



Т. І. Тамм, В. В. Бойко,
С. О. Савві, В. В. Цодіков

ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ МІСЦЯ СФІНКТЕРОТОМІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ АНАЛЬНУ ТРІЩИНУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ІНДИВІДУАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ БУДОВИ АНАЛЬНОГО СФІНКТЕРУ

Резюме. Досліджені морфометричні параметри будови порцій анального сфінктеру здорових волонтерів та хворих чоловіків і жінок на хронічну анальну тріщину. Встановлені відмінності, як відбувається гіпертрофія задньої порції анального сфінктеру як у чоловіків, так і в жінок хворих на хронічну анальну тріщину. Порівнюючи морфометричні показники здорових та хворих жінок, визначено, що у хворих на хронічну анальну тріщину наявною є атрофія всіх порцій зовнішнього анального сфінктеру. До того ж виявлено гіпертрофію бічних порцій внутрішнього анального сфінктеру лише в чоловіків, хворих на хронічну анальну тріщину, тоді як у жінок цей показник залишається в межах норми. Застосування диференційного підходу до вибору місця та глибини сфінктеротомії в залежності від особливостей будови анального сфінктеру створило можливість знизити в ранньому післяопераційному періоді частоту таких ускладнень, як інконтиненція, з 12,5 до 2,1 %.

Ключові слова: *хронічна анальна тріщина, ендоректальне УЗД, сфінктеротомія, інконтиненція.*

Вступ

У більшості розвинених країн анальна тріщина (АТ) є одним з найбільш поширених захворювань, яке посідає третє місце після колітів та геморою в структурі всієї коло проктологічної патології [1, 2, 5].

Економічний збиток розвинених країн внаслідок захворюваності населення на АТ обумовлений витратами на лікування хворих цієї категорії та виплатою за соціальним страхуванням коштів з причини тимчасової та стійкої втрати працездатності. Так, у Великій Британії економічні витрати на консервативне лікування одного хворого на ХАТ становлять 616 фунтів стерлінгів та оперативне – 840 фунтів стерлінгів відповідно [5].

На сьогодні існують суперечливі дані щодо вибору обсягу оперативного втручання у хворих на ХАТ. Одні автори пропонують з метою купірування сфінктероспазму виконувати ізольовану відкриту бічну сфінктеротомію (СТ) [4], інші – закриту бічну сфінктеротомію [7]. Окремі автори виконують задню сфінктеротомію, яка за механізмом дії дорівнює дивульсії [3].

Відсутність одностайного підходу до лікування хворих на анальну тріщину є причиною розвитку різного роду ускладнень у вигляді кровотеч, гематом та нагноєнь (у 5,3–14 % випадків) [4, 8], рецидивів захворювання (16–18 %) [1], копростазу та формування

свищів – (11,7 %) [5], анального нетримання (35 %) [7], котре є причиною інвалідності у 2–3 % пацієнтів [6, 7].

Мета дослідження

Обґрунтувати місце та глибину сфінктеротомії у хворих на хронічну анальну тріщину в залежності від індивідуальних особливостей будови сфінктерного апарату.

Матеріали та методи досліджень

У дослідженні взяли участь 199 хворих на ХАТ в віці від 18 до 63 років, серед них 85 чоловіки та 114 жінки. Усі хворі на ХАТ були розподілені на основну групу ($n = 95$) та групу порівняння ($n = 104$). У групі порівняння пацієнтам після висічення ХАТ хірург сам визначав місце та глибину сфінктеротомії.

В основній групі вибір місця та глибини СТ були визначені на основі вимірювання порцій анального сфінктера (АС) методом ендоректального УЗД.

Для визначення товщини сфінктерного апарату, зокрема передньої, задньої та бічної порції внутрішнього та зовнішнього анального сфінктера використовували ультразвуковий апарат з ендоректальним датчиком 6–8 МГц. Дослідження проводили пацієнтам на підготовленому кишечнику напередодні операції у положенні на лівому боці з приведеними до живота колінами.

Для оцінки ступеня інконтиненції використовували шкалу Wexner (1993), за допомогою якої оцінювали ступінь та частоту епізодів інконтиненції в діапазоні від 0 до 20 балів, де 0 – повне тримання та 20 повне анальне нетримання. Оцінювання ступеня інконтиненції проводили через 1 та 6 міс. після оперативного лікування хворих на ХАТ.

Ступінь вірогідності різниці між середніми значеннями визначали, застосовуючи критерій Стьюдента.

Результати досліджень та їх обговорення

Для порівняння спочатку було досліджено товщину порцій АС у 12 здорових пацієнтів у віці від 25 до 44 років, серед яких було 6 жінок та 6 чоловіків. Потім дослідили будову АС у 37 пацієнтів із ХАТ до 1 року, й у 58 хворих на ХАТ тривалістю понад 1 рік. За гендерними ознаками групи були також порівнянні.

У процесі дослідження було встановлено, що товщина задньої порції внутрішнього АС здорових чоловіків становила ($6 \pm 1,2$) мм, передньої – ($5,1 \pm 1,0$) мм та бічної – ($4,1 \pm 1,2$) мм, відповідно. Морфометричні показники зовнішнього АС чоловіків цієї групи склали: задня порція – $29 \pm 2,7$ мм, передня – ($24,3 \pm 1,5$) мм, бічна – ($19,3 \pm 2,6$) мм.

Товщина порцій внутрішнього АС у здорових жінок склали: задня порція – ($5,4 \pm 2,0$) мм, передня – $4,8 \pm 0,63$ мм та бічна $4 \pm 1,05$ мм. У цьому разі показники зовнішнього АС у жінок цієї групи становили: задня порція – ($25,8 \pm 1,9$) мм, передня – ($22,2 \pm 2,5$) мм та бічна – ($17,1 \pm 1,45$) мм.

У групі чоловіків, які хворіють на ХАТ, показники товщини внутрішнього АС склали: задньої порції – ($11,8 \pm 1,28$) мм, передньої – ($7,9 \pm 0,8$) мм та бічної – ($7,6 \pm 1,1$) мм; показники зовнішнього АС склали: задньої порції – ($21 \pm 1,9$) мм, передньої – ($15,2 \pm 1,64$) мм та бічної – ($14,2 \pm 1,85$) мм.

Порівнюючи отримані результати чоловіків хворих на ХАТ, достовірно встановлено гіпертрофію задньої та бічної порцій внутрішнього АС та атрофію всіх порцій зовнішнього АС ($p < 0,05$).

У жінок, хворих на ХАТ, було отримано такі показники зовнішнього АС: задня порція – ($19,4 \pm 2,2$) мм, передня – ($15,9 \pm 1,9$) мм та бічна – ($14,1 \pm 2,1$) мм; внутрішнього АС: задня порція – ($11 \pm 2,3$) мм, передня – ($7 \pm 1,1$) мм та бічна – ($5,9 \pm 1,4$) мм.

Порівнюючи показники здорових та хворих жінок, визначено, що у хворих на ХАТ гіпертрофована лише задня порція внутрішнього АС, і в цьому разі наявною є атрофія всіх порцій зовнішнього АС ($p < 0,05$).

Отримані дані свідчать про те, що відбувається гіпертрофія задньої порції АС як у чоловіків, так і в жінок хворих на ХАТ.

Водночас у пацієнтів із ХАТ незалежно від статі та тривалості захворювання визначають атрофію передньої порції зовнішнього АС за незмінної передньої порції внутрішнього АС.

До того ж виявлено гіпертрофію бічних порцій внутрішнього АС лише в чоловіків, хворих на ХАТ, тоді як у жінок цей показник залишається в межах норми.

Встановлено, що через 1 міс. після операції у 2 ($2,1 \pm 1,5$ %) пацієнтів основної групи й у 13 ($12,5 \pm 3,2$ %) хворих групи порівняння зберігалася інконтиненція 1–2 ступеня ($p < 0,05$). Водночас достовірних відмінностей між основною групою ($6,3 \pm 2,5$ %) та групою порівняння ($3,8 \pm 1,9$ %) за таким показником, як гіпертонус АС, виявлено не було ($p > 0,05$).

У $6,3 \pm 2,5$ % пацієнтів основної групи й у $15,4 \pm 3,5$ % пацієнтів групи порівняння спостерігали порушення акту дефекації ($p < 0,05$).

Через 6 міс. у спостережуваних групах було проведено порівняння кількості ускладнень. Із попередніх ускладнень у пацієнтів із ХАТ достовірні відмінності ($p < 0,05$) отримано за 4 критеріями: інконтиненція, рецидив захворювання, стриктура анального каналу та порушення акту дефекації.

Наявність інконтиненції у пізньому післяопераційному періоді достовірно частіше визначено в групі порівняння ($10,6 \pm 3,0$ %), аніж в основній ($1,1 \pm 1,0$ %) ($p < 0,05$). Проте статистично достовірних відмінностей за частотою такого ускладнення, як хронічний парапроктит, між основною ($2,1 \pm 1,5$ %) та групою порівняння ($5,8 \pm 2,3$ %) не було виявлено ($p > 0,05$). Наявність рецидиву ХАТ було зареєстровано в $6,3 \pm 3,5$ % пацієнтів основної групи та ($12,5 \pm 3,2$ %) – групи порівняння ($p < 0,05$). Достовірно меншу кількість ускладнень у вигляді стриктури анального каналу визначено в основній групі ($2,1 \pm 1,5$ %), ніж у групі порівняння ($9,6 \pm 2,9$ %) ($p < 0,05$).

Достовірних статистичних відмінностей між основною групою та групою порівняння не спостерігалось за частотою гіпертонусу АС ($2,1 \pm 1,5$ %) та ($1,0 \pm 1,0$ %) ($p > 0,05$).

Висновки

Встановлено, що у чоловіків з ХАТ відбувається гіпертрофія задньої порції внутрішнього АС з 6 мм до 11,8 мм ($p < 0,05$). Одночасно виявлено достовірне потовщення бічних його порцій від 4,1 мм до 7,6 мм ($p < 0,05$). У жінок, які страждають на ХАТ, відбувається достовірне збільшення тільки задньої порції внутрішньо-



го анального жому від 5,4 мм до 11 мм і одночасно має місце атрофія бічних порцій зовнішнього АС з 17,1 мм до 14,1 мм ($p < 0,05$).

Застосування диференційного підходу до вибору способу хірургічного лікування створи-

ло можливість знизити в ранньому післяопераційному періоді частоту таких ускладнень, як інконтиненція, з 12,5 до 2,1 %, порушення акту дефекації – із 15,4 до 6,3 %, нагноєння післяопераційної рани – із 11,5 до 2,1 %

ЛІТЕРАТУРА

1. Григорьева Г. А. О методах диагностики и консервативного лечения аноректальных заболеваний / Г. А. Григорьева, С. В. Голышева // Лечащий врач. – 2011. – № 4. – С. 66–71.
2. Даценко Б. М. Клиническая колопроктология / Б. М. Даценко. – Х., 2012. – 384 с.
3. Организационно-функциональная модель стационарной колопроктологической помощи / Ю. А. Шелыгин, В. Г. Зайцев, А. В. Бойков [и др.] // Колопроктология. – 2012. – № 1. – С. 3–7.
4. Aysan E. A prospective, randomized, controlled trial of primary wound closure after lateral internal sphincterotomy / E. Aysan, A. Aren, E. Ayar // Am. J. Surg. – 2004. – Vol. 187, № 2. – P. 291–294.
5. Barnes T. G. Fissurectomy Combined with High-Dose Botulinum Toxin Is a Safe and Effective Treatment for Chronic Anal Fissure and a Promising Alternative to Surgical Sphincterotomy / T. G. Barnes, Z. Zafrani, A. S. Abdelrazeq // Dis. Colon Rectum. – 2015. – № 58 (10). – P. 967–973.
6. Christie A. Modelling the economic impact of managing a chronic anal fissure with a proprietary formulation of nitroglycerin (Rectogesic) compared to lateral internal sphincterotomy in the United Kingdom / A. Christie, J. F. Guest // Int. J. Colorectal Dis. – 2002. – № 17 (4). – P. 259–267.
7. Comparison of controlled-intermittent anal dilatation and lateral internal sphincterotomy in the treatment of chronic anal fissures: a prospective, randomized study / T. Yucel, D. Gonullu, M. Oncu [et al.] // Int. J. Surg. – 2009. – Vol. 7, № 3. – P. 228–231.
8. Development of a validated questionnaire evaluating the burden of the haemorrhoidal disease and anal fissure (hemo-fiss) / C. Bord, H. Pillant, C. Favreau-Weltzer [et al.] // Value Health. – 2015. – № 18 (7). – A. 630.

ОБОСНОВАНИЕ
ВЫБОРА МЕСТА
СФИНКТЕРОТОМИИ У
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ
АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
ИНДИВИДУАЛЬНЫХ
ОСОБЕННОСТЕЙ
СТРОЕНИЯ АНАЛЬНОГО
СФИНКТЕРА

*Т.И. Тамм, В. В. Бойко,
С.А. Савви, В. В. Цодиков*

Резюме. Исследованы морфометрические параметры строения порций анального сфинктера здоровых волонтеров и мужчин и женщин больных хронической анальной трещиной. Установлены различия как происходит гипертрофия задней порции анального сфинктера как у мужчин, так и у женщин больных хронической анальной трещиной. Сравнивая морфометрические показатели здоровых и больных женщин, определено, что у больных хронической анальной трещиной имеет место атрофия всех порций внешнего анального сфинктера. Кроме этого, выявлена гипертрофия боковых порций внутреннего анального сфинктера только у мужчин с хронической анальной трещиной, тогда как у женщин этот показатель остается в пределах нормы. Использование дифференцированного подхода к выбору места и глубины сфинктеротомии позволило снизить в раннем послеоперационном периоде возможность развития такого осложнения, как инконтиненция, с 21,5 до 2,1 %.

Ключевые слова: хроническая анальная трещина, эндоректальное УЗИ, сфинктеротомия, инконтиненция.

SUBSTANTIATION
OF PLACE OF
SPHINCTEROTOMY
IN PATIENTS WITH
CHRONIC ANAL
FISSURE DEPENDING
ON INDIVIDUAL ANAL
SPHINCTER ANATOMY

*T. I. Tamm, V. V. Boyko,
S. A. Savvi, V. V. Tsodikov*

Summary. Morphometric parameters of anal sphincter anatomy in healthy volunteers versus males and females with chronic anal fissure have been researched. The differences in how the hypertrophy of the rear portion of the anal sphincter in both men and women patients with chronic anal fissure originates is established. Comparing the morphometric parameters of healthy and sick women, it is determined that patients with chronic anal fissure have an atrophy of all portions of the external anal sphincter. In addition to hypertrophy of internal lateral sphincter portions with chronic anal fissure, in females that index stays in normal range. The use of a differentiated approach to the choice of the location and depth of sphincterotomy made it possible to reduce the possibility of complications such as incontinence in the early postoperative period from 21.5% to 2.1%.

Key words: chronic anal fissure, endorectal ultrasound, sphincterotomy, incontinence.