissure whom prompt intervention using traditional methods. The main group included 67 (49.6 %) patients with chronic anal fissure, the method of operation of the clinic, as proposed by the staff. Results of treatment studied in a comparative aspect. Analysis of the results of surgical treatment of chronic anal fissure showed a decrease in the number of complications in the immediate postoperative and long-term periods in patients of the major group. This makes it possible to recommend a methodology for the surgical treatment of chronic anal fissure, proposed by the clinic staff in the coloproctological and surgical departments of health organizations.

*Keywords:* chronic anal fissure; anal canal; sphincterotomy; surgical treatment.

**Актуальность.** Анальная трещина представляет собой линейный дефект слизистой оболочки анального канала [1–3].

Анальная трещина является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний дистального отдела толстой кишки, занимающих в структуре проктологических заболеваний третье место после колита и геморроя. Частота возникновения анальной трещины колеблется от 11 до 15 % среди всех заболеваний толстой кишки и составляет 20–23 случая на 1000 взрослого населения [1–3].

Наиболее частой причиной возникновения анальных трещин является травма слизистой оболочки анального канала, возникающая при прохождении твердых каловых масс [1–3]. Длительное растяжение анального канала с изменением аноректального угла приводит нередко к травматическому повреждению задней стенки анального канала, особенно у мужчин. Эта зона анального канала к тому же имеет анатомические предпосылки к образованию трещин: во-первых, здесь расположены более глубокие дистальные части заднепроходных крипт; во-вторых, на задней стенке анального канала сходятся сухожильные окончания мышц анального канала [1–3].

У женщин слабым местом анального канала является его передняя часть, где как бы сходятся вульва, влагалище и фиброзный центр промежности. Поэтому трещины в передней части анального канала встречаются, в основном, у женщин [1–3]. В подавляющем большинстве случаев трещины располагаются по задней и около 10 % по передней полуокружности сфинктера. Двойные трещины, локализующиеся по передней и задней полуокружности заднего прохода, встречаются от 3,6 до 7 % случаев. Крайне редко трещины могут быть на боковых стенках анального канала [1–3].

Для анальной трещины характерны: боль в заднем проходе, спазм анального сфинктера, кровотечение из заднего прохода [1–3].

По протяженности трещины обычно бывают до одного сантиметра [1–3].

При острой трещине возможно консервативное лечение, а при хронической трещине анального канала необходимо хирургическое лечение. При хронической анальной трещине осуществляется иссечение по плоскости самой трещины в пределах здоровой слизистой оболочки с оставлением раны открытой. После иссечения трещины осуществляется боковая подкожная сфинктеротомия [4; 5, с. 43–47; 6, с. 91–94; 7, с. 1327; 8, с. 54–57; 9, с. 55–56; 10].

После хирургического лечения хронических анальных трещин рецидив заболевания наблюдается в 5,9 % случаях. Иногда после хирургического вмешательства возникает анальная недостаточность. Это чаще всего возникает из-за выполнения сфинктеротомии без учета функционального состояния анального сфинктера или из-за ошибки техники иссечения трещины [1; 4; 11, с. 315–316].

В связи с вышеизложенным возникает вопрос, обязательно ли после иссечения трещины осуществлять боковую подкожную сфинктеротомию и оставлять рану открытой или рану можно ушить?

Поэтому мы поставили перед собой **цель** – улучшить результаты хирургического лечения хронической анальной трещины.

**Материал и методы исследования.** Материалом данного исследования являются результаты обследования и хирургического лечения 135 больных хронической анальной трещиной, находившихся в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики с 2015 по 2019 г.

Больные были разделены на две исследуемые группы в зависимости от применявшихся методов хирургического лечения хронической анальной трещины. При этом эффективность проведенного хирургического лечения оценивалась в сравнительном аспекте между этими двумя группами больных.

В основную группу вошли 67 (49,6 %) больных хронической анальной трещиной, оперированных по предложенной нами методике. В контрольную группу были включены 68 (50,4 %) пациентов с хронической анальной трещиной, оперативное вмешательство которым было осуществлено по традиционной методике.

По полу, возрасту и основным проявлениям заболевания больные обеих групп были идентичными.

Из 135 больных хронической анальной трещиной 103 (76,3 %) были женщины, а 32 (23,7 %) – мужчины. Возраст пациентов колебался от 23 до 62 лет.

Задняя анальная трещина диагностирована у 96 (71,1 %), передняя – у 29 (21,4 %) и сочетание передней и задней анальных трещин – у 10 (7,5 %) больных. Длительность заболевания была от 6 месяцев до 10 лет.

Для диагностики хронической анальной трещины кроме общеклинических методов исследования осуществлены специальные и инструментальные исследования. Так, после выявления жалоб пациента, оценки его общего состояния проводили наружный осмотр области промежности, пальпацию перианальной области, пальцевое исследование анального канала, области крипт и дистального отдела прямой кишки, аноскопию и ректороманоскопию.

**Результаты лечения и их обсуждение.** 68 больным контрольной группы была осуществлена операция – иссечение анальной трещины с оставлением послеоперационной раны открытой и чрескожная боковая дозированная сфинктеротомия.

67 пациентам основной группы было осуществлено плавное растяжение анального сфинктера ректальным зеркалом до соприкосновения браншей ректального зеркала друг с другом, затем иссечение анальной трещины в пределах здоровой слизистой оболочки анального канала. Образовавшаяся рана ушивалась в поперечном направлении рассасывающимися нитями. Из-за того, что у больных основной группы во время операции производилось насильственное растяжение заднего прохода ректальным зеркалом, чрескожная боковая дозированная сфинктеротомия у них не осуществлялась.

Больным обеих групп операцию заканчивали введением в анальный канал марлевой салфетки с мазью Левомеколь и газоотводной трубки, которые удаляли на следующий день после операции во время осуществления перевязки.

Основными критериями эффективности хирургического лечения больных с хронической анальной трещиной являются сроки пребывания пациентов в стационаре, сроки заживления раны, частота осложнений в ближайшем послеоперационном и в отдаленном периодах.

Так, из 68 больных контрольной группы у 18 (26,4 %) пациентов в послеоперационном периоде были отмечены боли в области послеоперационной раны и незначительные выделения крови при дефекации. Среди 67 больных основной группы в послеоперационном периоде такие жалобы, как незначительные боли в области послеоперационной раны и небольшое выделение крови при дефекации, отмечались только у 5 (3,7 %) пациентов.

Больные контрольной группы в стационаре, в среднем, находились  $8 \pm 1,4$  койко-дня, а пациенты основной группы  $7 \pm 1,2$  койко-дня. Сроки амбулаторного долечивания, т. е. сроки полного заживления ран после выписки из стационара у больных контрольной группы равнялись 16 дням, а у пациентов основной группы 14 дням.

В обеих группах больных жалобы на недержание газов и кала не отмечались.

Отдаленные результаты хирургического лечения хронической анальной трещины изучены в сроки от 6 месяцев до 5 лет. Так, отдаленные результаты лечения изучены у 52 (76,5 %) больных контрольной группы и 51 (77,7 %) пациента – основной. В отдаленные сроки у 5 (9,6 %) больных контрольной группы и у 2 (3,9 %) пациентов основной группы наступил рецидив анальной трещины.

Таким образом, анализ результатов хирургического лечения хронической анальной трещины показал преимущества методики оперативного вмешательства, предложенной сотрудниками клиники для лечения данного заболевания. Такое преимущество подтверждается уменьшением числа осложнений в ближайшем послеоперационном и в отдаленном периодах у больных основной группы. Это позволяет нам рекомендовать применять методику хирургического лечения анальной трещины, предложенной сотрудниками клиники, в колопроктологических и хирургических отделениях лечебных организаций.

*Литература*

1. Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробьева. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. 432 с.
2. Федоров В.Д. Проктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев. М.: Медицина, 1984. 384 с.
3. Ривкин В.Л. Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. М.: Изд-во «Медпрактика», 2001. 300 с.
4. Клиническая оперативная колопроктология: руководство для врачей / под ред. В.Д. Федорова, Г.И. Воробьева, В.Л. Ривкина. М.: ГНЦ проктологии, 1994. 432 с.
5. Благодарный Л.А. Хирургические методы релаксации внутреннего сфинктера у больных с анальной трещиной / Л.А. Благодарный, Н.Н. Полетов, Е.Е. Жарков // Колопроктология. 2007. № 4.
6. Гришили В.С. Преимущества комплексного подхода в диагностике и лечении анальных трещин / В.С. Гришили // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2007. Т. 2. № 2.
7. Благодарный Л.А. Выбор метода лечения анальной трещины / Л.А. Благодарный // РМЖ. 2002. Т. 10. № 28.
8. Вышегородцев Д.В. Современные методы лечения трещин заднего прохода / Д.В. Вышегородцев, А.М. Богомазов // В сб.: Проблемы колопроктологии № 18. М.: ИД «Медпрактика-М», 2002.
9. Каплатадзе А.М. Современные принципы лечения анальной трещины / А.М. Каплатадзе, Л.В. Стригунова, В.А. Шмаков, Э.Э. Алекперов // Актуальные вопросы колопроктологии: материалы II съезда колопроктологов России с международным участием. Уфа. Региональный Медиа-Холдинг, 2007.
10. Крылов Н.Н. Хроническая анальная трещина / Н.Н. Крылов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2008. № 1.
11. Багдасарян Л.К. Хирургическое лечение хронической анальной трещины. Нужна ли сфинктеротомия? / Л.К. Багдасарян, А.Ю. Титов, С.Л. Багдасарян [и др.] // Материалы I съезда колопроктологов СНГ: сборник научных трудов. – Ташкент, 2009.