

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОНСЕРВАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

---

Проведен анализ лечения 287 пациентов с хронической анальной трещиной, которым применяли методы консервативной терапии в амбулаторных условиях. Путём простой рандомизации были выделены группы. Первую группу (А) составили 32 пациента, которым назначена консервативная терапия в виде ректального введения мазей и свечей. Во вторую группу (В) вошли 29 пациентов, которым было проведено лечение по следующей схеме – инъекционное однократное введение в область внутреннего анального сфинктера ботулотоксина в форме препарата «Диспорт» с параллельным местным использованием свечей. Третью группу (С) составили 30 пациентов, которым применяли инъекционное введение в область внутреннего анального сфинктера ботулотоксина, аэрозольное введение в анальный канал препарата «Изокет» и выполнение ретроанальных блокад препаратом «Эрбисол». В первой группе не наблюдалось заживления анальной трещины ни в одном из случаев. В течение года не было выявлено рецидива заболевания у пациентов третьей группы. Во второй группе через три месяца у 3-х человек (10,3% от общего числа в группе) появились клинические признаки рецидива. Трёхлетняя эффективность лечения хронической анальной трещины не хирургическими методами в группах сравнения В и С составила 11% и 45%.

**Ключевые слова:** хроническая анальная трещина, сфинктероспазм, амбулаторная проктология.

S. V. Shakhrai

## COMPARATIVE ASSESSMENT OF THERAPEUTIC METHODS OF TREATMENT OF CHRONIC ANAL FISSURE

*It analyzed the treatment of 287 patients with chronic anal fissure. They were treated by therapeutic methods in an outpatient setting. All patients were divided into groups by the method of simple randomization. The first group (A) consisted of 32 patients who received treatment in rectal ointments and suppositories. The second group (B) consisted of 29 patients, were treated by botulinum toxin injections into the region of the anal sphincter and anal suppositories. The third group (C) consisted of 30 patients who were treated by botulinum toxin injections into the region of the anal sphincter, by the aerosol introduction «Izoket» into the anal canal and «Erbisol» injectins. Patients in the first group are not cured. During in the one year, we have not revealed recurrent of the disease in the third group. Three patients in the second group at three months (10.3% of the total number in the group) ill again. Patients in group B had recurrent of the disease in 11% of cases by three years follow-up. Patients in group C had recurrent of the disease in 45% of cases by three years follow-up.*

**Key words:** chronic anal fissure, spasm of the anal sphincter, ambulatory proctology.

Значимый прогресс в лечении хронической анальной трещины, расширяющий возможности терапии в амбулаторных условиях, связан с появлением в арсенале врачей новых фармакологических средств, влияющих на основные звенья патогенеза заболевания. С середины девяностых годов прошлого века в литературе можно найти сведения о хорошем результате лечения заболевания путём длительной анальной аппликации препаратов на основе блокаторов кальциевых каналов и донаторов оксида азота с целью стойкого снижения тонуса внутреннего анального сфинктера и создания условий для ускорения эпителизации раневого дефекта [1, 5, 7]. Длительность терапии варьирует от 3–4 недель до 6–8 месяцев. Авторы указывают на достаточную эффективность такого подхода у 60–70% пациентов [1, 2]. Ещё одним эффективным методом фармакологической «сфинктеротомии», позволившим активно использовать его в амбулаторной практике, стало применение препаратов на основе ботулотоксина [6, 8, 10]. Последний является нейротоксином, который продуцируется *Cl. botulinum*. Он вызывает блокаду экспрессии ацетилхолина в области пресинаптических нервных окончаний холинэргических нейронов за счет рецептор-обусловленного эндоцитоза. После введения в ткани ботулотоксина синаптическая передача импульса с нервного окончания прекращается, снижается тонус мышц, развивается мышечная атрофия. Вовлеченные в процесс нервные окончания не подвергаются дегенерации, однако нарушение выделения ацетилхолина носит необратимый характер. Восстановиться функция нейромышечной передачи может только после прорастания новых нервных окончаний с формированием других синаптических контактов. Клинический эффект ботулотоксинотерапии

может зависеть от способа введения препарата и от индивидуальных особенностей пациента. На практике чаще всего эффективная доза вводимого ботулотоксина зависит от объёма инфильтрируемых мышц и индивидуальной чувствительности пациентов к веществу. Помимо этого, эффективность лечения у отдельных лиц может снижаться после повторных курсов лечения по причине выработки антител, которые нейтрализуют токсин. Лечение препаратами ботулотоксина переносится, как правило, хорошо пациентами. После одной инъекции препарата наблюдается стойкое снижение мышечного тонуса сфинктера приблизительно в течение 2–3-х месяцев. Это позволяет создать условия для заживления трещины. Согласно литературным данным, полная эпителизация хронической анальной трещины после применения ботулотоксина наблюдается у 55–60% пациентов [6].

Сравнивая результаты малоинвазивных технологий и оперативного лечения хронической анальной трещины можно сказать, что итоговая эффективность консервативных методик ниже хирургических [3, 4, 6]. Однако, если дать право выбора способа лечения (стандартная операции или малоинвазивное вмешательство), то в 87% случаев пациенты предпочтут методику лечения с минимальной степенью хирургической агрессии [7, 9].

Целью исследования являлся анализ результатов лечения пациентов с хронической анальной трещиной консервативными методиками.

### Материал и методы

Проведен анализ результатов лечения 287 пациентов с хронической анальной трещиной, проходивших лечение в различных лечебно-профилактических учреждениях: минский городской центр ам-

булаторной и малоинвазивной хирургии (МГЦАМХ), УЗ «3-я клиническая больница», УЗ «Минская областная клиническая больница», УЗ «2-я Витебская областная клиническая больница», ООО «Медандровит», а также в учреждениях амбулаторно-поликлинического звена г. Минска за период с января 2005 по январь 2013 года. Критериями включения в исследование стали: локализация трещины в анальном канале по задней полуокружности (6 часов); анамнестическая длительность заболевания по клиническим проявлениям более года; отсутствие в анамнезе фармакологической терапии трещины на момент первичного осмотра; отсутствие сопутствующих хронических заболеваний; отсутствие операций на анальном канале. Путём простой рандомизации все пациенты были разделены на группы. При этом объём выборочных совокупностей для групп определён по номограмме Альтмана.

Первую (контрольную) группу (А) составили 32 пациента, которым на первичном приёме в поликлинике назначена консервативная терапия в виде ректального введения мазей и свечей. В первую группу отобраны пациенты, которым на начальном этапе были местно дважды в сутки использованы мази «Ультрапрокт», «Релиф А» или «Проктоседил» (они являлись наиболее популярными при назначении на первичном приёме хирургами при анализе амбулаторных карт пациентов в поликлиниках г. Минска за период с 2005 по 2008 год). Далее через две недели схему меняли – назначали свечи с метилурацилом или облепиховым маслом и свечи «Анестезол» (приоритет в выборе данных средств также был обусловлен частотой их назначения врачами поликлиник).

Во вторую группу (В) вошли 29 пациентов, которым было проведено лечение по следующей схеме – инъекционное однократное введение в область внутреннего анального сфинктера ботулотоксина в форме препарата «Диспорт» (IPSEN Pharma, Франция) по 80 Ед в каждую полуокружность с параллельным местным использованием свечей с метилурацилом или облепиховым маслом в течение трёх недель.

Третью группу (С) составили 30 пациентов, которым применяли однократное инъекционное введение в область внутреннего анального сфинктера ботулотоксина в виде препарата «Диспорт» по 30 Ед в каждую полуокружность, аэрозольное введение в анальный канал препарата «Изокет» 3 раза в день и выполнение ретроанальных блокад препаратом «Эрбисол» (НПЦ ООО «Эрбис», Украина) 1 раз в 7 дней (всего 4 раза).

«Изокет» (изосорбида динитрат) применяли в виде спрея. Впрыскивание препарата в аналь-

ный канал пациенты осуществляли самостоятельно с помощью механической помпы через «носик», адаптированный по форме анального канала в виде конуса, который предварительно смазывали вазелиновым маслом (одно впрыскивание соответствовало 1,25 мг).

«Диспорт» разводили 0,9%-м 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.

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

## Результаты и обсуждение

Медианно-квартильное распределение уровня индуцированного дефекацией болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) перед началом лечения во всех группах, позволяет говорить об однородности распределения основного клинического проявления заболевания среди всех пациентов (табл. 1), причём уровень анализируемого показателя пациенты всех групп оценен как сильная боль.

Таблица 1. Оценка интенсивности индуцированной дефекацией боли в исследуемых группах по ВАШ, Ме (25%+75%)

Уровень индуцированной дефекацией боли	Группы сравнения		
	А, n = 32	В, n = 29	С, n = 30
Оценка по ВАШ, баллы	9 [9÷10]	9 [9÷10]	9 [9÷10]

Примечание –  $p > 0,8$  при сравнительном попарном сравнительном анализе переменных в группах А, В, С, D с помощью Mann-Whitney U Test.

Анализ результатов исследования показал, что у всех пациентов группы А, где использованы только местные фармакологические средства для стимуляции эпителизации тканей в зоне хронической анальной трещины, в течение восьминедельного наблюдения не отмечено улучшения. Степень выраженности болевого синдрома у 14 пациентов (43,8%) уменьшилась с интенсивной до умеренной, у 18 человек (56,2%) она не опустилась ниже 8 баллов по визуальной аналоговой шкале, что свидетельствовало о неудовлетворительном результате лечения. Дальнейшая консервативная терапия

хронической анальной трещины в представленном виде в этой группе признана нецелесообразной.

В группе В, где помимо использования ректальных свечей пациентам проводилась процедура фармакологической дозированной сфинктерорелаксации с помощью препарата «Диспорт», заживление хронической анальной трещины в течение восьми недель наблюдения отмечено у 21 человека (77,7%). У 5 пациентов данной группы эпителизация трещины наступила на четвёртой неделе, у 6 – на пятой неделе, у 5 – на шестой неделе, у 10 – на седьмой неделе после начала лечения. У оставшихся 6 (20,7%) пациентов эпителизация трещины не наступила в течение 12 недель наблюдения.

В группе С, где в качестве лечебных мероприятий использовали комплексную сфинктерорелаксацию путём инъекции препарата «Диспорт» и локального введения препарата «Изокет», дополненную применением суппозиторий и ретроанальных блокад с препаратом «Эрбисол», исчезновение клинических признаков хронической анальной трещины и её эпителизация отмечены у 27 пациентов (90%). При этом на четвёртой недели зарегистрирована эпителизация трещины у 7 человек, к пятой неделе – ещё у 9 пациентов. На шестой неделе восстановление тканевого дефекта отмечено у 6 больных и на седьмой неделе от начала лечения – ещё у 5 человек. Неудовлетворительные результаты лечения имели место в 10% случаев (3 пациента, у которых в течение 12 недель не выявлено признаков регенерации трещины).

В течение года не было выявлено рецидива заболевания у пациентов третьей группы. Во второй группе через три месяца у 3-х человек (10,3% от общего числа в группе) появились клинические признаки рецидива, которые подтверждены при аноскопии. Нарушения функции анального сфинктера у всех пациентов в течение года наблюдения выявлено не было.

Результаты трёхлетнего наблюдения за пациентами внесли коррективу в оценку эффективности анализируемых методов лечения. Через три года у 58% пациентов группы В и у 45% пациентов группы С отмечен рецидив заболевания. Таким образом, трёхлетняя эффективность лечения хронической анальной трещины не хирургическими методами в группах сравнения В и С составила 11% и 45%, соответственно.

### Выводы

1. Консервативные лечебные мероприятия при хронической анальной трещине в виде аппликационных локальных средств (свечи и мази)

в большинстве случаев позволяют уменьшить боли после дефекации, но не обладают радикальностью.

2. Изолированное или комбинированное со свечами использование фармакологических средств воздействия на сфинктероспазм при хронической анальной трещине позволяет добиться стойкого положительного результата при отдаленном наблюдении менее чем у половины пациентов.

3. С учетом полученных данных анальный сфинктероспазм можно рассматривать только как один из патогенетических звеньев хронической анальной трещины, а фармакологическую сфинктерорелаксацию в комплексном консервативном лечении, как элемент симптоматической терапии.

### Литература

1. *Грошинин, В. С.* Эффективность использования раствора глицерина тринитрата у больных с анальными трещинами / В. С. Грошинин // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. – 2008. – Том 3. – № 1. – С. 58–59.
2. *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.
3. *Botulinum toxin A with fissurectomy is a viable alternative to lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure / O. Aivaz [et al.] // American Surgery. – 2009. – Vol. 75. – P. 25–28.*
4. *Botulinum toxin for recurrent anal fissure following lateral internal sphincterotomy / G. Brisinda [et al.] // Br. J. Surg. – 2008. – Vol. 95. – P. 74–78.*
5. *Boulos, P. B.* Can anal fissure be treated without surgery / P. B. Boulos, J. Pitt // Current Challenges in Colorectal Surgery. – Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto : Saunders. – 2000. – P. 229.
6. *Long-term follow-up (42 months) of chronic anal fissure after healing with botulinum toxin / M. Minguez [et al.] // Gastroenterology. – 2002. – Vol. 123. – P. 12–17.*
7. *Quality of compounded topical 2% diltiazem hydrochloride formulations for anal fissure / M. Shah [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 19, N 34. – P. 45–50.*
8. *Surgical versus chemical (botulinum toxin) sphincterotomy for chronic anal fissure : long-term results of a prospective randomized clinical and manometric study / A. Arroyo [et al.] // Am. J. Surg. – 2005. – Vol. 189. – P. 29–34.*
9. *Transcutaneous electrical posterior tibial nerve stimulation for chronic anal fissure : a preliminary study / B. Altunrende [et al.] // Int. J. Colorectal Dis. – 2013 – Vol. 28, N 11. – P. 83–89.*
10. *Valizadeh, N.* Botulinum toxin injection versus lateral internal sphincterotomy for the treatment of chronic anal fissure : randomized prospective controlled trial / N. Valizadeh, N. Y. Jalaly, B. Salehmarzjariani // Langenbecks Arch. Surg. – 2012. – Vol. 397, N 7. – P. 93–98.

Поступила 26.04.2016 г.