

Рогожкина Елена Александровна

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД
К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН**

(клинические и морфологические исследования)

14.01.17 – хирургия

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Ростов-на-Дону - 2017

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, доцент
Грошин Виталий Сергеевич

Официальные оппоненты: **Кузьминов Александр Михайлович** – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации; руководитель отделения общей проктологии с группой изучения семейного аденоматоза.

Лаврешин Петр Михайлович – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой общей хирургии.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «___» _____ 2017 года в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.082.04 на базе Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Адрес: 344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России и на сайте www.rostgmu.ru
Автореферат разослан «___» _____ 2017 г.

Ученый секретарь диссертационного совета, кандидат медицинских наук

Ю. В. Лукаш

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Проблема эффективного лечения анальной трещины в настоящее время остается актуальной (Воробьев Г.И., 2006; Крылов Н.Н., 2008). Более трети больных - трудоспособные лица молодого и среднего возраста, что подчеркивает социальную значимость проблемы. Выраженный гипертонус внутреннего анального сфинктера является основной причиной формирования хронических трещин (Абдуллаев М.Ш., 2005; Колесников Л.Л., 2008; Карташкин В.А. и соавт., 2010; Грибанов И.И., 2014; Хидиятов И.И. и соавт., 2016; Nzimbala M.J. et al., 2009; Sileri P. et al., 2010; Rosa M., 2013; Wald A. et al., 2014). Согласно публикациям, эта теория патогенеза представляется доказанной.

Основным методом лечения хронических анальных трещин является хирургический. Радикальное излечение хронической анальной трещины возможно путем ее иссечения в пределах здоровых тканей в сочетании с методами снятия сфинктероспазма. Наиболее широкое распространение получили различные модификации сфинктеротомии. Возникающие осложнения связаны с рассечением внутреннего анального сфинктера для устранения его спазма. Высокий процент рецидивов после иссечения хронической анальной трещины и боковой подкожной сфинктеротомии (от 0,6% до 25%, по данным литературы), а также осложнений оперативного лечения в виде анальной инконтиненции (до 37,8%), образование свищей и рубцовых стриктур (0,2%-1,6%) - диктует необходимость разработки нового комплексного подхода к лечению данной категории пациентов, учитывая индивидуальные различия, включая функциональное исследование запирающего аппарата прямой кишки, совершенствование хирургического вмешательства с учетом этих особенностей (Титов А.Ю. и соавт., 2009; Багдасарян С.Л., 2010; Малева Е.А., 2011; Хадыева А.А., 2011; Bruce G., 2007).

Улучшению отдаленных результатов лечения больных анальной трещиной могут способствовать тщательное обследование пациентов, входящих в группу риска, с использованием таких методов, как аноректальная манометрия, профилометрия.

Важно отметить, что у больных с патологией прямой кишки (анальный зуд) выявляются нервно-психические расстройства (Шахрай С.В., 2010) с высоким уровнем реактивной тревожности и наличием невротического конфликта с эмоциональными срывами, что в свою очередь изменяет качество жизни пациентов в сторону ухудшения и влияет на физическую активность. Психоэмоциональный статус пациентов с хроническими анальными трещинами не исследован, к настоящему времени отсутствуют работы, посвященные этому вопросу. Его изучение представляет интерес в свете влияния нарушений эмоциональной сферы на тонус сфинктера прямой кишки и результаты хирургического лечения хронических анальных трещин, а также возможность их медикаментозной коррекции в рамках комплексного лечения. Подчеркнем, что отдаленные положительные результаты могут быть достигнуты лишь при

комплексном патогенетически обоснованном лечении (Грошилин В.С., Черкасов М.Ф., 2008; Хадыева А.А., 2011; Крылов Н.Н., 2015).

Цель исследования - улучшить результаты лечения больных с хроническими анальными трещинами путем разработки, обоснования выбора и клинического использования методов хирургического и медикаментозного лечения, создания алгоритма диагностических и лечебных мероприятий.

Основные задачи

1. Разработать способ лечения больных с хронической анальной трещиной с учетом психоэмоционального статуса пациентов, психоэмоциональных нарушений, выявленных с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS в предоперационном периоде, с последующим проведением коррекции путем психофармакотерапии.
2. Разработать способ хирургического лечения хронической анальной трещины, включающий иссечение трещины, контролируемую дивульсию анального сфинктера и пластику анального канала; определить показания и противопоказания к хирургическому лечению с применением нового способа.
3. Изучить эффективность использования психофармакотерапии у пациентов с выявленными нарушениями психоэмоционального статуса по шкале HADS в комплексном лечении больных с хронической анальной трещиной.
4. Провести сравнительный анализ результатов использования предложенного способа оперативного лечения, включающего иссечение трещины, дозированную дилатацию анального канала и его пластику, с традиционными хирургическими методиками, направленными на коррекцию сфинктероспазма.
5. Изучить возможность улучшения ближайших и отдаленных результатов лечения больных с хроническими анальными трещинами при наличии психоэмоциональных нарушений, за счет комбинации разработанного способа хирургического лечения и предложенного алгоритма коррекции выявленных психоэмоциональных нарушений.
6. Оценить эффективность комплексного подхода в лечении пациентов с хронической анальной трещиной с учетом психоэмоционального статуса.

Научная новизна

Диссертационная работа представляет клиническое и морфологическое исследование на основе патентоспособных научных разработок.

Впервые в клинической практике проведена оценка влияния нарушений психоэмоционального статуса пациентов с хронической анальной трещиной на течение заболевания и результаты лечения. В рамках комплексного лечения разработан и внедрен алгоритм применения психофармакотерапии с целью коррекции выявленных нарушений психоэмоционального статуса, доказана его клиническая эффективность в сочетании с хирургическими методиками.

Впервые разработан новый «Способ лечения хронических анальных трещин» (Патент РФ №2506054) с учетом необходимости коррекции психоэмоционального статуса пациентов.

Разработан новый способ хирургического лечения больных с хроническими анальными трещинами, включающий иссечение трещины в сочетании с дивульсией анального сфинктера и последующей пластикой

анального канала (Патент РФ №2567279 «Способ хирургического лечения хронических анальных трещин»).

Впервые изучена динамика морфологических изменений в стенке анального канала при хронических анальных трещинах в условиях сфинктероспазма применительно к возможности осуществления нового хирургического способа, включающего дозированную дилатацию анального канала без рассечения волокон сфинктера с последующей пластикой стенки анального канала.

Впервые проведена сравнительная оценка эффективности разработанных хирургических и медикаментозных способов с традиционными хирургическими методами, направленными на иссечение трещины и коррекцию сфинктероспазма.

В клинической практике изучена возможность комбинированного применения «Способа лечения хронических анальных трещин» (Патент РФ №2506054) и «Способа хирургического лечения хронических анальных трещин» (Патент РФ №2567279) для радикального лечения пациентов с хроническими анальными трещинами при наличии гипертонуса сфинктера и нарушений психоэмоциональной сферы. Предложенная комбинация методов показала наилучшие результаты в сравнении с известными способами.

Проведена клиническая апробация разработанного оригинального способа операции и проведен сравнительный анализ результатов его использования с традиционными методиками.

Практическая значимость

Разработанный «Способ лечения хронических анальных трещин» (Патент РФ №2506054) позволяет проводить коррекцию нарушений психоэмоционального статуса больных с хроническими анальными трещинами, улучшать субъективное самочувствие пациентов, использовать индивидуальный подход в лечении.

Оценка психоэмоционального статуса пациентов с использованием шкалы HADS и разработанного алгоритма, является объективным критерием, который следует учитывать при выборе фармакотерапии у больных с хронической анальной трещиной.

Доказанная эффективность «Способа хирургического лечения хронических анальных трещин» (Патент РФ №2567279) позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных с хроническими анальными трещинами при повышенном тоне внутреннего анального сфинктера.

При выполнении дозированной дилатации сфинктера прямой кишки, согласно предложенному способу хирургического лечения (Патент РФ №2567279), повреждения волокон сфинктера не происходит, что позволяет снизить вероятность развития анальной инконтиненции, создать условия для регенерации послеоперационной раны, ранней реабилитации больных, снижения частоты рецидивов после операции за счет купирования болевого синдрома и профилактики гипертонуса сфинктера.

Комбинированное применение разработанных «Способа лечения хронических анальных трещин» (Патент РФ №2506054) и «Способа

хирургического лечения хронической анальной трещины» (Патент РФ №2567279), позволяет улучшить качество жизни больных с нарушениями психоэмоциональной сферы при меньшей вероятности послеоперационных осложнений и рецидивов. За счет дилатации и пластического компонента операции ускорено заживление послеоперационной раны, снижается интенсивность болевого синдрома.

Применение «Способа хирургического лечения хронической анальной трещины» (Патент РФ №2567279) не имеет значимых ограничений у пациентов с сопутствующей аноректальной патологией, требующей симультанной хирургической коррекции.

Основные положения, выносимые на защиту

1.Способ лечения больных с хронической анальной трещиной с учетом психоэмоционального статуса пациентов с пред- и послеоперационным проведением фармакологической коррекции психоэмоциональных нарушений является эффективным, позволяет улучшить результаты хирургического лечения хронических анальных трещин.

2.Предложенная хирургическая методика, включающая иссечение хронической анальной трещины с дозированной дилатацией анального сфинктера и анопластикой у больных с повышенным тонусом сфинктера, является альтернативным и эффективным методом лечения, позволяет предотвратить травму запирающего аппарата прямой кишки, а также вероятность развития анальной инконтиненции после операции.

3.Выявление нарушений психоэмоционального статуса пациентов с хроническими анальными трещинами и их коррекция в пред- и послеоперационном периоде способствуют улучшению результатов хирургического лечения больных.

4.Комбинируемое применение психофармакотерапии и разработанного оперативного вмешательства позволяет улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами при анальных трещинах, снизить риск развития послеоперационных осложнений (в том числе, анальной инконтиненции) и рецидива заболевания.

5.Предложенный комплексный подход в лечении пациентов с хронической анальной трещиной при нарушении психоэмоционального статуса превосходит по эффективности традиционные оперативные методы, включающие иссечение трещины в комбинации со сфинктеротомией (неконтролируемой дивульсией).

6.Учет рубцово-склеротических и дистрофических изменений в стенке анального канала, выраженности сфинктероспазма и дисфункции сфинктеров, в зависимости от длительности заболевания и клинических проявлений, позволяет определять выбор тактики лечения и корректировать его результаты.

7.Индивидуально обоснованный алгоритм пред- и послеоперационной терапии с учетом психоэмоционального статуса и выраженности сфинктероспазма позволяет улучшить результаты хирургического лечения пациентов с хроническими анальными трещинами. Это позволяет повысить

удельный вес отдаленных положительных результатов лечения до 98,1 %.

Внедрение результатов исследования. Предложенный способ иссечения хронической анальной трещины с дозированной дилатацией анального сфинктера и анопластикой у больных с повышенным тонусом сфинктера, а также комбинированное применение психофармакотерапии нарушений психоэмоциональной сферы и разработанного оперативного вмешательства широко внедрено в практику хирургического отделения клиники ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России и хирургического отделения МБУЗ «Городская больница №6» г. Ростова-на-Дону. Основные положения диссертации используются при чтении лекций и проведении практических занятий с врачами-курсантами факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов и студентами ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на XV Российской Гастроэнтерологической неделе (Москва, 2009), научно-практической конференции кафедр хирургических болезней ГОУ ВПО РостГМУ Росздрава, посвященной 90-летию со дня рождения чл-корр РАМН, профессора Коваленко П.П. (Ростов-на-Дону, 2009); на 64^{-й} итоговой научной конференции молодых ученых РостГМУ (Ростов-на-Дону, 2010); на 66^{-й} итоговой научной конференции молодых ученых РостГМУ (Ростов-на-Дону, 2012); 67^{-й} итоговой научной конференции молодых ученых РостГМУ с международным участием (Ростов-на-Дону, 2013); XIX Российской гастроэнтерологической неделе (Москва, 2013); итоговой конференции международного гуманитарного университета (Одесса, Украина, 2014); III Съезде Российского общества хирургов-гастроэнтерологов «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии» (Геленджик, 2016).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 15 научных работ, в том числе – 4 статьи в журналах, входящих в «Перечень рецензируемых научных изданий», получены 2 патента РФ на изобретение: «Способ лечения хронической анальной трещины» (Федеральный патент России №2506054), «Способ хирургического лечения хронической анальной трещины» (Федеральный патент России №2567279).

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 198 страницах печатного текста и иллюстрирована 33 таблицами и 61 рисунком. Работа состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего в себя 312 источников, в том числе, 189 отечественных и 123 иностранных автора.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общая структура клинических наблюдений

В основу работы положен анализ данных обследования и лечения 210 пациентов с хроническими анальными трещинами (с анамнезом заболевания более 1 месяца) в период с 2007 по 2016гг. в возрасте от 18 лет до 71 года, которым проведено хирургическое лечение. Основная масса пациентов находится в социально активном возрасте: мужчины от 21 до 60 лет – 70 больных (33%), женщины от 20 до 55 лет – 102 пациентки (49%), что подтверждает экономическую и социальную значимость проблемы

эффективного лечения. Преобладали пациенты с анамнезом заболевания более 6 месяцев (126 больных-60%), что свидетельствует как о поздней обращаемости, так и неэффективности консервативной терапии острых трещин.

По локализации различали задние трещины (дефект слизистой анального канала на 6-и часах условного циферблата в положении на спине) - у 178 пациентов (85%), передние трещины (линейный дефект слизистой оболочки – на 12-и часах условного циферблата) - у 23 пациентов (11%), «двойные» при сочетании задней и передней трещин выявлены в 9 наблюдениях (4%).

Сопутствующие заболевания ободочной кишки выявлены более, чем у половины больных с хронической анальной трещиной (112 пациентов - 53,3%), что подчеркивает необходимость учета их роли в патогенезе заболевания. Среди них преобладали пациенты с синдромом раздраженной кишки (63 пациента) и с хроническим колитом (37 пациентов), преимущественно, с выраженными запорами (75 больных). Вегето-сосудистая дистония выявлена у 61 пациента (29%) с хроническими анальными трещинами. В совокупности, пациенты с вегето-сосудистой дистонией и синдромом раздраженной кишки составили 124 человека (59% от общего числа), что указывает на важность изучения психоэмоционального статуса при хронических анальных трещинах.

Сопутствующие проктологические заболевания диагностированы у 124 пациентов (59,0%). Структура аноректальных заболеваний у пациентов с хроническими анальными трещинами представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Сочетание хронических анальных трещин с заболеваниями прямой кишки

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ	Количество пациентов		
	Мужчины	Женщины	Всего
Геморрой, в том числе	20	40	60
Тромбоз наружного геморроидального узла	1	2	3
Хронический геморрой	19	38	57
Аденоматозные полипы прямой кишки	3	9	12
Ворсинчатый полип прямой кишки	0	1	1
Хронический парапроктит:	8	1	9
Интрасфинктерный полный ректальный свищ	6	0	6
Неполный внутренний свищ	2	1	3
Переднее ректоцеле I ст.	-	2	2
Перианальные остроконечные кондиломы	1	-	1
Проктиты, криптиты, папиллиты	14	25	39

Наиболее частой комбинацией было сочетание хронической анальной трещины с геморроем - 60 больных (28,6 % от общего числа). При этом, острый геморрой (в виде тромбоза) выявлен у 3^х, а хронический - у 57 пациентов с анальными трещинами. Хронические трещины сочетались с полипами у 12 больных (5,7%), с хроническим парапроктитом – у 9 пациентов (9%).

Характеристика методов исследования

На дооперационном этапе пациентам выполнялась аноскопия, ректороманоскопия, [аноректальная манометрия](#), профилометрия. В ходе

исследования оценивались следующие показатели: среднее давление в анальном канале в покое и при волевом сокращении, длительность субмаксимального сокращения, давление в анальном канале на уровне внутреннего и наружного сфинктера в покое, давление в анальном канале на уровне наружного сфинктера при волевом сокращении. Из 210ⁿ пациентов с хронической анальной трещиной сфинктероспазм выявлен у 193^x (92%).

В предоперационном периоде проводилось анкетирование с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS с целью выявления нарушений психоэмоционального статуса.

Характеристика морфологических методов исследования

Для оценки характера и выраженности структурных изменений тканей в зоне анальной трещины, а также возможности их коррекции путем индивидуального подбора способа хирургического лечения, проведены морфологические исследования при различной длительности заболевания. Использовался операционный материал от 120 больных хронической анальной трещиной. Парафиновые срезы окрашивались гематоксилином–эозином, по Ван Гизону на коллагеновые волокна, а также выполнялась реакция по Хочкису, использовались методы иммуногистохимии. Сравнительному анализу подвергнут материал контрольной группы (20 наблюдений) полученный от лиц, умерших по причинам, не связанным с патологией органов пищеварения.

Методы статистического анализа и обработки результатов

Статистическая обработка результатов исследований проводилась при помощи пакета прикладных программ Statistica 6.0 for Windows, а также программы Biostat. Статистически значимыми считались различия между показателями при $p < 0,05$. При сравнении качественных показателей использовался точный критерий Фишера.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ. МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИНАХ

При хронических анальных трещинах выявленные морфо-функциональные изменения коррелируют с длительностью заболевания:

- I степень - слабо выраженные морфологические изменения (развиваются в первые 2 месяца, как правило, обратимые);

- II степень - умеренно выраженные морфологические изменения (от 3 до 6 месяцев, как правило, необратимые, требующие оперативного вмешательства);

- III степень - резко выраженные морфологические изменения (после 6 месяцев, необратимые, требующие оперативного вмешательства) (рис.1,2).

К резко выраженным выявленным морфологическим изменениям относили «анальный» и «сторожевой» бугорки, которые микроскопически, по своему строению соответствовали фиброэпителиальным воспалительным полипам с явлениями паракератоза и дискератоза в эпидермисе (рис.3), фиброзом и ангиоматозом стромы (рис.4).

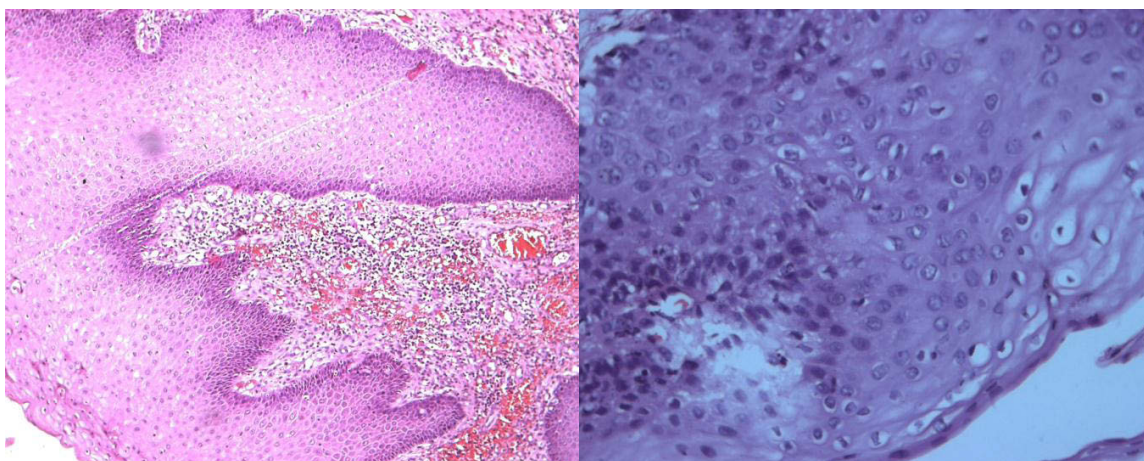


Рис.1. Фрагмент слизистой с выраженными явлениями акантоза, в анодерме выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация. Окраска: Гематоксилин-эозин. x200

Рис.2. Фрагмент эпидермиса с признаками дисплазии. Окраска: Гематоксилин-эозин. x50

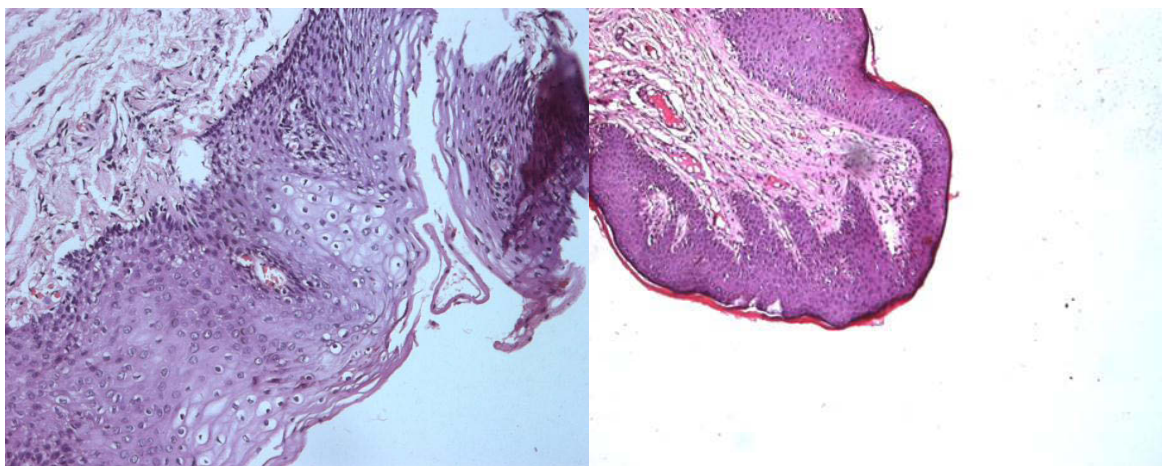


Рис.3. Фрагмент анального бугорка с явлениями паракератоза и дискератоза эпителия, фиброзом стромы. Окраска: Гематоксилин-эозин. x100

Рис.4. Фрагмент сторожевого бугорка с явлениями паракератоза и дискератоза эпителия, фиброзом стромы. Окраска: Гематоксилин-эозин. x50

Проведенные морфо-иммуногистохимические исследования позволяют говорить о прямой связи между выраженностью морфологической картины и длительностью заболевания, дают возможность повысить качество диагностики с учетом структурных изменений в анальном канале, прогнозировать развитие и клиническое течение хронической анальной трещины, обосновать выбор оперативного лечения, профилактировать прогрессирование и рецидивы. При этом, оптимальный выбор способа операции в зависимости от длительности заболевания и выраженности сфинктероспазма, определяет успех лечения.

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

Принимая во внимание высокую частоту неудовлетворительных исходов использования известных способов лечения анальной трещины, нами разработан «Способ хирургического лечения хронической анальной трещины». Суть его в следующем. Исследовали анамнез заболевания с целью определения его длительности (Т - полные месяцы). Определяли давление в анальном канале до операции (Р), мм рт. ст. и измеряли в мм расстояние (L) от проксимального

края анальной трещины до анокожной линии. С помощью комплекса манометрии желудочно-кишечного тракта Menfis biomedica (Италия) устанавливали профилометрические данные и среднюю величину давления в анальном канале.

Для выполнения интраоперационной дозируемой контролируемой дивульсии в задний проход больного на 40 мм глубже проксимального края анальной трещины вводили разовый конический ретрактор модели А 4082 фирмы SAPI MED (Италия). Ретрактор маркировали на должное расстояние ($L + 40$ мм) от вершины конуса. Время экспозиции дилатации (t) анального сфинктера (точность до 0,5 мин) задавали в зависимости от манометрических значений величин P и T по схеме (Таблица 2).

Таблица 2

Анамнез заболевания T – полные месяцы	Давление в анальном канале на уровне внутреннего сфинктера		
	$64 \leq P < 87$ Р мм рт. ст.	$87 \leq P < 107$ Р мм рт. ст.	$P \geq 107$ Р мм рт.ст.
$1 \leq T \leq 3$	Время экспозиции 4,5 мин	Время экспозиции 5 мин	Время экспозиции 7,5 мин
$3 < T \leq 6$	Время экспозиции 4 мин	Время экспозиции 6 мин	Время экспозиции 7 мин
$T > 6$	Время экспозиции 3 мин	Время экспозиции 4 мин	Время экспозиции 6 мин

* - при пересчете измерений разными шкалами 1 мм рт. ст.=1,36 см вод. ст. (64 мм рт.ст. соответствуют 87 см вод.ст., 87 мм рт. ст. соответствуют 118 см вод.ст., 107 мм рт. ст. соответствуют 145 см вод.ст.)

При давлении в анальном канале $64 \leq P < 87$ и длительности заболевания $1 \leq T \leq 3$ удается снять спазм анального сфинктера, задавая время экспозиции дивульсии (t) равным 4,5 мин; при давлении $64 \leq P < 87$ и длительности заболевания $3 < T \leq 6$ удается снять спазм анального сфинктера, задавая время экспозиции дивульсии (t) равным 4,0 мин; при давлении $64 \leq P < 87$ и длительности заболевания $T > 6$ удается снять спазм сфинктера, задавая время экспозиции дивульсии (t) равным 3,0 мин; при давлении $87 \leq P < 107$ и длительности заболевания $1 \leq T \leq 3$ удается снять спазм анального сфинктера, задавая время экспозиции дивульсии (t) равным 5,0 мин; при давлении $87 \leq P < 107$ и сроке заболевания $3 < T \leq 6$ удается снять спазм анального сфинктера, задавая время экспозиции дивульсии (t) равным 6,0 мин; при давлении $87 \leq P < 107$ и длительности заболевания $T > 6$ удается снять спазм сфинктера, задавая время экспозиции дивульсии (t) равным 4,0 мин; при давлении $P \geq 107$ и сроках заболевания $1 \leq T \leq 3$ удается снять спазм анального сфинктера, задавая время экспозиции дивульсии (t) равным 7,5 мин; при давлении $P \geq 107$ и длительности заболевания $3 < T \leq 6$ удается снять спазм анального сфинктера, задавая время экспозиции дивульсии (t) равным 7,0 мин; при давлении $P \geq 107$ и длительности заболевания $T > 6$ удается снять спазм анального сфинктера, задавая время экспозиции дивульсии (t) равным 6,0 мин.

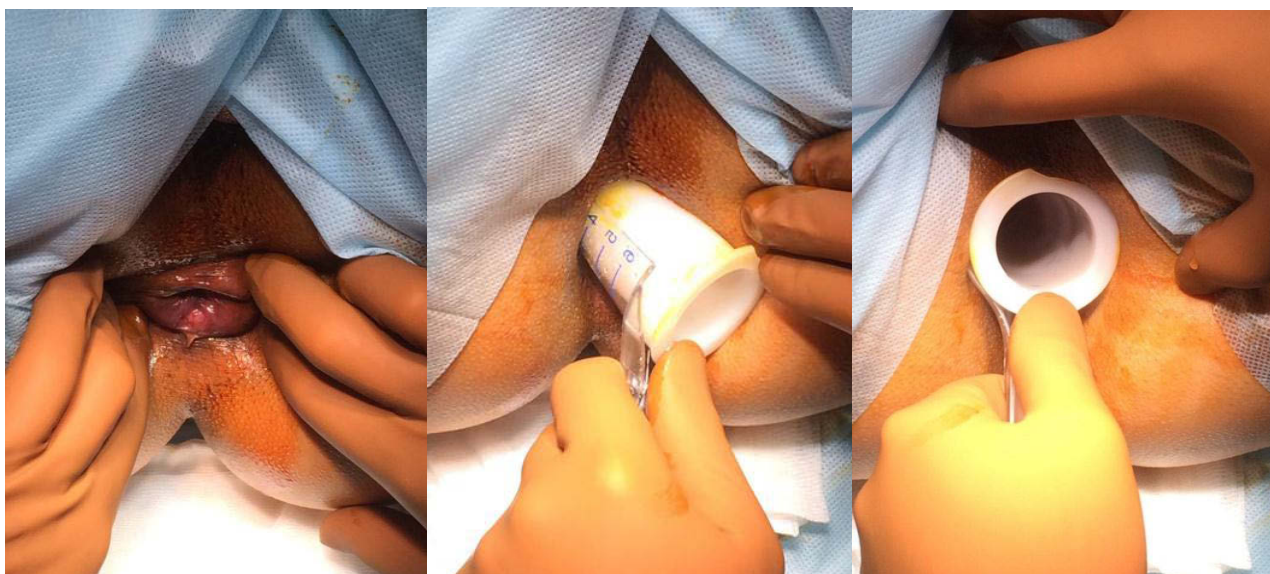


Рис.5 Интраоперационная дивульсия коническим ретрактором.

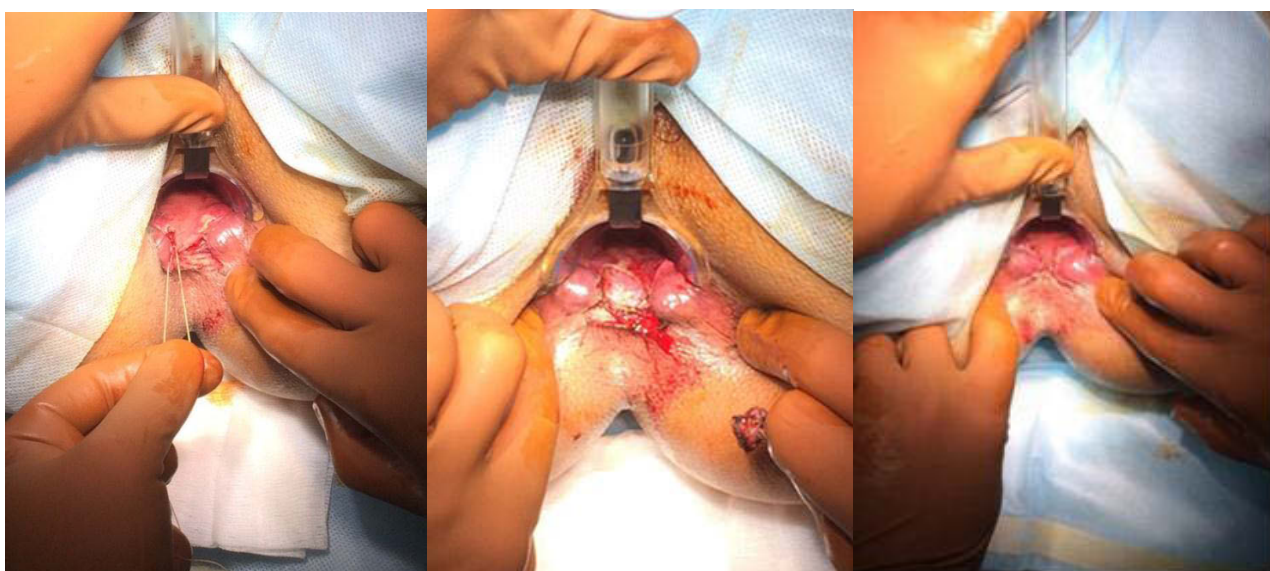


Рис.6. V-Y пластика анального канала

После выполнения дозированной контролируемой дилатации с заданным временем t , хроническую анальную трещину иссекали, затем производили V-Y анопластику без натяжения свободно мобилизованного лоскута (рис.5,6).

На предложенный способ получен патент РФ №2567279 «Способ хирургического лечения хронической анальной трещины».

Разработанный способ хирургического лечения хронической анальной трещины имеет ряд преимуществ:

- позволяет предотвратить повреждение волокон сфинктера при проведении контролируемой дивульсии коническим ретрактором за счет избирательной продолжительности экспозиции и индивидуально заданной глубины растяжения;

- позволяет сократить сроки заживления послеоперационной раны и уменьшить вероятность развития послеоперационных осложнений, обусловленных инфицированием раны за счет проведения анопластики;

-является патогенетически обоснованным, поскольку показан пациентам со сфинктероспазмом.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ

Учитывая деликатность проблемы хронической анальной трещины, а также преимущественное преобладание пациентов с длительным анамнезом заболевания (более 6 месяцев- 60%, 126 пациентов) целесообразно проведение в предоперационном периоде анкетирования с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. При этом тревожные и депрессивные расстройства выявлены у 70,5% больных (148 пациентов, из них- 67 мужчин и 81 женщина) (таблица 3).

Таблица 3

Результаты анкетирования по шкале тревоги и депрессии HADS

	Количество пациентов	Удельный вес
Субклинически выраженная тревога (8-10 баллов)	68	32,0%
Субклинически выраженная депрессия (8-10 баллов)	2	1,0%
Клинически выраженная тревога (11 баллов и выше)	60	28,6%
Клинически выраженная депрессия (11 баллов и выше)	18	8,6%
Без психоэмоциональных нарушений	62	29,8%

Нами установлена важная особенность больных с хроническими анальными трещинами: у большинства пациентов имелись психоэмоциональные нарушения в виде тревоги и депрессии в предоперационном периоде, усугубляющие течение болезни. Поэтому обоснована необходимость купирования психоэмоциональных нарушений, что в целом будет благоприятно влиять на результаты лечения таких больных.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

Согласно разработанному нами «Способу лечения хронической анальной трещины», исследовали анамнез с целью выявления воздействия психогенного стрессорного фактора, устанавливали его связь с заболеванием (острая трещина, возникшая на фоне стресса) и проводили анкетирование пациентов с хроническими анальными трещинами по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS. На основании объективного и инструментального исследования выявляли сопутствующую патологию. Затем производили балльную оценку результатов анкетирования по шкале HADS. При интерпретации учитывали суммарный показатель по каждой подшкале (тревога и депрессия). Принимались во внимание изменения выше 7 баллов: 8-10 баллов - «субклинически выраженная тревога/депрессия» и 11 баллов и выше - «клинически выраженная тревога/депрессия». В предоперационном периоде назначалась психотерапия на основании полученных результатов анкетирования по шкале HADS по согласованию с психиатром и неврологом.

Применяли следующие рекомендованные препараты анксиолитического действия: Грандаксин 50-100 мг в сутки за 1-3 приема в течение 4-х недель, анксиолитического и антидепрессивного действия - Тианептин 12,5 мг по 1т x 3 раза в день в течение 4х недель с постепенным снижением дозы за 7-10 дней.

Фармакотерапия у пациентов с хроническими анальными трещинами по результатам анкетирования по шкале HADS представлена в таблице 4:

Таблица 4.

Психоэмоциональные нарушения	Психофармакотерапия
Субклинически выраженная тревога (8-10 баллов по подшкале тревоги)	Грандаксин 50 мг в сутки за 1-3 приема 4 недели
Субклинически выраженная депрессия (8-10 баллов по подшкале депрессии)	Грандаксин 50 мг в сутки за 1-3 приема 4 недели
Субклинически выраженная тревога и депрессия (8-10 баллов по подшкале тревоги, 8-10 баллов по подшкале депрессии)	Грандаксин 100 мг в сутки за 1-3 приема 4 недели
Клинически выраженная тревога (11 баллов и выше по подшкале тревоги)	Грандаксин 100 мг в сутки за 1-3 приема в течение 4 недель
Клинически выраженная депрессия (более 11 баллов по подшкале депрессии)	Тианептин 12,5 мг 3 раза в день 4 недели с постепенным снижением дозы за 7-10 дней
Клинически выраженная тревога и депрессия (более 11 баллов по подшкале тревоги, более 11 баллов по подшкале депрессии)	Тианептин 12,5 мг 3 раза в день 4 недели с постепенным снижением дозы за 7-10 дней
Клинически выраженная тревога, субклиническая депрессия (более 11 баллов по подшкале тревоги, 8-10 баллов по подшкале депрессии)	Грандаксин 100 мг в сутки за 1-3 приема 4 недели
Субклиническая тревога, клинически выраженная депрессия (8-10 баллов по подшкале тревоги, более 11 баллов по подшкале депрессии)	Тианептин 12,5 мг 3 раза в день 4 недели с постепенным снижением дозы за 7-10 дней

Психофармакотерапию продолжали в течение послеоперационного периода, тем самым реализовывался индивидуальный подход к пациенту. Получен патент РФ №2506054.

Разработанный способ медикаментозного лечения следует применять в дополнение к хирургическому устранению хронической анальной трещины. Метод имеет следующие преимущества:

- способствует нормализации пассажа кишечного содержимого за счет купирования психосоматической составляющей моторно-эвакуаторных расстройств, оказывая влияние на один из патогенетических факторов развития анальных трещин;

- позволяет влиять на результаты оперативного лечения за счет снижения тонуса анального сфинктера, создаются условия для скорейшего заживления операционной раны и предотвращения рецидива сфинктероспазма ;

- помогает улучшить субъективное самочувствие пациентов с выявленными психоэмоциональными нарушениями.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН.

Для объективной оценки эффективности разработанного «Способа хирургического лечения хронических анальных трещин», а также «Способа лечения анальных трещин», был проведен сравнительный анализ результатов лечения в трех группах клинических наблюдений. Первую группу клинических наблюдений составил 51 пациент с выявленными психоэмоциональными нарушениями с последующей их коррекцией согласно «Способа лечения хронической анальной трещины» (патент РФ №2506054) в комплексе с традиционными методами хирургического лечения. Вторая группа клинических наблюдений сформирована из 52 пациентов с выявленными психоэмоциональными нарушениями (которым также проведена их коррекция разработанным способом), оперированных с применением («Способа хирургического лечения хронической анальной трещины», патент РФ №2567279). Для проведения качественного и достоверного сравнительного анализа, в третью (контрольную) группу клинических наблюдений включены 107 больных с хроническими анальными трещинами, оперированных традиционными методами, лечение которых проводилось без учета и коррекции нарушений психоэмоциональной сферы.

Признаком, определяющим низкую эффективность хирургического лечения, стал сохраняющийся после операции гипертонус внутреннего сфинктера, этот показатель был наивысшим в III клинической группе, составив 17,8% (19 больных, впоследствии у 6 из них выявлены рецидивы). Во II группе (основной) после применения дилатации ретрактором и анопластики удельный вес сохранявшегося сфинктероспазма лишь 9,6% при 1,9% рецидивов (5 и 1 наблюдение, соответственно). В то же время, в I клинической группе при коррекции психоэмоциональных расстройств результаты лучше таковых в III группе (контрольной).

Обратная ситуация, развитие гипотонуса сфинктеров с появлением риска недержания и возможными проявлениями инконтиненции, также чаще встречалась в III клинической группе, в 14,9% наблюдений (16 больных) имел место послеоперационный гипотонус, через 6 месяцев он сохранялся в 5,6% (6 больных), а в двух наблюдениях (1,9%) отмечены транзиторные проявления недержания газов. В I и II клинических группах проявлений недержания не было, послеоперационное снижение тонуса имело место в 14,9% и 9,6% наблюдений соответственно (рис.7).

Через 6 месяцев удельный вес пациентов с гипотонусом сфинктера сократился до 3,9% и 1,9% (в основной, II группе). Проявления недержания отмечены лишь в контрольной группе.

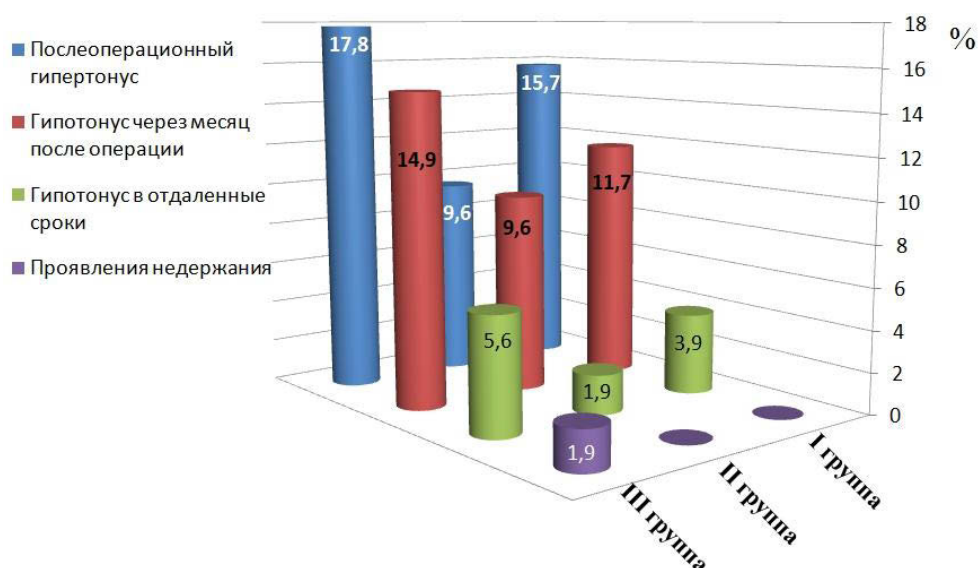


Рис.7. Удельный вес проявлений послеоперационной дисфункции сфинктера в группах сравнения.

Лучшие, чем в контрольной группе, показатели при сочетании традиционных способов сфинктеротомии с коррекцией психоэмоциональных расстройств (I клиническая группа), при сходном воздействии на сфинктер подтверждают роль тревожных и депрессивных расстройств в патогенезе хронических анальных трещин. Описанные изменения в полной мере подтверждаются анализом отдельных манометрических показателей, как в ранние, так и отдаленные сроки послеоперационного наблюдения.

Как видно из диаграммы, средние показатели аноректальной манометрии в группах сравнения указывают на эффективное купирование сфинктероспазма во всех группах, при этом, несколько превышающее нормы среднее давление в анальном канале при волевом сокращении характеризует рассматриваемую патологию и указывает на склонность части пациентов к возврату сфинктероспазма и рискам рецидива патогенетических факторов у пациентов с гипертонусом после операции (рис.8)

Признаком, определяющим низкую эффективность хирургического лечения, стал сохраняющийся после операции гипертонус внутреннего сфинктера, этот показатель был наивысшим в III клинической группе, составив 17,8% (19 больных, впоследствии у 6 из них выявлены рецидивы). В то же время во II группе (основной) после применения дилатации ретрактором и анопластики удельный вес сохранявшегося сфинктероспазма лишь 9,6% при 1,9% рецидивов (5 и 1 наблюдение, соответственно). В то же время, в I клинической группе при коррекции психоэмоциональных расстройств результаты лучше таковых в III группе (контрольной). Отмечается также высокий «разброс» значений давления в III группе, повлиявший на итоговые показатели.

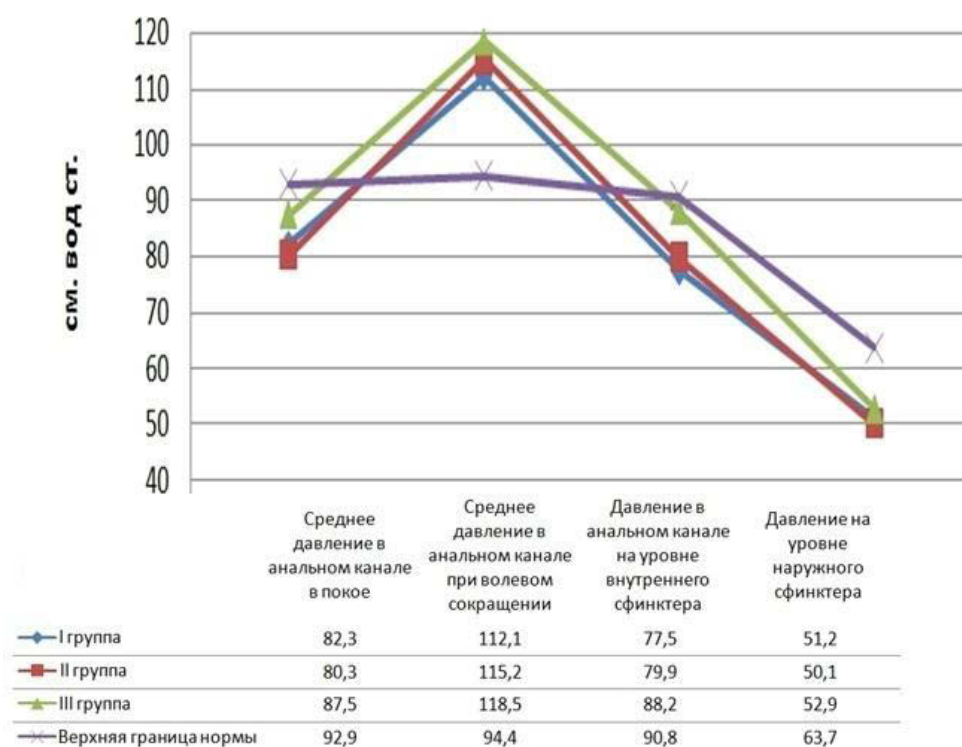


Рис.8. Основные манометрические характеристики через 6 месяцев после операции.

Тем не менее, констатируем, что, несмотря на механический характер купирования спазма сфинктера в III группе, он не оказался более надежным и не дал стабильно постоянных результатов. Даже, несмотря на наибольшее число пациентов с послеоперационной слабостью сфинктера в III группе, общие показатели стойкого купирования гипертонуса (при контрольном исследовании через 6 месяцев) – хуже, чем в других группах. При этом, применение комплексного подхода и купирование психоэмоциональных нарушений в I группе позволило получить относительно стабильные положительные результаты, сопоставимые с таковыми во II (основной) группе, где эффект лечения наилучший. Отметим также, что длина внутреннего сфинктера, как функциональной зоны наибольшего давления была минимальной в III группе, что свидетельствует о большем повреждении сфинктера, а наибольшей – во II группе, указывая на его наилучшее восстановление.

Обратная ситуация, развитие гипотонуса сфинктеров с появлением риска недержания и возможными проявлениями инконтиненции, также чаще встречалась в III клинической группе - в 14,9% наблюдений (16 больных) имел место послеоперационный гипотонус, через 6 месяцев он сохранялся в 5,6% (6 больных), а в двух наблюдениях (1,9%) отмечены транзиторные проявления недержания газов. В I и II клинических группах проявлений недержания не было, послеоперационное снижение тонуса имело место в 14,9% и 9,6% наблюдений соответственно (рис.9). Через 6 месяцев удельный вес пациентов с гипотонусом сфинктера сократился до 3,9% и 1,9% (в основной, II группе).

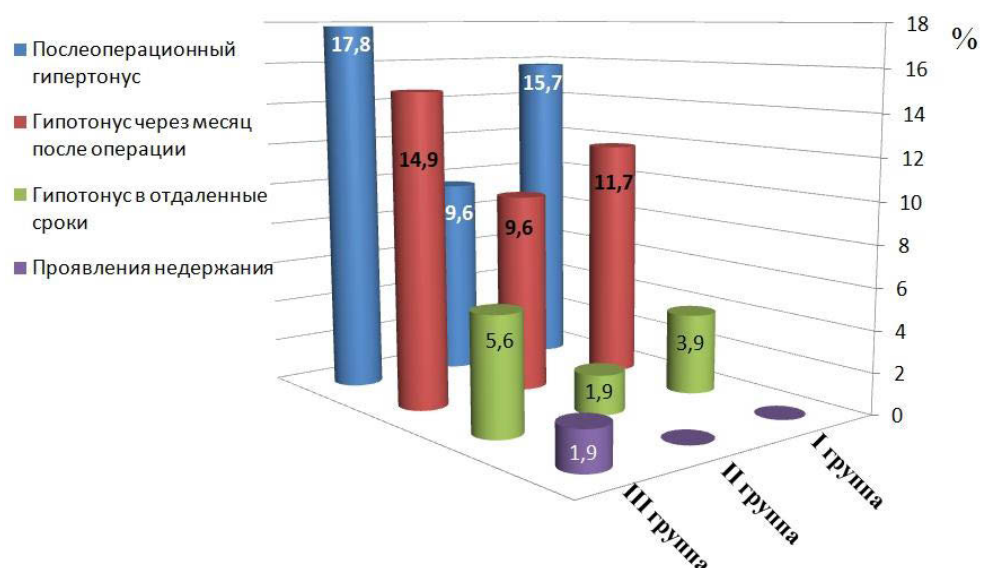


Рис.9. Удельный вес проявлений послеоперационной дисфункции сфинктера в группах сравнения.

Таблица 5.

Показатели качества жизни пациентов
по шкале SF-36 через 6 месяцев после оперативного лечения

Шкалы теста SF-36	I группа	II группа	III группа
Физическое функционирование (PF)	68,7±1,3	78,8± 2,7	66,5±1,8
	p<0,05		
Роль физическое функционирование (RP)	61,6±1,6	75,8±1,6	59,9±1,3
	p<0,05		
Жизнеспособность (VT)	74,8±1,4	77,9±1,5	72,7±1,6
	p<0,05		
Социальное функционирование (SF)	51,2±0,4	67,8±0,8	50,1±0,2
	p<0,05		
Эмоциональное функционирование (RE)	47,0±1,6	56,1±1,2	40,3±1,4
	p<0,05		
Психологическое здоровье (MH)	47,4±1,8	68,9± 1,8	42,3±1,6
	p<0,05		
Болевой синдром (P)	68,6±0,9	65,2±1,4	70,7±0,6
	p<0,05		
Общее здоровье (GH)	61,3±3,3	57,4±1,8	60,2±1,2
	p<0,05		

Качество жизни пациентов с хроническими анальными трещинами по опроснику SF-36 было ниже остальных в III группе клинических наблюдений, у которых не проводился учет и коррекция нарушений психоэмоциональной сферы, оперированных традиционными методами хирургического лечения.

Представим итоговые результаты лечения в каждой из групп. Общие результаты лечения представлены на рисунке 10.



Рис.10 Общие результаты лечения в группах сравнения.

Отметим наилучшие результаты по всем изучаемым параметрам в основной, II группе клинических наблюдений, что подтверждают 80,8% хороших результатов при отсутствии жалоб и дисфункции сфинктера, при наличии всего 1,9% рецидивов. Сравнивая результаты лечения в группах с использованием традиционных способов купирования сфинктероспазма, необходимо отметить целесообразность использования разработанного способа коррекции психоэмоциональных нарушений, позволяющего влиять на положительные функциональные результаты лечения, что подтверждается преимуществом результатов в I клинической группе в сравнении с контрольной. Разработанный «Способ хирургического лечения хронической анальной трещины», включающий индивидуально дозированную анальную дилатацию с использованием конического ретрактора под манометрическим контролем, иссечение трещин и V-Y анопластику, позволяет нивелировать риск инконтиненции, показал стабильные положительные результаты и может быть широко внедрен в клиническую практику.

ВЫВОДЫ

1. У большинства пациентов с хронической анальной трещиной (до 70,5% в наших исследованиях) имеются нарушения психоэмоционального статуса, выявляемые с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, усугубляющие тяжесть течения заболевания, коррекция которых в пред- и послеоперационном периоде позволяет стабилизировать функциональные результаты хирургического лечения.

2.«Способ хирургического лечения хронических анальных трещин» (Патент РФ №2567279), включающий иссечение трещины, контролируемую дивульсию анального сфинктера и V-Y анопластику показан к применению в условиях спазма внутреннего анального сфинктера, эффективность метода обусловлена индивидуальным учетом выраженности сфинктероспазма, возможностью адекватной его коррекции и меньшей вероятностью послеоперационной дисфункции сфинктера и развития инконтиненции.

3.Психофармакотерапия у пациентов с нарушениями психоэмоционального статуса по шкале HADS в дополнение к хирургическим методикам, включающим коррекцию сфинктероспазма, позволяет улучшить общие

результаты лечения больных с хронической анальной трещиной за счет купирования эмоциональных и невротических расстройств, «стулобоязни».

4. Сравнительный анализ результатов использования предложенного способа оперативного лечения с традиционными хирургическими методиками, направленными на коррекцию сфинктероспазма, выявил его преимущества в эффективности дозированной коррекции спазма, профилактики послеоперационного гипо- и гипертонуса при меньших сроках заживления ран и скорейшем выздоровлении за счет пластического компонента.

5. Ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с хроническими анальными трещинами при наличии психоэмоциональных нарушений значительно улучшаются за счет комбинации разработанного способа хирургического лечения и алгоритма коррекции психоэмоциональных нарушений (патент РФ №2506054), о чем свидетельствуют результаты в основной группе исследования (хорошие результаты в отсутствие жалоб - у 80,8% пациентов, удовлетворительные, при купировании ранних осложнений и отдельных жалоб у 15,4%, неудовлетворительные - лишь у 3,8%).

6. Комплексный подход с учетом патогенетических и невротических факторов наиболее эффективен в лечении пациентов с хронической анальной трещиной, что подтверждается стойкими положительными результатами – выздоровление 96,3% больных исследуемой группы, при 1,9% рецидивов, и 1,9% относительной слабости сфинктера в отдаленные сроки.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. У пациентов с хроническими анальными трещинами при нарушениях психоэмоционального статуса для улучшения субъективного самочувствия, коррекции «стулобоязни» и невротических расстройств целесообразно использовать «Способ лечения хронических анальных трещин» (Патент РФ №2506054) в дополнение к хирургическим методикам.

2. Оценка психоэмоционального статуса пациентов с учетом шкалы HADS и разработанного алгоритма комплексного лечения является объективным критерием, который позволяет оптимизировать фармакотерапию у больных с хронической анальной трещиной.

3. «Способ хирургического лечения хронических анальных трещин» (Патент РФ №2567279) рационально использовать при хирургическом лечении больных с хроническими анальными трещинами при повышенном тоне внутреннего анального сфинктера, с учетом возможности сокращения сроков лечения за счет пластического компонента при иссечении трещин.

4. Выполнение индивидуально дозированной дилатации сфинктера прямой кишки, с использованием конических ретракторов позволяет снизить вероятность развития анальной инконтиненции, создать условия для регенерации послеоперационной раны, снижения частоты рецидивов за счет купирования болевого синдрома и профилактики гипертонуса сфинктера.

5. С целью улучшения качества жизни больных с нарушениями психоэмоциональной сферы при меньшей вероятности послеоперационных осложнений и рецидивов, целесообразно комбинированное применение

разработанных «Способа лечения хронических анальных трещин» (Патент РФ №2506054) и «Способа хирургического лечения хронической анальной трещины» (Патент РФ №2567279).

6. Применение «Способа хирургического лечения хронической анальной трещины» (Патент РФ №2567279) не имеет значимых ограничений у пациентов с сопутствующей аноректальной патологией, требующей симультанной хирургической коррекции.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Рогожкина Е.А. Современное комплексное лечение хронических анальных трещин / Е.А.Рогожкина, И.А.Лазарев, В.Г.Заика // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.- №5.- том XIX.- Приложение №34, материалы пятнадцатой Российской гастроэнтерологической недели.- 2009.-С.61

2. Рогожкина Е.А. Современный подход к хирургическому лечению хронических анальных трещин / Е.А.Рогожкина, И.А.Лазарев, В.Г.Заика, М.Н.Крючкова // Актуальные проблемы в лечении хирургических болезней. Материалы ежегодной объединенной научно-практической конференции кафедр хирургических болезней ГОУ ВПО РостГМУ Росздрава, посвященные 90-летию со дня рождения члена-корреспондента РАМН, профессора Коваленко Петра Петровича.- 2009.-С.79-82

3. Рогожкина Е.А. Современные аспекты лечения хронических анальных трещин / Е.А.Рогожкина, С.Г. Меликова, Н.А.Песков, И.А.Лазарев, В.Г.Заика // Материалы 64 итоговой научной конференции молодых ученых РостГМУ.- Ростов-на-Дону.-2010.-С.303-304

4. Рогожкина Е.А. Особенности комплексного лечения хронических анальных трещин / Е.А.Рогожкина, А.А.Буданов, О.Н.Статешный, С.Г.Меликова, И.А.Лазарев, В.Г.Заика // Материалы 66 итоговой научной конференции молодых ученых Ростовского государственного медицинского университета.- Ростов-на-Дону.-2012.-С.280-281

5. Рогожкина Е.А. Эффективность использования нового подхода к лечению хронических анальных трещин / Е.А.Рогожкина, Р.М.Мурзабеков, В.В.Югай, А.Б.Дарвишев // Материалы 67 итоговой научной конференции молодых ученых Ростовского государственного медицинского университета с международным участием.- Ростов-на-Дону.-2013.-С.465-466

6. Рогожкина Е.А. Оценка эффективности методов сфинктеротомии в хирургическом лечении анальных трещин / Е.А.Рогожкина, А.В. Гаврилюков, А.А.Андреев, А.Э.Грунин // Материалы 67 итоговой научной конференции молодых ученых Ростовского государственного медицинского университета с международным участием.- Ростов-на-Дону.-2013.-С.460-461

7. Рогожкина Е.А. Оценка эффективности использования нового способа лечения хронических анальных трещин / Е.А. Рогожкина, В.С. Грошилин // Медицинский вестник Юга России.- №3.- 2013.- С.73-77

8. Рогожкина Е.А. Пути улучшения результатов комплексного лечения хронических анальных трещин / Е.А.Рогожкина, И.А.Лазарев, В.С.Грошилин, В.Г.Заика // Кубанский научный медицинский вестник.- №1 (136).- 2013.-С.142-147

9. Рогожкина Е.А. Психоэмоциональный статус и его влияние на результаты лечения хронических анальных трещин / Е.А.Рогожкина, В.С.Грошилин,

В.Г.Заика // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.-№5.-томXXIII.-Приложение №42, материалы девятнадцатой Российской гастроэнтерологической недели.- 2013.-С.125

10.Рогожкина Е.А. Психоземotionalные особенности больных с хроническими анальными трещинами / Е.А.Рогожкина, В.С.Грошили́н, В.Г.Заика // Независимый психиатрический журнал, вестник НПА.-№III.-2013.-С.72-76

11.Рогожкина Е.А. Оценка эффективности результатов хирургического лечения хронических анальных трещин / Е.А.Рогожкина, В.С.Грошили́н, В.Г.Заика // Науковий ві́стник міжнародного гуманітарного університету, серія «Медицина», збірник наукових праць.- №8.- 2014.-С.18-23

12.Рогожкина Е.А. Значение индивидуального междисциплинарного подхода в повышении эффективности лечения больных с анальной трещиной / Е.А.Рогожкина, В.С.Грошили́н, В.Г.Заика // Ульяновский медико-биологический журнал.-№1.- 2015.- С.101-108

13.Рогожкина Е.А. Тревога и депрессия и их значение в патогенезе хронической анальной трещины / Е.А.Рогожкина, В.С.Грошили́н, В.Г.Заика // Вестник хирургической гастроэнтерологии.- №3.- 2016.-С.136

14.Патент РФ №2506054, 10.02.2014. Рогожкина Е.А., Лазарев И.А., Заика В.Г. Способ лечения хронической анальной трещины // Патент РФ №2506054, от 10.02.2014.

15.Патент РФ №2567279, 06.10.2015. Грошили́н В.С., Рогожкина Е.А., Перепечаева А.В. Способ хирургического лечения хронической анальной трещины // Патент РФ №2567279, от 06.10.2015.