

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

Грошили В.С.

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

УДК 616.352:616-089.168.1-084

Резюме

Исследование проведено с целью выработки и обоснования алгоритмов борьбы с запорами и эвакуаторными расстройствами, профилактики повторной травматизации слизистой в условиях эпителизации раневой поверхности. у больных, оперированных по поводу анальных трещин. Проанализированы 206 клинических наблюдений пациентов с анальными трещинами. Определены критерии эффективности комплексной терапии. Полученные результаты (заживление трещин у 96,6% больных) показали, что адекватная коррекция моторно-эвакуаторных расстройств и ликвидация запоров позволяют улучшить результаты лечения как острых, так и хронических анальных трещин, а также обеспечить профилактику рецидивов заболевания.

Ключевые слова: анальная трещина, внутренний сфинктер, запоры, анальная манометрия.

POSTOPERATIVE CONDUCTING AND PREVENTIVE MAINTENANCE OF RELAPSES AT THE PATIENTS OPERATED IN OCCASION OF ANAL FISSURES

V.S. Groshilin

Research is lead with the purpose to develop and substantiate the algorithms of prevention any constipation and functional dyspepsia at the patients operated in occasion of anal fissures, to prevent repeated mucous trauma in conditions of cicatrisation at injury surfaces. The There were analyzed 206 clinical supervision of patients with anal fissures. The algorithm of postoperative conducting patients is developed. Criteria of efficiency of complex therapy are certain. The received results (at 96,6 % of patients) have shown healing of fissures, that adequate correction of functional bowel disorders and liquidation of constipations allow to improve results of treatment both acute and chronic anal fissures, and also allows to lower risk of disease relapse.

Keywords: anal fissure, internal anal sphincter, constipations, anorectal manometry.

В настоящее время анальная трещина занимает третье место по распространенности среди колопроктологических заболеваний, уступая лишь геморрою и колитам [1, 2]. Удельный вес больных с хронической анальной трещиной среди заболеваний толстой кишки по данным обращаемости составляет 10,0–11,7% [1, 3], а в структуре специализированного колопроктологического стационара от 11 до 13% [4], при этом более трети больных находится в трудоспособном возрасте, а женщины болеют в 1,5–1,8 раза чаще мужчин [1, 3].

Известно, что наиболее характерной для трещины, при наличии дефекта слизистой анального канала, является триада симптомов: боль, сфинктероспазм и скудное выделение крови при дефекации [1, 3, 5]. Основной причиной формирования хронических анальных трещин является гипертонус внутреннего анального сфинктера и вызванная им боль.

Несмотря на эффективность применяемых способов хирургического и консервативного лечения анальных трещин, продолжается поиск методов, позволяющих сократить сроки лечения, улучшить функциональные результаты и профилактировать рецидивы заболевания [5, 6, 9].

Известно, что анальная трещина чаще всего возникает на фоне запоров, вследствие хронических колитов, либо функциональных расстройств, таких как синдром раздраженного кишечника, который встречается более чем у 50% пациентов с анальными трещинами [7, 8]. Основными причинами неэффективности лечения и

рецидивов заболевания являются трудность профилактики запоров после операции или заживления трещин консервативными мерами, а также некорректируемый сфинктероспазм, вызывающий ишемию тканей анального канала и сфинктерного аппарата [5, 7, 9, 10]. Таким образом, необходимость выработки адекватных методов борьбы с запорами, профилактики повторной травматизации слизистой в условиях эпителизации трещин, является актуальной задачей.

Были проанализированы 206 клинических наблюдений пациентов с хроническими и острыми анальными трещинами, проходивших обследование и оперированных в колопроктологическом отделении клиники РостГМУ. Большинство составляли женщины – 139 пациенток (67,5%), мужчин – 67 (32,5%). Возраст пациентов составлял от 17 до 75 лет. Задняя анальная трещина диагностирована у 175 больных (84,9%), передняя – у 18 (8,7%), сочетание передней и задней трещины отмечено в 13 наблюдениях (6,3%). Дефектов слизистой анального канала другой локализации, специфических язв (туберкулезных, люэтических), болезни Крона анальной локализации в рассматриваемой группе не было. Анамнез заболевания составлял от 1-го месяца до 15 лет.

При обращении в клинику пациентам выполняли общий анализ крови, анализ крови на сифилис и ВИЧ, гепатиты В и С, коагулограмму, глюкозу крови, анализ кала на дисбактериоз.

Ни у кого из пациентов до операции не было выявлено признаков инконтиненции. У 11 пациентов (5,3%)

выявлен сопутствующий хронический парапроктит, интрасфинктерные ректальные свищи, у 20 (9,7%) – хронический геморрой 3–4 стадии, что потребовало выполнения симультанных операций.

Уровень базального давления в анальном канале в проекции внутреннего сфинктера, среднее давление в анальном канале при волевом сокращении, были оценены до иссечения трещины и сфинктеротомии, а также на 7-е сутки после операции.

Для регуляции моторики кишечника использовались спазмолитики и прокинетики. Выбор препарата определяли индивидуально в зависимости от клинической ситуации. У больных с синдромом раздраженной кишки с преобладанием запоров использовались спазмолитические препараты («Метеоспазмил», «Дицетел», «Спазмомен», «Дюспаталин», «Бускопан»), при атонических запорах – прокинетики («Координакс», «Цизаприд»). Применение препаратов, регулирующих моторную функцию, сочеталось с приемом пищевых волокон и осмотических слабительных.

Пациентам была предложена диета, преимущественно кисломолочно-растительного характера, с исключением острых, соленых, горьких блюд и раздражающих приправ, а также алкогольных напитков (включая пиво). При склонности к запорам рекомендовали стол № 3 (по Певзнеру). При склонности к диарее стол №4б или 4в (по Певзнеру).

В лечении также были использованы свечи (мазь) «Проктоседил», «Постеризан», «Ультрапрокт», «Релиф», «Релиф Адванс», назначение которых диктовалось стадией раневого процесса и сопутствующей патологией прямой кишки, флеботропные препараты, анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства.

Результаты и обсуждение: Оперировано 185 больных (89,8%). У 21 пациента (из 27 с острой анальной трещиной) консервативная терапия с использованием спазмолитиков, препаратов, улучшающих микроциркуляцию, глицерина тринитрата, изосорбида динитрата позволила достичь заживления трещин без выполнения операции.

В ходе набора клинического материала используемая схема подвергалась коррекции. Так использование регуляторов моторики решено сочетать с приемом пищевых волокон и осмотических слабительных. В качестве пищевых волокон были использованы продукты растительного происхождения, содержащие, неферментируемые вещества, преимущественно полисахаридной природы – пшеничные отруби, целлюлоза, гемицеллюлоза, лигнин.

Их способность связывать воду и регулировать консистенцию стула, увеличивая его массу и ускоряя продвижение кишечного содержимого, оказалась полезной в схеме лечения. На начальном этапе лечения признано целесообразным использование осмотических слабительных, имитирующих действие пищевых волокон.

Из осмотических слабительных для длительного приема использовались «Дюфалак», «Форлак» (полиэти-

ленгликоль с молекулярной массой 4000), который на наш взгляд, обладает наилучшей переносимостью. Побочных явлений, воздействия препаратов непосредственно на микрофлору, эффекта «привыкания» не выявлено. Доза «Дюфалака» составляла от 15 до 45 мл сутки «Форлакса» – 30–60 г в сутки, причем в высоких дозах он был эффективен и при рефрактерных транзитных запорах. Пищевые волокна и осмотические слабительные хорошо сочетались, причем их дозировку уменьшали при обоюдном назначении. Если эффект не был достигнут, применяли микрокристаллическую целлюлозу в индивидуально подобранной дозе (4–9 г в сутки) или препарат из семян подорожника «Мукофальк» (10–30 г в сутки).

При склонности к диарее определены показания к приему адсорбентов («Смекта», «Неоинтестопан» и «Полифепан»), ферментных и бактериальных препаратов, улучшающих всасываемость («Креон», «Фестал», «Бактисубтил», «Хилак-Форте»). В связи с тем что «стулбоязнь» сохранялась, на 2–3 дня задерживали самостоятельный стул, а с 4–5 суток послеоперационного периода для уменьшения послеоперационных болей и облегчения опорожнения прямой кишки, перед каждой дефекацией ставили микроклизму в объеме от 70 до 100 мл теплой (38–40°С) воды с добавлением 30 мл вазелинового масла. В дальнейшем, на фоне заживления послеоперационной раны, а также приема пищевых волокон и осмотических слабительных нормальная дефекация восстанавливалась и болевой синдром купировался.

У 35 пациентов (16,9%) не отмечено признаков рецидива, однако, отмечались жалобы на незначительные или умеренной интенсивности боли, выделение крови при дефекации, тенезмы. У 20 из них (9,7%), жалобы были купированы консервативными мерами в сроки до 3-х месяцев, у 8 пациентов (3,9%) сохранялись прокталгии, тогда как еще в 7-и наблюдениях (3,4%), в сроки от 3-х до 17-и месяцев после операции отмечен рецидив трещины. Тяжелых некорректируемых форм инконтиненции в исследуемых группах отмечено не было.

Традиционное медикаментозное лечение острых анальных трещин, как и послеоперационное ведение больных, оперированных по поводу хронических анальных трещин, было помимо регуляции стула направлено на устранение болевого синдрома, снятие спазма внутреннего сфинктера, улучшение микроциркуляции в зоне анальной трещины и геморроидальном сплетении. С этой целью использовались нестероидные противовоспалительные препараты: «Кеторолак», «Кетопрофен», «Найз», «Нимика», комбинированные спазмоанальгетики («Баралгин», «Спазмoverалгин», «Спазмалгон»). Длительность и кратность приема препаратов этой группы определялась выраженностью болей, но ни в одном случае не превышала 12 суток.

Поскольку сочетание геморроя и анальной трещины встречалось у 65 больных (31,5%), из них 20 пациентам (9,7%) с 3–4 стадией хронического геморроя симультанно была выполнена геморроидэктомия по Миллигану-Мор-

гану, почти у трети больных использовались флеботропные препараты («Венорутон», «Гливенол», «Детралекс»). Продолжительность перорального применения венотоников – не менее 2 недель.

Критериями эффективности комплексной терапии были:

- нормализация деятельности пищеварительного тракта;
- снятие болевого синдрома и спазма внутреннего сфинктера;
- усиление регенерации поврежденных тканей;

Таким образом, выздоровление при эпителизации дефекта слизистой и полном отсутствии жалоб достигнуто у 191 больного (92,7%), удовлетворительные результаты (заживление трещин при сохранении болевого синдрома и проктита спустя 3 месяца от начала лечения) – у 8 (3,9%) и у 7 пациентов (3,4%) отмечен рецидив заболевания при неэффективности консервативной терапии. Полученные результаты (заживление трещин у 199 больных (96,6%), в том числе при отсутствии проктита и субъективных жалоб у 92,7% пациентов) показывают, что адекватная медикаментозная коррекция моторно-эвакуаторных расстройств и ликвидация запоров в рамках комплексного лечения анальных трещин позволяют значительно улучшить результаты лечения.

Анализ неблагоприятных исходов убедительно показал, что во всех наблюдениях при рецидивах трещин, после операции сохранялись запоры, медикаментозной коррекции которых не удалось достичь. Среди 8 пациентов с проктитами и прокталгиями у всех отмечен нерегулярный стул. Из них длительные резистентные к терапии запоры – в 4-х наблюдениях, тенденция к диарее имела место у 3-х пациентов, в 1-м наблюдении возникло чередование диареи и запоров на фоне проводимого лечения.

Заключение

Профилактика запоров и коррекция моторно-эвакуаторных расстройств являются необходимыми компонентами комплексной терапии как острых, так и хронических анальных трещин.

Схема и продолжительность медикаментозного лечения анальной трещины должны подбираться индивидуально, учитывая особенности нарушения функции желудочно-кишечного тракта и наличие сопутствующей патологии анального канала.

Предложенный курс лечения, проводимый в послеоперационном периоде, способствует не только значительному улучшению состояния и ранней активизации больных (снижается интенсивность болей, снижается тонус сфинктера), но и позволяет снизить вероятность рецидива и улучшить отдаленные результаты.

Во избежание рецидива заболевания у пациентов, оперированных по поводу хронической анальной трещины, применение препаратов, регулирующих моторику кишечника, миотропных спазмолитиков, нестероидных

противовоспалительных средств целесообразно начинать с раннего послеоперационного периода, а затем проводить курс поддерживающей терапии продолжительностью не менее 2–3 недель.

Литература

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2001. – 414 с.
2. Жуков Б.Н., Шабает В.Н., Исаев В.Р., Лысов Н.А. Колопроктология. – Самара, СамГМУ, 1999, – 132 с.
3. Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей / Под редакцией Федорова В.Д., Воробьева Г.И., Ривкина В.Л. – М.: ГНЦ колопроктологии, 1994. – 432 с.
4. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н., Ан В.К. Руководство по колопроктологии. – М.: ИД Медпрактика-М, 2004. – 488 с.
5. Семионкин Е.И. Колопроктология. – М.: ИД Медпрактика-М, 2004. – 224с.
6. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. – М.: Медицина, 1984. – 384 с.
7. Шелыгин Ю.А., Жарков Е.Е., Орлова Л.П., Подмаренкова Л.Ф., Полетов Н.Н. Риск анальной инконтиненции после иссечения анальной трещины в сочетании с боковой подкожной сфинктеротомией // Колопроктология. – 2005. – № 1 (11). – С. 10–16.
8. Шемеровский К.А. Околосуточный ритм ректальной реактивности у лиц с регулярной и нерегулярной эвакуаторной функцией кишечника // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2002. – Том 134, № 12. – С. 654–656.
9. Lock M.R., Thomson J.P.S. Fissure-in-ano: the initial management and prognosis. // British Journal of Surgery. – 1977. – Vol. 64. – P. 355–358.
10. Hancock B.D. The internal sphincter and anal fissure. // British Journal of Surgery. – 1997. – Vol. 64. – P. 92–95.