



УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ЭКСТРО - И ТРАНС СФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ

¹Наврузов Бехзод Саримбекович

д.м.н., проф,

²Убайдуллаев Зухриддин Ботиржон ўғли

магистр,

³Ортикбоев Фарход Дилшод ўғли

ассистент,

⁴Усмонов Баходир Ботир ўғли

магистр.

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.7763289>

ARTICLE INFO

Received: 13th March 2023

Accepted: 22th March 2023

Online: 23th March 2023

KEY WORDS

Послеоперационная
недостаточность, анальный
сфинктер,
сфинктеропластика,
электростимуляция,
лечебная физкультура,
медикаментозное лечение.

ABSTRACT

Приведены результаты клинического исследования больных с послеоперационной недостаточностью анального канала. Показано, что хирургическое лечение послеоперационной недостаточности анального сфинктера при индивидуальном подходе к вопросу об объеме вмешательства в комплексе с до- и послеоперационной электростимуляцией, лечебной физкультурой и медикаментозным лечением дает в большинстве случаев (91,6 %) хорошие и удовлетворительные результаты.

Оперативные вмешательства на дистальном отделе прямой кишки и промежности по поводу геморроя, острого и хронического парапроктита, анальных трещин и других неонкологических заболеваний до сих пор осложняются недостаточностью анального сфинктера более чем в 30 % случаев [1–7]. Это осложнение часто приводит к социальной изоляции больных, причиняет им физические и моральные страдания, а иногда клинические проявления анального недержания становятся тяжелее, чем само заболевание, по поводу которого выполнена операция. По данным ряда авторов [8–10], более половины больных с недостаточностью анального жома связывают начало заболевания с различными операциями на прямой кишке.

Лечение недостаточности анального сфинктера, развившейся после различных операций на дистальном отделе прямой кишки и промежности, является сложной задачей. Неудовлетворительные результаты отмечены в 40–60 % наблюдений [3, 8, 11, 12]. По данным НИИ колопроктологии МЗ РФ [13–15] недостаточность анального сфинктера после различных общепроктологических операций развивается в 38,8 % случаев, особенно если такие операции выполняются в общехирургических отделениях.

В литературе до настоящего времени мало сведений о деталях развития недостаточности анального сфинктера после типичных общепроктологических



операций, отсутствуют рекомендации по мерам профилактики этого осложнения. Если учесть то обстоятельство, что ежегодно в специализированных проктологических и хирургических стационарах оперируются сотни таких больных, то можно считать эту проблему актуальной.

Цель исследования — на основе анализа развития недостаточности анального канала после операции по поводу экстро- и транс -сфинктерных свищей разработать меры профилактики и улучшить результаты лечения этого осложнения.

Материалы и методы С 2021 по 2023 гг. в отделении центр проктологии Республиканской Клинической больницы № 1 г. Ташкента находилось на стационарном лечении послеоперационной недостаточностью анального жома 94 человек, из них 37 (39,3 %) мужчин и 57 (60,7 %) женщин в возрасте от 14 до 64 лет. Больные были оперированы до поступления в нашу клинику от 1 до 8 раз по поводу острого и хронического парапроктита, анальных трещин, геморроя. В связи со слабостью анального жома 16 пациентов имели инвалидность II группы, у 2 больных ранее были наложены колостомы.

Из 94 пациентов 38 (40,4 %) прооперированы в специализированных проктологических отделениях больниц республики, т. е. почти в половине всех наблюдений анальная недостаточность возникла даже после операций, выполненных квалифицированными специалистами, что свидетельствует о сложности таких операций и необходимости индивидуально решать вопрос об объеме вмешательства и правильном послеоперационном лечении перианальных ран.

На дооперационном этапе у всех больных проведено комплексное обследование. Применение физиологических методов позволило выявить нарушения на различных уровнях сложной системы удержания кала. Комплекс исследований включал сфинктерометрию, баллонографию с изучением анального и ректоанального рефлексов, эндоанальное ультразвуковое исследование.

У всех больных при подготовке к операции применяли электростимуляцию анального сфинктера, мышц тазового дна, а также разработанный в клинике комплекс лечебной физкультуры. За 3–4 сут до операции больным назначали бесшлаковую диету, накануне и в день операции кишечник очищали с помощью клизм. Операцию выполняли под общим или спинальным обезболиванием.

В большинстве случаев — у 68 больных (72,3 %) — недостаточность анального сфинктера возникала после операций по поводу свища прямой кишки. Из них у 26 свищ был транссфинктерный и у 39 — экстрасфинктерный. В остальных случаях операции были при неполных внутренних свищах (2 больных) и даже при интрасфинктерных свищах прямой кишки (1 больной). Значительная часть этих больных (56 из 68) перенесли от 2 до 8 раз неадекватное хирургическое вмешательство.

Разнообразие клинико-морфологических проявлений свищей прямой кишки обусловлено особенностями свищевого хода, его отношением к мышечным волокнам сфинктера, величиной и локализацией внутреннего отверстия свища, степенью развития рубцов, активностью и распространенностью воспалительного процесса, расположением затеков. В этих условиях выбор метода операции при свищах прямой кишки имеет решающее значение для исхода лечения.



При трансфинктерных свищах выбором операции является иссечение свища в просвет кишки с ушиванием раны. Анальная инконтиненция развивается как следствие интраоперационных или послеоперационных осложнений. При экстрасфинктерных свищах прямой кишки это вмешательство является явно неадекватным. Иссечение свища в этом случае ведет к полному пересечению волокон наружного сфинктера, что вызывает недостаточность анального жома. Подобная ошибка в лечении имела у 6 больных. Разнообразие клинико-морфологических проявлений свищей прямой кишки обусловлено особенностями свищевого хода, его отношением к мышечным волокнам сфинктера, величиной и локализацией внутреннего отверстия свища, степенью развития рубцов, активностью и распространенностью воспалительного процесса, расположением затеков. В этих условиях выбор метода операции при свищах прямой кишки имеет решающее значение для исхода лечения.

При трансфинктерных свищах выбором операции является иссечение свища в просвет кишки с ушиванием раны. Анальная инконтиненция развивается как следствие интраоперационных или послеоперационных осложнений. При экстрасфинктерных свищах прямой кишки это вмешательство является явно неадекватным. Иссечение свища в этом случае ведет к полному пересечению волокон наружного сфинктера, что вызывает недостаточность анального жома. Подобная ошибка в лечении имела у 6 больных.

Профилактика недостаточности анального сфинктера после иссечения чресфинктерных свищей прямой кишки состоит прежде всего в обязательном восстановлении поврежденной порции анального жома и в проведении щадящего адекватного послеоперационного лечения с тщательным врачебным контролем. Еще в предоперационном периоде необходимо санировать свищевой ход с применением антисептиков с целью предотвращения послеоперационного осложнения со стороны раны и предупреждения расхождений швов сфинктера.

Иссечение свища с ушиванием его культи и дозированной сфинктеротомией (операция А. Н. Рыжих [16]) приводит к послеоперационной недостаточности анального жома при наличии рубцового процесса в стенке кишки вокруг внутреннего отверстия свища и воспалению в параректальных клетчаточных пространствах. Дозированная сфинктеротомия у больных этой группы опасна, так как рубцы препятствуют смыканию раны, заживление которой в условиях воспалительной инфильтрации тканей идет медленно, с формированием грубой деформации анального канала. 11 больных с недостаточностью анального жома перенесли операцию А. Н. Рыжих при экстрасфинктерных свищах III и IV степени сложности, т. е. когда ее применение противопоказано.

Наибольшее число осложнений при ликвидации экстрасфинктерных свищей прямой кишки приходится на долю лигатурного метода. Этот метод операции при свищах прямой кишки применяется в особо сложных случаях. Конечно, сейчас усовершенствована методика затягивания лигатуры, уточнены линии в анальном канале, по которым можно накладывать и затягивать лигатуру, оптимизированы сроки ее прорезывания. Но все же медленное рассечение порции анального жома



толстой нитью почти всегда приводит к временной, а часто и к стойкой анальной недостаточности.

Выяснение причин образования анальной недостаточности показало, что чаще всего при лигатурном методе в послеоперационном периоде проводилось форсированное затягивание лигатуры, наложенной на мышцу сфинктера. При этом пересеченные концы сфинктера не успевают фиксироваться рубцами, происходит их ретракция и соответственно увеличивается дефект анального жома. В других случаях нерадикальное хирургическое пособие без ликвидации всех гнойных полостей, дополнительных свищевых ходов, а также неадекватное послеоперационное ведение не только приводят к рецидиву заболевания, но и увеличивают вероятность возникновения слабости анального жома. Операционные и послеоперационные осложнения как причина недостаточности анального сфинктера связаны с грубыми манипуляциями на сфинктере (травмирование мышечных волокон и пересечение их без последующего сшивания), нагноением послеоперационной раны, длительным тампонированием анального канала, ведущим к образованию широкого рубца, препятствующего герметичному смыканию анального жома.

Анальная инконтиненция после иссечения ректовагинальных свищей наблюдалась у 6 женщин вследствие нагноения послеоперационной раны и расхождения швов, наложенных на слизистую оболочку прямой кишки. Выяснено, что операции у них выполнялись при наличии воспалительных инфильтратов, гнойных полостей в аноагинальной области. Правильный выбор сроков и тактики хирургического вмешательства при таких свищах является лучшей мерой профилактики этого осложнения.

Лечебная тактика послеоперационной недостаточности анального сфинктера зависит от анатомических изменений и функционального состояния замыкательного аппарата прямой кишки.

Применение современного комплекса физиологического обследования больных с послеоперационной недостаточностью анального сфинктера позволяет с высокой степенью точности судить о состоянии сократительной способности мышц и нервно-рефлекторной деятельности запирающего аппарата прямой кишки. На основании комплекса клинического, инструментального и физиологического исследований I степень слабости сфинктера выявлена у 14 больных (14,9 %), II степень — у 67 (71,3 %) и III степень — у 13 больных (13,8 %). У 25 (26,6 %) больных пораженным оказался передний сегмент сфинктера, у 56 (59,6 %) — задний и у 13 пациентов (13,8 %) — боковой. Величина дефекта анального сфинктера у 16 пациентов была менее $\frac{1}{4}$, у 66 больных от $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{2}$, а у 12 более $\frac{1}{2}$ его окружности.

Результаты. Данные, полученные при обследовании больных, позволили нам выделить группу пациентов, которым показано только консервативное лечение. Коррекция проводилась с помощью электростимуляции мышц анального жома и промежности и лечебной физкультуры, укрепляющей мышцы тазового дна и промежности. В эту группу вошли 14 больных (14,9 %) с недостаточностью анального сфинктера I степени, когда дефект сфинктера занимал менее $\frac{1}{4}$ его окружности, был



ограниченный, линейный и рубцовые изменения анального канала и промежности локализовались на кожно-слизистом уровне, не деформируя анальный канал.

Показания к сфинктеропластике выявлены у 29 больных (30,8 %) при дефектах сфинктера, равных или несколько превышающих $\frac{1}{4}$ его окружности и сопровождающихся деформацией стенки анального канала. В этих случаях рубцовый процесс не распространяется на мышцы тазового дна, а функционально имеется II степень анальной недостаточности.

Сфинктеролеваторопластика производилась 37 пациентам (39,4 %) при величине дефекта сфинктера заднего прохода от $\frac{1}{4}$ до половины окружности с локализацией его по передней или задней полуокружности. Недостаточность анального сфинктера в этих случаях обычно соответствует II–III степени.

Сфинктероглютеопластика произведена 8 больным (8,5 %) при дефектах боковой полуокружности сфинктера и рубцовом перерождении мышцы, поднимающей задний проход, при слабости анального сфинктера III степени.

При полном кишечном недержании 6 пациентам (6,4 %) с повреждением мышц запирающего аппарата прямой кишки, занимающим $\frac{3}{4}$ или всю окружность ануса, произведена пластика анального сфинктера длинными лоскутами больших ягодичных мышц.

В общей сложности из 94 больных с послеоперационной недостаточностью анального сфинктера хирургическое лечение проведено 80: сфинктеропластика — 29, сфинктеролеваторопластика — 37, сфинктероглютеопластика — 8, пластика анального жома лоскутом большой ягодичной мышцы — 6.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 14 больных (17,5 %), а у 66 пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. Нагноение раны и частичное расхождение швов, наложенных на мышцы сфинктера, отмечено у одной больной после сфинктеропластики, у двух — после сфинктеролеваторопластики, у двух — после сфинктероглютеопластики и в двух случаях после пластики анального сфинктера длинными лоскутами больших ягодичных мышц.

Результаты лечения оценивали по субъективным ощущениям оперированных и данным сфинктерометрии. Хорошими считались исходы, если больной не предъявлял жалоб на недостаточность функции сфинктера, что подтверждалось сфинктерометрическими исследованиями. В 76,1 % наблюдений (54 больных) отмечались хорошие результаты лечения. При этом у 42 больных было проведено комбинированное лечение, которое заключалось в пред- и послеоперационной электростимуляции мышц промежности и сфинктера прямой кишки, лечебной физкультуре, укрепляющей тазовое дно и биофидбек. Удовлетворительными считались результаты лечения, если удавалось перевести большую степень недостаточности в меньшую. В 15,5 % наблюдений (11 больных) отмечался удовлетворительный исход. Неудовлетворительные результаты лечения отмечены в 8,4 % наблюдений (6 больных). У всех этих больных в послеоперационном периоде имело место нагноение раны.

Выводы



В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

Травмирование анального сфинктера, воспалительный процесс и рубцеобразование являются основными причинами послеоперационной недостаточности анального сфинктера вследствие технических и тактических ошибок.

Послеоперационная недостаточность анального сфинктера чаще всего встречается после операций по поводу свищей прямой кишки (у 72,3 % больных).

При выборе метода лечения послеоперационной недостаточности анального жома необходимо учитывать степень выраженности анатомических изменений анального канала и промежности, величину дефекта мышц сфинктера прямой кишки, а также степень его недостаточности.

Хирургические вмешательства в комплексе с физиотерапевтическими процедурами, лечебной физкультурой и медикаментозным лечением позволили получить удовлетворительные и хорошие результаты у 91,6 % больных.

References:

1. Исмоилов, Ф. М. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ. Zbiór artykułów naukowych recenzowanych., 69.
2. Алиев Э. А. Оценка анальной инконтиненции изучением анальной манометрии после операций, проводимых по поводу параректальных свищей у мужчин // Актуальные вопросы колопроктологии. Матер. II съезда колопроктологов России с международным участием.— Уфа, 2007.— С. 15–16.
3. Ан В. К., Чубарова Е. Е. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения сложных форм хронического парапроктита // Пробл. колопроктологии.— 2006.— № 19.— С. 34–38.
4. Кузьминов А. М., Бородкин А. С. Функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки при лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки методом сегментарной проктопластики // Актуальные вопросы колопроктологии. Матер. II съезда колопроктологов России с международным участием.— Уфа, 2007.— С. 71–72.
5. Шешаберидзе М. С. Оперативное лечение сложных экстрасфинктерных и трансфинктерных свищей прямой кишки // Хирургия.— 2001.— № 10.— С. 43–46.
6. Yusufjanovich, E. U. (2023). Management of Patients with Acute Arterial Ischemia of the Lower Limb. International Journal of Scientific Trends, 2(2), 43-48.
7. Functional condition of anal sphincter at patients with nonspecific fistulas of rectum / I. A. Lurin, A. A. Shudrak, V. A. Dibrova, E. V. Tsema // XII Central European Congress of Coloproctology (Moscow, 6–8 may 2008).— М., 2008.— Р. 89.
8. Агзамова, М. Н., & Усмонбекова, Г. У. (2018). Эффективность комплексного лечения больных острым перитонитом. Молодой ученый, (18), 135-137.
9. Отдаленные результаты иссечения анальной трещины в сочетании с боковой подкожной сфинктеротомией / Ю. А. Шелыгин, Е. Е. Жарков, Л. П. Орлова и др. // Хирургия.— 2005.— № 7.— С. 33–39.
10. Ergashev, U. Y., Abdusalomov, B. A., Minavarkhojaye, R. R., Ortiqboyev, F. D., & Malikov, N. M. (2023). EVALUATION OF THE PATHOMORPHOLOGY OF REGENERATION IN DIABETIC



FOOT SYNDROME AND DETERMINATION OF ITS DEPENDENCE ON BIOCHEMICAL PROCESSES. World Bulletin of Public Health, 19, 66-78.

11. Цхай Б. В., Нурбеков А. А., Шакеев К. Т. Лечение послеоперационной анальной инконтиненции // Актуальные вопросы колопроктологии. Матер. II съезда колопроктологов России с международным участием.— Уфа, 2007.— С. 119–120.

12. Willams N. Surgery of anorectal incontinence // Lancet.— 1999.— Vol. 353.— P. 31–33.

13. Раимкулова, Н. Р., & Усмонбекова, Г. У. (2017). Нефропротективное действие статинов у больных с хроническим гломерулонефритом. Молодой ученый, (8), 131-133.

14. Тешаев, О., Холов, Х., Бабажонов, А., & Ортиқбоев, Ф. (2022). ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ ПРИ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences, 2(6), 257-264.

15. Основы колопроктологии / Под ред. Г. И. Воробьева.— М.: МИА, 2006.— 432 с.

16. Рыжих А. Н. Атлас операций на прямой и толстой кишках.— М.: издательское бюро треста «Медучпособие», 1968.— 335 с.