

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАСТВОРА ГЛИЦЕРИНА ТРИНИТРАТА У БОЛЬНЫХ С АНАЛЬНЫМИ ТРЕЩИНАМИ

В.С. Groshilin

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону

УДК 616.352: 615.451.3

Рассматриваются возможности улучшения результатов лечения больных с острыми анальными трещинами путем использования глицерина тринитрата. Изучены результаты клинического и функционального обследования и лечения 29 больных с острыми анальными трещинами, которым в качестве основного компонента схемы лечения использовалось местное введение 2,0 мл 0,1% раствора глицерина тринитрата 2 раза в сутки, ежедневно в течение 14–28 суток. В совокупности использован традиционный комплекс консервативной терапии анальных трещин с применением спазмолитиков, препаратов, улучшающих микроциркуляцию, нестероидных противовоспалительных средств, венотоников (при наличии геморроя), а также физиолечения и местного использования свечей. Применение предлагаемой схемы консервативной терапии позволило достичь заживления острых анальных трещин и клинического выздоровления в 75,9% наблюдений. Изучены причины неудовлетворительных исходов лечения с учетом клинических данных и результатов функционального исследования замыкательного аппарата прямой кишки.

Анализ результатов показал, что успех лечения зависит от длительности заболевания, выраженности склеротических изменений в краях трещины и сопутствующей проктологической патологии. Выбор показаний к использованию глицерина тринитрата, сроков лечения, дозы и кратности применения должен осуществляться в зависимости от стадии заболевания и наличия сфинктероспазма.

**Ключевые слова:** глицерина тринитрат, анальная трещина, гипертонус сфинктера.

### Введение

В настоящее время, в структуре колопроктологической патологии, анальная трещина занимает третье место, уступая по распространенности лишь геморрою и колитам [4, 7]. Удельный вес анальных трещин в структуре колоректальных заболеваний составляет от 8,5 до 16% [2, 3, 4].

Вызываемые трещиной боли бывают настолько интенсивными, что больные теряют работоспособность, сон, нередко возникает «стулобоязь» [2, 4]. Заболевание ухудшает качество жизни пациентов, негативно влияя на общесоматическое и психологическое состояние [1, 5]. При этом, несмотря на существование множества методов лечения, частота рецидивов и послеоперационных осложнений не имеет тенденции к снижению [3, 4].

В большей степени успех консервативных методик касается острых анальных трещин, наличие же спазма сфинктера на фоне рубцовых изменений трещины или других проктологических заболеваний, требует оперативного лечения [1, 4, 7]. Отмечено, что при острых трещинах, особенно впервые выявленных, показаний к хирургическому лечению не возникает, а консервативная терапия способствует улучшению состояния, а зачастую – позволяет добиться заживления трещины [2, 5]. По данным различных авторов, консервативное лечение при острых анальных трещинах эффективно у 30–72% больных [2, 5].

### EFFECTIVENESS OF USING GLYCERIN TRINITRATE SOLUTION FOR PATIENTS WITH ANAL FISSURES

V.S. Groshilin

The article considers the possibilities of improving the results of treatment of patients with acute anal fissures by using glycerin trinitrate. It studies the results of clinical and functional examination and treatment of 29 patients with acute anal fissures who were administered local introduction of 2,0 ml of 0,1% glycerin trinitrate solution as the basic component of the treatment regimen twice a day during 14-28 days. The aggregate treatment used a traditional complex of medical therapy of anal fissures using spasmolytics, medicines improving microcirculation, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, venotonics (in case of hemorrhoids) as well as physical treatment and local application of suppositories. The use of the proposed regimen of medical therapy allowed to achieve healing of the acute anal fissures and clinical recovery in 75,9% of the observed cases. The reasons for unsatisfactory treatment results were studied with account of the clinical data and results of the functional survey of the rectal closing apparatus.

The analysis of the results has shown that the success of the treatment depends on the disease duration, intensity of sclerotic changes in the fissure edges and the concomitant proctologic pathology. The choice of indications for use of glycerin trinitrate, treatment period, doses and frequency of application should be made depending on the stage of the disease and availability of the sphincter spasm.

**Keywords:** Glycerin trinitrate, anal fissure, sphincter hypertonus.

Отсутствие унифицированных критериев определения лечебной тактики, неадекватная трактовка данных функциональных исследований, прогностические ошибки в оценке состояния сфинктера требуют дальнейшего обоснования применяемых методов лечения, включающих как можно более щадящее воздействие на сфинктер [5, 6].

### Материалы и методы

В колопроктологическом отделении Ростовского государственного медицинского университета в 2005–2007 гг. проведено обследование и лечение 29 больных с острыми анальными трещинами. Возраст пациентов составлял от 19 до 65 лет, в женщин было 19, мужчин – 10. Все больные предъявляли жалобы на наличие болей в заднем проходе, возникающих или усиливающихся после дефекации, у 19 из них отмечалась примесь крови в кале. Обследование включало осмотр, аноскопию, ректороманоскопию, анальную манометрию с оценкой базального давления на уровне внутреннего сфинктера, среднего давления в анальном канале в покое и при волевом сокращении, ректоанального ингибиторного рефлекса, игольчатую электромиографию.

Всем больным в качестве основного компонента схемы лечения использовалось местное трансанальное введение 2,0 мл 0,1% раствора глицерина тринитрата 2 раза в

сутки, ежедневно в течение 14–28 суток. Помимо этого был использован традиционный комплекс консервативной терапии анальных трещин с применением спазмолитиков, препаратов, улучшающих микроциркуляцию, нестероидных противовоспалительных средств, венотоников (при наличии геморроя), а также физиолечения и местного использования свечей, которые подбирались индивидуально, в зависимости от выраженности болевого синдрома и воспалительных изменений, наличия сопутствующей патологии (геморроя, папиллита, криптит).

Результаты. У 22 больных трещина локализовалась типично на 6-и часах условного циферблата, у 6 пациентов определялась «передняя» трещина, расположенная на 12 часах и в одном наблюдении выявлены «двойные» трещины на 6-и и 12-и часах.

Макроскопически трещины представляли собой линейные дефекты слизистой с гладкими краями без признаков рубцовой деформации и хронизации процесса, «сторожевой» бугорок (sentinel pile), являющийся характерным признаком хронической трещины, отсутствовал.

При обследовании у 23 больных выявлен гипертонус внутреннего анального сфинктера в покое, а уровень давления в анальном канале при волевом сокращении сфинктера превышал нормальные значения. Отметим, что у 6 больных манометрические показатели внутреннего анального сфинктера в покое находились в пределах нормы и варьировали в пределах от 49 до 63 мм рт.ст. (36,3–46,7 см вод.ст.), больных со снижением тонуса внутреннего сфинктера не было. Кроме того, у 8 пациентов (у 5 из них имел место сфинктероспазм) выявлен хронический геморрой I-II стадии, у 6 больных – хронический проктит, криптит. Других проктологических заболеваний в рассматриваемой группе не выявлено. Анамнез составлял от 5 дней до 2 месяцев, запоры отмечались у 16 пациентов.

Выбор 0,1% раствора глицерина тринитрата обусловлен тем, что более высокие концентрации (в частности – 0,5% и 1%) резко повышают риск возникновения побочных эффектов в виде головной боли, кардиалгий, артериальной гипотензии, тахикардии. В наших наблюдениях у 1 пациентки констатировано, что применение глицерина тринитрата вызвало появление интенсивной головной боли, тенденции к гипотензии, тахикардии, в связи с чем использование препарата было прекращено. Еще у 3-х больных отмечались незначительные головные боли в первые 2–4 дня лечения, но это не вызвало изменений общего состояния, боли купировались самостоятельно, поэтому лечение было продолжено. Других побочных эффектов действия глицерина тринитрата при местном введении не отмечено.

Анализ полученных данных показал, что применение глицерина тринитрата позволило достичь полного заживления трещин и эпителизации дефекта слизистой в сроки от 3-х до 6-и недель у 17 больных, болевой синдром у этих пациентов был полностью купирован в первые 5–10 дней лечения, т.е. до окончания использования раствора глицерина тринитрата. Еще 5-и больным, на фоне купирования болевого синдрома за две недели лечения при наличии

тенденции к заживлению трещины, потребовалось дополнительное введение нитроглицериновой мази той же концентрации в течение 10 дней, что позволило достичь эпителизации дефекта слизистой в сроки до 8-и недель. Резистентными к лечению оказались 7 больных, среди них – 3 с сопутствующим геморроем, заживления трещин у них не достигнуто. Однако, ни в одном наблюдении при применении глицерина тринитрата не наблюдалось усиления болевого синдрома, а также отрицательной динамики местного статуса. Таким образом, излечение достигнуто у 22 из 29 больных (75,9%).

Результаты лечения прослежены в течение 2-х месяцев, при этом, у 21 из 22 излеченных больных эффект от лечения был стойким, рецидивов не было, жалоб пациенты не предъявляли. Лишь в 1-м наблюдении спустя 3 месяца после окончания использования раствора глицерина тринитрата, на фоне запоров и гипертонуса внутреннего сфинктера, отмечен рецидив трещины с болевым синдромом менее интенсивным, чем до лечения.

### Обсуждение результатов

Полученные результаты, подтвердившие возможность заживления острых трещин заднего прохода у 75,9% больных без хирургического вмешательства, позволяют сделать вывод об эффективности глицерина тринитрата при острых анальных трещинах. Анализ контингента больных показал, что успех лечения зависит от длительности заболевания, выраженности склеротических изменений в краях трещины и сопутствующей проктологической патологии. Выбор показаний к использованию глицерина тринитрата, сроков лечения, дозы и кратности применения должен осуществляться в зависимости от стадии заболевания и наличия сфинктероспазма. Механизмы влияния глицерина тринитрата на регенерацию в зоне трещины, характер воздействия на тонус сфинктера и возможность коррекции ишемических расстройств при сфинктероспазме нуждаются в дальнейшем изучении.

### Литература

1. Частная хирургия. Т II/ Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – СПб: СпецЛит, 2000. – С. 329–331.
2. Altomare D.F., Rinaldi M., Milito G., Arcana F. et al. Glyceril trinitrate for chronic anal fissure-healing or headache? Results of a multicenter, randomised, placebo-controlled, double-blind trial. // *Diseases Colon Rectum.* – 2000. – Vol. 43. – P. 174–179.
3. Christie A., Guest J.F. Modelling the economic impact of managing a chronic anal fissure with a proprietary formulation of nitroglycerine (Rectogesic) compared to lateral internal sphincterotomy in the United Kingdom. // *International Journal Colorectal Diseases.* – 2002. – Vol.17. – P. 259–267.
4. Corman M.L. Colon and rectum surgery. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 2003. – 784 p.
5. Lindsey L., Jones O.M., George B.D., Cunningham C. et al. Botulinum toxin therapy for chronic anal fissure: second-line therapy after failed GTN. // *Diseases Colon Rectum.* – 2003. – Vol. 46. – P. 361–366.
6. Lund J.N., Scholefield J.H. A randomised, prospective, double-blind, placebo-controlled trial of glyceryl trinitrate ointment in the treatment of anal fissure. // *Lancet.* – 1997. – Vol. 349. – P. 11–14.
7. Sultan A.H., Kamm M.A., Nicholls R.J., Bartram C.I. Prospective study of the extent of internal anal sphincter division during lateral sphincterotomy // *Diseases Colon Rectum.* – 1994. – Vol.37. – P. 1031–1033.