

МЕСТО АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

Грекова Наталья Михайловна

*канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии, Южно-Уральский
государственный медицинский университет, г. Челябинск*

E-mail: grekovanm@mail.ru

Лебедева Юлиана Валерьевна

*канд. мед. наук, ассистент кафедры факультетской хирургии, Южно-
Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск*

E-mail: lebedevareg@mail.ru

Малева Елена Анатольевна

*аспирант кафедры факультетской хирургии, Южно-Уральский
государственный медицинский университет, г. Челябинск*

E-mail: elenamaleva@gmail.com

THE PLACE OF ANTIMICROBIAL THERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT FOR CHRONIC ANAL FISSURE

Nataliya Grekova

*Candidate of Science, assistant professor of Surgery department, South Ural State
Medical University, Chelyabinsk*

Juliana Lebedeva

*Candidate of Science, assistant of Surgery department, South Ural State Medical
University, Chelyabinsk*

Elena Maleva

graduate of Surgery department, South Ural State Medical University, Chelyabinsk

АННОТАЦИЯ

Установлено, что топическая антибактериальная терапия приводит к быстрому купированию клинических симптомов хронической анальной трещины и ее заживлению в течение 28 дней у 95 % пациентов.

ABSTRACT

It is established that the topical antibiotic therapy leads to rapid relief of clinical symptoms for chronic anal fissure and it's healing within 28 days in 95 % of patients.

Ключевые слова: хроническая анальная трещина; антибактериальная терапия.

Keywords: chronic anal fissure; antibacterial therapy.

Анальная трещина — это дефект анодермы щелевидной формы, который расположен чаще на задней полуокружности анального канала по средней линии. Хроническую анальную трещину (ХАТ) оценивают как незаживающую язву, имеющую характерные признаки, отличающие ее от острой трещины. В структуре всех колопроктологических заболеваний анальная трещина составляет 10—15 %. Наиболее часто трещина заднего прохода встречается у лиц молодого и среднего возраста, в последнее время с одинаковой частотой у мужчин и женщин [7, 8].

Несмотря на большое количество проведенных исследований, этиология и патогенез анальной трещины считаются не изученными до конца, поэтому существующие методы лечения не всегда имеют патогенетическое обоснование, в результате чего часто возникают рецидивы заболевания [3, 8]. До настоящего времени принято было считать, что причиной образования трещины заднего прохода является травматизация анодермы твердыми частицами кала при его прохождении через анальное отверстие. На самом деле, менее 25 % пациентов жалуется на наличие плотного кала или запора [6, 7].

Установлено, что значительное количество анальных трещин развивается на фоне хронического неспецифического воспаления слизистой оболочки аноректальной зоны (папиллит, криптит, проктит) [2, 3]. При хроническом воспалении слизистой кишечника наблюдается микробиологический дисбаланс, сопровождающийся снижением содержания индигенной микрофлоры указанной экониши за счет ослабления или потери ее способности прикрепляться к сайтам адгезий слизистой оболочки макроорганизма и повышением количества патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Изменения в микробно-тканевом комплексе способствуют колонизации дефекта анодермы патогенными и условно-патогенными микроорганизмами, в результате чего нарушается процесс заживления инфицированного дефекта и острая трещина превращается в хроническую трещину-язву, резистентную к рутинным методам консервативной терапии [1, 3, 4].

Цель работы: исследовать спектр аэробных микроорганизмов, колонизирующих дефект анодермы, и их чувствительность к антибактериальным препаратам у пациентов с хронической анальной трещиной и неспецифическим проктитом, изучить влияние этиотропной топической антибактериальной терапии на заживление хронической трещины язвы.

Материал и методы исследования: В исследование были включены 57 пациентов с диагнозом хроническая анальная трещина и хронический проктит. Среди больных было 36 ($63,2 \pm 6,4$ %) женщин и 21 ($36,8 \pm 6,4$ %) мужчины. Средний возраст составил $36,9 \pm 1,9$ лет. Единичная анальная трещина была выявлена у 49 ($86,0 \pm 4,6$ %) человек, множественная — у 8 ($14,0 \pm 4,6$ %). По локализации: задняя трещина составляла $59,7 \pm 6,5$ % (34 чел.), передняя — $22,8 \pm 5,6$ % (13 чел.), боковая — $3,5 \pm 2,4$ % (2 чел.). Длину анальной трещины до 1 см мы диагностировали в $8,8 \pm 3,7$ % случаев (5 чел.), от 1 см до 1,5 см — в $70,2 \pm 6,1$ % случаев (40 чел.), более 1,5 см — в $21,1 \pm 5,4$ % (12 чел.).

Критерии включения: хроническая анальная трещина с длительностью заболевания более 4 недель; наличие эндоскопических признаков проктита.

Критерии исключения: хроническая анальная трещина без проктита, рубцовые изменения сфинктера, лекарственная аллергия.

Для определения наличия хронического проктита проводили аноскопию под местной анестезией (спрей лидокаин 10 %).

Микробиологические исследования проводились на базе бактериологической лаборатории городской клинической больницы № 6 г. Челябинска.

Бактериологическое исследование материала, взятого со дна анальной трещины, проводили путем его посева на селективные среды с последующим определением уровня бактериальной обсемененности методом секторальных посевов. Идентификацию микроорганизмов проводили по стандартным методикам с использованием номенклатуры Д.Х. Берджи. Чувствительность к антибактериальным препаратам определяли в соответствии с методическими указаниями МУК 4.2.1890-04.

Всем пациентам назначали диету с высоким содержанием пищевых волокон, микроклизму с подсолнечным маслом перед стулом, ректальные суппозитории с антибактериальным компонентом с учетом полученной чувствительности к антибиотикам микрофлоры, выявленной в анальной трещине [5].

Срок исследования составил 28 дней.

Результаты исследования

При микробиологическом исследовании материала, взятого в стерильных условиях непосредственно из анальной трещины, аэробные микроорганизмы были выявлены в 57 (100 %) случаях (рис. 1).

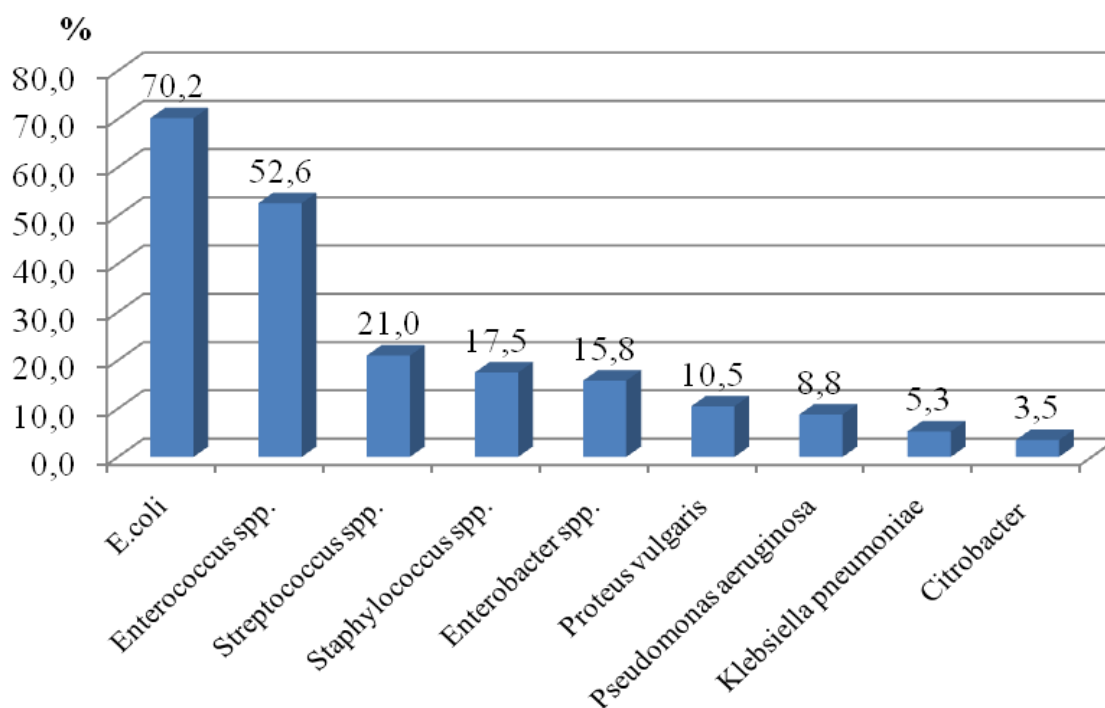


Рисунок 1. Состав аэробной микрофлоры, колонизирующей анальную трещину.

При этом у 4 ($7,0 \pm 3,4$ %) больных определены монокультуры E. coli, Enterococcus faecium, St.aureus, Proteus vulgaris, в остальных случаях встречались 2-х и 3-хкомпонентные микробные ассоциации.

При определении чувствительности аэробной флоры к антибактериальным препаратам в подавляющем большинстве случаев (90,3 %) была определена

чувствительность к ампициллину, в 88,9 % — к ципрофлоксацину, в 88,7 % — к гентамицину, цефтриаксону (84,3 %), цефуроксиму (82,8 %), амикацину (79,3 %) и азитромицину (71,4 %).

Эффективность лечения оценивали по следующим клиническим признакам: наличие спазма анального сфинктера, боли при дефекации, кровотечения во время стула, «стулобоязни». Выраженность этих симптомов определяли до начала терапии, на 5-й и 10-й дни курса лечения (табл. 1). Наличие или отсутствие полной эпителизации трещины (выздоровление) отмечали на 28 день терапии.

Таблица 1

Клинические результаты лечения анальной трещины

Признак	Количество больных, $n = 57$					
	до начала лечения		на 5 сутки		на 10 сутки	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Спазм сфинктера	47	82,5±5,0	17	29,8±6,1	6	10,5±4,1
Боль при дефекации	47	82,5±5,0	9	15,8±4,8	4	7,0±3,4
Кровотечение	40	70,2±6,1	5	8,8±3,7	2	3,5±2,4
«Стулобоязнь»	35	61,4±6,4	8	14,0±4,6	3	5,3±3,0

На 28 день эпителизация трещины не наступила у 3 (5,3±3,0 %) пациентов. Им проведено оперативное лечение: фиссурэктомия у 2 пациентов и фиссурэктомия со сфинктеротомией у одного больного.

Повторные осмотры пациентов с целью выявления рецидивов заболевания проводили через 6 и 12 месяцев после окончания лечения. Рецидивы через 6 месяцев выявлены у 2 (3,5±2,4 %) больных. У них удалось достичь заживления трещины консервативной терапией по той же схеме длительностью до 4 недель. У оперированных пациентов рецидива ХАТ отмечено не было.

Выводы

1. Хроническая анальная трещина колонизирована микроорганизмами и представлена чаще всего 2х- и 3хкомпонентными ассоциациями грамотрицательных палочек и грамположительных кокков.

2. Селективная элиминация микроорганизмов, колонизирующих хроническую анальную трещину, с использованием топической антибактериальной терапии приводит к заживлению хронического дефекта анодермы у $94,7 \pm 3,0$ % пациентов, а также позволяет избежать операции.

3. Предложенная методика терапии анальной трещины позволяет проводить лечение амбулаторно без выдачи листа нетрудоспособности.

Список литературы:

1. Воробьев А.А. Микрoэкологические нарушения при клинической патологии и их коррекция бифидосодержащими пробиотиками // Вестник РАМН. — 2000. — № 2. — С. 13—17.
2. Грекова Н.М. Роль селективной деконтаминации в комбинированном лечении хронической анальной трещины // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2011. — Т. 170, № 5. — С. 67—71.
3. Крылов Н.Н. Хроническая анальная трещина // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2008. — № 1. — С. 5—11.
4. Малева Е.А. Амбулаторное лечение пациентов с хронической анальной трещиной на фоне проктита и дисбиоза толстой кишки // Известия высших учебных заведений. Уральский регион. — 2012. — № 1. — С. 154—161.
5. Малева Е.А., Грекова Н.М., Бордуновский В.Н. Консервативный способ комплексного лечения острых и хронических анальных трещин // Патент РФ № 2445100. 15.06.2010.
6. Collins E.E. A review of chronic anal fissure management / E.E. Collins, J.N. Lund // Tech. Coloproctol. — 2007. — V. 11. — P. 209—223.
7. Madalinski M.H. Identifying the best therapy for chronic anal fissure // World J Gastrointest Pharmacol Ther. — 2011. — V. 2(2). — P. 9—16.
8. Madoff R.D. AGA technical review on the diagnosis and care of patients with anal fissure / R.D. Madoff, J.W. Fleshman // Gastroenterology. — 2003. — V. 124. — P. 235—245.