



В. С. Андрієць¹, В. І. Смовженко², А. С. Бацюн¹,
С. О. Симоненко², І. В. Хмеляр², І. П. Лук'янчук²,
І. С. Унгурян², В. В. Ігнатюк², Ю. В. Андрієць³

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

² Клінічна лікарня № 15 Подільського району м. Києва

³ Броварський міський центр первинної медико-санітарної допомоги

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ АНАЛЬНОЇ ТРІЩИНИ

Мета роботи — поліпшити результати лікування пацієнтів з анальною тріщиною шляхом використання комплексного лікування.

Матеріали і методи. У період з 2008 до 2016 р. на базі Клінічної лікарні № 15 м. Києва обстежено та проліковано 425 хворих, з них 248 увійшли в основну групу, решта — у контрольну. В основній групі, окрім фісуреکتомії, застосовували комплексне лікування з використанням системних венотоніків («Детралекс»).

Результати та обговорення. В основній групі тривалість лікування в середньому становила $(23,8 \pm 0,6)$ доби. Працездатність відновилися в середньому на $(17,3 \pm 0,8)$ доби. Підвищення якості життя відзначено на $(14,0 \pm 0,2)$ доби. Частота рецидивів становила лише 2,8%. У контрольній групі повного загоєння досягнуто в середньому на $(28,0 \pm 1,2)$ доби. Тривалість лікування була більшою, ніж в основній групі, — $(28,0 \pm 1,2)$ доби. Працездатність відновилися в середньому на $(21,3 \pm 1,4)$ доби. Підвищення якості життя відзначено на $(20,0 \pm 1,1)$ доби.

Висновки. Терапія хворих з анальною тріщиною з використанням комплексного підходу дала змогу знизити ймовірність розвитку рецидивів на 15,2%, прискорити відновлення працездатності на $(4,0 \pm 0,6)$ доби. Використання системних венотоніків («Детралекс») у комплексній терапії прискорило загоєння анальних тріщин на $(4,2 \pm 0,3)$ доби. Отримані результати дають підставу для рекомендації використовувати комплексну терапію як стандартний метод при лікуванні анальної тріщини.

■

Ключові слова: анальна тріщина, комплексна терапія, консервативне лікування анальної тріщини, системні венотоніки.

Анальна тріщина — це невеликий розрив у шкірі анального каналу, який зазвичай проходить від зубчастої лінії до виходу з анального каналу та найчастіше розташовується по задній середній лінії. Основними симптомами анальної тріщини є сильний біль і кровотеча при дефекації, які більшість дослідників пов'язують зі спазмом внутрішнього анального сфінктера. Більшість тріщин незначні та зазвичай загоюються спонтанно, а резистентні до лікування впродовж 4–6 тиж набувають статусу хронічної.

Анальна тріщина належить до найчастіших колопроктологічних захворювань. Частота цього захворювання становить 20–23 випадки на 1000 дорослого населення. У зв'язку з вираженою клінічною картиною (інтенсивний больовий синдром, виражений дискомфорт у ділянці промежини, порушення акту дефекації, стійкість до лікування, рецидивування, тяжкі ускладнення) проблема лікування анальної тріщини має важливе значення. Соціально-економічна значущість цього захворювання зумовлена тим, що хворіють переважно

особи працездатного віку (18–44 років) [1], з тривалим терміном втрати працездатності.

Незважаючи на те, що патогенез анальної тріщини досі не визначений, вважають, що більшість тріщин ініціюються безпосереднім травмуванням при проходженні твердого калу. Проте в огляді етіології анальної тріщини зазначено, що лише у 25% пацієнтів виявлено хронічний запор [2].

Протягом останніх років розроблено і впроваджено багато нових методів лікування. Більшість із них передбачають місцеве використання засобів для загоєння тріщини і не впливають на причину виникнення. Проблема рецидивування анальної тріщини залишається актуальною, що потребує комплексного підходу до її вирішення.

Мета роботи — поліпшити результати лікування пацієнтів з анальною тріщиною шляхом використання комплексного лікування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

У період з 2008 до 2016 р. на базі Клінічної лікарні № 15 м. Києва обстежено та проліковано 425 хворих,

з них 248 увійшли в основну групу, решта — у контрольну групу. Середній вік хворих — $(42,9 \pm 0,7)$ року. Співвідношення чоловіків та жінок — 1 : 1.

Усім хворим проведено стандартні лабораторні та інструментальні дослідження (фіброгастроуденоскопія, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, ректороманоскопія, колоноскопія, загальний аналіз крові, аналіз сечі на діастазу, загальний аналіз калу, аналіз калу на дисбактеріоз, аналіз калу на яйця гельмінтів, копроцитограма).

В основній групі застосовано комплексну терапію, яка передбачала:

- 1) фісуректомію з анопластиком;
- 2) корекцію супутньої патології;
- 3) нормалізацію діяльності шлунково-кишкового тракту — хворим рекомендували дієту з високим вмістом клітковини (овочі та фрукти переважно термічно оброблені) та харчування невеликими порціями 5—6 разів на добу. Призначали препарати з лушпиння подорожника та ферментні препарати;
- 4) використання системних венотоніків («Детралекс») для поліпшення відтоку крові, зменшення запалення, що сприяло зменшенню набряку та больового синдрому, прискоренню загоєння;
- 5) корекцію спазму внутрішнього анального сфінктера: проводили легку дивульсію анального сфінктера та призначали сидячі ванни з додаванням антисептика;
- 6) корекцію больового синдрому: під час легкої дивульсії топічно наносили місцевий анестетик, використовували ненаркотичні анальгетики;
- 7) профілактику гнійно-запальних ускладнень анальної тріщини: призначали метронідазол.

У контрольній групі застосовували стандартне лікування — фісуректомію з подальшою сфінктеротомією.

Успішність лікування оцінювали за такими критеріями: тривалість лікування, наявність ускладнень, рецидиви, терміни відновлення працездатності, підвищення якості життя.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

У хворих виявлено органічні або функціональні ураження шлунково-кишкового тракту:

- гастродуоденіт — 65 % випадків;
- ентерит — 1 %;

- панкреатит — 86 %;
- холецистит — 10 %;
- сигмоїдит — 68 %.

Також у хворих виявлено:

- підвищений рівень діастази — 13 %;
- неперетравлені рештки їжі у копроцитограмі — 95 %;
- підвищену кількість патогенних форм мікроорганізмів в аналізі калу на дисбактеріоз — 2 %;
- ознаки паразитарного ураження шлунково-кишкового тракту — 2 %;
- ураження слизової оболонки прямої та сигмоподібної кишок — 96 %.

В основній групі повного загоєння досягнуто в усіх пацієнтів. Тривалість лікування в середньому становила $(23,8 \pm 0,6)$ доби. Працездатність відновилася в середньому на $(17,3 \pm 0,8)$ доби. Підвищення якості життя відзначено на $(14,0 \pm 0,2)$ доби.

У контрольній групі повного загоєння досягнуто в середньому на $(28,0 \pm 1,2)$ доби. Тривалість лікування була більшою, ніж в основній групі, — $(28,0 \pm 1,2)$ доби. Працездатність відновилася в середньому на $(21,3 \pm 1,4)$ доби. Підвищення якості життя відзначено на $(20,0 \pm 1,1)$ доби.

В основній групі виявлено значно нижчу схильність до рецидивів анальної тріщини (7 (2,8 %) випадків) порівняно з пацієнтами контрольної групи (32 (18,0 %)).

Анальні тріщини розташовані в анальному каналі в оточенні кавернозної тканини. Зменшення застою крові в цій зоні, а також протизапальний ефект венотоніків («Детралексу») має важливе значення в лікуванні анальних тріщин.

ВИСНОВКИ

Терапія хворих з анальною тріщиною з використанням комплексного підходу дала змогу знизити ймовірність виникнення рецидивів на 15,2 %, прискорити відновлення працездатності на $(4,0 \pm 0,6)$ доби.

Використання системних венотоніків («Детралекс») у комплексній терапії прискорило загоєння анальних тріщин на $(4,2 \pm 0,3)$ доби.

Отримані результати дають підставу для рекомендації використовувати комплексну терапію як стандартний метод при лікуванні анальної тріщини.

Роботу виконано за підтримки представництва «Ле Лабораторі Серв'є» в Україні.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, статистичне опрацювання даних — В. А.; збір матеріалу — В. С., С. С., І. Х., І. Л., І. У., В. І., Ю. А.; обробка матеріалу, написання і редагування тексту — В. А., А. Б.

Література

1. Douglas W., Schum M., Worley A. The epidemiology and treatment of anal fissures in a population-based cohort // BMC Gastroenterol. — 2014. — Vol. 14. — P. 129. — doi: 10.1186/1471-230X-14-129.
2. Perry W. B., Dykes S. L., Buie W. D., Rafferty J. F. Practice parameters for the management of anal fissures (3rd revision). Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons // Dis Colon Rectum. — 2010. — 53(8). — P. 1110—1115. — doi: 10.1007/DCR.0b013e3181e23dfe.
3. Stein E. Diseases: Textbook and Color Atlas of Proctology. — Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2002. — P. 89—97, 317—320. — ISBN 978-3-642-18977-7.
4. Surgical Proctology / Ed. by J. Lange, B. Mölle, J. Girona, V. W. Fazio. — 1st ed. — Springer, Germany, 2015. — P. 234—252.

В. С. Андрієць¹, В. И. Смовженко², А. С. Бацин¹, С. О. Симоненко², И. В. Хмеляр²,
И. П. Лукьянчук², И. С. Унгурян², В. В. Игнатюк², Ю. В. Андрієць³

¹Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

²Клиническая больница № 15 Подольского района г. Киева

³Броварской городской центр первичной медико-санитарной помощи

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

Цель работы — улучшить результаты лечения пациентов с анальной трещиной путем использования комплексного лечения.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2016 г. на базе Клинической больницы № 15 г. Киева обследовано и пролечено 425 больных, из них 248 вошли в основную группу, остальные — в контрольную. В основной группе, кроме фисурэктомии, применяли комплексное лечение с использованием системных венотоников («Детралекс»).

Результаты и обсуждение. В основной группе длительность лечения в среднем составляла $(23,8 \pm 0,6)$ сут. Работоспособность возобновилась в среднем на $(17,3 \pm 0,8)$ сут. Повышение качества жизни отмечено на $(14,0 \pm 0,2)$ сут. Частота рецидивов составляла лишь 2,8%. В контрольной группе полного заживления достигнуто в среднем на $(28,0 \pm 1,2)$ сут. Длительность лечения была больше, чем в основной группе, — $(28,0 \pm 1,2)$ сут. Работоспособность возобновилась в среднем на $(21,3 \pm 1,4)$ сут. Повышение качества жизни отмечено на $(20,0 \pm 1,1)$ сут.

Выводы. Терапия больных с анальной трещиной с использованием комплексного подхода позволила снизить вероятность возникновения рецидивов на 15,2%, ускорить возобновление работоспособности на $(4,0 \pm 0,6)$ сут. Использование системных венотоников («Детралекс») в комплексной терапии ускорило заживление анальных трещин на $(4,2 \pm 0,3)$ сут. Полученные результаты дают основание для рекомендации использовать комплексную терапию как стандартный метод при лечении анальной трещины.

Ключевые слова: анальная трещина, комплексная терапия, консервативное лечение анальной трещины, системные венотоники.

V. S. Andriiets¹, V. I. Smovzhenko², A. S. Batsun¹, S. O. Simonenko², I. V. Khmelyar²,
I. P. Lukianchuk², I. S. Unguryan², V. V. Ignatyuk², Yu. V. Andriiets³

¹O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

²Kyiv City Clinical Hospital № 15

³Brovary City Center for Primary Health Care

THE PATHOGENETIC TREATMENT OF ANAL FISSURE

The aim — to improve the treatment results of patients with anal fissure by complex treatment use.

Materials and methods. From 2008 to 2016, 425 patients were examined and treated in hospital. 248 patients were in the study group, and 177 patients — in the control group. In the main group, along with fissurectomy, a complex treatment with venotonic drug (*Detralex*) was performed.

Results and discussion. In the main group, the duration of treatment averaged 23.8 ± 0.6 days, and recovery term was 17.3 ± 0.8 days. Improvement of life quality were noted at 14 ± 0.2 day, and the relapse rate was only 2.8%. Patients of the control group achieved complete healing by 28.0 ± 1.2 days. The duration of recovery was 21.3 ± 1.4 days, and the duration of treatment was 28.0 ± 1.2 days. Improvement in the quality of life was noted in patients for 20.0 ± 1.1 days.

Conclusions. Therapy of patients with anal fissure on the use of an integrated approach, reduced the probability of recurrence by 15.2%, a decrease in the recovery period of operability — by 4.0 ± 0.6 days. The use of venotonic drug (*Detralex*) in complex therapy accelerated the anal fissures healing by 4.2 ± 0.3 days. These results give all grounds for using complex therapy as a standard method in the anal fissures treatment.

Key words: anal fissure, complex therapy, conservative treatment of anal fissure, systemic venotonics. □