

# Патогенетичне обґрунтування лікувальної тактики у разі гострої анальної тріщини

*М.І. Тутченко, В.С. Андрієць, І.В. Ключко, С.Ф. Марчук, В.Г. Яцентюк*

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Клінічна лікарня № 15 м. Києва

У дослідження з виявлення причини неефективного лікування гострої анальної тріщини та шляхи його покращання включено 48 пацієнтів, які проходили амбулаторне лікування протягом 2008–2009 рр. До основної групи віднесено 25 пацієнтів, які лікувалися за розробленим нами алгоритмом протягом 2009 р. Чоловіків було 12 осіб (48%), а жінок – 13 (52%). Контрольну групу склали 23 пацієнти, які проходили стандартне лікування протягом 2008 р. Чоловіків було 11 осіб (48,8%), а жінок – 12 (51,2%). Вік пацієнтів коливався від 18 до 55 років. Більшість хворих – люди працездатного віку. Основна та контрольна групи за віковим та статевим складом статистично не відрізнялися.

У всіх пацієнтів основної групи вдалось досягти стійкого загоєння анальної тріщини. У 26% (6) пацієнтів контрольної групи стійкого загоєння дефекту анодерми не настало. Крайова епітелізація дефектів анодерми в основній групі починається з  $9,4 \pm 0,21$  доби, тоді як в контрольній групі – з  $13,8 \pm 0,58$  доби. Загоєння анальних тріщин в основній групі спостерігалось на  $14,6 \pm 0,69$  добу, а в контрольній групі – на  $22 \pm 0,99$  добу. Больовий синдром в основній групі зменшився вдвічі швидше, ніж у контрольній групі.

Використання в алгоритмі лікування свічок Дистрептази призвело до швидкого зменшення больового синдрому (за 7 днів на 6 балів) та до відсутності рецидивів даного захворювання.

**Ключові слова:** анальна тріщина, Дистрептаза, епітелізація.

Анальна тріщина – хвороба цивілізації. Це захворювання значно поширене серед населення. Частота виникнення анальної тріщини коливається від 11 до 15% серед усіх захворювань товстої кишки і складає 20–23 випадки на 1000 дорослого населення. Частота його зростає за рахунок неякісного харчування, порушення роботи органів травлення, гіподинамії тощо [1, 3, 6].

Анальну тріщину можна спостерігати в будь-якому віці. Але частіше хворіють люди молодого та середнього віку. Чоловіки і жінки однаково часто страждають від даного захворювання [5, 7].

Усі існуючі схеми лікування анальних тріщин спрямовані на знеболювання, усунення спазму анального сфінктера та нормалізацію акту дефекації. Ефективність стандартних схем лікування складає близько 70%. Щоб знайти причину неефективності лікування, слід розставити акценти в патогенезі даного захворювання [4, 8].

Умовою виникнення анальної тріщини є наявність спровокованої слизової оболонки та чинників, які призводять до її пошкодження. Змінена запальним процесом слизова оболонка легко травмується як твердими, так і рідкими каловими масами. Після виникнення гострої анальної тріщини дефект слизової оболонки підтримується завдяки нервово-рефлекторному процесу. Больові відчуття спричинюють спазм анального сфінктера, що призводить до порушення кровопостачання даної ділянки слизової оболонки. Загально відоме замкнуте коло не дає можливості утвореним ранам загоїтись [4, 8].

Велика поширеність даного захворювання серед осіб працездатного віку та недостатня ефективність консервативного лікування доводять актуальність даної проблеми.

**Метою** нашого дослідження є виявлення причини неефективного лікування гострої анальної тріщини та шляхи його покращання.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження включено 48 пацієнтів з гострою анальною тріщиною, які проходили амбулаторне лікування на клінічній базі кафедри хірургії стоматологічного факультету НМУ ім. О.О. Богомольця, в проктологічному кабінеті Клінічної лікарні № 15 м. Києва протягом 2008–2009 рр. До основної групи віднесено 25 пацієнтів, які лікувалися за розробленим нами алгоритмом протягом 2009 р. Чоловіків було 12 осіб (48%), а жінок – 13 (52%). Контрольну групу склали 23 пацієнти, які проходили стандартне лікування протягом 2008 р. Чоловіків було 11 осіб (48,8%), а жінок – 12 (51,2%). Вік пацієнтів коливався від 18 до 55 років. Більшість хворих – люди працездатного віку. Основна та контрольна групи за віковим та статевим складом статистично не відрізнялися. Із дослідження були виключені пацієнти із супутньою патологією відхідника (з гемороєм, парапроктитом, кондиломами і т.д.)

Враховуючи основні причини неефективності стандартного консервативного лікування, нами розроблений алгоритм ведення таких хворих.

1. Дієта № 3. З метою зменшення подразнювальної дії калових мас хворим рекомендується виключити гостру, смажену їжу, алкоголь, спеції, ароматизатори та консерванти, газовані солодкі напої. Слід споживати велику кількість овочів та фруктів у будь-якому вигляді та близько 2–3 л рідкої їжі (у томі числі супи, каші) з метою отримання регулярних випорожнень та м'яких калових мас.

2. У разі недостатньої екзокринної функції підшлункової залози хворим призначають ферментні препарати.

3. Після акту дефекації слід дотримуватися гігієни – підмиватись висхідним душем.

4. Слід застосовувати теплі (температура комфорту) сидячі ванночки 3–4 рази на день. Сольові (гіпертонічні ванночки) чергують з антисептичними (відвар ромашки). Ванночки мають важливе значення. Вони насамперед зменшують тонус сфінктера, сприяють очищенню та загоєнню дефекту.

5. До місцевого лікування додають використання свічок Дистрептази. Ми призначаємо по 1 свічці 1 раз на день (вранці) протягом 6 днів. Шляхом введення в алгоритм консервативного лікування гострої анальної тріщини свічок Дистрептази в основній групі хворих ми використали основну дію компонентів препарату. Стрептодорназа розчиняє липкі маси нуклеопротеїдів мертвих клітин або гною, не вражаючи живих клітин та не порушуючи їх життєдіяльність. Стрептокіназа активує фібриноліз. Таким чином, даний препарат очищає ранову поверхню, по-

Візуально-аналогова шкала оцінки больового відчуття (Rudkin G.E., 1997)

Візуальна оцінка											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Вербальна оцінка	Відсутній біль		Незначний біль		Біль середньої інтенсивності			Дуже інтенсивний біль		Біль нестерпний	
Експертна оцінка	Біль не виникає		Терпимий біль під час рухів, що можна терпіти		Виникає дискомфорт			Біль, що виникає, може бути зменшений		Біль, що виникає, носить нестерпний характер	

краще мікроциркуляцію в ділянці рани та тим самим призводить до зменшення запального процесу. У таких умовах рубець формується нормотрофним та еластичним [2].

6. Для покращання загоєння гострої тріщини хворий використовує свічки з обліпиховим маслом 1 раз на день 2 тиж.

7. Починаючи з 10-го дня, хворий повинен виконувати масаж відхідника. Масаж виконують щодня, наприкінці вечірньої ванночки протягом 5 хв. Ця процедура спрямована на профілактику звуження відхідника та формування еластичного рубця.

Комплексний підхід спричинює підвищення ефективності консервативного лікування гострої анальної тріщини. Під час лікування лікар контролює правильність виконання пацієнтом призначень 1 раз на тиждень до повного загоєння.

Як критерії ефективності лікування використовували інтенсивність больового синдрому та його тривалість, тонус анального сфінктера, появу крайової епітелізації ран та термін повного загоєння.

Інтенсивність больового синдрому оцінювали за візуально-аналоговою шкалою оцінки больового відчуття (Rudkin G.E., 1997) (табл. 1).

Тонус анального сфінктера оцінювали суб'єктивно (підвищений, знижений, нормальний).

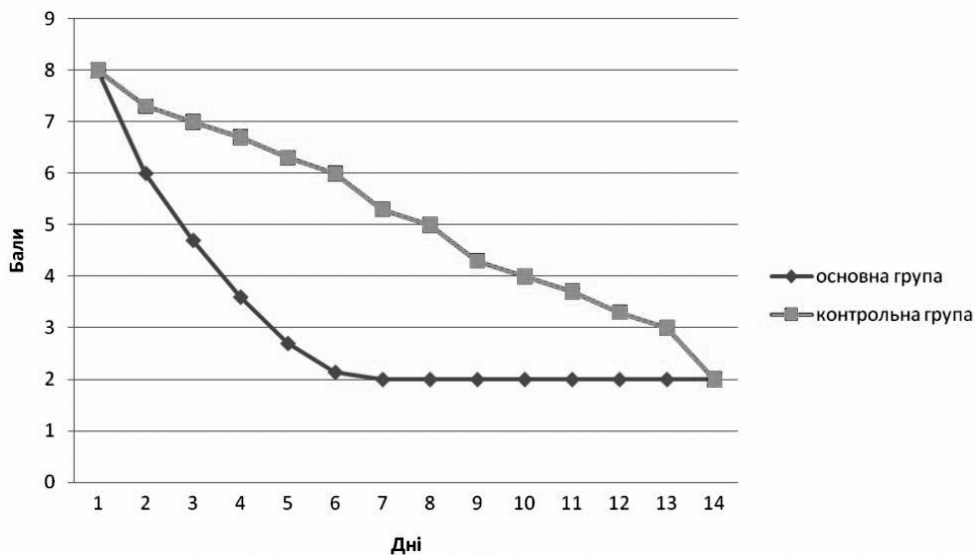
### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У всіх пацієнтів основної групи вдалося досягти стійкого загоєння анальної тріщини. У 26% (6) пацієнтів контрольної групи стійке загоєння дефекту анодерми не відбулося. Причиною неефективності лікування було формування грубого рубця, який звужував просвіт відхідника. Під час акту дефекації відбувалося повторне травмування спровокованої ділянки.

На початку лікування біль у осіб обох груп сягав 8 балів за візуально-аналоговою шкалою. Динаміка болю в процесі лікування наведена на малюнку.

Больовий синдром в основній групі швидко зменшується протягом першого тижня до 2 балів, тоді як в контрольній групі це зменшення відбувається протягом 2 тиж. У хворих основної групи тонус анального сфінктера залишається підвищеним протягом 1 тиж, а в контрольній – протягом 2 тиж. Тонус анального сфінктера зберігається підвищеним відповідно больового синдрому.

Крайова епітелізація дефектів анодерми в основній групі починається з  $9,4 \pm 0,21$  доби, тоді як у контрольній групі – з  $13,8 \pm 0,58$  доби. Загоєння анальних тріщин в основній групі спостерігалось на  $14,6 \pm 0,69$  добу, а в контрольній групі – на  $22 \pm 0,99$  добу (табл. 2).



Малюнок. Динаміка інтенсивності болю

Таблица 2

Епітелізація дефектів анодерми

Група	Крайова епітелізація	Загоєння дефекту
Основна (n=25)	9,4±0,21*	14,6±0,69*
Контрольна (n=23)	13,8±0,58	22±0,99
	p<0,05	p<0,05

Аналізуючи отримані результати лікування, чітко простежуємо тенденцію до більш швидкого загоєння анальних тріщин при використанні розробленого нами алгоритму лікування.

**ВИСНОВКИ**

1. Провідною причиною неефективності консервативного лікування гострої анальної тріщини є порушення трофіки даної ділянки та формування грубого рубця, що звужує відхідник.

2. Використання розробленого нами алгоритму з використанням свічок Дистрептази призводить до підвищення ефективності консервативного лікування гострої анальної тріщини на 26%, скорочує термін загоєння на 7,4 дня.

3. Використання в алгоритмі лікування свічок Дистрептази, дія яких спрямована на покращання кровотоку в ураженій ділянці та формування еластичного рубця, призвело до швидкого зменшення болювого синдрому (за 7 днів на 6 балів) та відсутності рецидивів даного захворювання.

**Патогенетическое обоснование лечебной тактики при острой анальной трещине**

**Н.И. Тутченко, В.С. Андриец, И.В. Клюзко, С.Ф. Марчук, В.Г. Яцентюк**

В исследование по выявлению причин неэффективного лечения острой анальной трещины и пути его улучшения включено 48 пациентов, которые проходили амбулаторное лечение на протяжении 2008–2009 гг. В основную группу вошли 25 пациентов, которые лечились по разработанному нами алгоритму на протяжении 2009 г. Мужчин было 12 (48%), а женщин – 13 (52%). Контрольную группу составили 23 пациента, которые проходили стандартное лечение на протяжении 2008 г. Мужчин было 11 (48,8%), женщин 12 (51,2%). Возраст пациентов колебался от 18 до 55 лет. Большинство больных – люди трудоспособного возраста. Основная и контрольная группы по возрастному и половому составу статистически не отличались.

У всех пациентов основной группу удалось достичь стойкого заживления анальной трещины. У 26% (6) пациентов контрольной группы стойкого заживления дефекта анодермы не наступило. Краевая эпителизация дефектов анодермы в основной группе начинается с 9,4±0,21 суток, тогда как в контрольной группе – с 13,8±0,58 суток. Заживление анальных трещин в основной группе

наблюдалось на 14,6±0,69 сутки, а в контрольной группе – на 22±0,99 сутки. Болевой синдром в основной группе уменьшился в два раза быстрее, чем в контрольной группе.

Использование в алгоритме лечения свечей Дистрептаза привело к быстрому уменьшению болювого синдрома (за 7 дней на 6 баллов) и отсутствию рецидивов этого заболевания.

**Ключевые слова:** анальная трещина, Дистрептаза, эпителизация.

**The treatment of acute anal fissure well-grounded by pathogenesis**

**M.I. Tutchenko, V.S. Andriiets, I.V. Kliuzko, S.F. Marchuk, V.G. Yatsentiuk**

The research aim is the detection of the reasons of the inefficient treatment of acute anal fissure and the ways of its improvement.

In research is included 48 patients with acute anal fissure, which passed ambulatory the treatment during of 2008–2009 years. The main group had 25 patients. They were cured with using us algorithm during 2009 year. 12 individuals (48%) were men, and 13 (52%) – women. Controlling group had 23 patients. They passed standard treatment during 2008 year. 11 (48,8%) individuals were men, and 12 (51,2%) – women. The age of patients ranged from 18 to 55 years. Majority patient was people with able to work age. Main and control groups statistically were not differ for age and sex composition.

All patients of main group had good results of treatment. Into 26% (6) of patients of the control group wound healing did not come. Marginal epithelisation of anal defects in main group begin from 9,4±0,21 day, then as in control group – from 13,8±0,58 day. Complete wound healing in main group was on 14,6±0,69 day, and in control group – on 22±0,99 day. The pain decreased in two times faster in main group, compared with control group.

Using in the algorithm of the treatment of candles «Distreptaza» led to quick decrease the pain (for 7 days on 6 balls) and the absence of recurrence this disease.

**Key words:** anal fissure, distreptaza, epithelisation.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Благодарный Л.А. Выбор метода лечения анальной трещины // Русский медицинский журнал. – 2002. – № 28. – С. 1327.
2. Тамм Т.И., Даденко А.Б., Бабец Е.Ю. Местное лечение операционных ран у больных острым парапроктитом препаратом Дистрептаза // Клинічна хірургія. – 2010. – № 3. – С. 24–25.
3. Durai R., Razvi A., Hin P.N. Novel use of povidone iodine in fissure-in ano //Singapore Med J. – 2010. – № 1 (10). – P. 837.
4. El Tinay OE, Guraya SY. The use of 0.2% glyceryl trinitrate ointment for anal fissures // Saudi J Gastroenterol. – 2005. – № 11. – P. 40–44.
5. Ehrenpreis Eli D. Anal and Rectal Diseases Explained. Lincolnshire, 2003, с.2 25.
6. Katsinelos P., Kountouras J., Paroutoglou G., Beltsis A., Chatzimavroudis G., Zavos Ch., Katsinelos T., Papaziogas B. Aggressive treatment of acute anal fissure with 0,5% nifedipine ointment prevents its evolution to chronicity// World J Gastroenterol. – 2006. – № 12 (38). – P. 6203–6206.
7. Laurence R. Sands, Dana R. Sands. Ambulatory colorectal surgery. New York, 2009. – С. 354.
8. SE Kenny, T Irvine, CP Driver, AT Nunn, PD Losty, MO Jones, RR Turnock, GL Lamont, DA Lloyd Double blind randomized controlled trial of topical glyceryl trinitrate in anal fissure // Arch Dis Child. – 2001. – № 85. – P. 404–407.