

---

Марио Пескатори

# Аноректальная хирургия: профилактика и лечение осложнений

*При участии*

Бернардины Фабиани,  
Власты Подземни  
и Лоренцо Карло Пескатори



Издательство «Олимп-Бизнес»  
Москва, 2019

---

## Оглавление

Вступительное слово . . . . .	.xi
Предисловие . . . . .	xiii
Благодарности . . . . .	xv
От переводчика . . . . .	xvii
<b>01 Анальная трещина . . . . .</b>	<b>1</b>
1.1. Введение . . . . .	1
1.2. Ранние и поздние осложнения после частичной внутренней сфинктеротомии . . . . .	1
1.3. Анальное недержание . . . . .	2
1.4. Что необходимо делать, если развивается инконтиненция? . . . . .	7
1.5. Анальный сепсис . . . . .	8
1.6. Несостоятельность швов . . . . .	9
1.7. Секреты мастерства . . . . .	11
1.8. Запомнившееся осложнение . . . . .	12
Заключение . . . . .	14
Рекомендуемая литература . . . . .	14
<b>02 Геморрой . . . . .</b>	<b>19</b>
2.1. Введение . . . . .	19
2.2. Хирургические осложнения после ручной геморроидэктомии (по Фергюсону и Миллигану — Моргану): трансляция из операционной . . . . .	19
2.3. THD/DGHAL-мукопексия (доплер-контролируемая и лазер- ассистированная) . . . . .	26
2.4. Степлерная геморроидопексия (РРН) . . . . .	28
2.4.1. Кровотечение . . . . .	28
2.4.2. Другие осложнения . . . . .	29
2.4.3. Хроническая прокталгия и болевой синдром после акта дефекации . . . . .	33
2.4.4. Оставленные скрепки и кровоточащие гранулематозные полипы . . . . .	34
2.4.5. Ретропневмоперитонеум, пневмоперитонеум, пневмомедиастинум и эмфизема шеи . . . . .	37
2.4.6. Прямокишечные ретенционные кисты . . . . .	37
2.4.7. Полная облитерация просвета прямой кишки . . . . .	37

2.4.8.	Дивертикул прямой кишки или синдром «покета» прямой кишки . . . . .	38
2.4.9.	Ректовагинальный свищ . . . . .	38
2.4.10.	Травма пениса при пассивном анальном сексе . . . . .	38
2.4.11.	Дисплазия и рак . . . . .	38
2.4.12.	Ретроректальная гематома . . . . .	39
2.4.13.	Гемоперитонеум . . . . .	40
2.4.14.	Расхождение прямокишечных швов и надрывы прямой кишки с кровотечением и/или формированием тазовых абсцессов . . . . .	41
2.4.15.	Перфорация прямой кишки и тазовый сепсис . . . . .	41
2.4.16.	Тромбоз нижней полой вены . . . . .	43
2.5.	Осложнения после других операций . . . . .	43
2.5.1.	Полуоткрытая или полузакрытая геморроидэктомия . . . . .	43
2.5.2.	Ушивание внутреннего геморроя по Farag . . . . .	43
2.5.3.	Ручная геморроидопексия по Hussein . . . . .	43
2.5.4.	Геморроидэктомия по Whitehead-Rand . . . . .	43
2.5.5.	Подслизистая геморроидэктомия по Парксу . . . . .	46
2.5.6.	Коагуляция геморроидальных узлов . . . . .	46
2.6.	Лечение осложнений . . . . .	47
2.6.1.	Боль . . . . .	47
2.6.2.	Задержка мочи . . . . .	47
2.6.3.	Кровотечение . . . . .	47
2.6.4.	Каловый камень . . . . .	48
2.6.5.	Тромбоз наружных геморроидальных узлов . . . . .	48
2.6.6.	Стеноз анального канала или прямой кишки . . . . .	49
2.6.7.	Анальная трещина . . . . .	50
2.6.8.	Абсцесс или свищ . . . . .	50
2.6.9.	Кожные бахромки . . . . .	50
2.6.10.	Анальная инконтиненция . . . . .	51
2.6.11.	Тяжелый гнойный процесс в анальном канале . . . . .	51
2.6.12.	Гангрена Фурнье . . . . .	52
2.6.13.	Необычные осложнения после РРН . . . . .	53
2.7.	Секреты мастерства . . . . .	54
2.8.	Запомнившиеся осложнения . . . . .	58
2.8.1.	Случай номер один . . . . .	58
2.8.2.	Случай номер два . . . . .	59
	Заключение . . . . .	60
	Рекомендуемая литература . . . . .	60
<b>03</b>	<b>Анальный абсцесс и свищ прямой кишки . . . . .</b>	<b>69</b>
3.1.	Введение . . . . .	69
3.2.	Послеоперационное кровотечение . . . . .	69
3.3.	Ятрогенный свищ . . . . .	71

---

3.4.	Персистирование или ранний рецидив местного воспаления . . . . .	71
3.5.	Расхождение швов и незаживающие раны . . . . .	73
3.6.	Профилактика послеоперационной анальной инконтиненции . . . . .	77
3.7.	Лечение послеоперационной анальной инконтиненции . . . . .	87
3.8.	Осложнения после операций по гнойному гидрадениту промежности . . . . .	90
3.9.	Секреты мастерства . . . . .	91
3.10.	Запомнившиеся осложнения . . . . .	94
	Заключение . . . . .	97
	Рекомендуемая литература . . . . .	98
<b>04</b>	<b>Ректовагинальные свищи . . . . .</b>	<b>103</b>
4.1.	Введение . . . . .	103
4.2.	Типы операций и послеоперационные осложнения . . . . .	104
4.3.	Кровотечение и нарушение полового влечения . . . . .	107
4.3.1.	Кровотечение . . . . .	107
4.3.2.	Нарушение полового влечения . . . . .	107
4.4.	Местное нагноение и несостоятельность швов . . . . .	107
4.5.	Повторные операции . . . . .	109
4.6.	Дренирование . . . . .	109
4.7.	Недержание кала . . . . .	109
4.8.	Запомнившиеся осложнения . . . . .	110
	Заключение . . . . .	115
	Рекомендуемая литература . . . . .	115
<b>05</b>	<b>Крестцово-копчиковый пилонидальный синус . . . . .</b>	<b>119</b>
5.1.	Введение . . . . .	119
5.2.	Типы операций . . . . .	119
5.3.	Послеоперационное кровотечение . . . . .	119
5.4.	Местное нагноение и несостоятельность швов . . . . .	121
5.5.	Профилактика местного нагноения . . . . .	122
5.6.	Лечение местного нагноения и несостоятельности швов . . . . .	122
5.7.	Сочетание пилонидальной кисты со свищом прямой кишки или острым парапроктитом . . . . .	123
5.8.	Запомнившиеся осложнения . . . . .	125
	Заключение . . . . .	127
	Рекомендуемая литература . . . . .	128
<b>06</b>	<b>Опухоли прямой кишки и ануса . . . . .</b>	<b>131</b>
6.1.	Введение . . . . .	131
6.2.	ТЭМ, или трансанальная эндоскопическая мукозэктомия . . . . .	131
6.3.	«Живая хирургия»: трансанальное подслизистое иссечение по Парксу . . . . .	134

---

6.4.	Другие трансанальные операции . . . . .	137
6.4.1.	Операции через жесткий сигмоскоп . . . . .	137
6.4.2.	Операция с использованием Endo GIA или урологического резектоскопа . . . . .	138
6.5.	Иссечение опухоли нетрансанальным доступом . . . . .	138
6.5.1.	Операция York-Mason . . . . .	138
6.5.2.	Операция Kraske . . . . .	138
6.5.3.	Межсфинктерная резекция . . . . .	138
6.6.	Осложнения после хирургии опухолей анального канала . . . . .	138
6.7.	Запомнившиеся осложнения . . . . .	139
6.7.1.	Случай номер один . . . . .	139
6.7.2.	Случай номер два . . . . .	141
	Заключение . . . . .	142
	Рекомендуемая литература . . . . .	143
<b>07</b>	<b>Анальные кондиломы и аноректальные стриктуры . . . . .</b>	<b>147</b>
7.1.	Введение . . . . .	147
7.2.	Осложнения после хирургии кондилом анального канала . . . . .	149
7.3.	Осложнения после хирургического лечения анальной стриктуры . . . . .	150
7.4.	Осложнения при хирургическом лечении стриктур прямой кишки . . . . .	153
7.5.	«Живая хирургия»: профилактика послеоперационных осложнений после анопластики . . . . .	155
7.6.	Секреты мастерства . . . . .	156
7.7.	Запомнившиеся осложнения . . . . .	156
	Заключение . . . . .	161
	Рекомендуемая литература . . . . .	161
<b>08</b>	<b>Обструктивная дефекация (ОД) и связанные с ней заболевания . . . . .</b>	<b>163</b>
8.1.	Введение . . . . .	163
8.2.	Осложнения у наших пациентов, связанные с хирургическим лечением обструктивной дефекации . . . . .	169
8.3.	Осложнения после операции Делорма . . . . .	171
8.4.	Анальная инконтиненция после операций по поводу ректоцеле и внутреннего выпадения слизистой прямой кишки . . . . .	174
8.5.	Профилактика инконтиненции после операции . . . . .	176
8.6.	Лечение послеоперационной инконтиненции . . . . .	177
8.7.	Послеоперационные осложнения после операций STARR и Transtar . . . . .	178
8.8.	Другие операции по поводу ректоцеле с использованием трансанальных степлеров . . . . .	184
8.8.1.	Циркулярный степлер . . . . .	185
8.8.2.	Линейный степлер . . . . .	185

8.9.	Послеоперационные осложнения после коррекции ректоцеле при помощи искусственных сеток . . . . .	185
8.10.	Осложнения после оперативного лечения анизма или нерасслабляющейся лонно-прямокишечной петли. . . . .	186
8.11.	Оперативное лечение больных с солитарной язвой прямой кишки и обструктивной дефекацией . . . . .	189
8.12.	Запомнившиеся осложнения. . . . .	190
8.12.1.	Первый случай . . . . .	190
8.12.2.	Второй случай . . . . .	191
	Заключение . . . . .	194
	Рекомендуемая литература . . . . .	194
<b>09</b>	<b>Недержание кала . . . . .</b>	<b>199</b>
9.1.	Введение . . . . .	199
9.2.	«Живая хирургия»: осложнения при выполнении постанальной реконструкции и тотального восстановления тазового дна после операции. . . . .	200
9.3.	Передняя леваторопластика . . . . .	204
9.4.	Восстановление сфинктера . . . . .	204
9.5.	Сакральная нейромодуляция . . . . .	206
9.5.1.	Радиочастотная энергия . . . . .	208
9.6.	Динамическая грацилопластика и глутеопластика . . . . .	208
9.6.1.	Грацилопластика. . . . .	208
9.6.2.	Глутеопластика. . . . .	208
9.7.	Искусственный сфинктер. . . . .	209
9.8.	Расширяющиеся вещества . . . . .	210
9.9.	Лонно-прямокишечная петля и силиконовое кольцо. . . . .	211
9.9.1.	Лонно-прямокишечная петля . . . . .	211
9.9.2.	Силиконовое кольцо . . . . .	211
9.10.	Секреты мастерства. . . . .	212
9.11.	Запомнившиеся осложнения. . . . .	212
9.11.1.	Первые пять. . . . .	212
9.11.2.	Последнее осложнение . . . . .	213
	Заключение . . . . .	215
	Рекомендуемая литература . . . . .	216
<b>10</b>	<b>Выпадение прямой кишки . . . . .</b>	<b>221</b>
10.1.	Введение . . . . .	221
10.2.	Послеоперационные осложнения в нашей серии пациентов . . . . .	221
10.3.	«Живая хирургия»: профилактика осложнений после операции Рена — Делорма . . . . .	222
10.4.	Осложнения после операции Альтмайера (промежностной проктосигмоидэктомии). . . . .	227
10.5.	Осложнения после других видов операций. . . . .	229

---

10.5.1. Чреспромежностная ректопексия с имплантом, фиксируемым к крестцу, и задней леваторопластикой . . .	229
10.5.2. Трансвагинальная ректопексия к сакроспинальной связке. . . . .	230
10.5.3. Ручная трансанальная резекция выпадающей прямой кишки. . . . .	230
10.6. Циркулярная трансанальная степлерная пролапсэктомия. . . . .	232
10.7. Трансанальное удаление выпадающей прямой кишки при помощи контурного степлерного устройства. . . . .	232
10.8. Прижигание-пликация по методу El-Sibai and Shafik . . . . .	232
10.9. Запомнившиеся осложнения. . . . .	232
Заключение. . . . .	234
Рекомендуемая литература. . . . .	235
<b>Предметный указатель . . . . .</b>	<b>239</b>

## 1.1. Введение

Нозологическое определение диагноза, частота выявления и консервативное лечение анальной трещины достаточно подробно обсуждались ранее во многих изданиях, так же как прочие патологические состояния, приводимые далее в настоящей книге; поэтому, за некоторым исключением, подобные вопросы здесь обсуждаться не будут. Это позволяет освободить больше места для основной темы книги: профилактика и лечение осложнений, связанных с хирургическим лечением этой проктологической болезни.

Однако несколько комментариев следует сделать по поводу патогенеза анальной трещины. Причиной анальной трещины может стать болезнь Крона. В многоцентровом исследовании, проведенном в Италии (Pescatori et al., 1995), подобная причина отмечалась в 19% случаев, когда первым признаком болезни Крона были именно анальная трещина или свищ. У больных сахарным диабетом или у пациентов, страдающих синдромом «пустого седла» с гипофизарной недостаточностью и дефицитом гормона роста (который имеет значение при формировании рубцовых тканей), хирургические раны будут заживать с большим трудом; поэтому чем меньше хирургическая рана, тем лучше.

Несколько ремарок должно быть сделано в отношении лечения. Анальная трещина чаще связана с гипертонусом, чем не связана. Таким пациентам есть основание делать сфинктеротомию, но остальным — нет, поскольку выполнение этой процедуры у последних приведет к выраженному гипотонусу и последующей инконтиненции.

## 1.2. Ранние и поздние осложнения после частичной внутренней сфинктеротомии

Осложнения представлены в таблице 1.1.

**Таблица 1.1.** Ранние и поздние осложнения после частичной внутренней сфинктеротомии у 417 больных (взято с разрешения Pernikoff et al., 1994)

Ранние осложнения	Число случаев
Подтекание (мокнутие)	30
Недержание газов	15
Выделение крови из прямой кишки	11
Незаживление раны	7
Резкие позывы к дефекации	5
Скопление кала	4
Анальное недержание	4
Анальный зуд	2
Боль в анусе	1
Отдаленные осложнения	Число случаев
Мокнутие	22
Недержание газов	14
Выделение крови из прямой кишки	7
Резкие позывы к дефекации	5
Анальное недержание	2
Выделение слизи	2
Каловый завал	2
Боль в анусе	1



### 1.3. Анальное недержание

Я умышленно использовал термин «анальное недержание», а не «недержание кала». После сфинктеротомии недержание кала нехарактерно для больного, хотя перенесшие операцию могут иметь некоторые признаки ослабления удерживания газа или слизи. Обычно инконтиненция, которая возникает у четырех из 10 пациентов (почти 37%), является временной; но в редких случаях она остается постоянной. Из 111 больных, у которых развилось анальное недержание после хирургического лечения анальной трещины в Клинике Мейо, только у одного больного была тяжелая форма недержания в течение месяца, однако этот впечатляющий результат может быть следствием высокоэффективного лечения в известной клинике, имеющей колоссальный опыт подобных вмешательств.

Среди больных, оперированных где-либо еще, частота тяжелой формы недержания после сфинктеротомии составляет 1–8%. Исследование американского хирурга Kubchandani, работающего в Алентауне (Пенсильвания), открыло нам глаза на эту проблему и стало сильным стимулом к развитию таких видов лечения, как химическая сфинктеротомия, которая включает нитроглицерин, блокаторы кальциевых каналов и иные вещества. Как альтернатива может быть использован токсин ботулизма А (ботокс) для введения во внутренний сфинктер. Статья была опубликована в 1989 году; с тех пор хирурги стали более избирательно оперировать анальную трещину, забирая на операцию только больных с хроническими анальными трещинами или тех, у кого консервативный путь лечения, описанный выше, не принес результата.

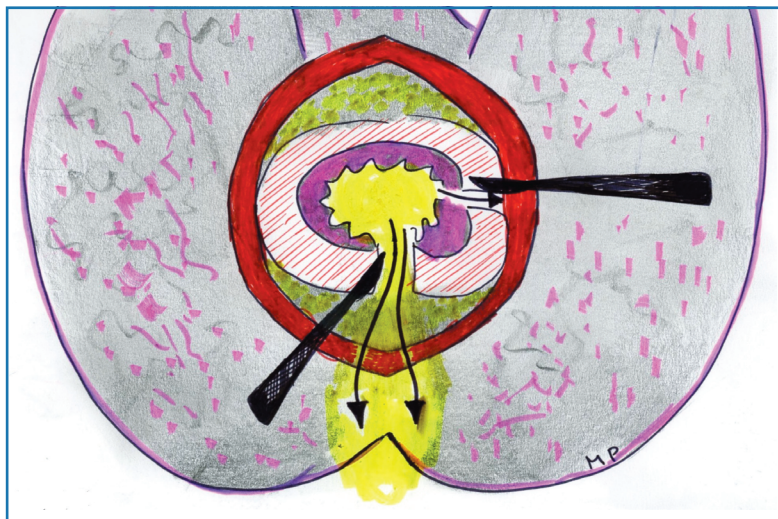
В конце 2010 года было опубликовано краткое содержание работы, проведенной в Великобритании докторами Conaghan и Farouk. За период в семь лет два колоректальных хирурга использовали крем дилтиазем в лечении 462 больных, страдавших от анальной трещины; пациенты, которым не помогло это лечение (84 человека), были взяты на терапию инъекцией ботокса с иссечением

трещины. Было всего несколько рецидивов заболевания (17 из 84-х), большинство которых были излечены иссечением трещины либо повторным ботоксом или анопластикой. Рассечение внутреннего сфинктера потребовалось только четверым из этих 17 больных.

Современная тенденция в хирургии анальной трещины состоит в том, чтобы избежать сфинктеротомии из-за риска недержания. Однако проведенный в 2008 году метаанализ исследований, сравнивавших рассечение внутреннего сфинктера и инъекцию ботокса во внутренний сфинктер, выявил, что эти две процедуры имели одинаковую частоту инконтиненции и прочих осложнений (Sajid et al., 2008).

В другом исследовании (Pescatori et al., 2002) группа моих докторов сообщила, что после сфинктеротомии 13% больных в течение трех лет страдали инконтиненцией. Все, кроме одного пациента, были многодетными женщинами старше 50 лет, родоразрешение у которых проходило естественным путем. Данные результаты позволяют выявить категорию пациентов высокого риска. У этих женщин было опущение промежности и скрытые поражения наружных анальных сфинктеров, что могло быть визуализировано при УЗИ промежности или трансанальном УЗИ с вращающимся датчиком. В этих случаях рекомендуется выполнять минимальную, а не стандартную сфинктеротомию, чтобы предотвратить инконтиненцию. Иными словами, разрез внутреннего сфинктера должен быть сделан только на длину самой трещины, а не до зубчатой линии. Также очень важно информировать пациентку о риске, связанном с процедурой, до того, как она подпишет свое согласие на операцию.

Может ли тип рассечения внутреннего сфинктера играть роль в развитии инконтиненции? Безусловно, может. Инконтиненция более выражена после задней сфинктеротомии (Poisson, 1977; Orsay et al., 2004). Причина этого исключительно анатомическая: сзади между внутренним и наружным сфинктерами имеется слабое треугольной формы пространство, заполненное мягкими тканями, которое может быть местом подтекания. Сбоку



**Рисунок 1.1.** Пациент находится в литотомическом положении. При выполнении задней сфинктеротомии формируется треугольник из тканей со слабым сопротивлением из-за анатомических соотношений между внутренним сфинктером (розовый) и поверхностной порцией наружного сфинктера (красный). Область слабого сопротивления может вызывать подтекание кала и слизи (стрелки). В отличие от этого, при боковой сфинктеротомии внутренний сфинктер защищен плотно прилегающим наружным сфинктером. Соответственно, вероятность послеоперационной анальной инконтиненции при трещине выше при задней сфинктеротомии внутреннего сфинктера, чем при боковой сфинктеротомии

же наружный сфинктер лежит непосредственно на внутреннем сфинктере и формирует некоторый барьер от подтекания (рис. 1). Кроме того, складывается впечатление, что задняя сфинктеротомия связана с более выраженным послеоперационным болевым синдромом и более медленным заживлением послеоперационной раны, чем боковая сфинктеротомия (Abcarian, 1980).

По данным некоторых авторов, инконтиненция в виде подтекания отмечается чаще после закрытой сфинктеротомии по методу Nataras (Argooy et al., 2004; Wiley et al., 2004); так происходит потому, что при использовании закрытого метода труднее контролировать протяженность сфинктеротомии, поэтому она оказывается длиннее, чем это необходимо и безопасно. Однако осложнения, связанные как с закрытой, так и открытой методикой, и их частота одинаковы, согласно данным Altomare et al., которые специально сравнивали эти две техники (2005). С другой стороны, Wiley, упомянутый выше, сообщил о трех осложнениях после открытой сфинктеротомии (один случай сепсиса и два случая послеоперационной боли), и только одно осложнение возникло после закрытой сфинктеротомии.

Обзор результатов влияния внутренней сфинктеротомии на анальноедержание поможет нам понять, почему некоторые хирурги более не считают эту операцию золотым стандартом при лечении анальной трещины и почему среди

них есть такие (например, Conaghan и Farouk), кто выполняет внутреннюю сфинктеротомию только у 2% своих пациентов.

Некоторые опубликованные данные вызывают у меня недоумение. Так, например, Farouk (указанный выше), который сейчас редко прибегает к внутренней сфинктеротомии, ранее сообщал, что инконтиненция после этой операции отмечалась только у 2% больных. Двое авторов из известных институтов (один из Клиники Мейо), работавшие с большими группами пациентов и длительными сроками послеоперационного наблюдения, сообщили о совершенно разных, не согласующихся между собой результатах по инконтиненции: 8% и 45%. Очевидно, что есть разная инконтиненция. Например, может быть, что пациент изредка не удерживает газ, а есть инконтиненция, при которой полностью утрачен контроль над дефекацией. Это же относится и к сфинктеротомии: с одной стороны, врач может сделать разрез внутреннего сфинктера на расстояние, соответствующее длине анальной трещины, с другой же — до зубчатой линии или еще дальше. Подобный пример описан турецким хирургом Bulent Mentec, который сообщил только о 1,1% недержания при применении ограниченного подхода к разрезу внутреннего сфинктера.

С этой точки зрения высокоинформативно исследование, проведенное испанским хирургом Garcia-Granero и его коллегами (2009): в нем

частота инконтиненции соотнесена с протяженностью рассечения внутреннего сфинктера, измененной при помощи трансанального УЗИ.

Обсуждая взаимозависимость между сфинктеротомией и инконтиненцией, также необходимо подчеркнуть, что пересечение внутреннего сфинктера у больного с анальной трещиной со спазмом значительно отличается от подобной процедуры у больного, который уже страдает ослабленным анальным держанием.

Следующим важным моментом являются результаты послеоперационного наблюдения. Они могут варьировать в зависимости от того, кем наблюдался пациент — оперирующим хирургом или нет, а также наблюдался ли больной при осмотрах в клинике либо по телефону или по переписке.

И, конечно, есть различия среди самих пациентов. Если хирург выполняет сфинктеротомию у больного с гипертонусом внутреннего сфинктера, не заметив при этом, что пациент замкнут, напряжен или встревожен, то, вероятнее всего, впоследствии именно его психонейромышечный статус станет причиной продолжения или возврата анального спазма, который в комбинации с твердым калом, долго находящимся в спазмированной сигмовидной кишке, сможет привести к рецидиву трещины.

Эти концепции, основанные на наблюдениях наших психологов, были ранее изложены в книге по колопроктологии, которую я написал вместе с Mattana (2008), в специальной главе, посвященной анальным свищам. Однако эта часть была удалена издателем книги перед публикацией, что показывает, как мало внимания уделяется системному подходу к лечению больного. Miliacca, Gargliardi и я недавно (2009) писали о тесте «нарисуй семью» для больных с доброкачественными аноректальными заболеваниями. Тест, который очень прост и без труда воспринимается больными, может помочь идентифицировать индивидуумов, чей психологический профиль способствует продолжению болезни или рецидиву. Читателю рекомендуется изучить этот любопытный тест более подробно.

Данные в таблице 1.2 рекомендуются читать критически, а упомянутые исследования

необходимо обсуждать индивидуально, то есть без явных обобщений.

Более основательная оценка проблемы анальной трещины должна включать оценку качества жизни больного; к сожалению, лишь несколько из приведенных в литературе исследований учитывают этот аспект. По моему опыту, инконтиненция после сфинктеротомии, выполненной только у пациентов с гипертонусом, зачастую выявляется только по данным манометрии (Pescatori et al. (1991) (недержание 5%) и Rossa et al. (2007) (недержание 0,4%)), и не относится к обсуждаемой проблеме, так же как нет и особого риска для больного в проведении исследования качества сфинктеротомии.

Конечно, важно знать, как использовать альтернативные методы лечения. Перед тем как обсуждать наиболее частые из них, я хотел бы упомянуть одну методику, недавно предложенную группой итальянских врачей (Lolli et al., 2010), при которой отцентрифугированная жировая ткань инъецировалась с целью стимуляции регенерации, что основано было на факте наличия стволовых клеток в жировой ткани. Восемь больных, к которым был применен этот метод лечения, не получили осложнений, кроме легкой гематомы (двое больных) в области места забора жира (гипогастральная область).

Часто используемой альтернативой внутренней сфинктеротомии является иссечение трещины плюс анопластика. По данным Hancke et al. (2010), эта операция должна всегда выполняться при наличии трещины, так как она минимизирует риск недержания. Однако я с этим не согласен. По моему опыту, из 21 пациента с анальной трещиной, которым я проводил иссечение трещины и анопластику, действительно ни у одного не было случаев инконтиненции, но у них возникали другие проблемы — у трех больных было частичное расхождение раны, при том что гипертонус сфинктера у них не наблюдался. Поэтому я сомневаюсь, что рецидив трещины в отдаленном периоде после операции у больных со спазмом сфинктера может быть предотвращен без выполнения сфинктеротомии или как минимум инъекции ботокса.

**Таблица 1.2.** Нарушения континенции после боковой сфинктеротомии внутреннего сфинктера

Автор	Год	Число наблюдений	Период наблюдения после операции (месяцы)	Нарушения континенции (%)
Khubchandani	1989	1355	NR	35
Pernikoff	1994	500	72	9 <sup>a</sup>
Kanellos	1998	27	23	38 <sup>b</sup>
Farouk	1998	183	2	2
Nyam	2004	585	72	45
Hasse	2004	209	3	21
Hayman	2004	35	1,5	8,6 <sup>c</sup>
Parellada	2004	27	24	45 <sup>d</sup>
Casillas	2005	298	51	7
Mentes	2005	244	12	1
Garcia-Granero	2009	140	21	29
Hancke	2010	30	70–94	47 <sup>e</sup>

NR — нет данных.

<sup>a</sup> Недержание кала: 0,5%.

<sup>b</sup> Недержание кала: 5%; половине больных одновременно была выполнена геморроидэктомия.

<sup>c</sup> Нарушение качества жизни было отмечено только у 2,9% больных.

<sup>d</sup> Мокнутие и недержание газов, но без недержания жидкого и твердого кала.

<sup>e</sup> Все больные отмечали недержание газа и слизи.

В исследовании французского хирурга Bouchard и его коллег (Bouchard et al., 2010), сравнивавшем 217 больных, которые перенесли иссечение трещины плюс анопластику, и 60 больных, которые перенесли только иссечение трещины, сообщается о 10 осложнениях: три случая инфекции в ране, три случая задержки мочи, а в одном случае — каловый камень. Это очень низкий показатель осложнений. Поскольку автор не упомянул о возможном расхождении раны, окончательный вывод можно будет сделать только после публикации более полных данных. Тем не менее я привел эти данные здесь, потому что, насколько я знаю, это самая большая группа пациентов, которым выполнена анопластика по поводу анальной трещины. Также Bouchard et al. сообщают, что именно те пациенты, которым была выполнена анопластика с иссечением трещины, поправились быстрее остальных.

Разумный путь сохранения континенции состоит в иссечении трещины и химической

сфинктеротомии, выполненной, например, с блокатором кальциевых каналов дилтиаземом. Этот подход является альтернативой иссечению трещины с инъекцией ботокса. Arthur et al. (2008) сравнили оба метода и сообщили о двух случаях недержания, хотя слабого и временного, связанного со вторым методом лечения.

Сообщение о влиянии иссечения трещины и анопластики на континенцию у больных с анальной трещиной без спазма сфинктера, сделанное Patti et al., было опубликовано в 2010 году. Группа больных в исследовании состояла из 16 женщин, консервативное лечение которых не принесло успеха. Пять из них отмечали недержание газа или слизи в течение двух месяцев после операции, но одна из них еще до операции имела недержание. Через год только две из этих женщин имели подобные жалобы. Очевидно, что операция не привела к серьезным негативным последствиям. Стоит отметить, что те же хирурги, кто иссекал

трещину, удаляли и гипертрофированный анальный сосочек, если таковой был. После проспективного исследования, опубликованного в *Techniques in Coloproctology* в 2005 году, Gupta сделал вывод, что, когда сосочек удаляется, заживление оказывается более быстрым, даже после выполнения внутренней сфинктеротомии; операционная рана в таком случае немного больше, но это необходимо делать. Сторожевой геморроидальный узел — другая история. В более раннем исследовании Vafai и Mann (1981) из Госпиталя Святого Марка рекомендовали не удалять сторожевой геморроидальный узел, поскольку это приводит к большей послеоперационной боли (рис. 1.2).

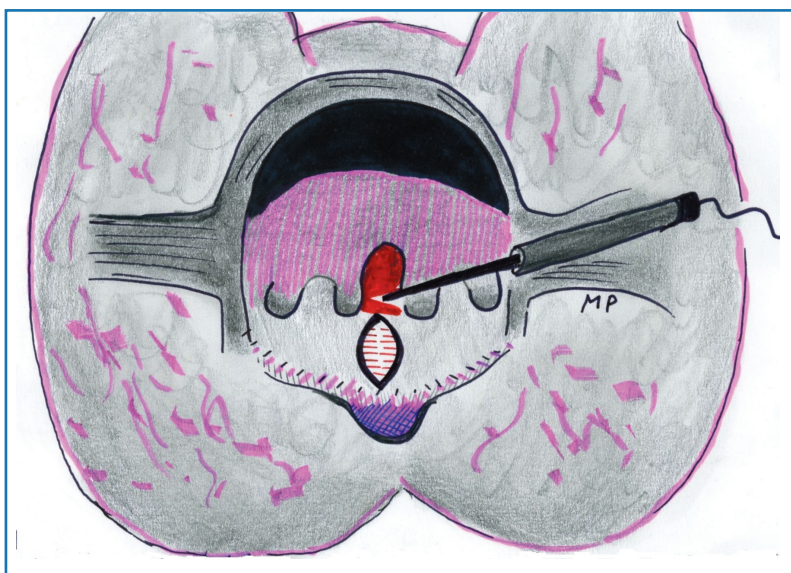
Для более точного анализа рисков различных операций при анальной трещине, основанного на данных литературы, читателю рекомендуется посмотреть руководство Американского общества колоректальных хирургов (ASCRS) — Orsay et al., 2004.

Так, некоторые американские хирурги избегают выполнения внутренней сфинктеротомии из-за риска, что у пациента может появиться инконтиненция (Pelta et al., 2007). Более чем у 100 больных доктор Pelta и его коллеги выполняли только иссечение анальной трещины в просвет кишки и удаление гипертрофированного

анального сосочка у проксимального края анальной трещины. Через год они отметили три рецидива и никаких признаков изменения функции анального удержания после операции.

Вероятно, слово поддержки требуется здесь для читателей, которые теперь беспокоятся о возможности применения сфинктеротомии в лечении анальной трещины, поскольку они имеют риск получить осложнение в виде недержания после этой операции. Najarian и соавторы (все хирурги экспертного класса из Клиники Биллингама) после проведения опроса среди американских колоректальных хирургов написали в журнале *Colorectal Disease* (Najarian et al., 2005): «Тип анального недержания, который наиболее часто развивается после внутренней сфинктеротомии при анальной трещине, представлен недержанием газов. Недержание жидкого и плотного кала встречается только в 2% случаев. Полное недержание после сфинктеротомии — редкость». Это утверждение появлялось только в публикации, название которой обнадеживает сомневающихся проктологов, неохотно меняющих свою стратегию: «Страх, факты или убеждения? Миф об инконтиненции после сфинктеротомии».

Другое обнадеживающее исследование было выполнено в Австралии и представлено на



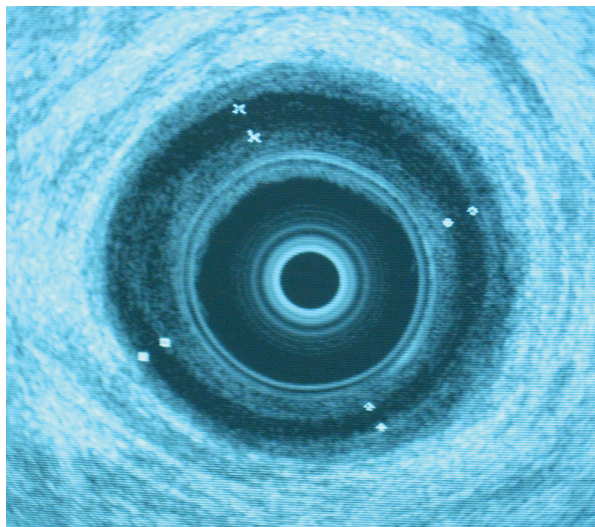
**Рисунок 1.2.** Удаление гипертрофированного анального сосочка (красный) проксимальнее хронической анальной трещины (пунктирная линия), анальный канал и «кожная бахромка» (фиолетовый). Пациент в литотомическом положении, установлен анальный расширитель

конгрессе ASCRS пятью годами позднее (McMurrick et al., 2010; с хорошо известным Polglase в качестве основного автора). Из 228 больных, перенесших сфинктеротомию, ни у одного не было постоянной инконтиненции. Исследование является довольно надежным и достоверным — лучше, чем указанное выше из Клиники Биллингама, поскольку в опросе приняло участие большее количество пациентов (70%).

#### 1.4. Что необходимо делать, если развивается инконтиненция?

В подобной ситуации лучше всего немного подождать, поскольку это проблема временная. Если недержание продолжается, то существуют два пути: а) инъектировать расширяющиеся вещества (PTQ, Solesta, Coaptite, Gate Keeper или Durasphere) в дефект внутреннего сфинктера; б) выполнить трансанальную электростимуляцию (даже на дому) или стимуляцию заднего большеберцового нерва. Сфинктеропластика требуется крайне редко. Безусловно, возможно хирургическое восстановление как внутреннего, так и, если необходимо, наружного сфинктера.

Но что можно сказать о гипертонусе сфинктера перед операцией и его диагностике? В идеале должна быть выполнена манометрия и оценено давление в анальном канале в состоянии покоя, так называемый базальный тонус, который на 80% зависит от внутреннего сфинктера, частично рассекаемого при сфинктеротомии. Если лаборатория снабжена не полиграфом, а ультразвуковым аппаратом с вращающимся датчиком, то может быть определена толщина внутреннего сфинктера. Толщина менее 2 мм свидетельствует о гипертонусе мышцы (рис. 1.3). Однако надо всегда помнить, что этот параметр ненадежен в том случае, если пациент немолод и не страдает запором из-за дистальной обструкции. Со временем длительные натуживания для дефекации делают сфинктер толще, а взаимозависимость между толщиной мышцы внутреннего сфинктера и спазмом становится менее определенной. Вместо этого, как показали мои



**Рисунок 1.3.** Измерение размера внутреннего сфинктера (гипозоховое кольцо) при помощи трансанального ультразвукового исследования с вращающимся датчиком. Два из четырех измерений толщины мышцы менее 2 мм, что свидетельствует о гипертонии. Пациент находится в положении Симса (на левом боку, левая нога вытянута, правая согнута в тазобедренном и коленном суставах), у него рецидив анальной трещины

данные и данные моих коллег в проспективном исследовании, направленном на изучение гипертонуса анального сфинктера (1996), вполне адекватным методом оценки является аккуратное пальцевое исследование прямой кишки указательным пальцем.

В итоге наилучшим выбором будет: а) стандартная сфинктеротомия у больных с заметной гипертонией внутреннего сфинктера; б) минимальная сфинктеротомия у пациентов с легкой гипертонией сфинктера или у пациентов с высоким риском (не только пожилые многорожавшие женщины, но и больные с диареей или перенесшие ранее операции на анусе); в) отказ от сфинктеротомии у больных с нормальным тонусом ануса.

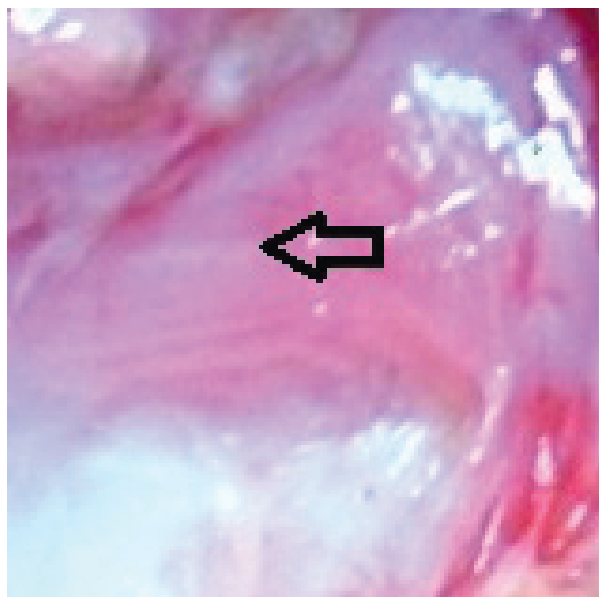
Какая операция может быть выполнена для лечения последней категории пациентов? Существуют два варианта: а) иссечение трещины и анопластика; б) иссечение трещины и инъекция ботокса. Отметим, что ни одна из опций не содержит сфинктеротомию.

При рассечении внутреннего сфинктера внимание должно быть уделено тому, чтобы не пересечь

подкожную порцию наружного сфинктера. Это может показаться очень легким, поскольку внутренний сфинктер белесого цвета, а наружный — розового, однако у пожилых многогрозавших женщин, у больных, страдающих от запоров, и у пациентов с повреждением срамного нерва поперечнополосатая мускулатура наружного сфинктера, особенно в дистальной части, становится дистрофичной и поэтому такой же белесой, как гладкая мускулатура внутреннего сфинктера (рис. 1.4). Ультразвуковое исследование, проведенное в Госпитале Святого Марка, показало, что эти мышцы можно перепутать, приняв наружный сфинктер за внутренний. Ряду больных, которые должны были перенести операцию по иссечению внутреннего сфинктера, на самом деле пересекли наружный сфинктер, его подкожную порцию!

Последний вопрос: актуально ли по-прежнему растяжение ануса в лечении анальной трещины? Эта процедура использовалась в течение нескольких десятилетий. Когда я был в Англии в 1976 году, то посетил Госпиталь Шеффилда и встречался с профессором Duthie, самым быстрым и высококвалифицированным хирургом (он выполнял резекцию по способу Бильрот II за 45 минут!). Его последним на тот момент случаем был пациент с анальной трещиной, которого он лечил перерастяжением анальных мышц, введя четыре пальца в его анус. Эта процедура уже не применяется специалистами, потому что она может вызвать недержание почти у 50% больных (Jensen et al., 1984). Speakman et al. показали, что соответствующие повреждения после подобного растяжения может выявить трансанальное ультразвуковое исследование (1991). Добавлю, что я выполнял подобную процедуру лишь дважды.

Вместе с Luigi Brusciano я исследовал примеры удачной пневматической дилатации (опубликовано в 2005 году вместе с Renzi в качестве основного автора). Walfisch и Silberstein (1998), а позднее Boschetto et al. (2004) также сообщили о положительных результатах от этой процедуры. Однако английские хирурги Collins и Lund (2007) довольно скептически отзываются о ее положительном эффекте.



**Рисунок 1.4.** У многогрозавших или пожилых женщин с нейропатией срамного нерва и дистрофией анального сфинктера дистальная часть наружного сфинктера (стрелка) может быть такой же бледной, как и внутренний сфинктер, что вводит хирурга в заблуждение, и он делает вместо сфинктеротомии внутреннего сфинктера пересечение подкожной порции наружного сфинктера

Некоторые эксперты, такие как, например, Guiseppe Dodi, рекомендуют «дигитоклазию» — более щадящую версию растяжения ануса, при которой используются только два пальца. Процедура может быть проведена амбулаторно, под местной анестезией. При ее выполнении нет ни ран, ни кровотечения, и пациент может сразу идти домой. Однако растяжение ануса совершенно точно не должно выполняться пациентам из группы высокого риска (с дефектным анальным сфинктером).

## 1.5. Анальный сепсис

Лучший способ начать правильное лечение таких пациентов — это выявить наличие абсцесса до проведения операции. Трещина, которая перешла в стадию абсцесса, должна быть установлена до или, в крайнем случае, во время операции; таким образом, абсцесс будет адекватно и своевременно дренирован.