

Марио Пескатори

АНОРЕКТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ: ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ



Вступительное слово

Стэнли Голдберга

УДК 616.34-089

ББК 54.57

П28

Пескатори, Марио

П28 Аноректальная хирургия: профилактика и лечение осложнений / Марио Пескатори [пер. с англ. А. Лангнера]. — Москва : Олимп-Бизнес, 2019. — 264 с., ил.

ISBN 978-5-9693-0395-9

Книга написана известным колоректальным хирургом с большим клиническим и научным опытом, содержит подробные рекомендации по лечению и профилактике осложнений после аноректальной хирургии.

Частота, патогенез, профилактика и лечение таких явлений обсуждаются в 10 частях монографии и представлены более чем в 30 таблицах, 200 рисунках и 1000 ссылок.

Издание предназначено не только проктологам, общим хирургам и перинеологам, но также гастроэнтерологам, эндоскопистам, радиологам и физиотерапевтам.

УДК 616.34-089

ББК 54.57

Все права защищены. Воспроизведение всей книги или ее части в любом виде воспрещается без письменного разрешения издателя.

First published in [English/German] under the Title *Prevention and Treatment of Complications in Proctological Surgery* by Mario Pescatori, edition : 1

Copyright © Springer-Verlag Italia 2012

This edition has been translated and published under license from Springer-Verlag Italia S. r. l., part of Springer Nature.

В оформлении переплета использован рисунок из личного архива Марио Пескатори.

A member of: **BPR** 
Business Publishers Roundtable.com

ISBN 978-5-9693-0395-9

© Mario Pescatori, 2019
© Springer-Verlag Italia, 2012
© Перевод на русский язык, издание, оформление.
Издательство «Олимп-Бизнес», 2019

Оглавление

Вступительное слово	xi
Предисловие	xiii
Благодарности	xv
От переводчика	xvii
01 Анальная трещина	1
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
02 Геморрой	19
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 полужакрытая 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
03	Анальный абсцесс и свищ прямой кишки.	69
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
04	Ректовагинальные свищи	103
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
05	Крестцово-копчиковый пилонидальный синус	119
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
06	Опухоли прямой кишки и ануса	131
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
07	Анальные кондиломы и аноректальные стриктуры	147
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
	Заклучение	161
	Рекомендуемая литература.	161
08	Обструктивная дефекация (ОД) и связанные с ней заболевания	163
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
09	Недержание кала	199
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
10	Выпадение прямой кишки	221
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
Предметный указатель	239

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 гипотизарной 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 Conaguan 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 избегать 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

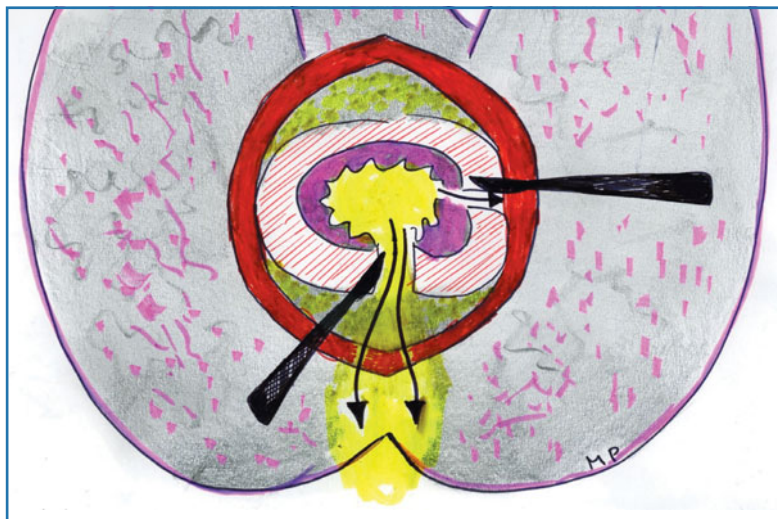


Рисунок 1.1. Пациент находится в литотомическом положении. При выполнении задней сфинктеротомии формируется треугольник из тканей со слабым сопротивлением из-за анатомических соотношений между внутренним сфинктером (розовый) и поверхностной порцией наружного сфинктера (красный). Область слабого сопротивления 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 (Arrooyo 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 Mentesh, 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 ^a
Kanellos	1998	27	23	38 ^b
Farouk	1998	183	2	2
Nyam	2004	585	72	45
Hasse	2004	209	3	21
Hayman	2004	35	1,5	8,6 ^c
Parellada	2004	27	24	45 ^d
Casillas	2005	298	51	7
Mentes	2005	244	12	1
Garcia-Granero	2009	140	21	29
Hancke	2010	30	70–94	47 ^e

NR — нет данных.

^a Недержание кала: 0,5%.^b Недержание кала: 5%; половине больных одновременно была выполнена геморроидэктомия.^c Нарушение качества жизни было отмечено только у 2,9% больных.^d Мокнутие и недержание газов, но без недержания жидкого и твердого кала.^e 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 блокаторм 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

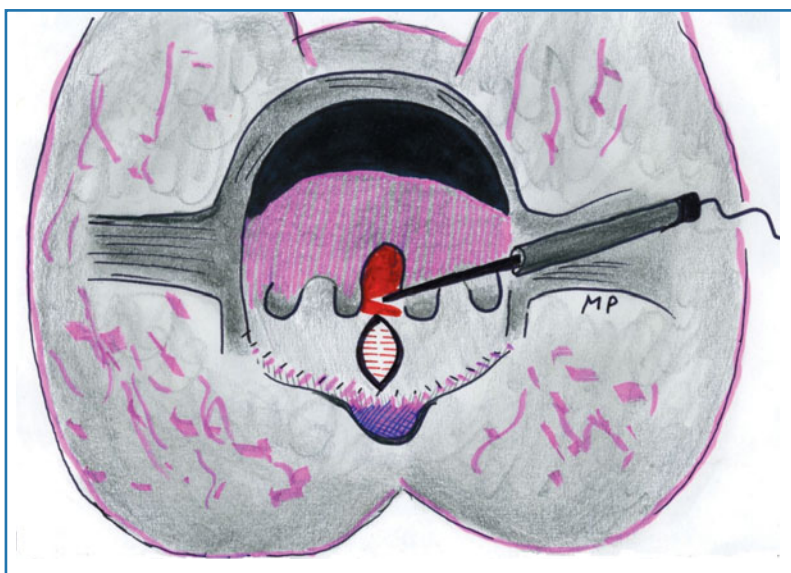


Рисунок 1.2. Удаление гипертрофированного анального сосочка (красный) проксимальнее хронической анальной трещины (пунктирная линия), анальный канал и «кожная бахромка» (фиолетовый). Пациент в литотомическом положении, установлен анальный расширитель

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

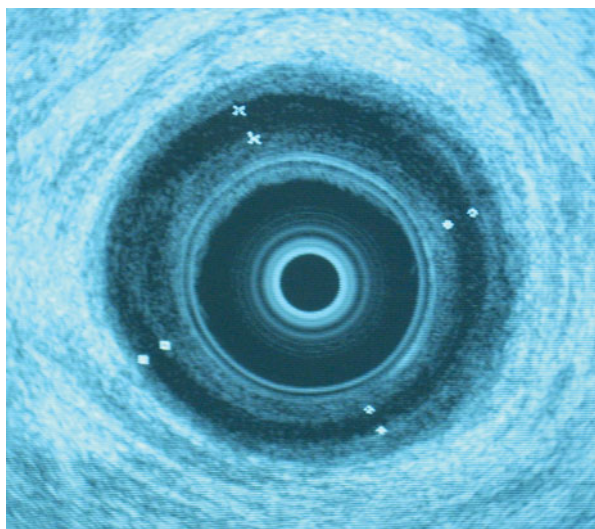


Рисунок 1.3. Измерение размера внутреннего сфинктера (гипоэхогенное кольцо) при помощи трансанального ультразвукового исследования с вращающимся датчиком. Два из четырех измерений толщины мышцы менее 2 мм, что свидетельствует о гипертонии. Пациент находится в положении Симса (на левом боку, левая нога 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 гипертензией внутреннего сфинктера; б) минимальная сфинктеротомия у пациентов с легкой гипертензией 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 многожизненных 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, вводя 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 Bruscianno 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 отзывались о ее положительном эффекте.

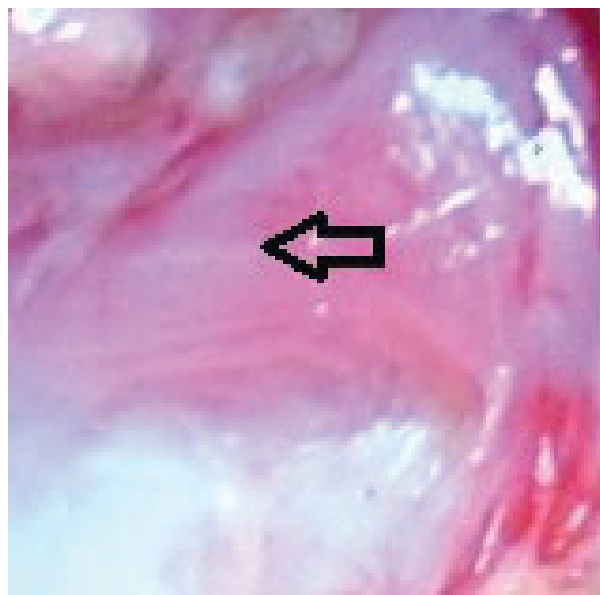


Рисунок 1.4. У многожизненных или пожилых женщин с нейропатией срамного нерва и дистрофией анального сфинктера дистальная часть наружного сфинктера (стрелка) может быть такой же бледной, как и внутренний сфинктер, что вводит хирурга в заблуждение, и он делает вместо сфинктеротомии внутреннего сфинктера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

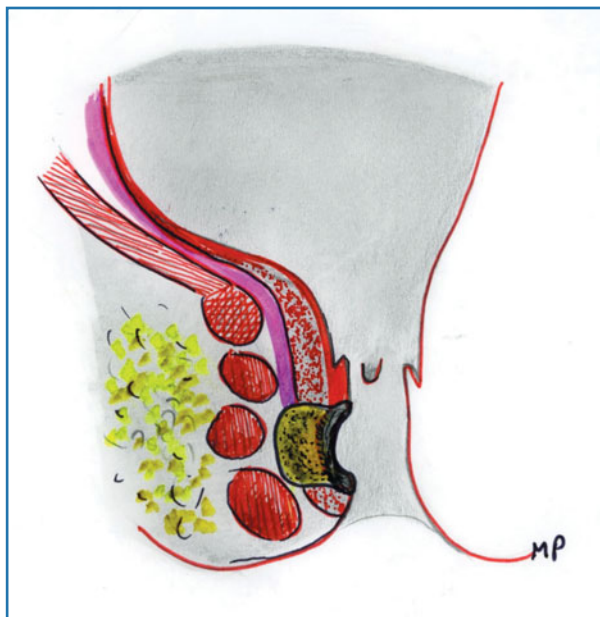


Рисунок 1.5. Анальная трещина с абсцессом

Если пациент страдает иммунодефицитом, сахарным диабетом, если он не соблюдает гигиену перианальной области или заживление раны замедлено, то может сформироваться абсцесс, наиболее часто в левом боковом межсфинктерном пространстве или перианальной области, что приведет к формированию свища прямой кишки (рис. 1.5). Это требует лечения антибиотиками с выскабливанием полости ложечкой Фолькмана в условиях амбулаторного кабинета, а может, даже ревизии раны под наркозом в операционной.

Развитие нагноения иногда связано с применением неправильной хирургической техникой. Если начало разреза сделано в нижней части анального канала вместо перианальной кожи или если слизистая оболочка анального канала была рассечена во время закрытой сфинктеротомии, то пациенту будет трудно ухаживать за раной «внутри» ануса так, чтобы она была чистой; дезинфицировать ее сидячими ванночками будет довольно сложно. К тому же, если не достигнут хороший гемостаз, может сформироваться гематома, которая впоследствии инфицируется. Если после сфинктеротомии вся хирургическая рана

защита, то это может привести к формированию в ней гнойного воспаления.

Часто ли после анопластики развивается сепсис? Несмотря на то что сепсис — ожидаемое осложнение, поскольку имеются ушитые раны в анальном канале, он случается довольно редко. Нагноение развилось только у двоих из 16 пациентов в вышеупомянутом исследовании, проведенном Patti et al., где анопластика выполнялась скользящим кожным лоскутом, а расхождение швов было отмечено только у трех из 54 больных после Y-V-анопластики в серии наблюдений Chambers et al. (2010), что, предположительно, было связано с нагноением.

1.6. Несостоятельность швов

Несостоятельность швов наиболее часто встречается у пациентов с сахарным диабетом и болезнью Крона. В этих случаях Yakovlev et al. (2011) предлагают временную стимуляцию сакральных нервов.

Расхождение швов в промежностной ране не представляет особой проблемы: рана маленькая (она должна быть не более 1–2 см) и заживает вторичным натяжением. Единственным эффективным методом является использование быстрорастворимых нитей — кетгута (который часто недоступен) или Викрила Рапид, которые смогут открыть путь гною из воспалившихся под раной тканей. Более того, Nelson (2005) показал, что среди хирургических ран, полученных при лечении анальной трещины, рана от боковой внутренней сфинктеротомии заживает лучше и быстрее других.

Теперь хотелось бы обсудить проблему, возникающую при ушивании лоскутов слизистой или, что более часто, кожи при анопластике. Как сказано ранее, небольшое расхождение таких швов встретилось у трех из 21 моего пациента. К счастью, это было лишь небольшое расхождение (не более двух-трех швов) и всё обошлось без серьезных последствий, за исключением более длительного периода заживления



Рисунок 1.6. Частичное расхождение швов после кожной анопластики (звездочка) при иссечении хронической трещины без гипертонуса анальных сфинктеров. Аноректальное кольцо изображено розовым цветом. Открепившийся сегмент кожного лоскута от эпителия верхней части анального канала обнажил волокна подлежащего сфинктера

ран (рис. 1.6). Раны не стали хроническими, и трещина не возникла повторно. Такая же проблема наблюдалась у двух из 16 пациентов доктора Patti et al. (2008), но ни одному пациенту не потребовалась повторная операция. Однако одному из трех пациентов Chambers et al. (2010), у которых швы разошлись, потребовалась повторная операция.

Kundall et al. (2003) считают, что ГБО-терапия является эффективной у больных с хирургическими ранами, которые долго не заживают при использовании традиционных методов лечения.

Влияет ли метод, выбранный для анопластики, на риск несостоятельности швов? Вероятно, может влиять, хотя я не знаю ни одного рандомизированного исследования по этому вопросу. Различные авторы подчеркивают тот факт, что они не используют электрокоагуляцию при подготовке кожного лоскута, не берут лоскут из задней комиссуры (спайки), поскольку средняя линия хуже кровоснабжается, а также удаляют подлежащие рубцовые ткани (с целью наложения швов только на жизнеспособные здоровые ткани). Это элементарные правила пластической хирургии, и я всегда им следую.

В моей практике у больных не было анального стеноза, но в медицинской литературе данная

проблема описана. Это одна из опасностей значительного расхождения швов. Пациентам с риском развития анального стеноза следует рекомендовать самостоятельно делать дома пальцевое исследование анального канала или бужирование, используя, к примеру, дилатан (Dilatan) от Sapimed.

Если рана сохраняется, то врач должен назначить такие ранозаживляющие средства на масляной основе, как VEA, Colostrum, Vulnamin, Abound, Cicatrten или Fitostimoline. Если при этом еще наблюдается гипертонус сфинктеров, который может замедлять заживление или препятствовать ему, то для его лечения может применяться Antroline, блокатор кальциевых каналов и анестетик, либо Rectogesic (где активный ингредиент — нитроглицерин). Эти кремы предназначены для поверхностного использования. Dermatrans и подобные препараты, то есть пластыри с медленно высвобождающимся нитратом, который вызывает вазодилатацию и расслабление сфинктера, также могут быть использованы, но не у пациентов с гипотензией и у не принимающих сосудорасширяющие препараты; он также не показан беременным. Основным побочным эффектом является головная боль. В случаях с гипертонией

и подострым стенозом можно применять анальные дилататоры, такие как дилатан.

Еще одну деталь надо помнить не о кожных лоскутах, а о разрезах кожи при выполнении сфинктеротомии: если разрез выполнен по средней линии, он заживает медленнее (Saad and Omer, 1992), потому что, как указано выше, кровоснабжение этой области весьма ограничено.

1.7. Секреты мастерства

*Это первый раздел «Секреты мастерства». Некоторые из секретов вам будут уже знакомы, другие в любом случае достойны упоминания. В дополнение к этому, пожалуйста, имейте в виду, что в журнале *Techniques in Coloproctology*, главным редактором которого я являюсь (www.springerlink.com), также имеется раздел «Секреты мастерства», где публикуются присылаемые нам сообщения об авторских приемах из личного опыта. Прочитайте инструкции для авторов по подаче рукописей онлайн.*

Технические приемы при операциях по поводу анальной трещины:

1. Риск интраоперационного кровотечения может быть сведен к минимуму при выполнении внутренней сфинктеротомии. Вместо использования ножниц или электрокоагулятора для пересечения мышц оставьте верхушку очень узких ножниц с тупыми концами у дистального края сфинктера и попросите операционную сестру коснуться их электрокоагулятором. Диссекция пойдет постепенно, плавно и с минимальным кровотечением (рис. 1.7).
2. Другой способ получения хорошего гемостаза: если после выполнения внутренней сфинктеротомии края пересеченной мышцы упорно кровоточат, старайтесь избегать излишнего коагулирования, поскольку конечным результатом этого может оказаться ишемия и некроз с изъязвлением эпителия анального канала и последующим формированием раны в анальном канале, которая очень медленно заживает. Вместо этого сперва попробуйте следующее: зажмите необходимое место пальцем, инфильтрируйте область разрезом раствором с адреналином иглой или без иглы.
3. Если трещина глубокая, имеет плотные толстые края и вы сомневаетесь, что простое выскабливание будет эффективно для удаления ее тканей,



Рисунок 1.7. Электрокоагуляция, «переданная» на зажим, используется для гемостаза после боковой подкожной сфинктеротомии. Прямая электрокоагуляция самим электродом, скорее всего, лишь спровоцирует интраоперационное кровотечение

или вам кажется, что есть неопластические клетки, используйте ножницы или электрокоагулятор, чтобы выполнить удаление, и, если необходимо, отправляйте препарат на гистологическое исследование. Если у пациента наблюдается спазм сфинктера либо если вы приняли решение закончить операцию выполнением сфинктеротомии, то в любом случае старайтесь избегать боковой сфинктеротомии, хотя в основном она и выполняется специалистами, — иначе сформируется вторая операционная рана, что осложнит послеоперационный период.

В таких случаях я выполняю заднюю сфинктеротомию в том месте, где удалена трещина и виден внутренний сфинктер. Рана затем закрывается с применением техники, описанной Arnoux или Martin, и низведением слизистой дистальной части прямой кишки. Или еще лучше: для снижения риска образования эктропиона слизистой при закрытии послеоперационного дефекта слизистой анального канала может быть использован эпителий его проксимальной части. Рекомендую делать такую манипуляцию, поскольку в противном случае, как уже сказано выше, эта наименее устойчивая зона может давать подтекание слизи после операции. Описанный технический прием особенно эффективен у пациентов с болезнью Крона или сахарным диабетом, так как их раны заживают хуже, а две послеоперационные раны представляют большую проблему, чем одна. Однако данный подход не рекомендуется пациентам, у которых до операции уже было подтекание слизи из анального канала, поскольку это лишь усилит их проблемы с недержанием. Но, как неоднократно уже говорилось в данной главе, у больных с гипотонусом сфинктера в первую очередь лучше избегать сфинктеротомии.

1.8. Запомнившееся осложнение

Теперь перейдем к серии поразительных послеоперационных осложнений, которые я наблюдал на практике после выполнения хирургических

операций в аноректальной области и на тазовом дне. Каждое из них представлено как интерактивное упражнение. На середине пути читателю будут заданы вопросы: «Что случилось дальше? Почему осложнение развилось? Что бы вы сделали в этой ситуации?»

Внимание: после описания почти каждого из этих осложнений дается рисунок, который суммирует развитие ситуации и лечение. Если вы решите принять участие в упражнении, я предлагаю не смотреть на картинки до тех пор, пока не закончите чтение истории осложнения, иначе очевидное решение вы найдете раньше времени.

Пациенткой с нашим первым запомнившимся осложнением была психологически стабильная 47-летняя женщина, страдавшая хроническим запором, прокталгией и небольшим ректальным кровотечением.

Ее лечащий врач выявил у нее анальную трещину, которую лечил обезболивающей мазью с кортизоном. Поскольку это было неэффективно, пациентка решила проконсультироваться со специалистом, который при пальцевом исследовании выявил внутреннее выпадение слизистой прямой кишки. Женщина была оперирована несколькими днями позже и перенесла циркулярную резекцию прямой кишки (STARR). При этом ни ректоскопии, ни манометрии, ни ТРУЗИ до операции выполнено не было.

Через неделю у пациентки поднялась высокая температура, начались боли в животе и было выявлено расхождение швов анастомоза и анальный стеноз. Несколько месяцев спустя она обратилась к другому хирургу, а потом пришла ко мне. У нее была обструктивная дефекация, тенезмы и выделение крови из прямой кишки. Я изучил результаты различных обследований и при проктоскопии выявил, что в области анастомоза торчали скрепки, свободно свисавшие в просвет прямой кишки. Я принял решение об операции, во время которой обнаружил свищ области анастомоза и дивертикул; обе патологии были связаны с несостоятельностью анастомоза после операции, в том числе и стеноз прямой кишки.

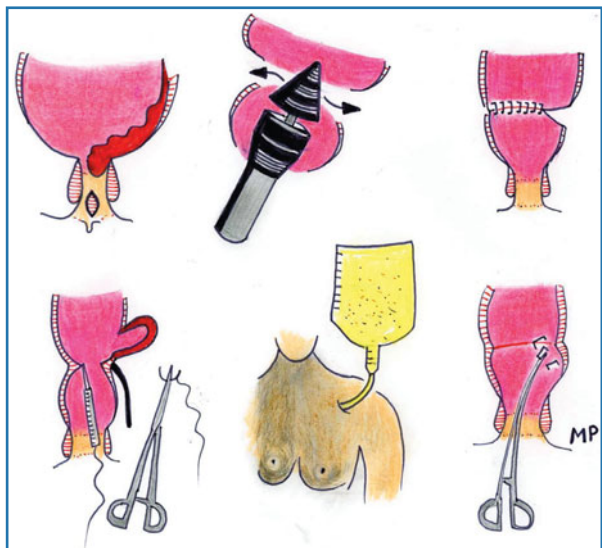


Рисунок 1.8. STARR выполнена у пациентки с анальной трещиной для лечения внутреннего выпадения прямой кишки. Это привело к расхождению швов (верхняя схема), затем к стенозирующей стриктуре, дивертикулу прямой кишки и образованию свища (черный цвет на рисунке внизу слева). После курса домашнего парентерального питания раны зажили, но пациентка по-прежнему страдает тяжелой хронической болью в прямой кишке, несмотря на удаление скрепок

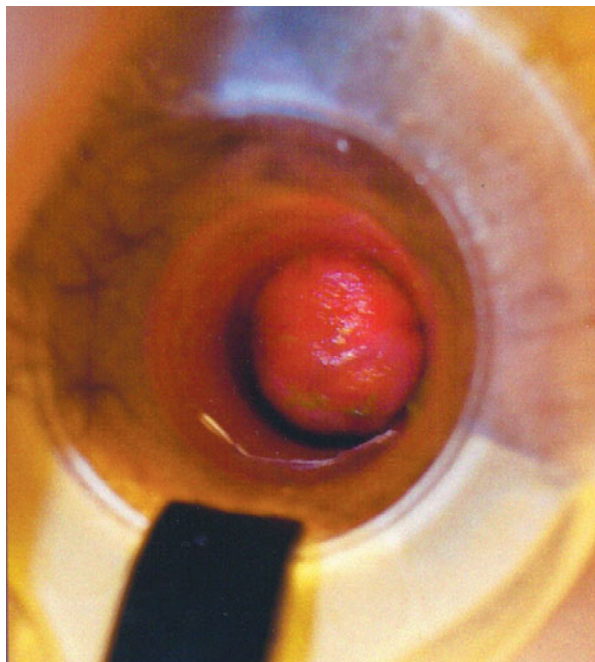


Рисунок 1.9 а. Этот пациент в положении Симса лечился по поводу рецидива внутреннего выпадения слизистой прямой кишки

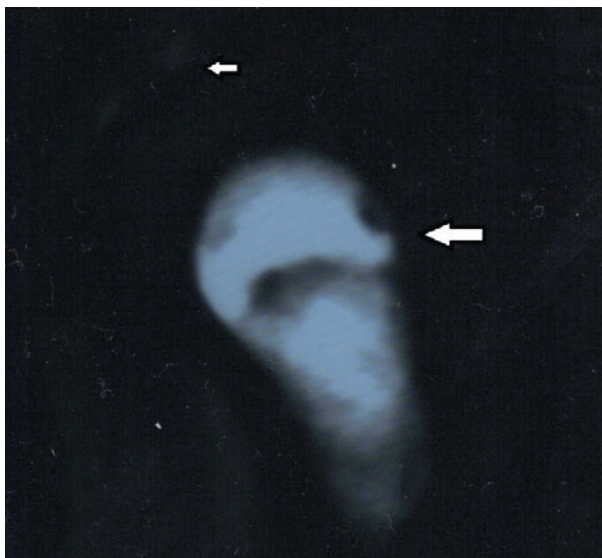


Рисунок 1.9 б. Сагиттальное изображение МРТ. Больной страдает тяжелой прокталгией. Ранее перенес операцию STARR, округлая область накопления препарата свидетельствует о наличии абсцесса или воспаления в зоне анастомоза (большая стрелка). Маленькая стрелка: крестец и копчик

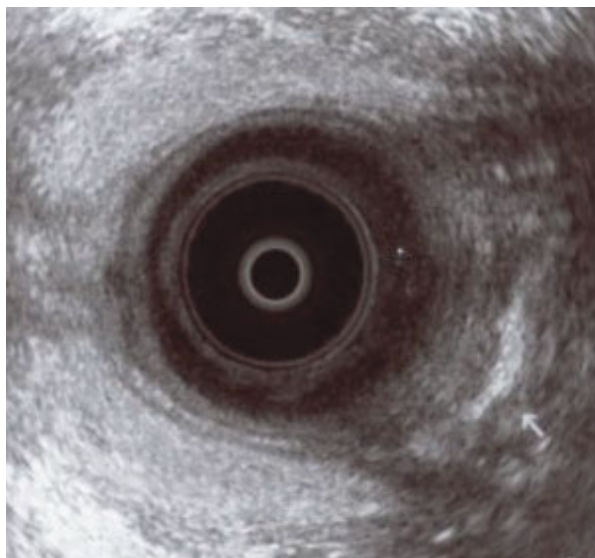


Рисунок 1.9 с. Трансанальное УЗИ с вращающимся датчиком у больного в положении Симса. Спереди (стрелка), сразу выше лонно-прямокишечной мышцы есть гиперэхогенная зона, представленная скрепками и послеоперационным фиброзом. При введении датчика в прямую кишку пациент испытывал боль в этом месте

Что бы вы предложили сделать в такой ситуации?

Я открыл свищ и дивертикул в просвет прямой кишки и выполнил анопластику по поводу анального стеноза (рис. 1.8 и 1.9). Состояние пациентки улучшилось через несколько месяцев, но потом вернулась прокталгия с болью, возникающей во время акта дефекации, что оказывало крайне негативный эффект на качество ее жизни. Voccasanta et al. (2004) сообщили, что у 20% больных, перенесших STARR, отмечается болезненная дефекация. В связи с тем, что моя пациентка отказалась от постоянной колостомы, я предложил ей период полного парентерального питания на дому для того, чтобы кишка могла восстановиться с учетом более редких позывов к дефекации. При применении этого подхода боль действительно существенно уменьшилась. На повторных осмотрах выполнялось удаление скрепок из прямой кишки. Однако через три месяца, когда она уже вернулась к нормальной диете, снова появились сильные боли. Прошло больше года, а пациентка всё еще страдает от сильных болей в прямой кишке — и это результат неправильного лечения анальной трещины.

Тем не менее метод STARR не бесполезен в лечении анальной трещины. В недавно опубликованном сообщении в *British Journal of Surgery* немецкие авторы писали о заживлении анальной трещины после операции STARR по поводу обструктивной дефекации. Пациенты, вероятно, имели гипертонус анальных сфинктеров, который был скорректирован дилатацией 36-миллиметровым циркулярным анальным расширителем (CAD); кроме того, было выполнено минимальное анальное растяжение для введения этого устройства в анальный канал. В любом случае лечение анальной трещины при помощи STARR — это как использование автомата Калашникова против комара, который пищит около вашего дома: комар будет убит, но и в стене останется большая дыра. Нечто подобное случилось и с вышеописанной пациенткой — стенка прямой кишки дала дорогу осложнению: разошлись швы, образовался свищ и патологическая полость (дивертикул). Результаты лечения оказались хуже,

чем само заболевание. В связи с тем, что состояние здоровья пациентки никак не улучшалось, она подала в суд на первого хирурга по поводу слишком большого объема операции, которую он сделал. Так как лучшая форма защиты — это нападение, тот хирург обвинил меня в проблемах пациентки. Решение по делу будет принято в суде.

Заключение

Местное воспаление и кровотечение довольно редко при хирургическом лечении анальной трещины. Наиболее частым осложнением является недержание, обычно газов и слизи, что редко бывает тяжелым и длительным, за исключением результатов применения мануальной девульсии ануса. Рекомендуется избегать внутренней сфинктеротомии, кроме случаев спазма внутреннего сфинктера, и выполнять лишь частичную сфинктеротомию, если у больного отмечается гипертонус сфинктера вместе с недостаточностью его функции. Пожилые или многорожавшие женщины, так же как и пациенты с синдромом диареи, имеют высокий риск развития инконтиненции после сфинктеротомии.

Иссечение трещины с инъекцией ботокса и простое иссечение трещины в просвет анального канала являются двумя методами лечения с наименьшим риском инконтиненции.

Замедленное заживление послеоперационной раны и нагноение в ней могут возникать особенно часто у пациентов с сахарным диабетом или болезнью Крона, при выполнении операции иссечения трещины и анопластики. Несостоятельность швов может быть осложнением при последнем типе хирургических вмешательств.

Рекомендуемая литература

- Abcarian H. (1980). Surgical correction of chronic anal fissure: results of lateral internal sphincterotomy vs fissurectomy-midline sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 23: 31–36.
- Aigner F., Conrad F. (2008). Fissurectomy for treatment of chronic anal fissures. *Dis Colon Rectum* 51: 1163.

- Algaithy Z. K. (2008). Botulinum toxin versus surgical sphincterotomy in females with chronic anal fissure. *Saudi Med J* 29: 1260–1263.
- Altomare D. F., Rinaldi M., Troilo V. L. et al. (2005). Closed ambulatory lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissures. *Tech Coloproctol* 9: 248–249.
- Altomare D. F., Binda G. A., Canuti S. et al. (2011). The management of patients with primary chronic anal fissure: a position paper. *Tech Coloproctol* 15 (in press).
- Argov S., Levandovsky O. (2000). Open lateral sphincterotomy is still the best treatment for chronic anal fissure. *Am J Surg* 179: 201–202.
- Arroyo A., Pérez F., Serrano P. et al. (2004). Open versus closed lateral sphincterotomy performed as an outpatient procedure under local anesthesia for chronic anal fissure: prospective randomized study of clinical and manometric long-term results. *J Am Coll Surg* 199: 361–367.
- Arthur J. D., Makin C. A., El-Sayed T. Y. et al. (2008). A pilot comparative study of fissurectomy/diltiazem and fissurectomy/botulinum toxin in the treatment of chronic anal fissure. *Tech Coloproctol* 12: 331–336.
- Badejo O. A. (1984). Outpatient treatment of fissure-in-ano. *Trop Geogr Med* 36: 367–369.
- Baraza W., Boereboom C., Shorthouse A. et al. (2008). The long-term efficacy of fissurectomy and botulinum toxin injection for chronic anal fissure in females. *Dis Colon Rectum* 51: 239–243.
- Boccasanta P., Venturi M., Stuto A. et al. (2004). Stapled transanal rectal resection for outlet obstruction: a prospective, multicenter trial. *Dis Colon Rectum* 47: 1285–1296.
- Boschetto S., Giovannone M., Tosoni M. et al. (2004). Hydro-pneumatic anal dilation in conservative treatment of chronic anal fissure: clinical outcomes and randomized comparison with topical nitroglycerin. *Tech Coloproctol* 8: 89–92.
- Brisinda G., Cadeddu F., Mazzeo P. et al. (2007). Botulinum toxin A for the treatment of chronic anal fissure. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 1: 219–228.
- Brown C. J., Dubreuil D., Santoro L. et al. (2007). Lateral internal sphincterotomy is superior to topical nitroglycerin for healing chronic anal fissure and does not compromise long-term fecal continence: six-year follow-up of a multicenter, randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum* 50: 442–448.
- Cerdán F. J., Ruiz de León A., Azpiroz F. et al. (1982). Anal sphincteric pressure in fissure-in-ano before and after lateral internal sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 25: 198–201.
- Chambers W., Sajal R., Dixon A. (2010). V-Y advancement flap as first-line treatment for all chronic anal fissures. *Int J Colorectal Dis* 25: 645–648.
- Cho D. Y. (2005). Controlled lateral sphincterotomy for chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 48: 1037–1041.
- Collins E. E., Lund J. N. (2007). A review of chronic anal fissure management. *Tech Coloproctol* 11: 209–223.
- Conaghan P., Farouk R. (2010). Anal fissure healing and sphincter preservation can be successfully achieved in most patients with chronic anal fissure. ASCRS Meeting Abstracts. *Dis Colon Rectum* 53: 587.
- Cundall J. D., Gardiner A., Laden G. et al. (2003). Use of hyperbaric oxygen to treat chronic anal fissure. *Br J Surg* 90: 452–453.
- Elsebae M. M. (2007). A study of fecal incontinence in patients with chronic anal fissure: prospective, randomized, controlled trial of the extent of internal anal sphincter division during lateral sphincterotomy. *World J Surg* 31: 2052–2057.
- Farouk R., Monson J. R., Duthie G. S. (1997). Technical failure of lateral sphincterotomy for the treatment of chronic anal fissure: a study using endoanal ultrasonography. *Br J Surg* 84: 84–88.
- Favetta U., Amato A., Interisano A. et al. (1996). Clinical, manometric and sonographic assessment of the anal sphincters. A comparative prospective study. *Int J Colorectal Dis* 11: 163–166.
- Favetta U., Amato A., Interisano A. et al. (1994). Comparative evaluation of anal resting tone and sphincter relaxation by means of digital exploration, anorectal manometry and anal ultra-sound. *Tech Coloproctol* 3: 14–15.
- Filingeri V., Gravante G. (2005). A prospective randomized trial between subcutaneous lateral internal sphincterotomy with radiofrequency bistoury and conventional Parks' operation in the treatment of anal fissures. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 9: 175–178.
- Garcea G., Sutton C., Mansoori S. et al. (2003). Results following conservative lateral sphincteromy for the treatment of chronic anal fissures. *Colorectal Dis* 5: 311–314.
- García-Granero E., Sanahuja A., García-Botello S. A. et al. (2009). The ideal lateral internal sphincterotomy: clinical and endosonographic evaluation following open and closed internal anal sphincterotomy. *Colorectal Dis* 11: 502–507.
- Giordano P., Gravante G., Grondona P. et al. (2009). Simple cutaneous advancement flap anoplasty for resistant chronic anal fissure: a prospective study. *World J Surg* 33: 1058–1063.
- Goligher J. C. (1965). An evaluation of internal sphincterotomy and simple sphincter-stretching in the treatment of fissure-in-ano. *Surg Clin North Am* 45: 1299–1304.
- Gupta P. J. (2005). A study of suppurative pathologies associated with chronic anal fissures. *Tech Coloproctol* 9: 104–107.
- Gupta P. J., Kalaskar S. (2003). Removal of hypertrophied anal papillae and fibrous anal polyp increases patient satisfaction after anal fissure surgery. *Tech Coloproctol* 155–158.
- Hancke E., Rikas E., Suchan K. et al. (2010). Dermal flap coverage for chronic anal fissure: lower incidence of anal incontinence compared to lateral internal sphincterotomy after long-term follow-up. *Dis Colon Rectum* 53: 1563–1568.
- Herold A., Lehur P. A., Matzel K. E., O'Connell P. R. (2008). *Coloproctology* (series: European Manual of Medicine). Springer, pp. 45–51.

- Jensen S. L., Lund F., Nielsen O. V. et al. (1984). Lateral subcutaneous sphincterotomy versus anal dilatation in the treatment of fissure in ano in outpatients: a prospective randomised study. *Br Med J* 289: 528–530.
- Kang G. S., Kim B. S., Choi P. S. et al. (2008). Evaluation of healing and complications after lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure: marginal suture of incision vs open left incision: prospective, randomized, controlled study. *Dis Colon Rectum* 51: 329–333.
- Katsinelos P., Papaziogas B., Koutelidakis I. et al. (2006). Topical 0.5% nifedipine vs lateral internal sphincterotomy for the treatment of chronic anal fissure: long-term follow-up. *Int J Colorectal Dis* 21: 179–183.
- Khubchandani I. T., Reed J. F. (1989). Sequelae of internal sphincterotomy for chronic fissure in ano. *Br J Surg* 76: 431–434.
- Kiyak G., Korukluoğlu B., Kuşdemir A. et al. (2009). Results of lateral internal sphincterotomy with open technique for chronic anal fissure: evaluation of complications, symptom relief, and incontinence with long-term follow-up. *Dig Dis Sci* 54: 2220–2224.
- Leong A. (2005). Internal sphincterotomy versus rotation flap to treat chronic anal fissures. *Asian J Surg* 28: 192.
- Leong A. F., Seow-Choen F. (1995). Lateral sphincterotomy compared with anal advancement flap for chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 38: 69–71.
- Libertiny G., Knight J. S., Farouk R. (2002). Randomised trial of topical 0.2% glyceryl trinitrate and lateral internal sphincterotomy for the treatment of patients with chronic anal fissure: long-term follow-up. *Eur J Surg* 168: 418–421.
- Liratzopoulos N., Efremidou E. I., Papageorgiou M. S. et al. (2006). Lateral subcutaneous internal sphincterotomy in the treatment of chronic anal fissure: our experience. *J Gastrointest Liver Dis* 15: 143–147.
- Lolli P., Malleo G., Rigotti G. (2010). Treatment of chronic anal fissures and associated stenosis by autologous adipose tissue transplant: a pilot study. *Dis Colon Rectum* 53: 460–466.
- Lubowski D. (2008). Topical therapy is first line treatment for chronic anal fissure because of the risk of incontinence with sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 51: 1157–1158.
- Lysy J., Israeli E., Levy S. et al. (2006). Long-term results of «chemical sphincterotomy» for chronic anal fissure: a prospective study. *Dis Colon Rectum* 49: 858–864.
- Maturanza M., Maritato F., Costanzo A. et al. (1997). Combined outpatient surgical-cryotherapeutic treatment of anal fissures. Our experience. *Minerva Chir* 52: 393–395.
- McMurrick P., Polglase A., Binns K. et al. (2010). Prospective Comparison Of Sphincterotomy vs Botox Injection For Anal Fissure. ASCRS Meeting Abstracts. *Dis Colon Rectum* 53: 588.
- Menteş B. B., Ege B., Leventoglu S. et al. (2005). Extent of lateral internal sphincterotomy: up to the dentate line or up to the fissure apex? *Dis Colon Rectum* 48: 365–370.
- Menteş B. B., Güner M. K., Leventoglu S. et al. (2008). Fine-tuning of the extent of lateral internal sphincterotomy: spasm-controlled vs up to the fissure apex. *Dis Colon Rectum* 51: 128–133.
- Menteş B. B., Irkörüçü O., Akin M. et al. (2003). Comparison of botulinum toxin injection and lateral internal sphincterotomy for the treatment of chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 46: 232–237.
- Menteş B. B., Tezcaner T., Yilmaz U. et al. (2006). Results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to quality of life. *Dis Colon Rectum* 49: 1045–1051.
- Miliacca C., Gagliardi G., Pescatori M. (2010). The 'Draw-the-Family Test' in the preoperative assessment of patients with anorectal diseases and psychological distress: a prospective controlled study. *Colorectal Dis* 12: 792–798.
- Mishra R., Thomas S., Maan M. S. et al. (2005). Topical nitroglycerin versus lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure: prospective, randomized trial. *ANZ J Surg* 75: 1032–1035.
- Mousavi S. R., Sharifi M., Mehdikhah Z. (2009). A comparison between the results of fissurectomy and lateral internal sphincterotomy in the surgical management of chronic anal fissure. *J Gastrointest Surg* 13: 1279–1282.
- Nelson R. (2005). Operative procedures for fissure in ano. *Cochrane Database Syst Rev* 18: CD002199.
- Orsay C., Rakinic J., Perry W. B. et al. (2004). Practice parameters for the management of anal fissures (revised). *Dis Colon Rectum* 47: 2003–2007.
- Ortiz H., Marzo J., Armendariz P. et al. (2005). Quality of life assessment in patients with chronic anal fissure after lateral internal sphincterotomy. *Br J Surg* 92: 881–885.
- Pascual M., Parés D., Pera M. et al. (2008). Variation in clinical, manometric and endosonographic findings in anterior chronic anal fissure: a prospective study. *Dig Dis Sci* 53: 21–26.
- Patti R., Famà F., Barrera T. et al. (2010). Fissurectomy and anal advancement flap for anterior chronic anal fissure without hypertonia of the internal anal sphincter in females. *Colorectal Dis* 12: 1127–1130.
- Pelta A. E., Davis K. G., Armstrong D. N. (2007). Subcutaneous fissurectomy: a novel procedure for chronic fissure-in-ano. A review of 109 cases. *Dis Colon Rectum* 50: 1662–1667.
- Pérez-Miranda M., Robledo P., Alcalde M. et al. (1996). Endoscopic anal dilatation for fissure-in-ano: a new outpatient treatment modality. *Rev Esp Enferm Dig* 88: 265–272.
- Pernikoff B. J., Eisenstat T. E., Rubin R. J. et al. (1994). Reappraisal of partial lateral internal sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 37: 1291–1295.
- Pescatori M., Ayabaca S. M., Cafaro D. (2002). Tailored sphincterotomy or fissurectomy and anoplasty? *Dis Colon Rectum* 45: 1563–1564; author reply 1564.

- Pescatori M., Interisano A., Basso L. et al. (1995). Management of perianal Crohn's disease. Results of a multicenter study in Italy. *Dis Colon Rectum* 38: 121–124.
- Pescatori M., Maria G., Anastasio G. (1991). «Spasm related» internal sphincterotomy in the treatment of anal fissure. *Coloproctology* 13: 20–22.
- Pescatori M., Mattana C. (2008). Fissures. In: *Coloproctology*; Herold A., Lehur P.-A., Matzel K. E., O'Connell P. R. Eds; pp. 45–51.
- Poisson J. (1997). Anal fissure. *Can J Surg* 20: 417–421.
- Ram E., Alper D., Stein G. Y. et al. (2005). Internal anal sphincter function following lateral internal sphincterotomy for anal fissure: a long-term manometric study. *Ann Surg* 242: 208–211.
- Renzi A., Bruscianno L., Pescatori M. et al. (2005). Pneumatic balloon dilatation for chronic anal fissure: a prospective, clinical, endosonographic, and manometric study. *Dis Colon Rectum* 48: 121–126.
- Renzi A., Izzo D., Di Sarno G. et al. (2008). Clinical, manometric, and ultrasonographic results of pneumatic balloon dilatation vs lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure: a prospective, randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum* 51: 121–127.
- Rosa G., Lolli P., Piccinelli D. et al. (2005). Calibrated lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure. *Tech Coloproctol* 9: 127–131; discussion 31–32.
- Saad A. M., Omer A. (1992). Surgical treatment of chronic fissure in ano: a prospective randomized study. *East Afr Med J* 69: 613–615.
- Sajid M. S., Vijaynagar B., Desai M. et al. (2008). Botulinum toxin vs glyceryltrinitrate for the medical management of chronic anal fissure: a meta-analysis. *Colorectal Dis* 10: 541–546.
- Simkovic D., Smejkal K., Hladík P. (2000). Assessment of sphincterotomy results in patients treated for anal fissure. *Rev Esp Enferm Dig* 92: 399–404.
- Speakman C. T., Burnett S. J., Kamm M. A. et al. (1991). Sphincter injury after anal dilatation demonstrated by anal endosonography. *Br J Surg* 78: 1429–1430.
- Srinivasaiah N., Laden G., Duthie G. S. et al. (2008). The long-term efficacy of fissurectomy and botulinum toxin injection for chronic anal fissure in females. *Dis Colon Rectum* 51: 1589.
- Usatoff V., Polglase A. L. (1995). The longer term results of internal anal sphincterotomy for anal fissure. *Aust N Z J Surg* 65: 576–578.
- Vafai M., Mann C. V. (1981). Closed lateral internal anal sphincterotomy without removal of sentinel pile for fissure-in-ano. *Coloproctology* 3: 91–93.
- Walfisch S., Silberstein E. (1998). Balloon anal dilatation for anal fissure. *Tech Coloproctol* 2: 73–75.
- Wiley M., Day P., Rieger N. et al. (2004). Open vs closed lateral internal sphincterotomy for idiopathic fissure-in-ano: a prospective, randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum* 47: 847–852.
- Yakovlev A., Karasev S. A., Dolgich O. Y. (2011). Sacral nerve stimulation: a novel treatment of chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 54: 324–327.
- Yucel T., Gonullu D., Oncu M. et al. (2009). Comparison of controlled-intermittent anal dilatation and lateral internal sphincterotomy in the treatment of chronic anal fissures: a prospective, randomized study. *Int J Surg* 7: 228–231.
- Zbar A. P., Pescatori M. (2004). Functional outcome following lateral internal anal sphincterotomy for chronic anal fissure. *Colorectal Dis* 6: 210–211.