

Оценка эффективности амбулаторного лечения хронической анальной трещины

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

В статье приведены данные о возможности лечения пациентов с хронической анальной трещины в амбулаторных условиях не хирургическими методиками, применение которых позволяет значительно минимизировать показания к оперативному лечению. Применяемые автором способы терапии основаны на современных взглядах об этиологии и патогенезе хронической трещины анального канала прямой кишки. В статье акцентировано внимание на алгоритме оказания лечебной помощи пациентам с хронической анальной трещиной с точки зрения основных патофизиологических механизмов развития заболевания и возможности их коррекции. Предложенная авторами тактика позволила отказаться от оперативного вмешательства более чем у 85% пациентов.

Ключевые слова: хроническая трещина анального канала прямой кишки, внутренний анальный сфинктер, сфинктероспазм.

Хроническая анальная трещина встречается у 1-2 % взрослого населения развитых стран и в структуре проктологических заболеваний составляет 11-16% [2, 4, 5]. Доказанным является тот факт, что трансформация острой трещины в хроническую развивается на фоне ишемизации тканей в зоне поражения [2, 3, 4, 5]. Патогенетических механизмов этому способствующих достаточно много и они обязательно должны учитываться в тактике лечебного подхода у каждого конкретного пациента, однако основным причинным фактором хронизации процесса является стойкий гипертонус внутреннего анального сфинктера [1, 3, 4, 5, 7, 10]. Результатом длительного гипертонуса является повышение внутрианального давления, как следствие наблюдается снижение тканевой перфузии анального канала и угнетение регенераторных способностей эпителия.

Существенный вклад в развитие представлений о патогенетических механизмах развития хронической анальной трещины последние 10 лет внесли работы по изучению роли иммунных механизмов в формировании и прогрессировании воспалительных изменений в зоне локализации анальной трещины. Установлено, что снижению анодермальной перфузии способствует нарушение функционирования эндотелия, который выступает как антигенпредставительный фактор. Циркулирующие антиэндотелиальные антитела у больных с хронической анальной трещиной способствуют нарушению синтеза оксида азота, участвующего в регуляции мышечного тонуса и локального кровотока, и провоцируют выделение провоспалительных цитокинов, которые, в свою очередь поддерживают локальный воспалительный процесс [4, 14].

Знание указанных механизмов патогенеза хронической анальной трещины последние 10 лет в мировой практике значительно изменил представление о лечебной тактике у пациентов этой категории и в большинстве своем позволили перевести лечебный процесс из стационара в условия амбулаторного кабинета. Разработанные за последние годы методы фармакологического воздействия на основные механизмы развития сфинктероспазма позволяют минимизировать показания к хирургическому вмешательству у данной категории больных, вопреки длительно существовавшему мнению, что только хирургическое вмешательство может помочь выздоровлению пациента с хронической анальной трещиной. Схемы лечения пациентов с заведомо хронической анальной трещиной в США, Великобритании, Израиле, Канаде и других странах предусматривают обязательный тот или иной вариант длительной консервативной терапии, позволяющий более чем у половины пациентов отказаться в последующем от операции [4, 8, 9, 11, 13]. Во многих странах восточной Европы, странах СНГ в том числе и в России данный вид патологии считается прямым показанием к оперативному лечению, что закреплено законодательно в протоколах и стандартах федеральных и региональных органов здравоохранения [6].

С точки зрения социального и экономического эффекта лечения проктологических больных минимизация показаний к оперативному лечению патологии за счет внедрения существующих и разработки новых схем

консервативной и малоинвазивной терапии является актуальным для здравоохранения Республики Беларусь.

Целью настоящего исследования является оценка результатов лечения хронической анальной трещины не хирургическими методиками.

Материалы и методы.

Нами проведена оценка эффективности лечения больных с хронической анальной трещиной в четырех группах сравниваемых больных. Лечение проводили амбулаторно, без временной потери трудоспособности. Для большей достоверности результатов исследования пациенты во всех группах выбраны по следующим одинаковым критериям:

- не рожавшие женщины в возрастном диапазоне 25-35 лет;
- локализация трещины в анальном канале по задней полуокружности (6 часов);
- анамнестическая длительность заболевания по клиническим проявлениям – более года;
- отсутствие в анамнезе эпизодов фармакологической терапии;
- отсутствие сопутствующих хронических заболеваний;

Первую, контрольную группу (38 человек), составили пациенты, которым на первичном приеме в поликлинике назначена консервативная терапия в виде ректального введения мазей и свечей. Фармакологическая промышленность на сегодня предлагает большой спектр комбинированных лекарственных препаратов в состав которых входят как правило местные анестетики, противовоспалительные гормональные препараты, различные противовоспалительные субстанции растительного происхождения, размягчающие средства в виде наполнителей из ланолина, вазелина, этиленгликоля и др. Наиболее клинически эффективными являются средства содержащие стероидные противовоспалительные агенты, однако длительность их применения ограничена вероятностью местных осложнений. По

этой причине в первую группу отобраны пациенты, которым на начальном этапе в период до 12-14 дней были применены местно в анальный канал 2 раза в день мази «Ультрапрокт» или «Проктоседил», которые являлись наиболее популярными при назначении на первичном приеме хирургами по анализу амбулаторных карт больных в поликлиниках г. Минска, далее через 2 недели схему меняли – назначались свечи с метилурацилом или облепихой и «Анестезол», приоритет выбора данных средств также был обусловлен частотой их назначения врачами поликлиник при анализе амбулаторных карт.

Во вторую группу (27 человек) вошли пациенты, которым было произведено лечение по следующей схеме – инъекционное однократное введение в область внутреннего анального сфинктера ботулотоксина в виде препарата «Диспорт» по 80 ЕД с каждой полуокружности + введение свечей с метилурацилом или облепихой.

Третью группу (31 человек) составили пациенты которым применяли следующую схему лечения хронической анальной трещины – инъекционное однократное введение в область внутреннего анального сфинктера ботулотоксина в виде препарата «Диспорт» по 30 ЕД с каждой полуокружности + аэрозольное введение в анальный канал препарата «Изокет» 3 раза в день + выполнение ретроанальных блокад препаратом «Эрбисол» 1 раз в 7 дней, всего 4 раза.

Назначение препаратов «Диспорт», «Изокет» и «Эрбисол» продиктовано необходимостью воздействия на патогенетические механизмы развития сфинктероспазма и хронического локального воспалительного процесса в зоне фиссуры.

Регуляция тонуса внутреннего анального сфинктера осуществляется посредством трех механизмов:

- уровнем кальция в межклеточном миогенном пространстве;

- нервными сплетениями в стенке толстой кишки, где медиатором выступает оксид азота, уменьшение синтеза которого повышает тонус внутреннего анального сфинктера, а соответственно стимуляция выделения - снижение тонуса;

- симпатическими и парасимпатическими постганглионарными нервными волокнами, в норме симпатическое влияние оказывается преобладающим над парасимпатическим, что и предопределяет базальное тоническое состояние внутреннего анального сфинктера.

Выбор фармакологических средств был обусловлен возможностью их влияния на патогенетические механизмы регулирования тонуса внутреннего анального сфинктера и улучшения регенераторных свойств тканей в зоне локализации внутренней хронической анальной трещины.

«Изокет» (изосорбида динитрат) применяли в виде спрея, впрыскивание препарата в анальный канал пациенты производили самостоятельно за счет механической помпы через "носик", адаптированный по форме анального канала в виде конуса, который предварительно смазывался вазелином, одно впрыскивание соответствовало 1,25 мг. Механизм действия изосорбида динитрата связан с образованием оксида азота (NO), который вызывает активацию гуанилатциклазы и повышает уровень цГМФ, что в конечном счете, приводит к расслаблению гладких мышц, являющихся морфологической основой в том числе и внутреннего анального сфинктера. Помимо эффекта расслабления внутреннего сфинктера изокет способствует улучшению локального кровотока за счет снижения тонуса сосудов.

Действующим началом препарата «Диспорт» является токсин Clostridium botulinum тип А, который блокирует высвобождение ацетилхолина в нервно-мышечном соединении, что приводит к снятию мышечного спазма в области введения препарата. Эффект длится в течение 6 - 8 недель. Восстановление передачи нервного импульса происходит постепенно по мере образования новых нервных окончаний и восстановления контактов с постсинаптической моторной концевой пластинкой. Лиофилизат разводили 0,9% раствором натрия хлорида, полученный раствор представлял собой бесцветную прозрачную жидкость. Препарат вводили в

область внутреннего анального сфинктера инъекционно под контролем пальца на расстоянии 1,5 см от зубчатой линии в обе полуокружности.

Применение препарата «Эрбисол» в одной из групп пациентов было продиктовано необходимостью воздействия на иммунологическую составляющую патогенетических механизмов развития заболевания и улучшение регенераторных свойств тканей в зоне фиссуры. Фармакологическая активность препарата определяется содержанием в нем низкомолекулярных биологически активных пептидов, активизирующих природные, эволюционно сформированные контролирующие системы организма, ответственные за поиск и устранение патологических изменений. «Эрбисол» стимулирует иммунную систему на ускорение восстановления поврежденных и уничтожение аномальных клеток и тканей. Основным иммуномодулирующим эффектом препарата проявляется прежде всего через действие на макрофагальное звено, ответственное за репарацию поврежденных клеток и восстановление функциональной активности органов и тканей, а также через N- и T-киллеры, ответственные за уничтожение поврежденных клеток, неспособных к регенерации, или аномальных клеток и тканей. В то же время «Эрбисол» обладает иммунокорригирующим действием и при нарушениях иммунного статуса способствует его нормализации, активизируя T-лимфоциты, Th1-хелперы и T-киллеры и ингибируя активность Th2-хелперов и B-лимфоцитов, что важно для восстановления баланса между клеточным и гуморальным иммунитетом для подавления аутоиммунных процессов. Препарат повышает регенераторно-репаративный потенциал тканей, что приводит к ускорению заживления трофических язв, посттравматических и послеоперационных ран, в том числе гнойных и инфицированных. Особенность методики введения препарата в параректальную клетчатку у пациентов с хронической анальной трещиной обусловлена анатомическими характеристиками лимфооттока - от заднего отдела заднепроходного канала лимфатические сосуды направляются в пара-ректальные лимфатические узлы, что позволяет нам поддерживать длительную концентрацию препарата в компетентной зоне.

Помимо фармакологической терапии заболевания всем пациентам рекомендовано соблюдение послабляющей диеты.

Результаты и обсуждение.

Результаты лечения оценивали еженедельно по клиническим характеристикам, а именно интенсивности болевого синдрома при дефекации, а также визуально при выполнении аноскопии по скорости эпителизации зоны анальной трещины. Степень интенсивности болевых ощущений оценивали по визуальной аналоговой шкале, которая представляет собой прямую линию длиной 10 см (100 мм). Начальная точка линии обозначает отсутствие боли - 0, затем идет слабая боль – 1-3 балла, умеренная – 4-6 баллов и интенсивная – 7-10 баллов. Пациенты еженедельно перед осмотром субъективно отмечали на шкале уровень местной болевой реакции после дефекации.

Перед началом лечения все пациенты без исключения во всех группах оценивали свою боль в 10 баллов.

Анализ результатов лечения больных показал, что в первой группе эпителизация трещины в течение пятинедельного наблюдения не наступила ни в одном из случаев. Степень выраженности болевого синдрома у 12 пациентов (31,6%) уменьшилась с интенсивной до умеренной, у 24 человек (68,4%) – не опустилась ниже 8 баллов, составив в среднем $9,3 \pm 0,5$ балла, что может говорить о неудовлетворительных результатах терапии. Дальнейшее консервативное лечение хронической анальной трещины в представленном виде в этой группе признано нецелесообразным.

Во второй группе пациентов заживление хронической анальной трещины в течение восьми недель наблюдения отмечено у 21 человека (77,7%). У 5 человек из данной группы эпителизация трещины наступила на четвертой неделе, у 6 пациентов - на пятой неделе контрольных осмотров, у 5 больных – на шестой неделе и еще у 10 человек на седьмой неделе. У оставшихся 6 пациентов эпителизация трещины не наступила в течение 12 недель наблюдения.

В третьей группе исчезновение клинических признаков хронической анальной трещины и ее эпителизация наступила у 27 пациентов (87,1%). При этом на четвертой недели наблюдалась эпителизация трещины у 7 человек, к пятой неделе еще у 9 пациентов, на шестой неделе выздоровление отметили у 7 больных и на седьмой неделе еще у 4 человек. Неудовлетворительные результаты лечения отмечены в 13% случаев этой группы – 4 человека, наблюдение за которыми в течение 12 недель не дало положительных результатов.

Динамические клинические осмотры за выздоровевшими пациентами проводились раз в три месяца, в течение года не было выявлено рецидива заболевания в третьей группе, во второй же группе через 3 месяца у 3-х человек (11% от общего числа в группе) появились клинические признаки рецидива, которые подтвердились аноскопически. Нарушения функции анального сфинктера у всех пациентов второй и третьей группы за годовой период наблюдений не отмечено.

В течение клинической работы по результатам лечения первых трех групп больных сформировалась еще одна – четвертая группа людей, которые составили пациенты всех групп с неудовлетворительными результатами. В нее вошли 5 человек из первой группы, по 3 пациента соответственно из второй и третьей группы, итого – 11 больных с хронической анальной трещиной. Всем им по истечении 6 месяцев от начала предыдущего лечения выполнено в амбулаторных условиях следующее хирургическое пособие: субфиссуральная блокада с 2% раствором лидокаина, вейпоризация зоны анальной трещины лазерным излучением длиной волны 940 Нм с мощностью 20 Вт и блокады внутреннего анального сфинктера из одной точки по задней стенке выше зубчатой линии на 1 см препаратом «Диспорт» в дозе 60 единиц. В послеоперационном периоде с целью уменьшения отека в зоне вмешательства всем пациентам назначен препарат «Детралекс» по 2 таблетки 2 раза в сутки первую неделю и по 1 таблетке 2 раза в сутки последующие 2 недели, местно применяли свечи с метилурацилом и облепихой 1 раз в день с понедельным чередованием. Параллельно выполняли ретроанальные блокады препаратом «Эрбисол» 1 раз в 7 дней, всего 4 раза. Результаты лечения оценивали аналогичным образом – по уровню болевой реакции и срокам эпителизации раневого дефекта. В течение первых трех

суток все больные без исключения оценивали уровень боли как слабую (1-3) балла. К концу первой недели болевая реакция, как в покое, так и при дефекации у всех пациентов отсутствовала. При контрольной аноскопии эпителизация зоны вмешательства наблюдалась у 6 человек на шестой неделе лечения и у оставшихся 5 пациентов на восьмой неделе.

Наблюдение за четвертой группой больных в течение 6 месяцев не выявило рецидива заболевания.

Выводы:

1. Применение консервативных методов воздействия на основные патогенетические механизмы развития хронической анальной трещины позволяет минимизировать показания к оперативному лечению.

2. Изолированное использование «Диспорта» обуславливает достаточный эффект расслабления внутреннего сфинктера, что подтверждается эффектом заживления хронической анальной трещины у большинства пациентов, однако при комбинированном применении «Диспорта», «Изокета» и «Эрбисола» отмечена возможность снижения дозы ботулотоксина минимум в 2,5 раза при сохранении лечебного эффекта.

3. Оптимальным способом амбулаторного лечения хронической анальной трещины на наш взгляд является комбинация лазерной вейпоризации тканей в зоне фиссуры в сочетании с блокадой внутреннего анального сфинктера препаратом «Диспорт».

Литература

1. Багдасарян, С. Л. Модифицированный способ хирургического лечения хронической анальной трещины в амбулаторных условиях / С. Л. Багдасарян // Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие техно-логии. 2009. № 3–4. С. 16.

2. Воробьев, Г. И. Основы колопроктологии / Г. И. Воробьев. Ростов н/Д: Феникс, 2001. 416 с.
3. Groshilin, V. S. Результаты применения глицерина тринитрата в лечении острой анальной трещины / В. С. Грошили́н, М. Ф. Черкасов // Биомедицина. 2006. № 3. С. 68–69.
4. Крылов, Н. Н. Хроническая анальная трещина / Н. Н. Крылов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2008. № 1. С. 5–11.
5. Ривкин, В. Л. Руководство по колопроктологии / В. Л. Ривкин, А. С. Бронштейн, С. Н. Файн. М.: Изд-во «Медпрактика», 2001. 300 с.
6. Сельцовский, А. П. О московских городских стандартах оперативных вмешательств в окружных центрах амбулаторной хирургии с однодневным стационаром / А. П. Сельцовский // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. 2009. № 1. С. 39–55.
7. Шельгин, Ю. А. Отдаленные результаты иссечения анальной трещины в сочетании с боковой подкожной сфинктеротомией / Ю. А. Шельгин, Л. П. Орлова, Л. Ф. Подмаренкова // Хирургия. 2005. № 7. С. 33–39.
8. Шельгин, Ю. А. Возможности медикаментозной релаксации внутреннего сфинктера у больных с хронической анальной трещиной / Ю. А. Шельгин, Л. Ф. Подмаренкова, Е. Е. Жарков // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2005. № 2. С. 87–92
9. Bacher, H. Local nitroglycerin for treatment of anal fissures: an alternative to lateral sphincterotomy / H. Bacher, W. Schweiger, J. Pfeifer // Dis. Colon. Rectum., 1997, 7(40):840–845.
10. Bhardwaj, R. Neuromyogenic properties of the internal anal sphincter: therapeutic rationale for anal fissures / R. Bhardwaj [et al.] // Gut, 2000, 46:861–868.

11. Songuna, L. Effect of Isosorbide Dinitrate Ointment on Anal Fis-sure / L. Songuna [et al.] // Dig. Surg., 2003, 20:122–126.
12. Ticmeanu, F. The treatment of the chronic anal fissure, through closed internal and lateral sphincterotomy / F. Ticmeanu, N. I. Berevoescu // Chirurgia. (Bucur)., 2005, 2(100):133–137.
13. Thornton, M. J. Manometric effect of topical glyceryl trinitrate and its impact on chronic anal fissure healing / M. J. Thornton, M. L. Kennedy, D. W. King // Dis. Colon. Rectum., 2005, (48)6:1207–1212.
14. Van Outryve, M. Physiopathology of the anal fissure / M. Van Outryve // Acta. Chir. Belg., 2006, 5(106):517–518.