

Сфинктеросохраняющая тактика лечения пациентов с анальной трещиной

Б.Н. БАШАНКАЕВ^{1, 2*}, В.П. ГЛАБАЙ¹, И.В. ДИ-ФРАНКО², А.В. АРХАРОВ¹, В.В. ИВАНОВ³

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия; ²GMS Clinic and Hospitals, Москва, Россия; ³Российский исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, кафедра факультетской хирургии 1-го лечебного факультета, Москва, Россия

Хирургическое лечение анальной трещины сопряжено с неоправданно высокими рисками отсроченного развития недержания кала различной степени тяжести. Стандартизированная сфинктеросохраняющая терапия, основанная на фармакологическом снижении патологического гипертонуса сфинктеров заднего прохода (химическая сфинктеротомия), позволяет значительно улучшить результаты безоперационного подхода к лечению одной из самых распространенных патологий в проктологической практике. В работе представлен ретроспективный анализ лечения 295 пациентов с анальной трещиной, пролеченных с применением дилтиазеиновой мази, нифедипиновой мази, нитроглицериновой мази и ботулотоксина А. Значительное улучшение или исчезновение жалоб было отмечено у 84% пациентов. Использование ботулотоксина А позволило добиться успеха у 10 из 11 пациентов без проведения хирургического вмешательства. Высокая эффективность (91% пациентов) сфинктеросохраняющего подхода со значительным снижением необходимости агрессивной хирургической манипуляции позволяет избежать проведения сфинктеротомии и снижает риск отсроченного недержания кала.

Ключевые слова: анальная трещина, сфинктеросохраняющая тактика лечения.

Sphincter-sparing treatment of anal fissure

B.N. BASHANKAEV^{1, 2}, V.P. GLABAY¹, I.V. DI-FRANCO², A.V. ARKHAROV¹, V.V. IVANOV³

¹Sechenov First Moscow State Medical University of Healthcare Ministry of the Russian Federation, Moscow, Russia; ²GMS clinic and hospitals, Moscow, Russia; ³Pirogov Russian Research Medical University, Chair of Faculty-Based Surgery of the 1st Faculty of Medicine, Moscow, Russia

Surgical treatment of the anal fissure is associated with unreasonably high risks of delayed development of fecal incontinence to gas or liquid stool. Standardized sphincter-preserving therapy, based on the pharmacological reduction of increased internal anal sphincter tone (chemical sphincterotomy) allows to improve significantly the results of the non-surgical approach of treating one of the most common pathology in proctological practice. Our work presents a retrospective analysis of the treatment of 295 patients with anal fissure treated with diltiazem ointment, nifedipine ointment, nitroglycerin ointment and botulinum toxin A. Significant improvement or disappearance of complaints was noted in 84% of patients. The use of botulinum toxin A was successful in 10 out of 11 patients without the need of surgical intervention. High efficiency (91% of patients) of the sphincter-preserving approach with a significant decrease in the need for aggressive surgical manipulation allows to decrease sphincterotomy rate and reduces the risk of delayed fecal incontinence.

Keywords: anal fissure, sphincter-sparing treatment.

В течение последних 10 лет появились значительные изменения в алгоритмах лечения анальной трещины [1–3]. От доминирования оперативного лечения (прежде всего боковой сфинктеротомии) отмечен отчетливый сдвиг в сторону преобладания патогенетически обоснованной медикаментозной терапии [4].

Современная теория развития анальной трещины строится на появлении травмы — линейного разрыва анодермы вследствие пассажа плотного или многократного жидкого стула. Боль, обусловленная ранением заднего прохода, рефлекторно индуцирует гипертонус или спазм внутреннего сфинкте-

ра, вызывая порочный замкнутый цикл: травма—боль—спазм и страх перед следующей дефекацией. Повышение давления в спазмированном сфинктере ведет к ишемии анодермы, которую кровоснабжают ветви нижней прямой кишечной артерии, проникающие через толщу внутреннего анального сфинктера [5, 6].

Фармакологическое снижение патологического гипертонуса сфинктеров заднего прохода (химическая сфинктеротомия) позволяет улучшить кровоток зоны дефекта анодермы и значительно улучшить результаты безоперационного (сфинктеросохраняюще-

го) подхода к лечению одного из самых распространенных заболеваний в проктологической практике.

В работе проанализирована эффективность применения сфинктеросохраняющей консервативной терапии анальной трещины с помощью комбинированной схемы химической сфинктеротомии (применение блокаторов кальциевых каналов, нитроглицериновой мази, местной инъекции ботулотоксина А — ботулинического токсина типа А) и хирургического лечения.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ проспективно собираемой базы данных медицинской информационной системы Клиники хирургии GMS Clinic and Hospitals (Москва). С июля 2015 г. по январь 2018 г. в базе данных отобраны пациенты с диагнозом анальной трещины (по МКБ, К60). Диагноз установлен после определения жалоб и физического осмотра. Хроническая анальная трещина определена как трещина, вызывающая симптомы более 3 мес или имевшую морфологические признаки хронической болезни (сторожевой бугорок, гипертрофированный фиброзный анальный сосочек/полип и/или уплотненные края трещины).

На **рис. 1** показан принятый в клинике алгоритм лечения [7]. После установления диагноза «острая или хроническая анальная трещина» пациентам рекомендовали схему лечения (**см. таблицу**), ориентированную на нормализацию консистенции стула,

профилактику запора, умеренные физические нагрузки, снижение гипертонуса с помощью первой линии патогенетической химической сфинктеротомической терапии — 2% дилтиаземовая мазь и местные комбинированные топические противовоспалительные и обезболивающие средства (Релиф Про, «Байер Хелскэр Мануфэкчуринг С.Р.Л.», Италия; Ультрапрокт, «Интендис ГмбХ», Германия; мазь Ауробин, ОАО «Гедеон Рихтер», Венгрия). С каждым пациентом проводили тщательный разбор назначений, детально обсуждали патогенез развития трещины, оговаривали дальнейший план лечения. Отмечалось значительное влияние на терапию нормализации стула, необходимости отсутствия первой плотной порции при дефекации с стандартной схемой, включавшей в себя лекарственный препарат псиллиума — Мукофальк (семян подорожника овального) (представительство компании «Доктор Фальк Фарма ГмбХ», Германия), который обладает максимальным эффектом связывания воды (около 40 раз относительно собственной массы), тем самым нормализует консистенцию стула.

Подробно описывали способ применения местных средств, время экспозиции суппозиториев и мазей в анальном канале (**рис. 2**). Пациентов осматривали через 4—6 нед терапии. В случае персистенции жалоб дилтиаземовую мазь сменяли на 2% нифедипиновую мазь, проводили модификацию терапии запора или первой плотной порции стула с помощью препаратов полиэтиленгликоля, инулина и масляной кислоты. Дополнительный осмотр вы-

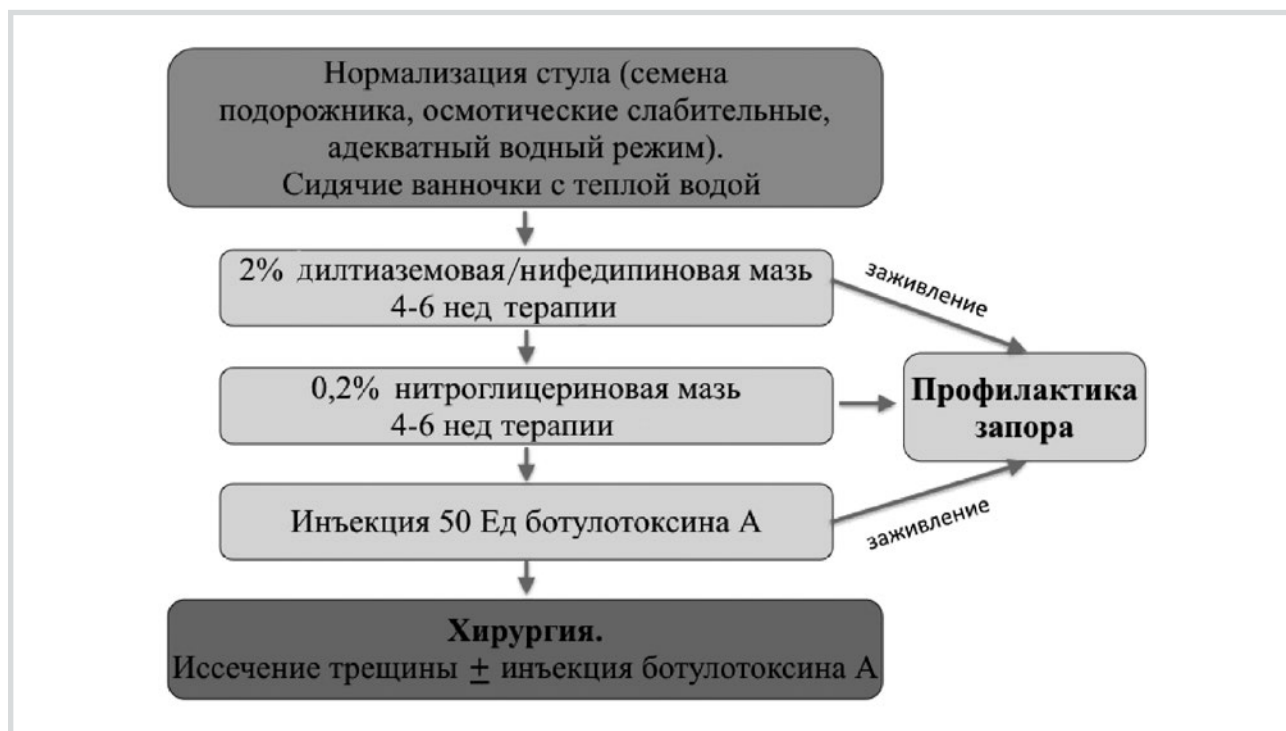


Рис. 1. Алгоритм лечения анальной трещины.

Лечение анальной трещины

- Изменение физических нагрузок (прогулки, плавание...). Исключение велоспорта
- Нормализация стула, исключение запора — Мукофальк (начать с 1 пакетика в день на 1 нед, затем, возможно, 2—3 в день), дополнительно 8—10 стаканов любой жидкости в день
- По возможности сидячие ванночки с теплой водой 2—4 раза в день + после каждой дефекации
- Мазь дилтиаземовая 2% вокруг ануса 2—4 раза в день + после каждой дефекации
- Свеча Релиф Про или Ультрапрокт с нанесением на нее мази Ауробин или крема Релиф Про (2—3 раза в день + после дефекации) 7—10 дней
- Исключение кофе, крепкого чая, острой и жареной пищи, шоколада, кетчупа, пива, газированных напитков, алкоголя
- Запрет на использование туалетной бумаги (переход на подмывание, использование влажных салфеток)
- Исключение подъема тяжестей
- Повторный осмотр через 4—6 нед по результатам терапии
- Колоноскопия в плановом порядке после снижения болевого синдрома у пациентов старше 45 лет
- По необходимости препараты флавоноидов

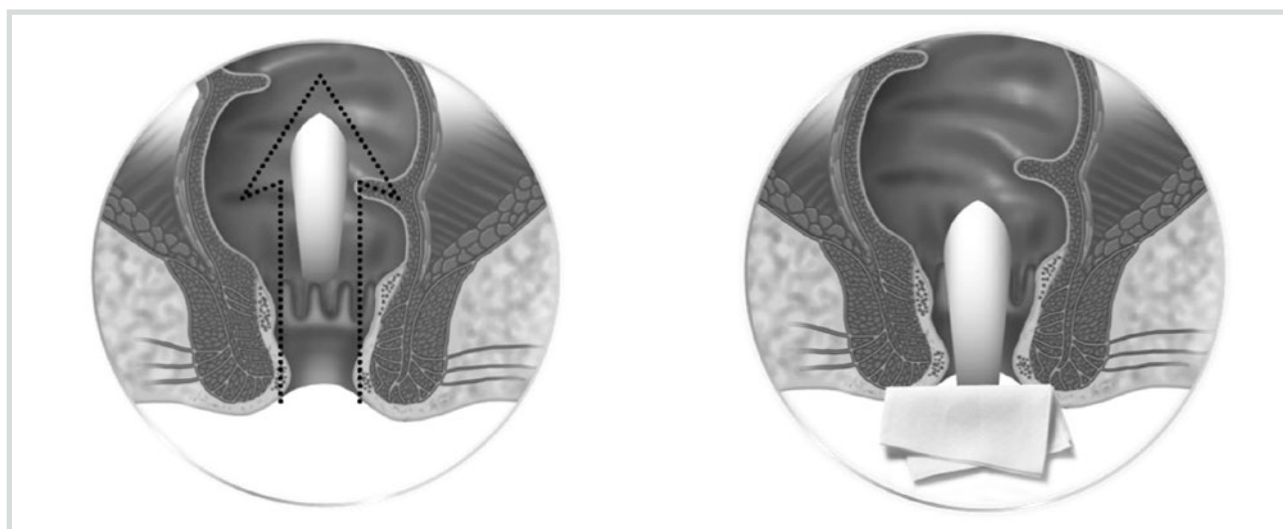


Рис. 2. Использование суппозитория.

полняли еще через 4—6 нед. При неудовлетворительном результате местно вместо нифедипиновой мази назначали 0,2% нитроглицериновую мазь на 4—6 нед с обязательным разъяснением возможности появления головной боли вследствие местного всасывания и ее центрального эффекта. Все мази готовили в производственной аптеке по стандартизованной рецептуре.

При каждом осмотре оценивались жалобы и местный статус. Если местная терапия нифедипиновой, дилтиаземовой или нитроглицериновой мазью не приносила желаемого качества жизни, после процедуры информированного согласия пациенту предлагали местную инъекцию 50 ед. ботулотоксина А в обе стороны от трещины в области гипертрофированной и гиперсокращенной мышцы в 4 мл разведенного раствора. Предварительно местно проводили локальную терапию анестетиками 2 мл лидокаина 2% + 4 мл ропивакаина 2 мг/мл. В случаях расположения тре-

щины на 6 и 12 ч дозу ботулотоксина дробили на кратные части. Пациентам рекомендовали прежнюю местную терапию обезболивающими и противовоспалительными мазями и свечами. Пациентов осматривали через 2—4 нед для оценки эффекта лечения.

При неудовлетворительном результате после химической сфинктеротомии с пациентами обсуждали хирургическую тактику — иссечение трещины с рубцово измененными краями без боковой сфинктеротомии, дополненную инъекцией ботулотоксина А. Результаты лечения оценивали через 4—6 нед после операции или по заживлении раны. В случае выраженного рубцового дефекта, сторожевого бугорка или фиброзного полипа более 1 см пациентам проводили местную терапию в течение 4—6 нед как предоперационную подготовку к иссечению трещины и инъекции ботулотоксина А.

В январе 2018 г. пациенты опрошены по телефону, по необходимости проведены очные осмотры.

Результаты

В базе данных с июля 2015 г. по январь 2018 г. выделены 295 пациентов с диагнозом анальной трещины (МКБ, К60), из них 168 (57%) женщин. Острая форма анальной трещины была у 117 (40%) больных, хроническая — у 178 (60%). Возраст пациентов варьировал от 20 до 78 лет, основную популяцию составили больные молодого, трудоспособного возраста (средний возраст 42,3 года).

Задняя анальная трещина диагностирована у 108 (37%) пациентов, передняя — у 187 (63%), обе локализации — у 15% больных. У 26 пациентов отмечено сочетание анальной трещины и болезни Крона, периаанального свища, постлучевых изменений перианальной кожи. Эти пациенты не вошли в анализ результатов.

У 275 (93%) больных с диагнозом острой и хронической анальной трещины проводили лишь консервативную терапию местными мазями с блокаторами кальциевых каналов и нитроглицерином. У 11 (4%) больных, помимо консервативной терапии, произведено местное введение ботулотоксина А. У 9 пациентов с хроническими анальными трещинами после комплекса консервативной сфинктеросохраняющей терапии выполнено хирургическое лечение.

По состоянию на январь 2018 г. телефонное собеседование и очный осмотр проведены у 242 (90%) пациентов. Телефонный контроль у 27 пациентов был невозможен. Срок наблюдения составил $60,7 \pm 28,2$ нед. Исчезновение жалоб и полное выздоровление с безрецидивным течением зарегистрировано у 183 (76%) из 242 опрошенных больных. Значительное улучшение, но с сохранением периодических жалоб наблюдалось у 20 (8%) больных. Жалобы возобновились у 39 (16%) больных, 27 из них — пациенты с хронической анальной трещиной. У больных группы с неудовлетворительным результатом местной терапии проведено 11 инъекций ботулотоксина. Отмечено возобновление жалоб у 1 больного. Среди 9 пациентов, которым произведено хирургическое лечение с иссечением трещины и введением ботулотоксина А, жалобы возобновились у 1 больного. Ни у одного из пациентов, получавших инъекции ботулотоксина А, не отмечено жалоб на анальное недержание.

Обсуждение

Среди всех проктологических заболеваний трещины анального канала по частоте занимают 2—3-е место, уступая лишь геморроидальной болезни и аноректальным септическим состояниям. Терапия анальной трещины основывается на стандартной схеме консервативного лечения и включает теплые сидячие ванночки и послабляющие средства [3]. Добавление в схему лечения местных анестетиков и противовоспалительных средств в виде комбинированных препаратов (Релиф Про, Ультрапрокт) широко распространено в клинической практике и улуч-

шает качество жизни пациентов с болевым синдромом. Важность местного обезболивания при лечении анальной трещины не вызывает сомнений, равно как и обоснованность применения наиболее активных веществ для купирования местного воспаления — стероидных препаратов. Оптимальной на сегодняшний день может считаться комбинация быстрого и универсального анестетика лидокаина с мощным стероидом пролонгированного действия флуокортолоном, реализованная в новом препарате Релиф Про. В настоящее время накоплен достаточно большой опыт его применения, свидетельствующий о значительном количестве положительных результатов лечения без оперативного вмешательства. Еще 20 лет назад в случае неудачи консервативного лечения хирурги предлагали лишь хирургическое лечение, которое и являлось основным эффективным способом устранения жалоб. В литературе описаны ручная дивульсия ануса, открытая/закрытая боковая и задняя сфинктеротомия, пневмодивульсия заднего прохода. Однако с момента публикации работы I. Kubchindani и J. Reed в 1989 г. [8] хирургическая общественность внимательно оценивает и взвешивает драматические данные, полученные от, казалось бы, улучшающей качество жизни операции. Несмотря на 95% эффективность хирургического лечения, у 11—30% пролеченных пациентов, особенно у рожавших женщин, отмечают ту или иную степень недержания кала, что не может быть безопасным стандартом [9, 10].

Известно, что давление покоя анального канала формируется из тонуса гладкой мускулатуры внутреннего анального сфинктера (55—70%), поперечнополосатой мышцы наружного сфинктера и пуборектальной петли (30—45%). Физиологически отмечается возрастная дегенерация обеих мышц, а сфинктеротомия является дополнительным негативным фактором, отсроченно снижающим функцию держания кала у старшей возрастной группы [11].

Внедрение методов химической сфинктеротомии без травматизации целостности запирающего аппарата является современным стандартом первоначальной агрессивной консервативной терапии острой и хронической анальной трещины. Однако метод сопряжен с необходимостью высокой комплаентности пациентов к предписанному методу лечения [4, 12]. В случае молодых пациентов мужского пола с ограниченными возможностями следовать схеме лечения необходимо обсуждать консервативную терапию нормализации стула с последующим хирургическим лечением.

Представленный стандартизованный подход лечения анальной трещины с применением местной терапии блокаторами кальциевых каналов, нитроглицериновой мази и ботулотоксина А позволил достичь высокой эффективности со значительным снижением необходимости агрессивной хирургической манипуляции у 91% пациентов (у 83% отмечена стойкая ремиссия). Нитроглицерин в настоя-

щее время считается препаратом первой линии в медикаментозной релаксации сфинктера прямой кишки, эффективность которого подтверждена результатами Кокрейновского обзора (Nelson R. Non surgical therapy for anal fissure. Cochrane Database Syst Rev. 2006;CD003431.). Его действие позволяет добиться прогнозируемого снятия спазма и оптимальных результатов лечения. Своевременное местное лечение нитроглицерином дает возможность во многих случаях отсрочить или избежать оперативного лечения трещины. В литературе можно увидеть данные о том, что Нитроглицерин является препаратом первой линии в медикаментозной релаксации сфинктера прямой кишки, эффективность которого подтверждена результатами Кокрейновского обзора (Nelson R. Non surgical therapy for anal fissure. Cochrane Database Syst Rev. 2006;CD003431). Его действие позволяет добиться прогнозируемого снятия спазма и оптимальных результатов лечения. Своевременное местное лечение нитроглицерином позволяет во многих случаях отсрочить или избежать оперативного лечения трещины. Следует учитывать, что у препаратов нитроглицерина отмечается несколько больший центральный эффект даже при местном использовании, проявляющийся в головной боли.

Использование щадящей методики иссечения трещины с инъекцией ботулотоксина А позволяет избежать проведения сфинктеротомии и снижает риск отсроченного недержания кала.

Следует заметить, что в группе больных, потребовавших хирургического лечения, отмечены длительный анамнез заболевания (более 3 лет), рубцовый процесс в зоне трещины, сторожевой бугорок или фиброзный полип более 1 см, что не позволило добиться полного выздоровления с помощью консервативной терапии.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Arroyo A, et al. Treatment algorithm for anal fissure. Consensus document of the Spanish Association of Coloproctology and the Coloproctology Division of the Spanish Association of Surgeons. *Cir Esp*. 2018;96(5):260–267.
- Stewart DB, Sr, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Anal Fissures. *Dis Colon Rectum*. 2017;60(1):7–14.
- Шельгин Ю.А. и соавт. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с анальной трещиной. *Колоректология*. Под ред. Ю.А. Шельгина. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015:12–29. [Shelygin Yu.A. i soavt. Klinicheskie rekomendacii po diagnostike i lecheniyu vzroslykh pacientov s analnoj treshinoj. *Kolorproktologiya*. Pod red. Yu.A. Shelygina. M.: GEOTAR-Media; 2015:12–29].
- Крылов Н.Н. Хроническая анальная трещина. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2008;1:5–11. [Krylov N.N. Hronicheskaya analnaya treshina. *Vestnik hirurgicheskoy gastroenterologii*. 2008;1:5–11].
- Schouten WR, Briel JW and Auwerda JJ. Relationship between anal pressure and anodermal blood flow. The vascular pathogenesis of anal fissures. *Dis Colon Rectum*. 1994;37(7):664–669.
- Trilling B, Pflieger H and Faucheron JL. Decreased blood flow to the posterior anal canal shown during Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation explains anodermal ischemia in anal fissure. *Tech Coloproctol*. 2017;21(5):411–412.
- Башанкаев Б.Н., Йулдашев А.Г. и Лафишев Э.В. Анальная трещина — результаты сфинктеросохраняющей терапии. *Колоректология*. 2014;(S3):13. [Bashankaev B.N., Juldashev A.G. i Lafishev E.V. Analnaya treshina — rezultaty sfinkterosohranayushej terapii. *Kolorproktologiya*. 2014;(S3):13].
- Khubchandani IT, Reed JF. Sequelae of internal sphincterotomy for chronic fissure in ano. *Br J Surg*. 1989;76(5):431–434.
- Casillas S, et al. Incontinence after a lateral internal sphincterotomy: are we underestimating it? *Dis Colon Rectum*. 2005;48(6):1193–1199.
- Шельгин Ю.А. и соавт. Анальное недержание у больных, перенесших иссечение анальной трещины в сочетании с боковой подкожной сфинктеротомией. *Колоректология*. 2008;3:18–24. [Shelygin Yu.A. i soavt. Analnoe nederzhanie u bolnykh, perenesshih issechenie analnoj treshiny v sochetanii s bokovoj podkozhnoj sfinkterotomiej. *Kolorproktologiya*. 2008;3:18–24].
- Wienert V, Raulf F, Mlitz H. *Therapy for Chronic Anal Fissure. In Anal Fissure: Symptoms, Diagnosis and Therapies*. 2017, Springer International Publishing: Cham. p. 105–166.
- Рогожкина Е.А. и соавт. Дифференцированный подход к лечению хронических анальных трещин с учетом степени сфинктероспазма и психоэмоциональных нарушений. *Колоректология*. 2017;S3(61):38–39. [Rogozhkina E.A. i soavt. Differencirovannyj podhod k lecheniyu hronicheskikh analnyh treshin s uchetoj stepeni sfinkterospazma i psihoe-mocionalnyh narushenij. *Kolorproktologiya*. 2017;S3(61):38–39].