

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ СТРИКТУРИ КАНАЛУ ВІДХІДНИКА

I. М. Шевчук, I. Я. Садовий, О. В. Новицький  
Івано—Франківський національний медичний університет

### SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE STRICTURE OF ANAL CHANNELL

I. M. Shevchuk, I. Ya. Sadoviy, O. V. Novytskiy

Стриктурна (стеноз, звуження, рубцева деформація) КВ (СКВ) — це захворювання, за якого порушується евакуація вмісту прямої кишки під час випорожнення. За Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ—10), СКВ має шифр К 62.4.

Частота СКВ в структурі непухлинних захворювань прямої кишки становить 0,9 — 1,7% [1]. СКВ поділяють на вроджені й набуті. Вроджені (первинні) СКВ діагностують після народження дитини, хірургічну коррекцію здійснюють у спеціалізованих відділеннях; набуті (вторинні) СКВ є наслідком травми, запального процесу в ділянці відхідника та інших чинників. Післяопераційна СКВ становить 88—90%. Виникає після оперативних втручань з приводу ХГ, ХАТ, ПГК, параректальної нориці, гострого парапроктиту, випадіння прямої кишки [2]. Післяопераційна СКВ становить 5—6% у структурі всіх колопроктологічних захворювань [1, 2].

Найбільш часто виникнення післяопераційної СКВ пов'язують з виконанням оперативного втручання з приводу ХГ III—IV ступеня. За даними літератури, після стандартного хірургічного лікування хворих з приводу ХГ III—IV ступеня СКВ виникає в 1,5—15% з них [1, 2]. Після оперативного лікування ХАТ СКВ утворюється при надмірному висіченні відхідниково—шкірної лінії та слизової оболонки прямої кишки або неадекватній задній дозованій сфінктеротомії [2].

Застосування загальноприйнятих в колопроктологічній практиці методів обстеження у більшості хворих при СКВ недостатньо інформа-

#### Реферат

Проаналізовані результати лікування 50 хворих з приводу післяопераційної стриктури каналу відхідника (СКВ) у проктологічному відділенні Івано—Франківської обласної клінічної лікарні у 2006—2014 рр. Після гемороїдектомії за Міліганом—Морганом з приводу хронічного геморою (ХГ) III — IV ступеня СКВ виникла у 46 (92%) хворих, видалення хронічної анальної тріщини (ХАТ) — у 3 (6%), видалення періанальних гострокінцевих кондиллом (ПГК) — в 1 хворого. У 2006—2007 рр. оперовані 11 (22%) хворих за прийнятими на той час підходами (група порівняння). У 2008 — 2014 рр. госпіталізовані 39 (78%) хворих (основна група), у яких застосовані нові підходи до діагностики, консервативного й хірургічного лікування, оперовані 30 (76,9%) з них. Запропонована методика ізольованого рентгеноконтрастного дослідження (ІРД) каналу відхідника (КВ) дозволила об'єктивно встановити форму, діаметр і ступінь звуження КВ, може бути застосована як скринінговий метод, додатковий об'єктивний критерій під час вибору хірургічної тактики. Застосування вдосконаленої техніки виконання оперативних втручань з приводу СКВ дозволило зменшити частоту її виникнення з 45,4 до 6,7%.

**Ключові слова:** канал відхідника; післяопераційна стриктура; рентгенологічна діагностика; хірургічне лікування.

#### Abstract

The results of treatment of 50 patients, suffering postoperative stricture of anal channel (SACH), who were treated in Proctology Department of Ivano—Frankivskiy Rural Clinical Hospital in 2006—2014 yrs, were analyzed. After conduction of hemorrhoidectomy in accordance to Milligan—Morgan method for chronic hemorrhoids grades III — IV a SACH have occurred in 46 (92%) patients, excision of a chronic anal fissura was performed in 3 (6%) and excision of perianal pointed condylomas — in 1 patient. In 2006—2007 yrs 11 (22%) patients were operated in accordance to approaches, which were conventional at that time (comparison group). In 2008 — 2014 yrs 39 (78%) patients were admitted to hospital (main group), in whom new approaches for diagnosis, conservative and surgical treatment were applied, 30 (76.9%) of them were operated. The proposed method on isolated roentgencontrast investigation of anal channel have permitted to determine objectively a form, diameter and grade of the anal channel stricture, and it may be applied as a screening procedure, as additional objective criterion while choosing a surgical tactic. Application of the improved operative technique for SACH have permitted to lower its occurrence rate from 45.4 to 6.7%.

**Key words:** anal channel; postoperative stricture; roentgenological diagnosis; surgical treatment.

тивне, а у деяких — неможливе через значне звуження КВ [2, 3].

Під час діагностики аналізують скарги хворого, анамнез захворювання, дані огляду промежини з зазначенням ступеня звуження КВ. СКВ розрізняють за ступенем звуження, рівнем розташування, поширенням рубцевого процесу у КВ [3]. Під час проведення іригоскопії КВ контрастувати не вдається, оскільки

він розташований у так званій "сліпій зоні". Аноректальна манометрія також є об'єктивним методом дослідження. Проте, нестандартні підходи до оцінки результатів утруднюють їх інтерпретацію. Отже, діагностика СКВ у більшості хворих у теперішній час є суб'єктивною [1 — 3].

Обґрунтування показань до вибору методу і обсягу хірургічного

втручання у хворих з приводу СКВ актуальне. Існуючі в літературі повідомлення часто суперечливі. Деякі автори рекомендують застосовувати тільки консервативну терапію, призначати послаблювальні засоби, ендоректальний електрофорез розчину лідази, грязьові і парафінові аплікації, масаж, ін'єкції в зону звуження 0,5 мл розчину гідрокортизону, бужування [3]. Інші дослідники доводять необхідність хірургічного лікування, зокрема, поздовжнього розсічення СКВ в одному або двох напрямках з подальшим зашиванням рани слизової оболонки в поперечному напрямку, використання клаптів слизової оболонки прямої кишки або відхідниково—шкірної лінії для відновлення дефіциту тканин в ділянці КВ [4]. Деякі автори рекомендують розпочинати лікування з консервативних засобів, а за їх неефективності — виконувати оперативне втручання [5]. Деякі автори як перший етап хірургічного лікування СКВ рекомендують накладати відвідну колостому [6].

Частота виникнення рецидиву СКВ після оперативного лікування становить 3—15%. Більшість авторів відзначають, що віддалені результати повторних оперативних втручань з приводу СКВ значно гірші і супроводжуються суттєвим погіршенням якості життя хворих [4—6].

В клінічній практиці СКВ виявляють не часто. Проте, значне погіршення якості життя та тривалість лікування хворих зумовлюють медичну й соціальну актуальність проблеми [6, 7].

Метою роботи є покращення результатів хірургічного лікування пацієнтів з приводу післяопераційної СКВ шляхом удосконалення методів рентгенологічної діагностики захворювання та застосування удосконаленої техніки виконання оперативних втручань, спрямованої на усунення і попередження цього ускладнення.

## МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати хірургічного лікування 50 хворих з приводу післяопераційної СКВ у проктологічному відділенні Івано—

Франківської обласної клінічної лікарні у 2006—2014 рр. Після геморойдектомії за Міліганом—Морганом з приводу ХГ III—IV ступеня СКВ виникла у 46 (92%) хворих, видалення ХАТ — у 3 (6%), видалення ПГК — в 1. Чоловіків було 19 (38%), жінок — 31 (62%), вік хворих від 24 до 73 років.

Під час проведення дослідження використовували класифікацію СКВ, запропоновану В.И. Помазким, Ю.В. Мансуровим [3]. СКВ у стадії компенсації діагностована в 11 (22%) хворих, субкомпенсації — у 31 (62%), декомпенсації — у 8 (16%). Низька СКВ виявлена у 33 (66%) хворих, середня — у 12 (24%), висока — у 3 (6%), тотальна — у 2 (4%). Поширення процесу з захопленням в рубець до 1/2 просвіту КВ виявлене у 13 (26%) хворих, від 1/2 до 2/3 — у 29 (58%), циркулярне звуження — у 8 (16%). Діагноз встановлювали на основі аналізу скарг і даних анамнезу захворювання, результатів проктологічного огляду, аноскопії, ректороманоскопії та іригографії.

ІРДКВ проведено у двох проекціях за допомогою рентгенівської установки ЕДР 750 (Угорщина) з використанням системи цифрової радіографії Kodak DirectView CR500 (США). Використовували спеціальні рентгеноконтрастні ректальні супозиторії, що містили барію сульфат 1 г і масло какао [8]. ІРДКВ проводили у положенні хворого лежачи на лівому боці. В КВ вводили рентгеноконтрастний ректальний супозиторій, отвір відхідника закривали марлевою серветкою. Через 2—3 хв хворого почергово перекладали у положення лежачи на спині і на боці, проводили рентгенологічне дослідження прямої кишки у двох проекціях. При виявленні звуження КВ встановлювали діагноз СКВ. Для оцінки безпосередніх результатів лікування ІРДКВ застосовували в усіх хворих основної групи, в тому числі як скринінгове дослідження в усіх оперованих хворих у середньому через 9—11 діб після операції.

У 2006—2007 рр. оперовані 11 (22%) хворих з приводу післяопераційної СКВ за прийнятими на той час підходами (група порівняння). З 2008 по 2014 р. госпіталізовані 39

(78%) хворих (основна група), у яких застосовані нові підходи до діагностики, консервативного й хірургічного лікування, з них оперовані 30 (76,9%) хворих. Таким чином, хірургічне лікування застосоване у 41 (82%) хворого. Комплексне консервативне лікування виявилось ефективним у 9 (18%) хворих.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Всі хворі пов'язували виникнення СКВ з раніше виконаними оперативними втручаннями на ділянці промежини. Клінічні прояви захворювання спостерігали у середньому через  $(3,79 \pm 1,58)$  міс після операції. Типовими скаргами були дискомфорт, періодичний біль у КВ під час випорожнення за незначного ущільнення калу — в усіх хворих, запор і тривале випорожнення — у 74 (84%), зменшення діаметра калових мас — у 64%, відчуття неповного випорожнення, тенезми — у 54 (58%), необхідність застосування анальгетиків і послаблювальних засобів — у 44 (48%), неможливість самостійного випорожнення та необхідність обов'язкового застосування клізм — у 16%, страх перед випорожненням і кровоточивість — у 10%.

Деформацію КВ, спричинену гіпертрофічними рубцями, що виступали над рівнем шкіри, діагностували у 35 (70%) хворих за низької і тотальної СКВ. За СКВ у стадії декомпенсації у 8 (16%) хворих пальцеве дослідження прямої кишки було неможливим навіть мізинцем, діаметр КВ у них не перевищував 0,5 см. У 19 (38%) хворих аноскопію та ректороманоскопію не вдалося здійснити через труднощі трансректального введення апарата. У 8 (16%) хворих проведення іригографії було неможливим через труднощі трансректального введення гумової трубки апарата Боброва.

Отже, у 16 (38%) пацієнтів проведення пальцевого обстеження прямої кишки, аноскопії, ректороманоскопії та іригографії виявилось неможливим.

Нами запропонований і впроваджений рентгенологічний метод дослідження КВ (ІРДКВ), що дало можливість прицільно виявити і об'єк-

тивно оцінити його зміни [9]. За результатами ІРДКВ в 11 (28,2%) хворих за СКВ у стадії компенсації виявляли "дефект наповнення" на одній з стінок КВ у вигляді смужки. Діаметр КВ становив у середньому ( $1,5 \pm 0,13$ ) см і був достовірно меншим, ніж в умовно здорових осіб — ( $2,1 \pm 0,42$ ) см ( $p < 0,05$ ). За СКВ у стадії субкомпенсації у 20 (51,3%) хворих відзначали "дефект наповнення" на одній, двох, а інколи трьох стінках КВ, при цьому його діаметр становив у середньому ( $1,0 \pm 0,42$ ) см, що достовірно менше, ніж в умовно здорових осіб і у хворих за СКВ у стадії компенсації ( $p < 0,05$ ). У 8 (20,5%) хворих за СКВ у стадії декомпенсації КВ мав вигляд вузького циліндра з нерівною поверхнею, його діаметр ( $0,4 \pm 0,092$ ) см, що достовірно менше, ніж в умовно здорових осіб та за СКВ у стадії компенсації і субкомпенсації ( $p < 0,05$ ).

Отримані дані щодо рентгенологічних змін КВ зіставні з основними положеннями загальноприйнятої класифікації СКВ. Проведення ІРДКВ та інтерпретація результатів може бути використане як додатковий об'єктивний критерій і доповнення до класифікації.

В усіх хворих групи порівняння СКВ у стадії субкомпенсації виникла після гемороїдектомії за Міліганом—Морганом з приводу ХГ III—IV ступеня. У 5 (45,4%) хворих здійснене поздовжнє розсічення СКВ без зашивання країв рани. У 6 (54,6%) хворих виконана операція Пікуса, що передбачала поздовжнє розсі-

чення СКВ в одному або двох напрямках з подальшим зашиванням рани слизової оболонки в поперечному напрямку. Після поздовжнього розсічення СКВ без зашивання країв рани повторна СКВ у стадії компенсації виникла у 3 (60%) хворих; після операції Пікуса — у 2 (33,3%).

Для підвищення ефективності хірургічного лікування хворих з приводу СКВ опрацьований спосіб оперативного лікування, що передбачав висічення рубця—змінених тканин у вигляді трикутника, вершина якого спрямована у краніальному напрямку; мобілізацію слизово—підслизового клаптя прямої кишки в сторони і в краніальному напрямку на  $0,5$ — $0,8$  см більше, ніж розміри ранового дефекту; зведення слизово—підслизового клаптя без натягу та його фіксацію до відхідниково—шкірної лінії з використанням поодиноких вузлових швів кетгутуовою ниткою. При застосуванні такої техніки виконання операції операційна рана перебуває в зоні візуального контролю [10].

За запропонованою методикою оперовані 30 хворих з приводу СКВ, в тому числі у стадії компенсації — 2 (6,7%), субкомпенсації — 20 (66,7%), декомпенсації — 8 (26,6%). Оперативне лікування 2 хворих з приводу СКВ у стадії компенсації вважали виправданим тільки за умови ХАТ, резистентної до консервативного лікування. У решти хворих з приводу СКВ у стадії компенсації проводили консервативне лікування.

Основними показаннями до виконання оперативного втручання за запропонованою методикою вважали: наявність СКВ у стадії компенсації при виникненні ХАТ, резистентної до консервативного лікування; СКВ у стадії субкомпенсації у строки 3—4 міс після встановлення діагнозу, проведення 2—3 курсів консервативного лікування у стаціонарі, за відсутності стійкого ефекту і тривалої ремісії; СКВ у стадії декомпенсації.

У 2 (6,7%) хворих основної групи після операції виникли скарги, що свідчили про повторну СКВ. Дані ІРДКВ об'єктивно підтвердили наявність СКВ у стадії компенсації, усунути за допомогою консервативної терапії.

Таким чином, запропонована методика ІРДКВ дозволяє об'єктивно встановити форму, діаметр і ступінь звуження КВ, а також наявність патологічних змін в його стінці. Отримані дані зіставні з основними положеннями класифікації СКВ. ІРДКВ використане як додатковий об'єктивний критерій і доповнення до класифікації, необхідне для вибору хірургічної тактики лікування хворих з приводу СКВ. Застосування удосконаленої техніки виконання оперативних втручань у хворих з приводу СКВ у стадії суб— і декомпенсації дозволило зменшити частоту утворення повторної СКВ з 45,4 до 6,7%.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Surgical treatment of anal stenosis / G. Brisinda, S. Vanella, F. Cadeddu [et al.] // *World J. Gastroenterol.* — 2009. — Vol. 15, N 16 — P. 1921 — 1928.
2. V — Y anoplasty for iatrogenic anal stenosis: our initial experience in BSMMU / S. H. Sheikh, I. Jahan, M. R. Rahman [et al.] // *Bangladesh Med. J.* — 2013. — Vol. 42, N 2. — P. 51 — 54.
3. Помазкин В. И. Хирургическое лечение рубцовых стриктур анального канала / В. И. Помазкин, Ю. В. Мансуров // *Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова.* — 2011. — № 1. — С. 48 — 52.
4. Mukta V. Anal stenosis / V. Mukta, R. Ricciardi // *Surg. Clin.* — 2010. — Vol. 90, N 1. — P. 137 — 145.
5. Treatment of anal stenosis. A 5—year review / D. Casadesus, L. E. Villasana, H. Diaz [et al.] // *A. N. Z. J. Surg.* — 2007. — N 77. — P. 557 — 559.
6. Surgical treatment of anal stenosis: assessment of 77 anoplastics / A. Habr—Gama, C. W. Sobrado, S. E. de Araujo [et al.] // *Clinics.* — 2005. — N 60. — P. 17 — 20.
7. The house advancement anoplasty for treatment of anal disorders / H. A. Owen, D. P. Edwards, K. Khosraviani [et al.] // *J. R. Army Med. Corps.* — 2006. — N 152. — P. 87 — 88.
8. Пат. 73986 Україна, МПК А 61 В 6/00. Спосіб діагностики стриктури анального каналу / І. М. Шевчук, І. Я. Садовий, В. М. Рижик [та ін.] (Україна); заявник і власник патенту ІФНМУ. — № у 2012 04589 заявл. 12.04.12; опубл. 10.10.12. Бюл. № 19.
9. Пат. 73987 Україна, МПК А 61 В 6/00. Спосіб діагностики стриктури анального каналу / І. М. Шевчук, І. Я. Садовий, В. М. Рижик [та ін.] (Україна); заявник і власник патенту ІФНМУ. — № у 2012 04590; заявл. 12.04.12; опубл. 10.10.12. Бюл. № 19.
10. Пат. 70103 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб лікування стриктури анального каналу / І. М. Шевчук, І. Я. Садовий, О. М. Петрина, Ю. Б. Кіндракевич (Україна); заявник і власник патенту ІФНМУ. — № у 2011 13812; заявл. 24.11.11; опубл. 25.05.12. Бюл. № 10.