

ОПТИМИЗАЦИЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ

В. В. Цодиков

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Представлены результаты эффективности использования наркотического анальгетика налбуфина гидрохлорида у 40 больных с острой анальной трещиной с целью купирования болевого синдрома и сфинктероспазма. Применение налбуфина гидрохлорида для купирования болевого синдрома является патогенетически обоснованным, что способствует заживлению раны и выздоровлению пациентов.

Ключевые слова: острая анальная трещина, болевой синдром, лечение.

ОПТИМІЗАЦІЯ КУПІРУВАННЯ БОЛЮЧОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРОЮ АНАЛЬНОЮ ТРІЩИНОЮ

В. В. Цодіков

Наведено результати ефективності використання наркотичного анальгетика налбуфіну гідрохлориду у 40 хворих на гостру анальну тріщину з метою купірування болювого синдрому та сфінктероспазму. Використання налбуфіну гідрохлориду в купіруванні болювого синдрому є патогенетично обґрунтованим, що сприяє загоєнню рани та видужанню пацієнтів.

Ключові слова: гостра анальна тріщина, болювий синдром, лікування.

OPTIMIZATION OF PAIN SYNDROME REDUCTION IN PATIENTS WITH ANAL FISSURE

V. V. Tsodikov

In this article have been presented research data about application effectiveness of narcotic analgesic Nalbuphine hydrochloride in 40 patients with acute anal fissure for the purpose of pain and sphincterospasm treatment. Nalbuphine hydrochloride application have been pathogenesis substantiated for pain syndrome treatment. Medical use of Nalbuphine hydrochloride promotes wounds healing and recovering.

Keywords: acute anal fissure, pain syndrome, treatment.

Анальная трещина (АТ) в большинстве развитых стран является одним из наиболее распространенных заболеваний, занимающих 3 место в структуре всей колопроктологической патологии после колитов и геморроя. Распространенность АТ составляет 17 случаев на 1000 взрослого населения [1, 2, 4]. Высокие показатели заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста (в среднем 20–40 лет), частые и длительные эпизоды рецидивов болезни, приводящие к осложнениям, инвалидизации и резкому снижению качества жизни пациентов, говорит о значимой социальной проблеме данной патологии [1, 2].

Анальная трещина возникает на фоне запоров, нарушения диеты, несоблюдения правил личной гигиены, а также фоном для ее развития являются беременность, роды и тяжелый физический труд. Поздняя обращаемость в медицинские учреждения пациентов с острой анальной трещиной (ОАТ) способствует ее переходу в хроническую форму [1, 2, 4].

Ведущими признаками заболевания являются боли и спазм анального жома [1, 5]. Сфинктероспазм возникает при контакте кала с мышечными волокнами сфинктера и усиливается сильными болевыми ощущениями, что может продолжаться от предшествовавшего до последующего акта дефекации. Спастическое напряжение мышц анального сфинктера

является триггером формирования патологического «порочного круга» [1, 4, 5]. При устранении спазма анального сфинктера болевое ощущение прекращается. Данный «порочный круг» препятствует самостоятельному заживлению АТ. Основным условием патогенетического лечения ОАТ является устранение болевого синдрома и сфинктероспазма анального жома.

Для устранения болевого синдрома используют анальгетики и анестетики различных групп, а также разные способы сочетанного их применения [6, 7]. К недостаткам местных анестетиков можно отнести неудобство в их использовании, невозможность точно дозировать количество лекарственного вещества, возможные местные реакции на анестетик. У ненаркотических анестетиков имеются также недостатки: небольшое время длительности эффекта обезболивания и резистентность к препаратам, возникающая у 1/3 больных [6, 7]. Для купирования болевого синдрома у больных с АТ некоторые авторы используют наркотические анальгетики с хорошим эффектом, но частыми побочными действиями [8].

В последние годы появился новый опиоидный анальгетик налбуфина гидрохлорид, Nalbuphinum (торговое название «Налбуфин-фармекс», Украина), который по эффективности не уступает морфину,

при этом побочные эффекты у него выражены намного меньше [3]. Препарат обладает свойствами агониста-антагониста опиатных рецепторов. Угнетает ЦНС, оказывает анальгезирующее, спазмолитическое, противокашлевое действие. Налбуфина гидрохлорид широко используют в хирургической практике для купирования болевого синдрома на органах брюшной полости, однако данные о его применении у больных с ОАТ в литературе отсутствуют.

Недостаточно изученная проблема купирования болевого синдрома при ОАТ, а также противоречия в подходах к применению противоболевых лекарственных средств в колопроктологии стали предпосылкой проведения данного исследования.

Цель работы — оценить эффективность применения опиоидного анальгетика налбуфина гидрохлорида для купирования болевого синдрома и сфинктероспазма у больных с ОАТ и научно обосновать его патогенетическое использование в комплексном лечении пациентов данной категории.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В условиях проктологического отделения ХГКБ № 2 обследовано 82 пациента с ОАТ (39 мужчин и 43 женщины) в возрасте от 18 до 67 лет (средний возраст $43,6 \pm 13,8$ года). Средняя длительность заболевания у больных с ОАТ составляла $10,6 \pm 2,8$ дней.

Критерием включения пациентов в исследование было: наличие ОАТ (рана с ровными краями, отсутствие «сторожевого бугорка»), длительность заболевания не более 5 недель), типичное место локализации АТ (на 6-ти или 12-ти часах).

Критерии исключения: наличие хронической анальной трещины (ХАТ), атипичное расположение трещины (кроме 6-ти и 12-ти часов), геморрой, воспалительные заболевания кишечника, зуд и мокнутие в перианальной зоне, тяжелая соматическая патология, онкологические заболевания.

Основную группу (I группа) составили 40 пациентов, которым наряду со стандартной терапией (местное применение мази с антибиотиком, сидячие ванночки с отваром коры дуба) болевой синдром купировали с помощью опиоидного анальгетика налбуфина гидрохлорида (1 % раствор) — 1 мл внутримышечно 1 раз в сутки утром в течение 3 дней.

Группа сравнения (II группа) — 42 человека, которые на фоне базисной терапии в качестве обезболивающего средства получали ненаркотический анальгетик дексалгин (декскетопрофена трометамол, Германия) (2,5 % раствор) — в дозировке 2 мл внутримышечно 2 раза в сутки в течение 5 дней. Распределение больных на группы проводилось методом случайной выборки, то есть исследование было рандомизированным.

Для количественной субъективной оценки боли у пациентов использовали цифровую рейтинговую

шкалу с градуировкой от 0 до 10. Где 0 — полное отсутствие болевых ощущений, 10 — невыносимая боль.

Для оценки эффективности лечения использовали следующие критерии: динамика болевого синдрома и сфинктероспазма (в баллах) на 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7-е сут., сроки полного заживления трещины, количество трансформаций острых трещин в хроническую (ранний катамнез — в течение 4–5 недель).

Обследование больных заключалось в сборе жалоб и анамнеза заболевания, осмотре перианальной области, пальцевом исследовании прямой кишки с определением тонуса сфинктера, проведении аноскопии или ректороманоскопии, а также колоноскопии по показаниям.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась методом вариационной статистики. Для оценки достоверности разницы средних величин использовался односторонний критерий Стьюдента–Фишера. Разница считалась достоверной при значении $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У большинства больных основной (92,5 %) и контрольной (90,4 %) группы болевой синдром характеризовался резкими интенсивными ощущениями, чувством жжения, рези и ощущением «битого стекла» или «раскаленного металла», инородного тела в заднем проходе. Боль резко усиливалась у 87,5 % пациентов I и 88,1 % II группы во время акта дефекации или же через некоторое время после него. У 42,5 % больных I группы и 57,1 % II группы боль распространялась из перианальной области в промежность, мочевого пузыря, матку, крестец, поясницу, копчик, ноги и т. д. У 32,5 % (I группа) и 28,6 % (II группа) больных в момент дефекации выделения сопровождалось каплями алой крови из заднего прохода, что являлось прямым показанием к проведению колоноскопии после купирования болевого синдрома и сфинктероспазма. Объем этих выделений был незначительным, в виде полоски алой крови на кале или туалетной бумаге. Окончание болевого синдрома наступало резко (критический вариант) у 22,5 % (I группа) и 33,3 % (II группа) больных, постепенное исчезновение боли (литический вариант) зарегистрировано у 70 % пациентов I группы и 57,1 % II группы.

Известно, что боль всегда связана с раздражением раневой поверхности каловыми массами, пальцами или инструментами. Поэтому начало болевого приступа у людей, страдающих анальной трещиной, всегда связано с дефекацией. Болезненность после акта дефекации связана со спазмом сфинктера, а не исходит из самого дефекта.

При осмотре у 85 % (I группа) и 90,5 % (II группа) пациентов наружное отверстие было сильно сокращено, при поверхностной пальпации уплотнено; а попытка ввести палец в задний проход вызывала резкое усиление болей у 82,5 % (I группа) и 90,5 % (II группа) человек. Этот факт позволил диагностировать у этой категории больных сфинктероспазм. У всех больных во время аноскопии, которая проводилась на фоне анестезии, был выявлен ладьевидный дефект эпителия с четкими краями, дном которого являлись мышечные волокна сфинктера. У 35 % (I группа) и 22,5 % (II группа) больных были обнаружены явления копростаза, причем 17,5 % (I группа) и 11,9 % (II группа) больных признались, что сознательно задерживают стул в связи с усилением болевых ощущений.

Выраженность болевого синдрома определялась по цифровой рейтинговой шкале боли (табл. 1).

Болевой синдром у большинства пациентов основной и контрольной групп на момент обращения в стационар имел умеренную выраженность, от 4 до 7 баллов (в I группе 67,5 % пациентов, во II группе — 76,2 %). Однако на сильные болевые (8–10 баллов) ощущения указывали 32,5 % больных основной и 23,8 % больных контрольной группы. Средний балл болевого синдрома по цифровой рейтинговой шкале у пациентов основной группы составил 7,1 балла, в контрольной — 6,7 балла (табл. 2).

У пациентов, которые получали налбуфина гидрохлорид, отмечалось значительное снижение болевого синдрома уже на 2-е сут. терапии. Так, у пациентов I группы средние показатели интенсивности боли снизились с 7,1 до 4,3 балла (на 2,8 балла), что расценивалось больными как умеренная или незначительная боль. Побочных эффектов или непереносимости препарата мы не отмечали.

У пациентов II группы, получавших декскетопрофена трометамол, положительная динамика была не столь выражена: болевой синдром снизился с 6,7 до 5,6 (на 1,1 балла). Больные этой группы на 2-е сут. получения терапии продолжали жаловаться на сильную боль. На 7-й день терапии пациенты I группы отмечали незначительные болевые ощущения, тогда как пациенты II группы по-прежнему жаловались на умеренную боль.

До начала терапии большинство пациентов с ОАТ I и II групп жаловались на интенсивные боли в заднем проходе (87,5 и 83,3 %, соответственно). На 2-е сут. терапии 65 % пациентов из I и 81 % пациентов

Таблица 1

Характеристика болевого синдрома (%)

Группы наблюдения	Баллы				
	0–3	4–5	6–7	8–9	10
I (n=40)	0	12,5	55	25	7,5
II (n=42)	0	16,7	59,5	19	4,8

Таблица 2

Сравнительная эффективность разных методик купирования болевого синдрома у больных с ОАТ (%)

Группы наблюдения	Дни					
	До лечения	2	3	4	5	7
I (n=40)	7,1	4,3	3,8	3,6	3,5	3,2
II (n=42)	6,7	5,6	5,4	5,3	4,7	4,6

Таблица 3

Динамика болевого синдрома в группах наблюдения (абс./%)

Дни	Оценка болевого синдрома по рейтинговой шкале боли (баллы)				
	0–3	4–5	6–7	8–9	10
I группа					
До лечения	0/0	5/12,5	22/55	10/25	3/7,5
1	0/0	12/30	19/47,5	9/22,5	0/0
2	5/12,5	9/22,5	19/47,5	7/17,5	0/0
3	7/17,5	10/25	18/45	5/12,5	0/0
4	9/22,5	15/37,5	16/40	0/0	0/0
5	8/20	23/57,5	9/22,5	0/0	0/0
II группа					
До лечения	0/0	7/16,7	25/59,5	8/19	2/4,8
1	0/0	8/19	26/61,9	7/16,7	1/2,4
2	0/0	10/23,8	24/57,1	7/16,7	1/2,4
3	2/4,8	12/28,6	23/54,7	5/11,9	0/0
4	3/7,1	13/31	22/52,4	4/9,5	0/0
5	4/9,5	17/40,5	18/42,9	3/7,1	0/0

из II группы отмечали интенсивную боль ($p < 0,05$). Уже на 5-е сут. 57,5 % пациентов I группы расценивали боль как умеренную и 22,5 % как интенсивную; во II группе 40,5 % отмечали умеренную и 45,9 % — интенсивную боль ($p < 0,05$) (табл. 3).

У пациентов I группы после назначения налбуфина гидрохлорида отмечалось стойкое снижение сфинктероспазма. До лечения у 90 % пациентов наблюдался сфинктероспазм, на 14-е сут. — только у 27,5 %. Во II группе эти показатели были зарегистрированы в 80,9 и 40,4 % случаев, соответственно (табл. 4).

В раннем катамнезе наблюдения (5 нед. с момента обращения) у 95 % пациентов I группы

Таблица 4

Сравнительная эффективность разных методик купирования сфинктероспазма у больных с ОАТ (абс./%)

Группы наблюдения	Дни			
	До лечения	5	7	14
I	36/90	27/67,5	17/42,5	11/27,5
II	34/80,9	32/76,2	26/61,9	17/40,4

и 76,2% II группы было отмечено полное заживление ОАТ, нормализация стула, а также исчезновение всех симптомов, сопутствующих ОАТ. В то же время у 5% пациентов I группы и 19% II группы ОАТ трансформировалась в хроническую, что в дальнейшем потребовало планового оперативного лечения.

ВЫВОДЫ

1. Выраженный болевой синдром выявляется у 95% пациентов с ОАТ, причем у 92,5% больных — в сочетании со сфинктероспазмом.

2. Использование опиоидного анальгетика налбуфина гидрохлорида в комплексном лечении

больных с ОАТ показало выраженный анальгезирующий эффект (у 100%), устранение сфинктероспазма (у 62,5%), полное заживление трещины (к 5 неделе) у 95% пациентов, научно обосновывая его применение в качестве патогенетического лечения при ОАТ. Побочных эффектов или непереносимости препарата не отмечено.

В контексте изучения эффективности применения налбуфина гидрохлорида для купирования болевого синдрома в проктологической практике следует считать *перспективным* научное обоснование его использования в патогенетической терапии у больных с ХАТ в послеоперационном периоде.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Даценко Б. М. Клиническая колопроктология / Б. М. Даценко. — Х., 2012. — 383с.
2. Кондратенко П. Г. Клиническая колопроктология: руководство для врачей / П. Г. Кондратенко, Н. Б. Губергриц. — Х.: Факт, 2005. — 384с.
3. Черний В. И. Применение мультимодальной анальгезии с использованием акупана, дексалгина и налбуфина в периоперационном периоде / В. И. Черний, Г. И. Ермилов, Е. А. Колганова // Медицина неотложных состояний. — 2011. — № 6(37). — С. 98–102.
4. Rakinic J. Anal Fissure / J. Rakinic // Clin. Colon Rectal Surg. — 2007. — May. — Vol. 20(2). — P. 133–137.
5. Poh A. Innovations in chronic anal fissure treatment: A systematic review World / A. Poh, К.-Y. Tan // J. Gastrointest. Surg. — 2010. — Jul. 27. — Vol. 2(7). — P. 231–241.
6. Khan K. I. Efficacy of combination of 0,2% GTN and lignocaine ointments in wound healing and pain relief after Milligan Morgan hemorrhoidectomy — A comparison with lignocaine and 0.2% GTN ointments separately / K. I. Khan // International Journal of Surgery. — 2014. — Vol. 12, Issue 4. — P. 329–333.
7. Pravid J. Gupta Treatment of fissure in ano- revisited / Pravid J. Gupta // Afr. Health Sci. — 2004. — Apr. — Vol. 4(1). — P. 58–62.
8. Zaghayan K. N. Anal Fissure / K. N. Zaghayan, P. Fleshner // Clin. Colon Rectal Surg. — 2011. — Mar. — Vol. 24(1). — P. 22–30.