

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ

Проф. Т. И. Тамм, проф. И. В. Белозеров*, В. В. Цодиков*

Харьковская медицинская академия последипломного образования,

*Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина

Проанализированы результаты различных методов оперативного лечения хронической анальной трещины у 104 пациентов. Установлено, что лучшие результаты получены при хирургическом лечении хронической анальной трещины путем использования методики ее иссечения с последующей мукозопластикой. Данная методика позволяет снизить количество послеоперационных осложнений с 16,7 до 4,6 %, что положительно влияет на качество жизни пациентов.

Ключевые слова: хроническая анальная трещина, хирургическое лечение.

ПОРІВНЯЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ АНАЛЬНУ ТРІЩИНУ

Проф. Т. І. Тамм, проф. І. В. Белозьоров*, В. В. Цодіков*

Проаналізовано результати різних методів оперативного лікування хронічної анальної тріщини у 104 пацієнтів. Установлено, що найкращі результати отримано в разі хірургічного лікування хронічної анальної тріщини з використанням методики її висічення з подальшою мукозопластикою. Ця методика дає змогу знизити кількість післяопераційних ускладнень з 16,7 до 4,6 %, що позитивно впливає на якість життя пацієнтів.

Ключові слова: хронічна анальна тріщина, хірургічне лікування.

COMPARATIVE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC ANAL FISSURE

T. I. Tamm, I. V. Belozorov*, V. V. Tsodikov*

Results of different surgical methods treatment in 104 cases have been analyzed. It was found that the best results have been obtained by surgical method: fistulectomy with mucosoplasty. This method have reduced the incidence of postoperative complications from 16.7 to 4.6 % and improve quality of life.

Keywords: chronic anal fissure, surgical treatment.

Хроническая анальная трещина (ХАТ) является далеко не «новым» заболеванием. Данная патология была описана еще более двух тысячелетий назад в Древнем Египте. С развитием цивилизации проблема ХАТ никуда не исчезает, более того, количество случаев заболевания растет с каждым днем и напрямую зависит от таких показателей, как урбанизация населения, сидячий образ жизни, употребление пищи с недостаточным содержанием пищевых волокон.

Отсутствие единого взгляда на патогенез заболевания связано с недостаточно изученной проблемой ХАТ и как следствие — неэффективностью лечения. Считается, что в основе патогенеза развития ХАТ лежит гипертонус сфинктера с последующей его ишемией [8]. Такого же мнения придерживаются и другие авторы, которые подтвердили наличие гипертонуса сфинктера данными анальной манометрии и лазерной доплеровской флоуметрии [10].

В настоящее время нет единого мнения на выбор тактики лечения ХАТ. Ряд авторов являются сторонниками консервативных методов

лечения в виде местного применения нитратсодержащих мазей, ботулотоксина и блокаторов кальциевых каналов [3, 6, 7, 11]. Другие, напротив, успешно лечат ХАТ исключительно хирургическим путем [4, 5, 9].

Для хирургического лечения ХАТ на сегодняшний день существует множество методик, которыми эмпирически пользуются колопроктологи в своей повседневной практике. В то же время, до сих пор нет объективных критериев, которые могут быть основанием для применения конкретного метода оперативного лечения. Выбор способа операции чаще всего зависит от личного опыта врача, а также «традиций» лечебного учреждения. Некоторые авторы считают, что каждая методика имеет свои положительные стороны и недостатки. Возможны ситуации, когда разработанная и апробированная автором методика в руках коллег может оказаться неэффективной [1]. В этой связи нами были изучены отдаленные результаты оперативного лечения ХАТ разными методами в условиях стационара.

Цель работы — провести сравнительный анализ эффективности хирургического лечения ХАТ методом фиссурэктомии с последующей мукозопластикой, иссечения ХАТ в пределах здоровых тканей и закрытой латеральной сфинктеротомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты лечения 104 пациентов с ХАТ, среди которых было 42 мужчин и 62 женщины в возрасте от 21 до 67 лет, средний возраст — $42,3 \pm 16,7$ года.

Критерием включения в исследование было наличие ХАТ длительностью более 6 мес. Критериями исключения явилось наличие тяжелой соматической патологии, а также любой другой патологии со стороны прямой кишки (геморрой, хронический парапроктит, неспецифический язвенный колит (НЯК), болезнь Крона и т. д.).

Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от разновидности операции. В первую группу вошли 42 пациента, которым во время операции была выполнена фиссурэктомия с последующей мукозопластикой. Во вторую группу вошли 32 пациента, которым было выполнено только иссечение ХАТ в пределах здоровых тканей. В третью группу вошли 30 пациентов, которым проводилось оперативное лечение в объеме закрытой латеральной сфинктеротомии. Такой способ является «золотым стандартом» лечения ХАТ в США и странах Западной Европы.

Результаты лечения больных ХАТ оценивали по клиническим признакам, которые выявляли при осмотре перианальной области, пальцевом исследовании прямой кишки, аноскопии и ректальном УЗИ.

Все операции проводили в условиях инфльтрационной анестезии [2]. В послеоперационном периоде больные получали одинаковое лечение в объеме: ежедневные перевязки с мазью левомеколь, противовоспалительный препарат (мелоксикам) в дозировке 15 мг 1 раз в сутки в/м, а также опиоидный анальгетик налбуфина гидрохлорид 20 мг 1 раз в день в течение трех первых суток послеоперационного периода.

Оценивали такие показатели, как выраженность болевого синдрома по 10-балльной шкале (где 0 — отсутствие боли, 10 — интенсивная боль) и количество осложнений в раннем и/или позднем послеоперационном периоде, сроки пребывания больных в стационаре, скорость заживления раны. Обращали внимание на частоту рецидивов в течение последующего года и удовлетворенность непосредственно лечением пациентов.

Удовлетворенность пациентов результатами лечения оценивали по 5-балльной шкале, где 5 — полное выздоровление, 4 — улучшение, 3 — без изменений, 2 — ухудшение состояния, 1 — значительное ухудшение.

Статистический анализ полученных результатов проводили с помощью статистических программ Statistica 6.0. Для оценки достоверности разницы средних величин показателей использовали односторонний критерий Стьюдента–Фишера. Разница считалась достоверной при значении $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Во всех группах пациенты хорошо перенесли оперативные вмешательства. В послеоперационном периоде во всех группах наблюдения больные отмечали болевой синдром, который эффективно купировался внутримышечным введением анальгетика налбуфина гидрохлорида в течение трех дней.

Сравнительная эффективность хирургического лечения ХАТ в результате использования различных методик показала достоверность различий по большинству основных показателей клинической эффективности (табл. 1).

Достоверно меньшее количество времени находились в стационаре пациенты 3 группы (по сравнению с 1 и 2 группой), которым была выполнена латеральная сфинктеротомия. Более длительно (по сравнению с 1 и 3 группой) в стационаре пребывали пациенты 2 группы, у которых иссекали ХАТ.

Более быстрые сроки полного заживления послеоперационной раны отмечены также в 3 группе ($26,2 \pm 6,1$ дня против $38,7 \pm 9$ у пациентов 2 группы). Однако именно в этой группе у двух пациентов отмечалось умеренное кровотечение в раннем послеоперационном периоде. Немного больше в сравнении со 2 группой требовалось времени для полного заживления ран пациентам 1 группы ($31,4 \pm 6,6$ дня). Болевой синдром менее всего был выражен в 1 группе, где после иссечения трещины выполняли мукозопластику. Что касается болевого синдрома, то более всего он был выражен у пациентов 2 группы.

Общее число осложнений достоверно чаще наблюдалось у пациентов 3 группы в количестве 5–16,7 %, в сравнении с 1 — 2–4,6 % и 2 — 2–6,3 % ($p < 0,001$). Наиболее тяжелое осложнение в виде стойкой инконтиненции 1 и 2 степени было выявлено у больных 3 группы, что значительно снижало качество их жизни, а иногда и работоспособность пациентов. Больные 3 группы жаловались на недержание газов 3 (10 %) и жидкий стул 2 (6,7 %). В то же время жалобы на нагноение послеоперационной раны отмечались только у одного пациента из 1 группы (2,3 %). Во 2 и 3 группах случаев нагноения послеоперационной раны зарегистрировано не было.

Широко используемая в мировой хирургической практике латеральная дозированная сфинктеротомия дает сравнительно быстрый лечебный

Таблиця 1

Сравнительная эффективность различных методик хирургического лечения ХАТ

Показатели клинической эффективности	Группы наблюдения			P
	1	2	3	
Сроки пребывания в стационаре	7,7 ± 3,9	8,8 ± 3,3	6,1 ± 2,1	1-2 < 0,001 1-3 < 0,001 2-3 < 0,0001
Сроки полного заживления послеоперационной раны	31,4 ± 6,6	38,7 ± 7,2	26,2 ± 6,1	1-2 < 0,001 1-3 < 0,001 2-3 < 0,0001
Болевой синдром:				1-2 < 0,05 1-3 < 0,05 2-3 > 0,05
- 2 сут	6,6 ± 0,7	7,6 ± 0,9	7,4 ± 0,8	
- 5 сут	4,7 ± 0,6	5,6 ± 0,9	5,5 ± 0,8	1-2 < 0,05 1-3 < 0,05 2-3 > 0,05
Осложнения:				
- нагноение раны	1 (2,3 %)	0	0	1-2 < 0,001 1-3 < 0,001 2-3 > 0,05
- инконтиненция				
1 степени	2 (4,6 %)	2 (6,3 %)	3 (10 %)	1-2 < 0,05
2 степени	0	0	2 (6,7 %)	1-3 < 0,001
3 степени	0	0	0	2-3 < 0,05
Всего пациентов с инконтиненцией	2 (4,6 %)	2 (6,3 %)	5 (16,7 %)	
- кровотечение	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (6,7 %)	1-2 > 0,05 1-3 < 0,001 2-3 < 0,001
Частота рецидивов в течение 1 года после операции	3 (7,1 %)	3 (9,4 %)	5 (16,7 %)	1-2 < 0,05 1-3 < 0,001 2-3 < 0,001
Удовлетворенность результатами лечения (баллы)	4,3	4,1	3,5	1-2 > 0,05 1-3 < 0,05 2-3 < 0,05

эффект, но одновременно и большое количество осложнений, включая инконтиненцию и число рецидивов (16 %).

Иссечение трещины в чистом виде или в сочетании с мукозопластикой достоверно дольше способствовало заживлению ран в сравнении с латеральной сфинктеротомией. Однако в этих группах было достоверно меньше осложнений, рецидивов заболевания на протяжении года и большее количество больных с удовлетворительными результатами лечения.

ВЫВОДЫ

1. Иссечение трещины с мукозопластикой значительно снижает интенсивность болевого

синдрома в послеоперационном периоде и улучшает качество жизни пациентов за счет уменьшения количества осложнений.

2. Латеральная сфинктеротомия является не радикальной операцией, а временно улучшающей состояние пациентов. В отдаленном послеоперационном периоде у пациентов, перенесших данную хирургическую методику лечения ХАТ, могут возникнуть осложнения в виде инконтиненции, что негативно сказывается на качестве жизни больных.

3. Иссечение трещины в пределах здоровых тканей с последующей мукозопластикой является патогенетически обоснованной, наиболее перспективной и оптимальной методикой лечения ХАТ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Ан В. К. Опасности, осложнения и ошибки в проктологии / В. К. Ан, В. Л. Рывкин, А. Я. Соломка. — М. : БИНОМ, 2011. — 112 с.
2. Рыжих А. Н. Атлас операций на прямой и толстой кишках / А. Н. Рыжих. — М. : Медицина, 1968. — 323 с.
3. A dose finding study with 0.1 %, 0.2 %, and 0.4 % glyceryl trinitrate ointment in patients with chronic anal fissures / J. H. J. U. Scholefield, Bock, B. Marla [et al.] // Gut. — 2003. — Vol. 52 (2). — P. 264–269.
4. Clinical, manometric, and ultrasonographic results of pneumatic balloon dilatation vs. lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure: a prospective, randomized, controlled trial / A. Renzi, D. Izzo, G. Di Sarno [et al.] // Dis Colon Rectum. — 2008. — Vol. 51 (1). — P. 121–127.
5. Fine-tuning of the extent of lateral internal sphincterotomy: spasm-controlled vs. up to the fissure apex / B. B. Menteş, M. K. Güner, S. Leventoglu, N. Akyürek // Dis Colon Rectum. — 2008. — Vol. 51 (1). — P. 128–133.
6. Ho K. S. Randomized clinical trial comparing oral nifedipine with lateral anal sphincterotomy and tailored sphincterotomy in the treatment of chronic anal fissure / K. S. Ho, Y. H. Ho // Br. J. Surg. — 2005. — Vol. 92 (4). — P. 403–408.
7. Nelson R. Non surgical therapy for anal fissure / R. Nelson // Cochrane Database Syst. Rev. — 2006. — Vol. (4). — CD003431.
8. Nothmann B. J. Internal anal sphincter derangement with anal fissures / B. J. Nothmann, M. M. Schuster // Gastroenterology. — 1974. — Vol. 67 (2). — P. 216–220.
9. Open versus closed lateral sphincterotomy performed as an outpatient procedure under local anesthesia for chronic anal fissure: prospective randomized study of clinical and manometric longterm results / A. Arroyo, F. Pérez, P. Serrano [et al.] // J. Am. Coll. Surg. — 2004. — Vol. 199 (3). — P. 361–367.
10. The ischaemic nature of anal fissure / W. R. Schouten, J. W. Briel, J. A. Auwerda, E. J. R. de Graaf // Br. J. Surg. — 1996. — Vol. 83. — P. 63–65.
11. Topical 0.5 % nifedipine vs. lateral internal sphincterotomy for the treatment of chronic anal fissure: long-term follow-up / P. Katsinelos, B. Papaziogas, I. Koutelidakis [et al.] // Int. J. Colorectal. Dis. — 2006. — Vol. 21 (2). — P. 179–183.

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ХМАПО ПЛАТНИХ ЦИКЛІВ
СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ Й УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ НА 2015 РІК**

АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ 2

Зав. кафедри проф. Козуб М. І. тел. 732-19-34; 732-68-94

Невідкладна допомога в акушерстві і гінекології (для акушерів-гінекологів)	03.06-03.07
Акушерство і гінекологія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорії)	12.10-10.11
Екстрагенітальна патологія в акушерстві і гінекології (для акушерів-гінекологів)	16.11-15.12

ГЕНЕТИКИ, АКУШЕРСТВА, ГІНЕКОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНИ ПЛОДА

Зав. кафедри проф. Назаренко Л. Г. тел. 93-41-87; 93-00-72

Ультразвукова діагностика (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорії)	23.06-23.07
Скринінгові програми в перинатальній медицині (для акушерів-гінекологів, неонатологів, генетиків, лікарів сімейної медицини, лікарів УЗД)	02.09-01.10
Ультразвукова діагностика в перинатології, генетиці та гінекології (для лікарів УЗД, лікарів лікувального профілю та інших спеціальностей)	05.10-03.11
Ультразвукова діагностика (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорії)	05.11-04.12
Скринінгові програми в перинатальній медицині (для акушерів-гінекологів, неонатологів, генетиків, лікарів сімейної медицини, лікарів УЗД)	09.11-08.12