

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

Э. А. АЛИЕВ

*Азербайджанский медицинский университет, Баку,
Азербайджанская Республика*

Приведены результаты клинического исследования больных с послеоперационной недостаточностью анального канала. Показано, что хирургическое лечение послеоперационной недостаточности анального сфинктера при индивидуальном подходе к вопросу об объеме вмешательства в комплексе с до- и послеоперационной электростимуляцией, лечебной физкультурой и медикаментозным лечением дает в большинстве случаев (91,6%) хорошие и удовлетворительные результаты.

Ключевые слова: послеоперационная недостаточность, анальный сфинктер, сфинктеропластика, электростимуляция, лечебная физкультура, медикаментозное лечение.

Оперативные вмешательства на дистальном отделе прямой кишки и промежности по поводу геморроя, острого и хронического парапроктита, анальных трещин и других неонкологических заболеваний до сих пор осложняются недостаточностью анального сфинктера более чем в 30% случаев [1–7]. Это осложнение часто приводит к социальной изоляции больных, причиняет им физические и моральные страдания, а иногда клинические проявления анального недержания становятся тяжелее, чем само заболевание, по поводу которого выполнена операция. По данным ряда авторов [8–10], более половины больных с недостаточностью анального жома связывают начало заболевания с различными операциями на прямой кишке.

Лечение недостаточности анального сфинктера, развившейся после различных операций на дистальном отделе прямой кишки и промежности, является сложной задачей. Неудовлетворительные результаты отмечены в 40–60% наблюдений [3, 8, 11, 12]. По данным НИИ колопроктологии МЗ РФ [13–15] недостаточность анального сфинктера после различных общепроктологических операций развивается в 38,8% случаев, особенно если такие операции выполняются в общехирургических отделениях.

В литературе до настоящего времени мало сведений о деталях развития недостаточности анального сфинктера после типичных общепроктологических операций, отсутствуют рекомендации по мерам профилактики этого осложнения. Если учесть то обстоятельство, что ежегодно в специализированных проктологических и хирургических стационарах оперируются сотни таких больных, то можно считать эту проблему актуальной.

Цель исследования — на основе анализа причин развития недостаточности анального канала после наиболее распространенных операций на дистальном отделе прямой кишки и промежности разработать меры профилактики и улучшить результаты лечения этого осложнения.

С 1990 по 2010 гг. в Клиническом медицинском центре г. Баку находилось на стационарном лечении 240 больных с различными формами слабости сфинктера прямой кишки. Послеоперационная недостаточность анального жома имела у 94 человек (39,2%), из них 37 (39,3%) мужчин и 57 (60,7%) женщин в возрасте от 14 до 64 лет. Больные были оперированы до поступления в нашу клинику от 1 до 8 раз по поводу острого и хронического парапроктита, анальных трещин, геморроя. В связи со слабостью анального жома 16 пациентов имели инвалидность II группы, у 2 больных ранее были наложены колостомы.

Из 94 пациентов 38 (40,4%) прооперированы в специализированных проктологических отделениях больниц республики, т. е. почти в половине всех наблюдений анальная недостаточность возникла даже после операций, выполненных квалифицированными специалистами, что свидетельствует о сложности таких операций и необходимости индивидуально решать вопрос об объеме вмешательства и правильном послеоперационном лечении перианальных ран.

На дооперационном этапе у всех больных проведено комплексное обследование. Применение физиологических методов позволило выявить нарушения на различных уровнях сложной системы удержания кала. Комплекс исследований включал сфинктерометрию, баллонографию с изучением анального и ректоанального рефлексов, эндоанальное ультразвуковое исследование.

У всех больных при подготовке к операции применяли электростимуляцию анального сфинктера, мышц тазового дна, а также разработанный в клинике комплекс лечебной физкультуры. За 3–4 сут до операции больным назначали бесшлаковую диету, накануне и в день операции кишечник очищали с помощью клизм. Операцию выполняли под общим или спинальным обезболиванием.

В большинстве случаев — у 68 больных (72,3%) — недостаточность анального сфинктера

возникла после операций по поводу свища прямой кишки. Из них у 26 свищ был трансфинктерный и у 39 — экстрасфинктерный. В остальных случаях операции были при неполных внутренних свищах (2 больных) и даже при интрасфинктерных свищах прямой кишки (1 больной). Значительная часть этих больных (56 из 68) перенесли от 2 до 8 раз неадекватное хирургическое вмешательство.

Разнообразие клинико-морфологических проявлений свищей прямой кишки обусловлено особенностями свищевого хода, его отношением к мышечным волокнам сфинктера, величиной и локализацией внутреннего отверстия свища, степенью развития рубцов, активностью и распространенностью воспалительного процесса, расположением затеков. В этих условиях выбор метода операции при свищах прямой кишки имеет решающее значение для исхода лечения.

При трансфинктерных свищах выбором операции является иссечение свища в просвет кишки с ушиванием раны. Анальная инконтиненция развивается как следствие интраоперационных или послеоперационных осложнений. При экстрасфинктерных свищах прямой кишки это вмешательство является явно неадекватным. Иссечение свища в этом случае ведет к полному пересечению волокон наружного сфинктера, что вызывает недостаточность анального жома. Подобная ошибка в лечении имела у 6 больных.

Профилактика недостаточности анального сфинктера после иссечения чресфинктерных свищей прямой кишки состоит прежде всего в обязательном восстановлении поврежденной порции анального жома и в проведении тщательного послеоперационного лечения с тщательным врачебным контролем. Еще в предоперационном периоде необходимо санировать свищевой ход с применением антисептиков с целью предотвращения послеоперационного осложнения со стороны раны и предупреждения расхождений швов сфинктера.

Иссечение свища с ушиванием его культи и дозированной сфинктеротомией (операция А. Н. Рыжих [16]) приводит к послеоперационной недостаточности анального жома при наличии рубцового процесса в стенке кишки вокруг внутреннего отверстия свища и воспалению в параректальных клетчаточных пространствах. Дозированная сфинктеротомия у больных этой группы опасна, так как рубцы препятствуют смыканию раны, заживление которой в условиях воспалительной инфильтрации тканей идет медленно, с формированием грубой деформации анального канала. 11 больных с недостаточностью анального жома перенесли операцию А. Н. Рыжих при экстрасфинктерных свищах III и IV степени сложности, т. е. когда ее применение противопоказано.

Наибольшее число осложнений при ликвидации экстрасфинктерных свищей прямой кишки приходится на долю лигатурного метода. Этот метод операции при свищах прямой кишки

применяется в особо сложных случаях. Конечно, сейчас усовершенствована методика затягивания лигатуры, уточнены линии в анальном канале, по которым можно накладывать и затягивать лигатуру, оптимизированы сроки ее прорезывания. Но все же медленное рассечение порции анального жома толстой нитью почти всегда приводит к временной, а часто и к стойкой анальной недостаточности.

Выяснение причин образования анальной недостаточности показало, что чаще всего при лигатурном методе в послеоперационном периоде проводилось форсированное затягивание лигатуры, наложенной на мышцу сфинктера. При этом пересеченные концы сфинктера не успевают фиксироваться рубцами, происходит их ретракция и соответственно увеличивается дефект анального жома. В других случаях нерадикальное хирургическое пособие без ликвидации всех гнойных полостей, дополнительных свищевых ходов, а также неадекватное послеоперационное ведение не только приводят к рецидиву заболевания, но и увеличивают вероятность возникновения слабости анального жома. Операционные и послеоперационные осложнения как причина недостаточности анального сфинктера связаны с грубыми манипуляциями на сфинктере (травмирование мышечных волокон и пересечение их без последующего сшивания), нагноением послеоперационной раны, длительным тампонированием анального канала, ведущим к образованию широкого рубца, препятствующего герметичному смыканию анального жома.

Следующей по частоте причиной анальной инконтиненции является неверно выполненная операция вскрытия острого парапроктита у 9 (9,6%) больных. Недостаточность анального сфинктера возникла при многократном (от 2 до 6 раз) применении нерадикальных методов хирургического лечения острого парапроктита, приведших и к рецидиву болезни, и к образованию грубых рубцов, деформирующих анальную область. Особую опасность возникновения анальной слабости при нерадикальной операции острого парапроктита представляет вскрытие гнойника треугольным разрезом в просвет прямой кишки при неправильной диагностике подкожного абсцесса, когда в действительности у больного ишиоректальный парапроктит или, что еще опаснее, пельвиоректальный гнойник. В этих случаях образуется широкий плоский рубец, захватывающий большой сегмент анального кольца. В этом участке резко нарушается герметичность запирающего аппарата, возникает большой диастаз мышц сфинктера. Мы считаем, что параректальный гнойник при любой его локализации следует вскрывать сначала не радиальным, а полулунным небольшим разрезом, параллельным краю заднего прохода. Только опорожнив гнойник и обследовав тщательно его полость и анальный канал, можно представить план дальнейших манипуляций.

После геморроидэктомии мы наблюдали 7 (7,5%) больных с анальной недостаточностью.

Чаще всего она возникает в результате чрезмерной дивульсии сфинктера во время операции, а также из-за гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде, когда формируются грубые рубцы, деформирующие анальный канал. Функционально наиболее рациональным и одновременно щадящим методом операции геморроя является иссечение трех основных узлов снаружи внутрь с восстановлением слизистой оболочки анального канала (2-я модификация НИИ колопроктологии МЗ РФ). Эта операция почти не сопровождается недостаточностью сфинктера.

Анальная инконтиненция после иссечения ректовагинальных свищей наблюдалась у 6 женщин вследствие нагноения послеоперационной раны и расхождения швов, наложенных на слизистую оболочку прямой кишки. Выяснено, что операции у них выполнялись при наличии воспалительных инфильтратов, гнойных полостей в анавагинальной области. Правильный выбор сроков и тактики хирургического вмешательства при таких свищах является лучшей мерой профилактики этого осложнения.

У 4 больных недостаточность анального жома возникла после хирургического лечения анальной трещины. Иссечение анальной трещины, дополненное дивульсией сфинктера и дозированной сфинктеротомией, может привести к слабости сфинктера лишь в случаях нагноения раны и длительной ее тампонады в послеоперационном периоде.

Лечебная тактика послеоперационной недостаточности анального сфинктера зависит от анатомических изменений и функционального состояния замыкательного аппарата прямой кишки.

Применение современного комплекса физиологического обследования больных с послеоперационной недостаточностью анального сфинктера позволяет с высокой степенью точности судить о состоянии сократительной способности мышц и нервно-рефлекторной деятельности запирающего аппарата прямой кишки. На основании комплекса клинического, инструментального и физиологического исследований I степень слабости сфинктера выявлена у 14 больных (14,9%), II степень — у 67 (71,3%) и III степень — у 13 больных (13,8%). У 25 (26,6%) больных пораженным оказался передний сегмент сфинктера, у 56 (59,6%) — задний и у 13 пациентов (13,8%) — боковой. Величина дефекта анального сфинктера у 16 пациентов была менее $\frac{1}{4}$, у 66 больных от $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{2}$, а у 12 более $\frac{1}{2}$ его окружности.

Данные, полученные при обследовании больных, позволили нам выделить группу пациентов, которым показано только консервативное лечение. Коррекция проводилась с помощью электростимуляции мышц анального жома и промежности и лечебной физкультуры, укрепляющей мышцы тазового дна и промежности. В эту группу вошли 14 больных (14,9%) с недостаточностью анального сфинктера I степени, когда дефект сфинктера занимал менее $\frac{1}{4}$ его окружности, был ограниченный,

линейный и рубцовые изменения анального канала и промежности локализовались на кожно-слизистом уровне, не деформируя анальный канал.

Показания к сфинктеропластике выявлены у 29 больных (30,8%) при дефектах сфинктера, равных или несколько превышающих $\frac{1}{4}$ его окружности и сопровождающихся деформацией стенки анального канала. В этих случаях рубцовый процесс не распространяется на мышцы тазового дна, а функционально имеется II степень анальной недостаточности.

Сфинктеролеваторопластика производилась 37 пациентам (39,4%) при величине дефекта сфинктера заднего прохода от $\frac{1}{4}$ до половины окружности с локализацией его по передней или задней полуокружности. Недостаточность анального сфинктера в этих случаях обычно соответствует II–III степени.

Сфинктероглютеопластика произведена 8 больным (8,5%) при дефектах боковой полуокружности сфинктера и рубцовом перерождении мышцы, поднимающей задний проход, при слабости анального сфинктера III степени.

При полном кишечном недержании 6 пациентам (6,4%) с повреждением мышц запирающего аппарата прямой кишки, занимающим $\frac{3}{4}$ или всю окружность ануса, произведена пластика анального сфинктера длинными лоскутами больших ягодичных мышц.

В общей сложности из 94 больных с послеоперационной недостаточностью анального сфинктера хирургическое лечение проведено 80: сфинктеропластика — 29, сфинктеролеваторопластика — 37, сфинктероглютеопластика — 8, пластика анального жома лоскутом большой ягодичной мышцы — 6.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 14 больных (17,5%), а у 66 пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. Нагноение раны и частичное расхождение швов, наложенных на мышцы сфинктера, отмечено у одной больной после сфинктеропластики, у двух — после сфинктеролеваторопластики, у двух — после сфинктероглютеопластики и в двух случаях после пластики анального сфинктера длинными лоскутами больших ягодичных мышц. Отдаленные результаты лечения прослежены у 71 больного (88,7%) в сроки от 1 года до 4 лет (таблица).

Результаты лечения оценивали по субъективным ощущениям оперированных и данным сфинктерометрии. Хорошими считались исходы, если больной не предъявлял жалоб на недостаточность функции сфинктера, что подтверждалось сфинктерометрическими исследованиями. В 76,1% наблюдений (54 больных) отмечались хорошие результаты лечения. При этом у 42 больных было проведено комбинированное лечение, которое заключалось в пред- и послеоперационной электростимуляции мышц промежности и сфинктера прямой кишки, лечебной физкультуре, укрепляющей тазовое дно и биофидбек. Удовлетворительными

Результаты хирургического лечения послеоперационной недостаточности анального сфинктера

Операции	Всего больных	Послеоперационные осложнения	Отдаленный результат, n = 71		
			хороший	удовлетворительный	неудовлетворительный
Сфинктеропластика	29	4	22	1	1
Сфинктеролеваторопластика	37	5	31	2	2
Сфинктероглютеопластика	8	3	1	4	2
Пластика анального сфинктера лоскутом большой ягодичной мышцы	6	2	—	4	1
Итого	80	14 (17,5%)	54 (76,1%)	11 (15,5%)	6 (8,4%)

считались результаты лечения, если удавалось перевести большую степень недостаточности в меньшую. В 15,5% наблюдений (11 больных) отмечался удовлетворительный исход. Неудовлетворительные результаты лечения отмечены в 8,4% наблюдений (6 больных). У всех этих больных в послеоперационном периоде имело место нагноение раны.

В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

Травмирование анального сфинктера, воспалительный процесс и рубцеобразование являются основными причинами послеоперационной недостаточности анального сфинктера вследствие технических и тактических ошибок.

Послеоперационная недостаточность анального сфинктера чаще всего встречается после операций по поводу свищей прямой кишки (у 72,3% больных).

При выборе метода лечения послеоперационной недостаточности анального жома необходимо учитывать степень выраженности анатомических изменений анального канала и промежности, величину дефекта мышц сфинктера прямой кишки, а также степень его недостаточности.

Хирургические вмешательства в комплексе с физиотерапевтическими процедурами, лечебной физкультурой и медикаментозным лечением позволили получить удовлетворительные и хорошие результаты у 91,6% больных.

Литература

1. Алиев Э. А. Причины возникновения недостаточности анального сфинктера после операций на дистальном отделе прямой кишки // Пробл. колопроктологии.— 2000.— № 17.— С. 25–27.
2. Алиев Э. А. Оценка анальной инконтиненции изучением анальной манометрии после операций, проводимых по поводу параректальных свищей у мужчин // Актуальные вопросы колопроктологии. Матер. II съезда колопроктологов России с международным участием.— Уфа, 2007.— С. 15–16.
3. Ан В. К., Чубарова Е. Е. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения сложных форм хронического парапроктита // Пробл. колопроктологии.— 2006.— № 19.— С. 34–38.
4. Кузьминов А. М., Бородкин А. С. Функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки при лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки методом сегментарной проктопластики // Актуальные вопросы колопроктологии. Матер. II съезда колопроктологов России с международным участием.— Уфа, 2007.— С. 71–72.
5. Шешаберидзе М. С. Оперативное лечение сложных экстрасфинктерных и трансфинктерных свищей прямой кишки // Хирургия.— 2001.— № 10.— С. 43–46.
6. Johanson J. F., Lafferty J. Epidemiology of fecal incontinence: the silent affliction // Am. J. Gastroenterol.— 1996.— № 91 (1).— P. 33–36.
7. Functional condition of anal sphincter at patients with nonspecific fistulas of rectum / I. A. Lurin, A. A. Shudrak, V. A. Dibrova, E. V. Tsema // XII Central European Congress of Coloproctology (Moscow, 6–8 may 2008).— М., 2008.— P. 89.
8. Муравьев А. В., Муравьев К. А. Хирургическая тактика в лечении ректовагинальных свищей у больных с недостаточностью анального сфинктера // Пробл. колопроктологии.— 1996.— № 15.— С. 124–127.
9. Отдаленные результаты иссечения анальной трещины в сочетании с боковой подкожной сфинктеротомией / Ю. А. Шелыгин, Е. Е. Жарков, Л. П. Орлова и др. // Хирургия.— 2005.— № 7.— С. 33–39.
10. Wexner S. D., Oliveira L. Anal incontinence // Fundamentals of Anorectal Surgery / Ed. by Beck D. E., Wener S. D.— 2nd ed.— Philadelphia, PA: WB Saunders, 1998.— P. 115–152.
11. Цхай Б. В., Нурбеков А. А., Шакиев К. Т. Лечение послеоперационной анальной инконтиненции // Актуальные вопросы колопроктологии. Матер. II съезда колопроктологов России с международным участием.— Уфа, 2007.— С. 119–120.
12. Williams N. Surgery of anorectal incontinence // Lancet.— 1999.— Vol. 353.— P. 31–33.
13. Дульцев Ю. В., Саламов К. Н. Анальное недержание.— М.: Медицина, 1993.— 202 с.
14. Марченко В. К. Лечение рецидивных свищей прямой кишки, осложненных недостаточностью анального

- сфинктера // Сб. науч. трудов.— М., 1989.— № 10.— С. 24–29.
15. Основы колопроктологии / Под ред. Г. И. Воробьева.— М.: МИА, 2006.— 432 с.
16. Рыжих А. Н. Атлас операций на прямой и толстой кишках.— М.: издательское бюро треста «Медучпосobie», 1968.— 335 с.

ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ АНАЛЬНОГО СФІНКТЕРА

Е. А. АЛІЄВ

Наведено результати клінічного дослідження хворих із післяопераційною недостатністю анального каналу. Показано, що хірургічне лікування післяопераційної недостатності анального сфинктера при індивідуальному підході до питання обсягу втручання у комплексі з до- та післяопераційною електростимуляцією, лікувальною фізкультурою та медикаментозним лікуванням дає у більшості випадків (91,6 %) хороші та задовільні результати.

Ключові слова: післяопераційна недостатність, анальний сфинктер, сфинктеропластика, електростимуляція, лікувальна фізкультура, медикаментозне лікування.

TREATMENT OF POST-OPERATIVE ANAL SPHINCTER FAILURE

E. A. ALIYEV

The results of clinical investigation of the patients with post-operative failure of anal sphincter are presented. It is shown that surgical treatment of post-operative failure of anal sphincter at individual approach to the question about the volume of intervention together with pre- and post-operative electrostimulation, therapeutic exercise therapy and drug therapy give good and satisfactory results in the majority of cases (91.6%).

Key words: post-operative failure, anal sphincter, sphincteroplasty, electrostimulation, exercise therapy, drug therapy.

Поступила 28.04.2011