

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Проведена сравнительная оценка результатов оперативного лечения пациентов с хронической анальной трещиной. Первую группу А (контроль) составили 30 пациентов. Им выполнена самая часто применяемая в Республике Беларусь операция (по данным анализа за последние 10 лет) – иссечение анальной трещины со сфинктеротомией. В группу В вошли 29 пациентов, которым применена следующая методика лечения: лазерная вапоризация парафиссуральных тканей в зоне анального канала с фармакологической сфинктерорелаксацией препаратом ботулотоксин, после операции проводили ретроректальные блокады лекарственным средством «Эрбисол». Группу С составили 28 пациентов, которым применяли следующий метод лечения: лазерная вапоризация парафиссуральных тканей в зоне анального канала с фармакологической сфинктерорелаксацией препаратом ботулотоксина, с целью ускорения тканевой репарации в края раневого дефекта интрадермально, субдермально и субмукозно инъекционно вводили суспензию аутологичных стволовых клеток жировой ткани. В течение двухлетнего периода после выполнения операции только у одного пациента группы В наблюдали рецидив анальной трещины (3,4%), в группе С повторных случаев заболевания в указанные сроки не отмечено. В группе А за 2 года наблюдения выявлено 4 случая рецидивирования хронической анальной трещины (13,3%).

Ключевые слова: хроническая анальная трещина, сфинктероспазм, амбулаторная проктология.

S. V. Shakhrai

EVALUATION OF MINIMALLY INVASIVE SURGICAL INTERVENTION IN PATIENTS WITH CHRONIC ANAL FISSURE

A comparative evaluation of the results of surgical treatment of patients with chronic anal fissure. The first group A (control) consisted of 30 patients. They performed the most common operation which is widely used in the Republic of Belarus (according to the analysis of the last 10 years), it is excision of anal fissure with sphincterotomy. A group of 29 patients following treatment technique applied: laser removal of tissue in the anal fissure zone in conjunction with pharmacological sphincter

relaxation using botulinum toxin. These patients after surgery were injected with the drug «Erbisol» as well. Group C was made up of 28 patients who underwent surgery: laser removal of tissue in the anal fissure zone in conjunction with pharmacological sphincter relaxation using botulinum toxin, the same patients underwent transplantation in the injection wound edges of stem cells adipose tissue, this was done in order to expedite the repair. During the three-year period after the operation, only one patient in group B was observed recurrence of anal fissure (3.4%). In Group C, re cases were observed in time. In group A 2-year follow-revealed 4 cases of recurrence of chronic anal fissure (13.3%).

Key words: *chronic anal fissure, spasm of the anal sphincter, outpatient proctology.*

К настоящему времени описано более 30 способов хирургического лечения хронической анальной трещины [1, 7]. Применение большинства из них возможно только в стационарных условиях. Подавляющее число оперативных вмешательств требует после своего выполнения достаточно длительной реабилитации. Более 95% применяемых в настоящее время операций по своей сути являются модификациями операции Габриэля, смысл которой сводится к иссечению трещины в пределах здоровых тканей и механической сфинктерорелаксации, в качестве чего применяют дивульсию ануса или дозированную сфинктеротомию [3, 4, 10]. Большинство авторов предлагает выполнять именно сфинктеротомию в качестве способа ликвидации сфинктероспазма [2, 8]. В настоящее время активно используются две основные методики сфинктеротомии – чрезрваневая (открытая) в зоне иссечения трещины и закрытая (чрезкожная) боковая. И тот и другой вариант вмешательства являются достаточно эффективными пособиями. Тактические действия в отношении раневого дефекта анального канала после иссечения трещины сводятся к реализации двух направлений – открытого ведения или восстановления целостности тканей путём ушивания раны в поперечном направлении, либо фиксации к ране перемещённого слизистого или кожного лоскута. С появлением в арсенале хирургов аппаратуры для электрохирургической или лазерной диссекции начато их использование для ликвидации рубцово-изменённых тканей анального канала, при этом суть оперативного вмешательства не изменилась. Как при механическом иссечении, так и при использовании других подходов, сроки заживления раневого дефекта остаются длительными, достигая 8–10 недель. По данным отечественных и зарубежных авторов, хирургические вмешательства при хронической анальной трещине в 7–26% наблюдений осложняются развитием инконтиненции, гематом, острого парапроктита. У почти 11% пациентов в течение первых трёх лет после операции возникает рецидив заболевания [2, 5, 9].

Анализ литературных данных последних двух десятилетий позволяет выделить чёткую тенденцию, указывающую на прогрессивное развитие малоинвазивных методов лечения аноректальной патологии, помогающих врачам решать лечебные задачи, не прибегая к госпитализации пациента или обеспечивая короткие сроки его пребывания в стационаре [1, 6].

Цель исследования – оценить результаты лечения пациентов с хронической анальной трещиной с использованием комплексных малоинвазивных хирургических технологий.

Материал и методы

Проведен анализ результатов лечения 153 пациентов с хронической анальной трещиной, проходивших лечение в различных лечебно-профилактических учреждениях: минский городской центр амбулаторной и малоинвазивной хирургии (МГЦАМХ), УЗ «3-я клиническая больница», УЗ «Минская областная клиническая больница», УЗ «2-я Витебская областная клиническая больница», ООО «Медандровит», а также в учреждениях амбулаторно-поликлинического звена г. Минска за период с января 2005 по январь 2013 года. Критериями включения в исследование стали: локализация трещины в анальном канале по задней полуокружности (6 часов); анамнестическая длительность заболевания по клиническим проявлениям более года; отсутствие в анамнезе фармакологической терапии трещины на момент первичного осмотра; отсутствие сопутствующих хронических заболеваний; отсутствие операций на анальном канале. Путём простой рандомизации сформированы группы исследования. При этом объём выборочных совокупностей для групп определён по номограмме Альтмана.

Группу А составили 30 пациентов, которым выполнена самая часто применяемая в Республике Беларусь операция (по данным анализа за последние 10 лет) – иссечение анальной трещины со сфинктеротомией и поперечным ушиванием раневого дефекта анального канала. Вмешательство выполняли под спинальной или сакральной анестезией.

В послеоперационном периоде пациенты группы А получали местную терапию в виде ректальных суппозиторий с метилурацилом и облепиховым маслом в течение 3–4 недель. В послеоперационные рекомендации входило также соблюдение анальной гигиены, диета послабляющего характера.

В группу В вошли 29 пациентов, которым применена разработанная методика лечения: лазерная вапоризация парафиссуральных тканей в зоне анального канала с фармакологической сфинктерорелаксацией ботулотоксином в форме препарата «Диспорт» (IPSEN Pharma, Франция) дозой 60 Ед в зоне эксцизии трещины. После операции проводили ретроректальные блокады лекарственным средством «Эрбисол» по 2,0 мл трехкратно 1 раз в 10 дней. Операции выполняли в условиях стационара с краткосрочным пребыванием под местной инфильтрационной анестезией.

Группу С составили 28 пациентов, которым применяли следующий метод лечения: лазерная вапоризация

Обзоры и лекции

парафиссуральных тканей в зоне анального канала с фармакологической сфинктерорелаксацией ботулотоксином в форме препарата «Диспорт» (IPSEN Pharma, Франция) 60 Ед субфиссурально, с целью ускорения тканевой репарации в края раневого дефекта интрадермально, субдермально и субмукозно инъекционно вводили суспензию аутологичных стволовых клеток жировой ткани в концентрации 500 000 клеток в 1 мл суспензии. Подобная комбинированная методика лечения хронической анальной трещины применена нами впервые в проктологической практике.

Результаты лечения оценивали ежедневно (в течение первой недели послеоперационного периода), затем еженедельно (на протяжении десяти месяцев после операции). В последующем визуальный контроль осуществляли раз в квартал (в течение двух лет наблюдения). При оценке эффективности лечения основное внимание уделяли субъективной оценки пациентом болевых ощущений в покое и при дефекации. В послеоперационном периоде оценивали интенсивность болевых ощущений, скорость заживления раневого дефекта, наличие местных воспалительных изменений, кровотечения, развитие дизурических расстройств.

Результаты и обсуждение

Проведена оценка уровня интенсивности болевого синдрома у пациентов после оперативного лечения в раннем послеоперационном периоде и в динамике в течение 3-х месяцев после оперативного вмешательства. При этом установлено, что средне-медианные значения уровня интенсивности болей после первой дефекации достоверно выше были в группе контроля (А), где применялась операция по иссечению трещины в пределах здоровой ткани со сфинктеротомией, по сравнению с группами, где использовалась лазерная вапоризация тканей с фармакологической сфинктерорелаксацией препаратом «Диспорт» ($p < 0,0001$ при сравнительном анализе переменных в группах В, С с группой D с помощью Mann-Whitney U Test). Межгрупповых отличий по уровню болей после первой дефекации при сравнительном анализе среди групп В и С выявлено не было ($p = 0,5904$, Mann-Whitney U Test).

Существенная разница в группах выявлена по средней интенсивности индуцированной дефекацией боли. Это значимо влияло на продолжительность сроков лечения, как на стационарном, так и амбулаторном этапах (таблица). Средняя интенсивность индуцированных болей по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) на протяжении первых шести недель наблюдений у всех пациентов в группах В и С была низкой и не превышала в первую неделю трех баллов, полностью исчезали боли и анальный дискомфорт к концу шестой недели. Сравнение динамики болевого синдрома в течение 6 недель после операции показала, что достоверно выше средне-медианные значения уровня болей была в группе А в сравнении с группами В и С в каждой без исключения контрольной точке измерения ($p < 0,05$,

Mann-Whitney U Test). Малоинвазивный характер вмешательства при лечении хронической анальной трещины с использованием разработанных методов лазерной вапоризации тканей оказал влияние на длительности операций, продолжительности стационарного периода лечения, а также общее время нетрудоспособности. Медианно-квартильное распределение показателей использования унифицированных методик лечения пациентов приведено в таблице.

Таблица. Результаты послеоперационного мониторинга (показатели, характеризующие течение послеоперационного периода, Ме [25–75%])

Анализируемые показатели	Группы сравнения			P (D–E,F)
	D n = 30	E n = 29	F n = 28	
Длительность операции, мин	45 [35–60]	20 [15–20]	25 [20–25]	$p < 0,05$
Продолжительность стационарного периода, койко/день	9 [7–10]	1 [1–1]	1 [1–1]	$p < 0,05$
Общая длительность нетрудоспособности, дни	21 [21–28]	9 [7–12]	9 [7–12]	$p < 0,05$

При оценки сроков заживления раневого дефекта в группах установлено, что самый длительным этот период был в группе А, он превышал сроки эпителизации в группах В и С на 22 и 16 суток соответственно ($p < 0,001$ при парном сравнительном анализе переменных в группах В, С с группой А с помощью Mann-Whitney U Test).

При статистическом анализе непараметрических данных с помощью U-теста Манн-Уитни двух независимых групп, сравнивая сроки эпителизации раны у пациентов после лазерной вапоризации тканей анального канала с фармакологической сфинктерорелаксацией (группа В) и в группе С, где выполнено аналогичной вмешательство, но дополненное инъекционной трансплантацией аутологичных МСК ЖТ, выявлены достоверные различия показателей ($p < 0,05$), свидетельствующие о более ранних сроках заживления раневого процесса у пациентов группы С, среднестатистическая ранница составила чуть больше недели.

На момент проведения исследования медианные сроки отдалённого наблюдения за группами В и С составили 1 год и 8 месяцев. В течение этого периода только у одного пациента группы В наблюдали рецидив анальной трещины (3,4%), в группе С повторных случаев заболевания в указанные сроки не отмечено. В группе А за 2 года наблюдения выявлено 4 случая рецидивирования хронической анальной трещины (13,3%).

Количество благоприятных исходов заболевания в отдалённый период значимо отличался в пользу активной хирургической тактики. На наш взгляд, этому способствуют сохраняющиеся при консервативном лечении патологические изменения со стороны мягких тканей в зоне анальной трещины. По своей сути, хроническую анальную трещину следует рассмат-

ривать как хроническую рану и, следовательно, морфологические и регенеративные характеристики данной зоны будут значительно отличаться от здоровой ткани. Преобладающее наличие в зоне трещины коллагена третьего типа, снижение межклеточных связей и уменьшение плотности межклеточного матрикса, изменение его состава, наличие фенотипически несостоятельных кератиноцитов и фибробластов краевой зоны несомненно значимо влияют на регенеративные свойства ткани и способствуют рецидиву заболевания. В этой связи логичными являются результаты лечения пациентов с помощью методов хирургической коррекции, где удаление патологически изменённых тканей позволяет в последующем реализоваться в полной мере всем фазам раневого процесса с минимальными итоговыми изменениями тканей компетентной зоны анального канала.

Таким образом, оптимальным решением вопроса лечения хронической анальной трещины должно стать хирургическое вмешательство, направленное на удаление патологически изменённых тканей в зоне трещины и выполнение патогенетически оправданного локального воздействия на спазм внутреннего сфинктера, для чего целесообразно использовать лазерную вапоризацию и интрасфинктерное введение препарата ботулотоксина. Для стимуляции репаративных процессов в зоне лазерной деструкции тканей целесообразно применение инъекционного способа ауто-трансплантации МС ЖТ. Такой подход позволяет минимизировать болевую реакцию в послеоперационном периоде, проводить лечение пациентов в амбулаторных условиях или в режиме стационара краткосрочного пребывания, ускорить процесс амбулаторной реабилитации.

Оригинальные научные публикации

Литература

1. Воробьев, Г. И. Основы колопроктологии / Г. И. Воробьев. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 432 с.
2. *Грошилин, В. С.* Возможности профилактики рецидива и послеоперационной инконтиненции при хирургическом лечении анальных трещин с использованием сфинктеротомии / В. С. Грошилин // Военно-медицинский журнал. – 2007. – Т. 328, № 8. – С. 70.
3. *Грошилин, В. С.* Преимущества использования новой методики чрескожной сфинктеротомии при лечении хронических анальных трещин / В. С. Грошилин // Вестник современной клинической медицины: приложение № 1. – Казань, 2010. – Т. 3. – С. 50.
4. *Грошилин, В. С.* Применение дифференцированной тактики лечения больных с анальными трещинами / В. С. Грошилин // Военно-медицинский журнал. – 2008. – Т. 329, № 11. – С. 74–75.
5. *Непосредственные* результаты комплексного лечения хронической анальной трещины / Ю. А. Шелыгин [и др.] // Колопроктология. – 2010. – № 1 (31). – С. 4–9.
6. *Ривкин, В. Л.* Амбулаторная колопроктология: руководство / В. Л. Ривкин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 96.
7. *Anorectal diseases* / Ph. Godeberge [et al.]; dir. by Ph. Godeberge. – Paris: Medecine–Sciences Flammarion, 2008. – 279 p.
8. *Aysan, E.* A prospective, randomized, controlled trial of primary wound closure after lateral internal sphincterotomy / E. Aysan, A. Aren // Am. J. Surg. – 2004. – Vol. 2, № 187. – P. 291–294.
9. *Nyam, D. C.* Long-term results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to incidence of fecal incontinence / D. C. Nyam, J. H. Pemberton // Dis. Colon Rectum. – 1999. – Vol. 10, № 42. – P. 1306–1310.
10. *Van Outryve, M.* Physiopathology of the anal fissure / M. Van Outryve // Acta. Chir. Belg. – 2006. – Vol. 5, № 106. – P. 517–518.

Поступила 12.05.2016 г.