

СУЧАСНЕ МАЛОІНВАЗИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ АНАЛЬНУ ТРІЩИНУ

Лурін І.А., Трач С.В.*, Цема Є.В.**

Військово-медичне управління СБ України, Київ

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону МО України*, Львів, Україна

Головний військово-медичний клінічний центр МО України**, Київ, Україна

Modern Minimally Invasive Management of Chronic Anal Fissure

I.A. Lurin, S.V. Trach*, E.V. Tsema**

Military Medical Administration of Security Service of Ukraine, Kiev

Military Medical Clinical Centre of the Western Region*, Defense Ministry of Ukraine, Lvov

Main Military Medical Clinical Center**, Defense Ministry of Ukraine, Kiev

Received: July 9, 2010

Accepted: September 2, 2010

Адреса для кореспонденції:

Клініка абдомінальної хірургії

Головний військовий клінічний госпіталь

вул. Госпітальна, 18, Київ, 01133, Україна

Тел.: +38-044-521-84-86

e-mail: trachserhiy@mail.ru

Summary

The study included 93 patients — 62 (66.7%) females and 31 (33.3%) males with anal fissure who received in-patient care during the period January 2008 — June 2010. The main group consisted of 46 patients who underwent excision of the fissure with ultrasound scalpel combined with relaxation of internal anal sphincter with 0.3% nifedipine ointment. Control group consisted of 47 patients with chronic anal fissure who underwent excision of the chronic anal fissure combined with limited posterior sphincterotomy.

All chronic anal fissure patients 93 (100%) had elevated anal sphincter tonus. On the 30th day post-surgery 43 (93.5%) patients in the main group had normal tonus of anal sphincter, mean value 56.6 ± 3.8 mm Hg. In 45 control group patients (95.7%), who were assessed on the 30th day post-surgery, mean anal canal pressure, was 53.6 ± 6.2 mm Hg. Four patients (8.5%) had signs of stage I and II anal sphincter insufficiency. Complete wound healing was observed on average at 47.3 ± 5.8 days post-surgery in both groups. No cases of recurrence were observed.

So, ultrasound scalpel excision of chronic anal fissure combined with relaxation of the anal sphincter with 0.3% nifedipine ointment is an efficient and safe method of management of chronic anal fissures. Sphincterometry is a simple, unbiased and reliable method of assessment of anal sphincter relaxation when treating chronic anal fissures.

Key words: chronic anal fissure, ultrasound scalpel, drug relaxation of anal sphincter, schincterometry.

Вступ

Хронічна анальна тріщина, незважаючи на свою поширеність, у хірургічних стаціонарах інколи розглядається як щось другорядне, хоча її ускладнення можуть призвести до важких наслідків у вигляді тривалої втрати працездатності, інвалідизації тощо [2,3].

Захворюваність на хронічну анальну тріщину складає 20-23 на 1000 чоловік дорослого населення, а її частка сягає 11-15% всіх колопроктологічних хвороб [2]. В структурі проктологічних захворювань по звертанню вона займає третє місце (8,3-9,4%) після таких хвороб, як коліти та геморої, а в структурі госпітальної проктологічної захворюваності сягає 11% [1,3,9,16]. Понад дві третини хворих на хронічну анальну тріщину особи працездатного віку, тому ця проблема носить не тільки медичний характер, а й має вагоме соціально-економічне значення [6,12,15]. Широке розповсюдження цього захворювання та актуальність проблеми призвели до появи великої кількості різних методів різних методів лікування [4,5,8].



Рис. 1
Генератор ультразвукового гармонійного скальпеля.

Консервативні методи лікування, включаючи найсучасніші препарати для медикаментозної релаксації внутрішнього сфінктера, лише незначно перевищують плацебо по ефективності [19]. При цьому частота рецидивів захворювання, протягом першого року після завершення лікування може досягати 33% [10,18]. Причинами такої високої частоти рецидивів є наявні в анальному каналі рубцеві та запальні зміни, такі як сторожевий горбик, гіпертрофований анальний сосочок, рубцеві краї тріщини [18].

Тому, основним методом лікування хронічної анальної тріщини є хірургічний. Однак наскільки досконалі б не були методики виконання сфінктеротомії, вона залишається хірургічною операцією, яка призводить до незворотного пошкодження сфінктерного апарату прямої кишки зі всіма витікаючими звідси наслідками [5,13].

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування хворих на хронічну анальну тріщину.

Методи та матеріали

Враховуючи високий ризик розвитку недостатності анального жому внаслідок сфінктеротомії, розроблено спосіб (заявка на корисну модель U201004236 від 12/04-2010 "Спосіб хірургічного лікування хронічної анальної тріщини з використанням ультразвукового скальпеля", заявка на корисну модель U201006303 від 25/05-2010 "Спосіб малотравматичного комбінованого лікування хронічної анальної тріщини"), який включає висічення тріщини ультразвуковим скальпелем в поєднанні з медикаментозною релаксацією внутрішнього сфінктера прямої кишки.

Показами до хірургічного лікування хворих на хронічну анальну тріщину були наявність не менше трьох з наступних п'яти критеріїв: неефективність стандартної консервативної терапії з приводу анальної тріщини, що проводилась протягом двох місяців; наявність сторожевого



Рис. 2
Сфінктерометр "ProMedico" (Німеччина).

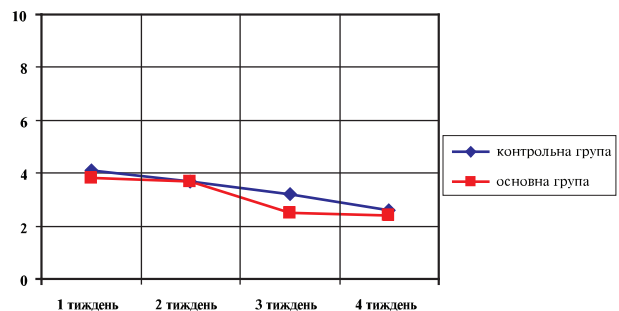


Рис. 3
Інтенсивність болювого синдрому в групах по візуальній аналоговій шкалі (в балах) в залежності від термінів лікування.

горбика; наявність гіпертрофованого анального сосочка; наявність рубцево-змінених країв анальної тріщини; наявність волокон внутрішнього сфінктера на дні анальної тріщини.

У дослідження були включені 93 (62 (66,7%) жінок та 31 (33,3%) чоловіків) хворих на хронічну анальну тріщину, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні загальної та онкоколопроктології з палатами для хіміотерапії ГВМКЦ (ГВКГ) та відділенні проктології клініки торакабдомінальної хірургії ВМКЦ ЗР з 1 січня 2008 року по 1 червня 2010 року. Пацієнти були розділені на дві групи шляхом випадкової вибірки. Основну групу склали 46 хворих, яким виконано висічення тріщини ультразвуковим скальпелем в поєднанні з медикаментозною релаксацією внутрішнього сфінктера. Серед них було 31 (67%) жінка та 15 (33%) чоловіків. Середній вік пацієнтів даної

групи склав $40,7 \pm 1,6$ років (від 18 до 74 років). В контрольній групі, яку склали 47 хворих на хронічну анальну тріщину, виконувалось висічення хронічної анальної тріщини в поєднанні з дозованою задньою сфінктеротомією. Серед них було 30 (64%) жінки та 17 (36%) чоловіків. Середній вік цих хворих склав $42,1 \pm 1,9$ роки (від 23 до 76 років). Нами не виявлено статистично достовірних відмінностей між основною та контрольною групами за статтю та віком пацієнтів ($p > 0,05$).

В основній групі при показах до оперативного лікування першим етапом проводили висічення хронічної анальної тріщини в межах здорових тканин ультразвуковим скальпелем ("UltraCision", США — рис. 1).

Принцип дії ультразвукового гармонійного скальпеля заснований на високій (55000 Гц) частоті коливань титанового леза робочої насадки в поздовжньому напрямку. Коагуляція та розтин тканин відбуваються за допомогою трьох механізмів: кавітації, температурної дії, механічного розривання за допомогою робочої частини скальпеля. Прилад дозволяє пересікати та надійно коагулювати судини діаметром до 0,5 см. При цьому глибина термічної дії не перевищує 1,5 мм, що значно менше в порівнянні з глибиною пошкодження під впливом електрокоагуляції [14, 17].

В подальшому двічі на добу з інтервалом 12 годин здійснювали перев'язки з 0,3% ніфедипіновою маззю, що наносили на перианальну шкіру та в анальний канал впродовж 4-5 тижнів після операції. В контрольній групі пацієнтів проводили висічення хронічної анальної тріщини з дозованою задньою сфінктеротомією за Рижих [6, 7, 11, 12].

Порівнювались інтенсивність больового синдрому, функціональний стан сфінктерного апарату прямої кишки, частота побічних ефектів, терміни загоєння післяопераційної рани, ранні та пізні післяопераційні ускладнення, частота рецидиву захворювання. Період спостереження склав від 3 до 30 місяців. Інтенсивність больового синдрому оцінювалась по візуальній аналоговій шкалі до операції, через 5, 14, 25 днів після операції.

Для визначення функціонального стану сфінктерного апарату прямої кишки у досліджуваних хворих використовували сфінктерометр "ProMedico" (Німеччина), що має просту будову і є зручним у користуванні (рис. 2).

За нормальні показники функціонального стану сфінктера прямої кишки використовували показники, надані фірмою-виробником приладу:

- тонус сфінктера: чоловіки — 60 мм рт. ст.; жінки — 40-60 мм рт. ст.;
- максимальна сила довільного скорочення: чоловіки — 110-150 мм рт. ст., жінки — 100 мм рт. ст.;
- вольове зусилля: чоловіки — 50-90 мм рт. ст., жінки — 40-60 мм рт.ст.

Функціональний стан сфінктерного апарату прямої кишки досліджували до операції, на 15 добу після операції та на 30 добу післяопераційного періоду. Характеристику перебігу ранового процесу проводили в основній групі шляхом взяття мазків-відбитків з післяопераційної рани, що зафарбовувались за Паппенгеймом з подальшим світлооптичним дослідженням на 2, 5, 10, 25 доби після

операції. Контрольні огляди пацієнтів в обох групах проводилися 1 раз на тиждень протягом усього терміну загоєння післяопераційної рани.

Результати та обговорення

Інтенсивність больового синдрому по візуальній аналоговій шкалі до операції як в основній, так і в контрольній групах коливалась в межах від 2,4 до 8,3 бали і в середньому складала $4,6 \pm 0,7$ бали. Нами встановлено, що в основній групі, починаючи з першого дня застосування 0,3% ніфедипінової мазі, інтенсивність больового синдрому знижується. Проте статистично достовірне зменшення інтенсивності больового синдрому в порівнянні з вихідним рівнем спостерігалось через 2 тижні лікування, що, на нашу думку, пов'язано з операційною травмою. Подібна картина відмічена і в контрольній групі, де спостерігалось поступове зниження інтенсивності больового синдрому впродовж 3 тижнів після оперативного втручання (рис. 3).

Слід зазначити, що вже через тиждень після оперативного втручання у 46 (100%) хворих основної групи та у 45 (96%) хворих контрольної групи біль носив неінтенсивний характер (нижче 4 балів по візуальній аналоговій шкалі) ($p > 0,05$).

Підвищення тону анального сфінктера спостерігалось у всіх 93 (100%) хворих на хронічну анальну тріщину, що відображалось тиском анального каналу на рівні 78-132 мм рт. ст. (в середньому $93,6 \pm 12,1$ мм рт. ст.) при сфінктерометричному дослідженні.

На 15 добу післяопераційного періоду при сфінктерометричному дослідженні тонус сфінктера у хворих основної групи склав в середньому $66,4 \pm 7,5$ мм рт. ст., у хворих контрольної групи — $62,8 \pm 6,8$ мм рт. ст. ($p > 0,05$). Слід зауважити, що у 2 (4,3%) хворих на хронічну анальну тріщину на 15 добу після висічення тріщини тонус сфінктера зберігався на рівні $75,2 \pm 0,8$ мм рт. ст., що значно перевищує нормальні показники, а, отже, створює передумови для тривалого загоєння післяопераційної рани та рецидиву анальної тріщини. Лікування у даних пацієнтів було доповнене місцевим введенням 1% лідокаїнового гелю двічі на добу впродовж всього курсу лікування. При сфінктерометричному контролі у даних пацієнтів на 18 добу після операції рівень тиску в анальному каналі складав $54,8 \pm 0,6$ мм рт. ст. Натомість, у 5 хворих контрольної групи показники тону анального сфінктера перебували в межах $42 \pm 2,1$ мм рт. ст., що у 4 з них клінічно проявлялось недостатністю анального сфінктера I-II ст. (нетримання газів і/або рідкого калу).

На 30 добу післяопераційного періоду сфінктерометричне дослідження проведено 88 (94,6%) пацієнтам. З 43 (93,5%) пацієнтів (3 пацієнтів не були обстежені через особисті обставини) основної групи у всіх показники тону анального сфінктера знаходились в діапазоні норми і в середньому склали $56,6 \pm 3,8$ мм рт. ст. В контрольній групі на 30 добу обстежено 45 (95,7%) пацієнтів — середній тиск в анальному каналі склав $53,6 \pm 6,2$ мм рт. ст. Проте, у 4 (8,5%) хворих даної групи відмічалось стійке зниження тиску в анальному каналі до рівня $41 \pm 1,8$ мм рт. ст.,

що клінічно супроводжувалось недостатністю анального сфінктера I ст. у 3 (6,4%) пацієнтів та недостатністю анального сфінктера II ст. у 1 (2,1%) пацієнта. Додаткове призначення комплексної консервативної терапії та фізіотерапевтичного лікування даним пацієнтам дозволило повністю відновити функцію сфінктера прямої кишки у 2 (4,3%) пацієнтів. Явища часткової анальної інконтиненції спостерігались у 2 (4,3%) хворих контрольної групи впродовж 6 місяців спостереження.

В основній групі у 5 хворих відзначались побічні ефекти від застосування 0,3% ніфедипінової мазі. Серед побічних дій відмічалось зниження систолічного артеріального тиску до 110 мм рт. ст. у 3 (6,5%) пацієнтів (у всіх вихідний систолічний артеріальний тиск перебував в межах 120-125 мм рт. ст), проте це не викликало "внутрішнього" дискомфорту, головокружінь, запаморочень. Біль голови відмічено у 2 (4,3%) пацієнтів в перший тиждень застосування 0,3% ніфедипінової мазі, і він не носив характеру інтенсивного, що б змусило відмовитись від подальшого лікування.

З метою характеристики перебігу ранового процесу здійснювали цитологічне дослідження мазків-відбитків післяопераційної рани. Так, на 2 добу у 46 (100%) хворих основної групи у рані відмічались ознаки запальної реакції у вигляді запальної гранульоми (велика кількість нейтрофілів та фібринозних тяжів), що наростали на 5 добу. В контрольній групі при цитологічному дослідженні на 2 добу після операції в мазку переважали клітинні елементи крові. Проте до десятого дня післяопераційного періоду в обох групах спостерігалась виражена запальна реакція. До 25 дня після операції в обох групах хворих відбувались зміни характеру цитограми в напрямку регресії запалення та розвитку процесів епітелізації та рубцювання.

Повне загоєння рани в обох групах відмічалось в середньому на $47,3 \pm 5,8$ день після операції. Рецидиву захворювання в жодному випадку не відмічено.

Висновки

1. Висічення хронічної анальної тріщини ультразвуковим скальпелем скорочує тривалість операції, зменшує інтраопераційну крововтрату, покращує візуалізацію операційного поля, при цьому не подовжуючи терміни загоєння операційної рани та не впливаючи на функцію сфінктерного апарату прямої кишки;
2. Медикаментозна релаксація анального сфінктера 0,3% ніфедипіновою маззю є ефективним та надійним способом ліквідації спазму сфінктера прямої кишки, який має мінімальну кількість ускладнень та не призводить до органічних та функціональних порушень замикального апарату прямої кишки;
3. Сфінктерометрія є простим, об'єктивним та надійним методом визначення адекватності релаксації анального сфінктера в процесі лікування хронічної анальної тріщини.

Література

1. Артюхов С.А. (1977) Организационные основы развития проктологической помощи населению. О болезнях прямой и ободочной кишок. Сборник научных трудов. (Москва). 9: 3-5
2. Воробьев Г.И. (2001) Основы колопроктологии. (Ростов-на-Дону). "Феникс". 413 с.
3. Врублевский В.А., Милитарев Ю.М. (1983) Распространенность болезней прямой и ободочной кишок у взрослого населения Москвы. Проблемы проктологии. 4: 6-10
4. Вышегородцев Д.В., Богомазов А.М. (2002) Современные методы лечения трещин заднего прохода. Проблемы колопроктологии. 18: 54-57
5. Іфтодій А.Г., Козловська І.М. (2009) Клінічне застосування реконструктивно-пластичного способу лікування хронічних тріщин прямої кишки. Буковинський медичний часопис. 1: 30-32
6. Крылов Н.Н. (2008) Хроническая анальная трещина. Вестник хирургической гастроэнтерологии. 1: 5-11
7. Мальцев В.Н. (2004) Медицинская реабилитация больных с неопухолевыми заболеваниями прямой кишки, анального канала и мягких тканей промежности. (Харьков). "Торнадо". 202 с.
8. Масляк В.М., Павловський М.П., Лозинський Ю.С., Варивода І.М. (1993) Практична колопроктологія. (Львів). "Світ". 144 с.
9. Милитарев Ю.М., Дульцев Ю.В., Врублевский В.А. (1979) Лечение анальных трещин. Метод. рекомендации. (Москва). 9 с.
10. Олитто Л.Б., Лусина О.Н., Петросян С.Л. (2009) Результаты консервативного лечения анальных трещин в условиях отделения амбулаторной хирургии. Материалы I съезда колопроктологов СНГ. (Ташкент). с. 288-289
11. Полетов Н.Н. (1985) Выбор метода оперативного лечения больных хроническими трещинами заднего прохода. Автореферат дис. канд. мед. наук. (Москва). 26 с.
12. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. (2001) Руководство по колопроктологии. (Москва). "Медпрактика". 299 с.
13. Родонезская Е. (2002) Заболевания аноректальной зоны. Доктор. 2: 40-45
14. Рубцов М.Л., Заруцкий Я.Л., Конев В.Г. (2005) Використання ультразвукового скальпеля у лікуванні неспецифічних норниць прямої кишки та геморою в лікувальних закладах міністерства оборони. Методичні рекомендації. (Київ). с. 1-23
15. Тумак І. (2004) Захворювання перианальної ділянки. Мед. світу. 4: 266-277
16. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. (1984) Проктология. (Москва). "Медицина". 383 с.
17. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А., Титов А.Ю. (2005) Характер заживления ран после геморроидэктомии, выполненной ультразвуковым скальпелем и традиционными способами. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1: 59-64
18. Madoff R.D., Fleshman J.W. (2003) AGA Technical review on the diagnosis and care of patients with anal fissure. Gastroenterology. Vol. 124: 235-245
19. Nelson R. (1999) Meta-analysis of operative techniques for fissure-in-ano. Dis. Colon. Rectum. Vol. 42; 11: 1424-1431