

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИНАХ

**В. Groshilin**, кандидат медицинских наук,

**А. Погосян**, кандидат медицинских наук,

Городская больница № 6, РостГМУ, Ростов-на-Дону

**E-mail:** groshilin@yandex.ru

*Наблюдали 50 больных, прооперированных по поводу анальных трещин. Разработан алгоритм послеоперационного ведения таких больных. Определены критерии эффективности комплексной терапии. Согласно результатам исследования, адекватная коррекция послеоперационных воспалительных изменений и моторно-эвакуаторных расстройств позволяет улучшить отдаленные результаты лечения.*

**Ключевые слова:** анальная трещина, внутренний сфинктер, запор, месалазин.

**В** структуре колопроктологической патологии анальная трещина занимает по распространенности 3-е место после колитов и геморроя [5]. Частота встречаемости заболевания — от 20 до 23 случаев на 1000 взрослого населения [1, 3]. Известно, что впервые возникшие острые трещины могут быть излечены консервативными мерами, эффективность которых при адекватном выборе схемы лечения составляет от 55 до 70% [2, 4, 5, 13, 14].

При прогрессировании заболевания и формировании хронической трещины с плотными, рубцово-измененными деформированными краями в условиях хронического воспаления в анальном канале, как правило, показано оперативное лечение [7, 12, 14]. Для хронических анальных трещин при наличии дефекта слизистой оболочки анального канала наиболее характерна триада симптомов: скудное выделение крови, боль во время и после акта дефекации и связанный с ней спазм внутреннего анального сфинктера [2, 5, 14]. Хронические анальные трещины формируются из-за постоянной травматизации слизистой анального канала при дефекации и натуживании, спазма внутреннего сфинктера, следствием чего являются боль и развивающаяся в этих условиях ишемия стенки анального канала [4, 12, 13]. Воспаление усиливает гипертонус сфинктеров, способствуя еще большему нарушению кровообращения в зоне трещины [11].

Внедрение сфинктеротомии как обязательного компонента лечения, дополняющего иссечение анальных трещин при сфинктероспазме, позволило значительно улучшить результаты хирургического вмешательства [1, 5, 6], однако необоснованное применение сфинктеротомии увеличило число осложнений и неудовлетворительных исходов, связанных с нарушением функции удержания кала и газов. Следует отметить, что частота отдаленных серьезных осложнений и в первую очередь — инконтиненции по-прежнему высока, значителен и уровень послеоперационных воспалительных и функциональных аноректальных расстройств [7, 12]. Высокая частота послеоперационной дисфункции

сфинктеров, влияние и манифестация сопутствующей колоректальной патологии, выраженные инфильтративно-воспалительные изменения в анальном канале подчас сводят на нет квалифицированные действия хирурга. Сложность проблемы заключается не только в особенностях оперативной техники, но и в необходимости ликвидации патогенетических факторов повторного формирования трещин, что позволяет снизить вероятность рецидива и уменьшить выраженность проявлений сопутствующих заболеваний.

Исследования последних 10 лет, констатирующие рецидив анальной трещины в среднем у 10–15% прооперированных и послеоперационную недостаточность сфинктера различной степени у 9–35% [6, 12, 13], указывают на необходимость последовательной послеоперационной восстановительной терапии и реабилитации, тщательного послеоперационного мониторинга, включая оценку эффективности восстановительного лечения, динамики клинических показателей и функциональных характеристик запирающего аппарата прямой кишки.

Очевидно, что сохраняющиеся после операции отек, ишемия тканей в зоне вмешательства в условиях боли и сохраняющегося воспаления резко ухудшают перспективы медикаментозной терапии [13, 14]. Доказано, что анальная трещина чаще всего возникает на фоне встречающихся более чем у 60% пациентов с анальными трещинами моторных и эвакуаторных нарушений (чаще — запор), хронических колитов либо таких функциональных расстройств, как синдром раздраженной кишки [2, 11, 13]. Основными причинами неэффективности лечения и рецидивов заболевания являются трудность профилактики запора после операции или заживления трещин консервативными мерами, а также некорректируемый сфинктероспазм, вызывающий ишемию тканей анального канала и сфинктерного аппарата.

Таким образом, актуальны выработка адекватных методов борьбы с запором, купирование воспалительных изменений в анальном канале и профилактика повторной травматизации слизистой в условиях эпителизации трещин.

Исследования последних лет свидетельствуют о необходимости разработки комплексов многокомпонентной восстановительной терапии: нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) анальгетического действия; миотропные спазмолитики; регуляторы моторики нижних отделов пищеварительного тракта, при необходимости — венотоники (в случае сопутствующего геморроя) и слабительные средства. Кроме того, важен правильный выбор средств для топической терапии (мази и свечи) с учетом локализации патологического очага. Ряд авторов указывают на эффективность средств традиционной восстановительной терапии. Привлекает внимание возрастающее число публикаций, посвященных использованию препаратов 5-аминосалициловой кислоты (в частности, месалазина) в лечении воспалительных заболеваний прямой кишки и анального канала [8, 9, 11, 14]. Месалазин показан при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона. Помимо этого, накоплен опыт его эффективного применения при обшепроктологических заболеваниях и, что особенно важно, — в комплексе послеоперационной реабилитации. Более чем убедительны также данные о показаниях к использованию месалазина у прооперированных больных с сопутствующими болезнью Крона, дивертикулярной болезнью толстой кишки, резистентными к терапии колитами [11, 14].

Заболевания ободочной кишки у прооперированных пациентов

Таблица 1

Заболевание	Больные			Число больных с моторно-эвакуаторными расстройствами	
	мужчины	женщины	всего	запор	учащение стула
Дивертикулярная болезнь	2	3	5	2	1
Хронический колит	8	17	25	17	4
Идиопатический мегаколон, хронический толстокишечный стаз	1	–	1	1	0
Синдром раздраженной кишки	5	9	14	12	2
Всего (%)	16 (32)	29 (58)	45 (90)	32 (64)	7 (14)

Заболевания прямой кишки у прооперированных пациентов

Таблица 2

Заболевание	Мужчины	Женщины	Итого
Хронический геморрой	8	7	15
Аденоматозные полипы	1	1	2
Хронический парапроктит	1	3	4
Переднее ректоцеле I–II ст	–	3	3
Всего (%)	10 (20)	14 (28)	24 (48)

Нами проведено исследование, целью которого было улучшение результатов лечения пациентов, прооперированных по поводу анальных трещин. Для купирования воспалительных изменений в анальном канале, коррекции кишечных моторно-эвакуаторных расстройств и сопутствующей колоректальной патологии, предотвращения гипертонуса сфинктеров применяли комплекс средств восстановительной фармакотерапии. Наблюдали 50 больных (женщин – 33, мужчин – 17, возраст пациентов – от 20 до 69 лет) с гипертонусом внутреннего анального сфинктера, прооперированных по поводу хронических анальных трещин. Во всех случаях выполнено иссечение анальной трещины с дозированной сфинктеротомией. Дефектов слизистой анального канала иного генеза, атипичной локализации, специфических язв (туберкулезные, люэтические, актиномикоз) у больных не было.

При обращении в клинику пациентам выполняли общий анализ крови, коагулограмму, анализ кала на дисбактериоз; определяли содержание в крови глюкозы; по показаниям делали биохимический анализ крови. Общеклинический и местный осмотр дополняли эндоскопическими и функциональными исследованиями в динамике. Инструментальные исследования (ано- и ректоскопия, при наличии клинически выраженного колита и дивертикулярной болезни – колоноскопия, эндоректальное УЗИ, комплексная аноректальная манометрия, профилометрия) проводили с целью контроля за эффективностью лечения и функциональным состоянием запирательного аппарата прямой кишки в сроки через 1, 3 и 6 мес после операции. Базальное и стимулированное давление в анальном канале в проекции внутреннего сфинктера, среднее давление в анальном канале в покое и при волевом сокращении, амплитуду и порог ректоанального ингибиторного рефлекса измеряли до иссечения трещины и сфинкте-

ротомии, а также на 7-е сутки после операции, что позволило прицельно оценить динамику перечисленных показателей и ее взаимосвязь с клиническими проявлениями. Ни у одного пациента до операции не было выявлено признаков инконтиненции.

Для регуляции моторики кишечника использовали спазмолитики и прокинетики. Выбор препарата зависел от клинической ситуации. Больным с синдромом раздраженной кишки и преоблада-

нием запоров назначали миотропные спазмолитические препараты (мебеверина гидрохлорид, пинаверия бромид), при атонических запорах – прокинетики. Препараты, регулирующие моторную функцию, сочетали с приемом пищевых волокон и осмотических слабительных. Если эффект не достигался, применяли оригинальный препарат из семян подорожника Мукофальк (10–20 г/сут).

Пациентам назначали диету, преимущественно кисло-молочно-растительного характера с исключением острых, соленых, горьких блюд и раздражающих приправ, а также алкогольных напитков. При склонности к запорам рекомендовали стол № 3, при склонности к диарее – стол №4б или 4в (по Певзнеру).

В лечебных целях местно применяли: глицерин тринитрат в виде 0,3% нитроглицериновой мази, либо инстилляций 0,1% раствора, либо мази (свечей), назначение которых было продиктовано сопутствующей патологией прямой кишки, особенно хронического геморроя; флеботропные препараты (диосмин в комбинации с гесперидином); анальгетики и НПВП (кратность приема последних определяли исходя из наличия и выраженности болевого синдрома, местных воспалительных изменений). Принципиальной отличительной чертой предложенной схемы стало включение в нее в качестве базового компонента послеоперационной терапии месалазина (по 0,5 г 2 раза в сутки в течение 2–3 нед); допускалось и применение препарата по 0,5 г 3 раза в сутки более длительными курсами (у пациентов с сопутствующей дивертикулярной болезнью и резистентными к терапии формами колита при преимущественно левостороннем поражении). По мере заживления (рубцевания) операционных ран и купирования болевого синдрома у большинства пациентов в сроки более 2 нед после операции становилось возможным местное применение препарата в виде свечей (по 0,5 г 2 раза) и микроклизм. При рассматриваемой патологии применение лекарственных форм для топической терапии имеет ряд преимуществ: высокая биодоступность, адекватный терапевтический эффект без повышения дозы и отсутствие системных побочных эффектов, что немаловажно. Поэтому из доступных и рекомендованных к применению в России препаратов месалазина мы выбрали оригинальный препарат Салофальк, выпускаемый в форме таблеток, свечей и микроклизм. Помимо прочего, на выбор данного препарата повлияли соответствие европейским стандартам качества, доступность и безопасность в сравнении с аналогами.

В ходе набора клинического материала использовавшаяся схема подвергалась коррекции. Так, регуляторы моторики

вначале сочетали с пищевыми волокнами и осмотическими слабительными. В качестве пищевых волокон использовали 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, делали их весьма полезными. Было признано нецелесообразным использование осмотических слабительных (полиэтиленгликоль с молекулярной массой 4000), имитирующих действие пищевых волокон. Данный препарат действительно обладает хорошей переносимостью, однако его слабительное действие и стабильность данного эффекта зачастую не соответствовали требованиям.

Поиск оптимальной схемы лечения побудил нас остановиться на препарате из семян подорожника Мукофальке (до 20 г/сут в саше или гранулах). Побочных явлений воздействия препарата непосредственно на микрофлору и эффекта привыкания не выявлено. Возможно сочетание Мукофалька с осмотическими слабительными, причем их дозировку следует уменьшать при совместном назначении. Отметим, что Мукофальк в указанной дозе был эффективнее микрокристаллической целлюлозы (до 10 г/сут).

В анализируемой группе больных дооперационный анамнез заболевания составил от 3 мес до 2 лет. Больных с длительностью заболевания <3 мес не было, доминировали (62%) лица, болевшие на протяжении 3–6 мес. Установлена прямая взаимосвязь между выраженностью воспалительных изменений, длительностью заболевания и наличием сопутствующей патологии толстой кишки (что также подтверждает

рациональность включения в схему терапии месалазина). Показано, что наилучшие отдаленные результаты получены у лиц с коротким анамнезом при меньшей выраженности сопутствующих заболеваний кишечника. Учитывая принципиальное значение сопутствующей колоректальной патологии, мы проанализировали ее наличие у наших больных (табл. 1, 2).

Как следует из табл. 1 и 2, воспалительные и функциональные заболевания ободочной кишки выявлены у 90% больных, прооперированных по поводу анальных трещин. При этом нарушения частоты и ритма дефекаций констатировали у 78% обследованных, в том числе у 64% — запоры. Представленные данные о наличии у подавляющего большинства пациентов сопутствующей патологии ободочной кишки, а у 2/3 больных — стойких запоров подтверждают правильность выбранной нами схемы терапии, включение в нее месалазина, а также Мукофалька, который, давая слабительный эффект, оказывает также антидиарейное действие благодаря слизесодержащим гидрофильным волокнам и избирательной стимуляции механорецепторов кишечника. Этот эффект стал необходимым для 14 пациентов с учащением стула. Более того, мы использовали хорошо известные свойства месалазина (выраженное местное противовоспалительное действие, обусловленное ингибированием активности нейтрофильной липооксигеназы и синтеза простагландинов и лейкотриенов) и Мукофалька (размягчение консистенции кала и упорядочение ритма дефекаций при сопутствующей проктологической патологии, имевшейся у 48% обследованных). Следует учесть, что среди сопутствующих заболеваний прямой кишки была значительная доля хронического геморроя и парапроктита (при выполнении симуль-

## Мукофальк® гранулы в пакетиках по 5 г

**Натуральный регулятор функции кишечника с гипополипидемическим действием**

Действующее вещество: оболочка семян подорожника овального (*Plantago ovata*, псиллиум)

- Хронический запор
- Запоры при беременности и после родов
- Синдром раздраженного кишечника
- Диарея (поддерживающая терапия)
- Дивертикулярная болезнь
- Гиперхолестеринемия
- Геморрой и анальные трещины
- Послеоперационный период
- Язвенный колит и болезнь Крона
- Дисбиоз (дисбактериоз) кишечника
- Алиментарное ожирение / избыточный вес (в составе комплексной терапии)



Dr. Falk Pharma GmbH  
Leinenweberstr. 5  
D-79041 Freiburg  
Germany

[www.dr.falkpharma.ru](http://www.dr.falkpharma.ru)

Представительство компании  
«Доктор Фальк Фарма ГмБХ», Германия:  
127055, Москва, ул. Бутырский Вал, 68/70, стр. 4, 5  
Тел./факс: +7 (495) 933-9904  
E-mail: [info@drfalkpharma.net](mailto:info@drfalkpharma.net); [www.dr.falkpharma.ru](http://www.dr.falkpharma.ru)

Все о Мукофальке на сайте  
<http://www.mucofalk.ru>

танных операций) – соответственно 30 и 8%, а ведь именно в прогрессировании этих патологических состояний существенную роль играют инфильтративное воспаление и нарушения гемомикроциркуляции.

Наличие у 15 пациентов начальных стадий хронического геморроя, при которых не требовалось оперативного лечения, стало причиной назначения флеботропных препаратов, главным образом – комбинации диосмина и гесперидина. Длительность перорального приема венотоников составила не менее 2 нед.

Критерии эффективности комплексной терапии:

- нормализация деятельности пищеварительного тракта;
- снятие болевого синдрома и спазма внутреннего сфинктера;
- усиление регенерации поврежденных тканей;
- купирование инфильтративно-воспалительных изменений в зоне вмешательства.

Данные контрольной аноректальной манометрии показали, что у 4 (8%) пациентов при отсутствии каких-либо клинических признаков инконтиненции отмечено умеренное снижение (не более чем на 25%) основных манометрических характеристик внутреннего сфинктера на 7-е сутки и через 1 мес после операции. На фоне терапии у 3 из этих больных, по данным контрольного исследования через 3 мес, показатели вернулись к норме. Проявлений недержания в отдаленные сроки не отмечено.

У 7 (14%) пациентов не выявлено признаков рецидива, однако отмечены жалобы на незначительные или умеренной интенсивности боли, выделение крови при дефекации, тенезмы. У 4 из этих больных жалобы купированы консервативными мерами в сроки до 3 мес, у 2 (4%) сохранялись прокталгии, тогда как еще в 1 наблюдении (через полгода после операции) отмечен рецидив трещины. Анализ этого наблюдения показал, что у пациентки после операции сохранились запоры, не поддавшиеся медикаментозной коррекции. У обоих пациентов с неполностью купированными проктитами и прокталгиями отмечен нерегулярный стул с тенденцией к запорам.

Таким образом, выздоровление при заживлении дефекта слизистой и полном отсутствии жалоб достигнуто в 47 (94%) случаях; удовлетворительные результаты (заживление трещин при сохранении болевого синдрома и проктита спустя 3 мес от начала лечения) получены у 2 (4%) больных и у 1 (2%) пациента отмечен рецидив заболевания при неэффективности консервативной терапии. Полученные данные показали, что адекватная комплексная послеоперационная терапия позволяет значительно улучшить результаты лечения анальных трещин.

Профилактика запоров и коррекция моторно-эвакуаторных расстройств – необходимые компоненты восстановительного лечения больных, прооперированных по поводу анальных трещин. При этом наибольшую эффективность в последовательном купировании запоров продемонстрировал Мукофальк. Рекомендованная доза – от 1 пакетика в сутки (при гладком малосимптомном течении) до 3–4 пакетиков (при резистентных к терапии запорах). Продолжительность приема препарата – 2–3 нед.

Схему и длительность медикаментозного лечения анальной трещины необходимо подбирать индивидуально с учетом особенностей нарушения функции желудочно-кишечного тракта и сопутствующей патологии аналь-

ного канала. Предложенный курс лечения после иссечения анальных трещин способствует не только улучшению состояния и ранней активизации больных, но и снижению вероятности рецидива и улучшению отдаленных результатов.

Во избежание рецидива при рассматриваемой патологии лечение препаратами, регулирующими моторику кишечника, миотропными спазмолитиками, противовоспалительными средствами целесообразно начинать с раннего послеоперационного периода, а затем проводить курс поддерживающей терапии. При этом рекомендуется раннее включение в схему послеоперационной реабилитации препаратов глицерина тринитрата для местного применения, а также месалазина (Салофальк), начиная с таблетированных форм, с дальнейшим переходом на свечи (микроклизмы). Целесообразно назначение месалазина в суточной дозе 1–1,5 г (в 2–3 приема). Мы применяли Салофальк по 0,5 г 2–3 раза в сутки (в зависимости от выраженности симптоматики) с переходом через 6–10 дней на свечи или микроклизмы (по 2 г) 2 раза в сутки. Общая продолжительность курса – не менее 2 нед, однако при наличии сопутствующих воспалительных заболеваний кишечника, дивертикулярной болезни курс лечения следует продлевать, исходя из индивидуальных особенностей патологического процесса и выраженности местных воспалительных изменений.

## Литература

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. – М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – 432 с.
2. Жуков Б.Н., Шабаев В.Н., Исаев В.Р. и др. Колопроктология. – Самара: СамГМУ, 1999. – С. 23–26.
3. Курдюкова П.Г. Структура проктологических заболеваний по данным консультативного кабинета проктолога республиканского центра колопроктологии. Актуальные вопросы колопроктологии // Тезисы докладов I съезда колопроктологов РФ с международным участием. – Самара: Перспектива; СамГМУ, 2003. – С. 90–91.
4. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. и др. Руководство по колопроктологии. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 488 с.
5. Тимербулатов В.М., Гайнутдинов Ф.М., Тимербулатов М.В. и др. Колопроктология. – Уфа: Вилли Окслер, 2007. – С. 29–35.
6. Шельгин Ю.А., Жарков Е.Е., Орлова Л.П. и др. Риск анальной инконтиненции после иссечения анальной трещины в сочетании с боковой подкожной сфинктеротомией // Колопроктология. – 2005; 1 (11): 10–16.
7. Шельгин Ю.А., Жарков Е.Е., Орлова Л.П. и др. Отдаленные результаты иссечения анальной трещины в сочетании с боковой подкожной сфинктеротомией // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2005; (7): 33–39.
8. Bornschein W. Treatment of anal fissures by oral administration of 5-aminosalicylic acid // Medizinische Klinik (Munich). – 1987; 82 (11): 392–393.
9. Kayhan B., Ozer D., Akdogan M. et al. Can 5-aminosalicylic acid suppository decrease the pain after rectal band ligation? // World J. Gastroenterology. – 2009; 14 (22): 3523–3525.
10. Reichel C., Streit J., Ott K. et al. Appropriateness of Crohn's Disease Therapy in Gastroenterological Rehabilitation // Digestion. – 2010; 82 (4): 239–245.
11. Schubert M., Sridhar S., Schade R. et al. What every gastroenterologist needs to know about common anorectal disorders // World J. Gastroenterology. – 2009; 15 (26): 3201–3209.
12. Siproudhis L., Eléouet M., Abittan S. Treatment of recurrent anal fissures: what should be done? // Gastroentérologie Clinique et Biologique. – 2008; 32 (5 Pt 2): 215–220.
13. Steele S., Madoff R. Systematic review: the treatment of anal fissure // Alimentary Pharmacology & Therapeutics. – 2006; 24 (2): 247–257.
14. Weyandt G. Chronische und akute Analulzera // Der Hautarzt. – 2010; 61 (1): 27–32.

## POSTOPERATIVE REHABILITATION IN ANAL FISSURES

**V. Groshilin**, Candidate of Medical Sciences; **A. Pogosyan**, Candidate of Medical Sciences

City Hospital Six, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don  
Fifty patients operated on for anal fissures were followed up. An algorithm was developed for the postoperative management of such patients. Criteria for the efficiency of complex therapy were defined. According to the results of a study, adequate correction of postoperative inflammatory changes and motor evacuator disorders can improve the long-term results of treatment.

**Key words:** anal fissure, internal sphincter, constipation, mesalazine.