

УДК 616-089+616-007.271+616.352+616-084

ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ СТРИКТУРИ АНАЛЬНОГО КАНАЛУ ПРИ ГЕМОРОЇДЕКТОМІЇ**І.Я. Садовий**

Івано-Франківський національний медичний університет

ПРОФИЛАКТИКА СТРИКТУР АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ ГЕМОРРОИДЕКТОМИИ**И.Я. Садовий**

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

PREVENTION OF STRICTURE OF ANAL CANAL DURING HEMORRHOIDECTOMY**I.Ya. Sadovyi**

Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. Проаналізовані результати хірургічного лікування 51 хворого з хронічним гемороем III-IV ступеня, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в проктологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні з 2012 по 2014 рр. До дослідної групи включені 25 (49,01 %) хворих, яким оперативне втручання при хронічному геморое III-IV ступеня проводили за методикою, розробленою в клініці, що передбачала застосування технічних прийомів профілактики розвитку стриктури анального каналу. До групи порівняння включено 26 (50,99 %) хворих, проперованих за класичною методикою гемороедектомії за Міліганом-Морганом. Серед обстежених хворих 32 (62,74 %) чоловіків, 19 (37,26 %) жінок, віком від 28 до 76 років. Усім хворим до операції, перед випискою із стаціонару, через 2 місяці та 1 рік після проведеного хірургічного лікування проводили проктологічне обстеження та ізольоване рентгеноконтратне дослідження анального каналу із використанням спеціальних рентгеноконтрастних свічок. У 2 (7,7 %) із 26 хворих групи порівняння виникла компенсована післяопераційна стриктура анального каналу, яка була підтверджена ізольованою рентгенографією і ліквідована консервативними заходами. У дослідній групі хворих через 2 місяці та 1 рік після проведеного оперативного втручання за розробленою методикою при проктологічному обстеженні та за результатами ізольованого рентгеноконтратного дослідження анального каналу даних про післяопераційну стриктуру не встановлено.

Ключові слова: гемороедектомія, профілактика стриктури анального каналу.

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения 51 больного хроническим геморроем III-IV степени, которые находились на лечении в проктологическом отделении Ивано-Франковской областной клинической больницы с 2012 по 2014 гг. В исследуемую группу включено 25 (49,01 %) больных, которым оперативное вмешательство проводили по методике разработанной в клинике с применением технических приемов профилактики развития стриктуры анального канала. В группу сравнения включено 26 (50,99 %) больных проперированных по классической методике геморроедектомии по Миллигану-Моргану. Среди больных было 32 (62,74 %) мужчин, 19 (37,26 %) женщин, в возрасте от 28 до 76 лет. Всем больным до операции, перед выпиской из стационара, через 2 месяца и 1 год проводили проктологическое исследование и изолированное рентгеноконтратное исследование анального канала при помощи специальных рентгеноконтрастных свечей. У 2 (7,7 %) из 26 больных группы сравнения возникла компенсированная послеоперационная стриктура анального канала, подтвержденная изолированной рентгенографией анального канала и ликвидирована консервативными мероприятиями. В исследуемой группе больных через 2 месяца и 1 год после проведенного оперативного вмешательства, по разработанной методике, при проктологическом обследовании и по результатам изолированного рентгеноконтрастного исследования анального канала данных за послеоперационную стриктуру не выявлено.

Ключевые слова: геморроедектомия, профилактика стриктуры анального канала.

Abstract. We analyzed the results of surgical treatment of 51 patients with chronic hemorrhoids III-IV stages who were hospitalized in proctology department of Ivano-Frankivsk Regional Hospital from 2012 to 2014. Experimental group included 25 (49.01%) patients who were operated with the invented method in the clinic, which involved the application of techniques for the prevention of anal stricture. Comparison group included 26 (50.99%) patients who were operated with classical Milihanom Morgan hemorrhoidectomy technique. Among the examined patients there were 32 (62.74%) males, and 19 (37.26%) women from 28 to 76 years old. All patients were conducted proctological and isolated X-ray study of the anal canal before surgery, after discharge from the hospital, 2 months and 1 year after surgery. In 2 (7.7%) of 26 patients of comparison group were postoperative stricture of the anal canal, which was confirmed by isolated X-ray and eliminated by conservative measures. In the patients of experimental group postoperative anal stricture was not found after 2 months and 1 year after the surgery by the invented method.

Keywords: hemorrhoidectomy, prevention stricture of anal canal.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Стриктура анального каналу (САК) залишається одним із найбільш складних колопроктологічних захворювань. У 90% хворих розвиток САК пов'язують з перенесеними раніше оперативними втручаннями, виконаними з приводу геморою, хронічної кальозної анальної тріщини, гострокірпцевих конділом, параректальної норичі, гострого парапроктиту, випадіння прямої кишки [1, 2, 6]. Частка САК серед добро-

якісних захворювань прямої кишки не має тенденції до зниження і залишається в межах 0,9-1,7 %, що змушує дослідників шукати нові підходи до лікування та профілактики даної патології [4, 5].

Після гемороедектомії САК діагностують у 1,5 - 3,8 % хворих. За даними ряду авторів традиційні методи хірургічного лікування геморою ускладнюються розвитком САК у 15 % спостережень [1, 2].

Ізольоване рентгенологічне дослідження анального каналу з використанням рентгеноконтрастних свічок дозволяє об'єктивно встановити наявність чи відсутність змін анального каналу та їх характер, що необхідно для вибору адекватної хірургічної тактики та оцінки безпосередніх і віддалених результатів хірургічного лікування [3].

Консервативне та оперативне лікування післяопераційної САК доволі складне та не завжди успішне. Тому, під час проведення оперативного втручання у хворих з хронічним гемороєм III-IV ступеня слід приділяти велику увагу заходам, які спрямовані на профілактику розвитку цього ускладнення.

Мета дослідження – оцінити застосування та вивчити ефективність розпрацьованої методики гемороїдектомії із застосуванням технічних прийомів профілактики розвитку стриктури анального каналу у хворих на хронічний геморої III-IV ступеня.

Матеріали і методи

Проаналізовані результати хірургічного лікування 51 хворого з хронічним гемороєм III-IV ступеня, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в проктологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні з 2012 по 2014 рр. До дослідної групи включені 25 (49,01 %) хворих, яким оперативне втручання при хронічному геморої III-IV ступеня проводили за методикою розпрацьованою в клініці, що передбачала застосування технічних прийомів профілактики розвитку САК. До групи порівняння включено 26 (50,99%) хворих, проперованих за класичною методикою гемороїдектомії за Міліганом-Морганом.

Серед обстежених хворих 32 (62,74 %) чоловіків, 19 (37,26%) жінок віком від 28 до 76 років. Середній вік чоловіків – 52,81±4,2 років, жінок 44,35±2,9 років. Групи хворих співставимі за віком, статтю, ступенем тяжкості захворювання. Сроки спостереження у післяопераційному періоді від 2 місяців до одного року.

У хворих дослідної групи гемороїдектомію проводили за наступною методикою: після поетапної дивульсії і розтягнення заднього проходу, гемороїдектомію починали з внутрішнього гемороїдального вузла, розмішеного на 11-й год., на ніжку внутрішнього гемороїдального вузла накладали затискач вище зубчатої лінії, після прошивання і перев'язування ніжки вузла її пересікали під гострим кутом до стінки прямої кишки, формували куксу відсіченого гемороїдального вузла, рештки слизової оболонки прямої кишки разом із залишками вузла висікали до перехідної складки. Пластику рани в напрямі від верхнього її кута до перехідної складки проводили окремими вузловими швами без захоплення слизової оболонки прямої кишки від дна рани з одного і з другого краю рани із захопленням кукси вузла так, щоб слизова оболонка прямої кишки при зав'язуванні вузла накривала лінію швів. Решту внутрішніх гемороїдальних вузлів видаляли аналогічно, після чого виконували гемороїдектомію зовнішніх гемороїдальних вузлів із пластикою шкірної рани “ззовні-всередину”.

Пересічення ніжки внутрішніх гемороїдальних вузлів під гострим кутом до стінки прямої кишки забезпечувало закриття дна рани без натягу. Зшивання рани без захоплення слизової оболонки прямої кишки в напрямі від верхнього кута до перехідної складки, забезпечувало анатомічну адаптацію слизової оболонки без її некрозу та загоєння рани первинним натягом без формування гіпертрофічного рубця в просвіті анального каналу. Зшивання шкірної рани в напрямі «ззовні-всередину» дозволяло анатомічно віднови-

ти цілісність тканин, попереджувало її інфікування, деформацію та звуження дистального відділу відхідника.

Усім хворим дослідної групи та групи порівняння, до операції, перед випискою із стаціонару та через 2 місяці після проведеного хірургічного лікування проводили проктологічне обстеження (огляд параанальної ділянки, пальцеве дослідження прямої кишки, аноскопію та ректороманоскопію) та ізольоване рентгеноконтрастне дослідження анального каналу із використанням спеціальних рентгеноконтрастних свічок, що містять в своєму складі барію сульфат. Аналогічні дослідження проводили через 1 рік після оперативного лікування.

Результати та їх обговорення

У ранньому післяопераційному періоді у 2 (7,7 %) із 26 хворих із групи порівняння відзначали виникнення компенсованої післяопераційної САК, що призвело до тривалого перебування хворих у стаціонарі. Наявність САК була об'єктивно підтверджена ізольованою рентгенографією анального каналу. Ліквідувати САК у цих хворих вдалось консервативними заходами. При контрольних оглядах через 2 місяці і 1 рік клінічних та об'єктивних даних за САК у пацієнтів не було.

У дослідній групі хворих через 2 місяці та 1 рік після проведеного оперативного втручання за розпрацьованою методикою при проктологічному обстеженні та за результатами ізольованого рентгеноконтрастного дослідження анального каналу даних за післяопераційну САК не встановлено.

Висновки

У хворих на хронічний геморої III-IV ступеня застосування розпрацьованої методики гемороїдектомії із застосуванням технічних прийомів профілактики розвитку стриктури анального каналу дозволило уникнути її виникнення у всіх проперованих хворих. Натомість у групі порівняння, виникнення компенсованої післяопераційної стриктури анального каналу відзначали у 7,7 % хворих.

Перспективи подальших досліджень

Частоту виникнення стриктури анального каналу і результати її хірургічного лікування буде вивчено у хворих на хронічну кальцозну анальну тріщину.

Література

1. Помазкин В. И. Хирургическое лечение рубцовых стриктур анального канала / В. И. Помазкин, Ю. В. Мансуров // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2011. № 1. – С. 48-52.
2. Шевчук І. М. Стриктури анального каналу: причини, клінічні прояви / І. М. Шевчук, І. Я. Садовий [та ін.] // Український журнал хірургії. – 2012. – № 2 (17). – С. 82-85.
3. Шевчук І. М. Клиническая и лучевая диагностика послеоперационных стриктур анального канала / И. М. Шевчук, И. Я. Садовый, М. И. Яворский // Хирургия. Восточная Европа. – 2013. № 1 (5). – С. 47 – 52.
4. Ettore G. M. Anoplasty with House advancement flap for anal stenosis after hemorrhoidectomy. Report of a clinical case / G. M. Ettore, L. Paganelli, L. Alessandrini [et al.] // Chir. Ital. – 2001. – № 53. – P. 571 – 574.
5. Garcea G. Management of benign rectal strictures / G. Garcea, C. D. Sutton, T. D. Lloyd [et al.] // Dis. Colon. Rectum. – 2003. – № 46. – P. 1451 – 1460.
6. Habr-Gama A. Surgical treatment of anal stenosis: assessment of 77 anoplasties / A. Habr-Gama, C.W. Sobrado, S.E. de Araujo [et al.] // Clinics. 2005. № 60. P. 17 – 20.

Надійшла 01.07.2014 року.