



Е.А. Рогожкина¹, В.С. Грошин¹, В.Г. Заика²

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

Ростовский Государственный медицинский университет

¹Кафедра хирургических болезней № 2

²Кафедра психиатрии

Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29. E-mail: elena-rogozhkina@bk.ru

Цель: оценка результатов хирургического лечения пациентов с хроническими анальными трещинами с нарушениями психоэмоциональной сферы в виде тревоги и депрессии, выявленными с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS.

Материалы и методы: использовалась госпитальная шкала HADS в предоперационном и послеоперационном периоде, исследовался запирающий аппарат прямой кишки в предоперационном периоде для определения количественной оценки выраженности сфинктероспазма. В работе проанализированы результаты хирургического лечения 98 пациентов.

Результаты: рекомендуется применение психофармакотерапии в послеоперационном периоде с целью коррекции тревожных и депрессивных нарушений.

Выводы: предлагаемый способ лечения хронической анальной трещины с учетом изменений психоэмоционального статуса и их коррекции в комплексе с хирургическим и консервативным лечением в послеоперационном периоде приводит к улучшению субъективного самочувствия больных, позволяет влиять на результаты хирургического лечения, сокращая сроки заживления послеоперационной раны, снижая риск возникновения рецидивов хирургического лечения таких больных.

Ключевые слова: анальная трещина, психоэмоциональный статус, психофармакотерапия.

E.A. Rogozhkina¹, V.S. Groshilin¹, V.G. Zaika²

ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF USE OF A NEW WAY OF TREATMENT OF CHRONIC ANAL CRACKS

Rostov State Medical University

¹Surgical Pathology Department №1

²Psychiatrics Department

29 Nakhichevansky st., Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: elena-rogozhkina@bk.ru

Purpose: Assessment of results of surgical treatment of patients with chronic anal cracks with violations of the psychoemotional sphere in the form of alarm and a depression, revealed by means of a hospital scale of alarm and HADS depression.

Materials and methods: The hospital scale of HADS in the preoperative and postoperative period was used, the locking device of a rectum in the preoperative period for definition of a quantitative assessment of expressiveness sphincter spasm was investigated. In work results of surgical treatment of 98 patients were analyzed.

Results: Psychopharmacotherapy application in the postoperative period for the purpose of correction of disturbing and depressive violations is recommended.

Summary: The offered way of treatment of a chronic anal crack taking into account changes of the psychoemotional status and their correction in a complex with surgical and conservative treatment in the postoperative period leads to improvement of subjective health of patients, allows to influence results of surgical treatment, reducing terms of healing of a postoperative wound, reducing risk of emergence of recurrence of surgical treatment of such patients.

Keywords: anal crack, psychoemotional status, psychopharmacotherapy.



Введение

Анальная трещина (трещина заднего прохода) является распространенным проктологическим заболеванием (от 8,5 до 16%). Женщины страдают в 1,5-2 раза чаще мужчин [1]. По данным литературы частота возникновения анальной трещины в среднем составляет 20-23 случая на 1000 взрослого населения. Безусловно, эта проблема имеет и большую социальную значимость, так как около половины больных находятся в трудоспособном возрасте [1,2].

Трещина заднего прохода возникает в результате повреждения слизистой оболочки анального канала на фоне гипертонуса внутреннего сфинктера прямой кишки. Наибольшее распространение получила механическая теория патогенеза. Заслуживает внимания теория локальной ишемии, а также причиной образования анальных трещин могут быть и нейрогенные расстройства с длительным спазмом сфинктера прямой кишки. Поэтому в процессе лечения анальной трещины необходимо учитывать ее полиэтиологический характер [1,3].

Острую трещину можно вылечить консервативно, но без гарантии рецидива. Хроническая анальная трещина лечится оперативно. Но после проведенного хирургического лечения рецидивы возникают в 0,6-11,1% случаев [2,3,4]. Высокая частота рецидивов после операций по поводу хронических анальных трещин подчас сводит на нет квалифицированные действия хирурга [2]. Поэтому существует необходимость в формировании обоснованного диагностического алгоритма в сочетании с совершенствованием как хирургической техники, так и методов фармакотерапии [4,5].

Важно отметить, что у больных с патологией прямой кишки (анальный зуд) выявляются нервно-психические расстройства [6] с высоким уровнем реактивной тревожности и наличием невротического конфликта с эмоциональными срывами. Все это изменяет качество жизни пациентов в сторону ухудшения и влияет на физическую активность. Психологический статус пациентов с хроническими анальными трещинами не исследован, его изучение представляет интерес в аспекте необходимости коррекции выявленных нарушений (в рамках комплексной терапии), включая влияние на итоговые результаты лечения таких больных. Безусловно, стойкие отдаленные положительные результаты достижимы лишь при комплексном патогенетически обоснованном лечении [2,4]. Высокий удельный вес неудовлетворительных исходов, рецидивов после оперативного вмешательства диктует необходимость поиска новых эффективных подходов к лечению данной группы пациентов. По данным Смуглевич А.Б. [7], большинство больных с депрессиями в многопрофильном стационаре общего типа нуждаются в назначении тимоаналептиков, а пациенты, которым показаны антидепрессанты, составляют 21,2% всех госпитализированных. Тревога и депрессия рассматривается как фактор, влияющий на развитие и течение соматических заболеваний [8].

Цель работы - оценка результатов хирургического лечения больных с хроническими анальными трещинами, у которых в предоперационном периоде были выявлены нарушения психоэмоциональной сферы в виде тревоги и депрессии путем проведения анкетирования пациентов с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов лечения 98 пациентов с хронической анальной трещиной, госпитализированных в клинику Ростовского государственного медицинского университета, оперированных в период с 2008 по 2011 гг., у которых были выявлены психоэмоциональные расстройства. Для достижения поставленной цели больные разделены на две сопоставимые группы.

Подбор пациентов осуществлялся методом случайной выборки среди больных хронической анальной трещиной. Основная и контрольная группы однородны и сопоставимы по половому и возрастному составу, длительности заболевания, клиническим проявлениям. Результаты исследований обрабатывались методом вариационной статистики с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2007 для определения достоверности отличий между значениями изучаемых показателей при помощи критериев Стьюдента, непараметрических критериев Вилкинсона-Манна-Уитни.

Основная группа - 47 пациентов (48%) с выявленными в предоперационном периоде нарушениями психоэмоциональной сферы в виде тревоги и депрессии различной степени выраженности (анкетирование по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS). Для повышения объективности заполнения госпитальной шкалы тревоги и депрессии больными из нее были исключены цифры в виде баллов за каждый вопрос, чтобы не вводить в заблуждение пациента и получить наиболее достоверные сведения при проведении опроса. Оперативное лечение выполнено в объеме иссечения хронической анальной трещины с дозированной сфинктеротомией, дополненное психофармакотерапией согласно разработанному оригинальному способу лечения анальных трещин (Заявка на патент РФ №2012144629, дата приоритета 22.10.2012), проводилась традиционная восстановительная терапия в послеоперационном периоде, перевязки с топическими мазевыми препаратами.

У 51 (52%) пациента контрольной группы в предоперационном периоде также выявлены нарушения психоэмоциональной сферы по результатам проведенного анкетирования по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS. Выполнено оперативное лечение в объеме: иссечение хронической анальной трещины с дозированной сфинктеротомией, в послеоперационном периоде проводилась консервативная терапия, выполнялись перевязки. Коррекция выявленных нарушений психоэмоциональной сферы не проводилась.

Критерием отбора пациентов послужила установленная связь манифестирования заболевания на фоне возникшей психотравмирующей ситуации. Больные анкетированы по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS, выявлены нарушения психоэмоциональной сферы. Группы сформированы путем случайной выборки.

Результаты

Основные характеристики больных основной и контрольной групп отражены в таблицах 1-3. В основной группе количество мужчин составляло 22 (47%),



женщин – 25 (53%); в контрольной группе мужчин – 23 (45%), женщин – 28 (55%). Статистически значимых различий по возрастно-половому составу не выявлено. Среди больных в основной и контрольной группах наблюдается преобладание лиц женского пола (54,1%). Средний возраст пациентов составил в основной группе 38,46±6,32 лет, в контрольной группе – 42,13±7,16 лет. Эти данные свидетельствуют о том, что наиболее часто хроническая анальная трещина встречается в трудоспособном возрасте.

По локализации патологического процесса чаще встречались «задние» трещины (на 6-ти часах условного циферблата в положении больного на спине) у 39 (83%) пациентов основной группы и у 42 (82,4%) пациентов контрольной группы, «передние» трещины (на 12 часах условного циферблата в положении больного на спине) выявлены у 6 (12,8%) пациентов основной группы и у 5 (9,8%) пациентов контрольной группы, значительно реже имело место сочетание «задних» и «передних» трещин: у 2 (4,3%) пациентов основной группы и у 4 (7,9%) пациентов контрольной группы.

Для объективной оценки состояния наружного и внутреннего сфинктеров в предоперационном периоде больным основной и контрольной групп выполнялась аноректальная манометрия четырехканальным зондом при помощи комплекса манометрии желудочно-кишечного тракта Menfis biomedica (Италия) DYN0 3000 с программным пакетом AR/HS на базе платформы программ DB 3000, а также манометрического комплекса «Ellips-3» (Andromeda-Siemens, Германия). Показатели внутрианального давления перед оперативным вмешательством распределились следующим образом: среднее давление в анальном канале в покое у мужчин основной группы составило 88±7,3 см водного столба, в контрольной группе – 86±7,1 см водного столба; у женщин среднее давление в анальном канале в покое

в основной группе – 70±5,8 см водного столба, в контрольной группе – 71±4,3 см водного столба. Среднее давление в анальном канале при волевом сокращении составило у мужчин основной группы 125±11,7 см водного столба, в контрольной группе – 126±15,1 см водного столба; у женщин среднее давление в анальном канале при волевом сокращении определялось в пределах 120±13,8 см водного столба в основной группе, 120±14,9 см водного столба – в контрольной группе. Предоперационное функциональное обследование запирательного аппарата прямой кишки выявило наличие стойкого гипертонуса внутреннего сфинктера у 47 (100%) пациентов основной группы и у 51 (100%) пациента контрольной группы, причем средние значения превышали физиологическую норму более чем на 20%. Аноректальная манометрия позволяет количественно оценить выраженность сфинктероспазма у больного с хронической анальной трещиной и объективизировать показания к операции. Пациентам основной и контрольной групп выполнено оперативное лечение в объеме иссечения хронической анальной трещины с дозированной сфинктеротомией.

Исследовался анамнез и выявлялось воздействие психогенного стрессорного фактора, устанавливалась его связь с заболеванием и проводилось анкетирование пациентов с хроническими анальными трещинами по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS. Производили балльную оценку результатов исследования. При интерпретации результатов 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».

Результаты проведенного анкетирования пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты анкетирования по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS

	Основная группа		Контрольная группа	
	N	%	N	%
	47	100%	51	100%
Субклинически выраженная тревога	21	44,7%	25	49%
Субклинически выраженная депрессия	0	0	1	2%
Клинически выраженная тревога	20	42,6%	20	39,2%
Клинически выраженная депрессия	6	12,8%	5	9,8%

Таким образом, субклинически выраженная тревога выявлена у 21 (44,7%) пациента основной группы и у 25 (49%) пациентов контрольной группы, клинически выраженная тревога – у 20 (42,6%) пациентов основной группы и 20 (39,2%) пациентов контрольной группы. Указанные нарушения являются наиболее распространенными сре-

ди пациентов основной и контрольной групп. Тревожные проявления встречаются чаще у больных с хронической анальной трещиной в обеих группах.

Результаты анкетирования по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS по половому признаку представлены в таблице 2.



Таблица 2.

Результаты анкетирования по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS по половому признаку

Нарушения психоэмоционального статуса	Основная группа		Контрольная группа	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
Субклинически выраженная тревога	16 (34,1%)	5 (10,6%)	20 (39,2%)	5 (9,8%)
Субклинически выраженная депрессия	0	0	0	1 (2%)
Клинически выраженная тревога	4 (8,5%)	16 (34%)	3 (5,9%)	17 (33,3%)
Клинически выраженная депрессия	5 (10,6%)	1 (2,1%)	5 (9,8%)	0
Всего	25 (53,2%)	22 (46,8%)	28 (54,9%)	23 (45,1%)

Анализ результатов анкетирования по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS показал, что субклинически выраженная тревога встречается у 16 (34,1%) женщин и 5 (10,6%) мужчин основной группы, у 20 (39,2%) женщин и у 5 (9,8%) мужчин контрольной группы. Клинически выраженная тревога выявлены у 4 (8,5%) женщин и 16 (34%) мужчин основной группы и у 3 (5,9%) женщин и 17 (33,3%) мужчин контрольной группы, клинически выраженная депрессия обнаружена у 5 (10,6%) женщин и у 1 (2,1%) мужчины основной группы и у 5 (9,8%) женщин контрольной группы. Необходимо отметить, что среди женщин обеих групп чаще встречается субклинически выраженная тревога и клинически выраженная депрессия, а среди мужчин обеих групп преобладает субклинически и клинически выраженная тревога.

Коррекцию выявленных нарушений у пациентов основной группы осуществляли с помощью предложенного

способа лечения анальных трещин (Заявка на патент РФ №2012144629, дата приоритета 22.10.2012г.), способ применялся в сочетании с традиционной консервативной (системной и топической) терапией в послеоперационном периоде. Для проведения психофармакотерапии в данной группе применяли следующие препараты: Грандаксин 50-100 мг в сутки за 1-3 приема в течение 4-х недель, Тианептин 12,5 мг по 1т х 3 раза в день в течение 4-х недель с постепенным снижением дозы за 7-10 дней. Психофармакотерапию продолжали далее в течение послеоперационного периода, применялся индивидуальный подход к каждому пациенту.

Проводя оценку течения раннего послеоперационного периода у пациентов основной и контрольной групп отмечалось наличие или отсутствие послеоперационных осложнений, а также степень их выраженности.

Таблица 3

Осложнения раннего послеоперационного периода

Послеоперационные осложнения	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Стойкий пролонгированный болевой синдром*(нестерпимая боль)	3	6,4	6	11,8
Синдром обструктивной дефекации	0	0	1	2
Необильные выделения крови при перевязке**	2	4,3	7	13,7
Необильные выделения крови при дефекации*	4	8,5	7	13,7
Перианальная гематома*	3	6,4	4	7,8
Крипит	0	0	1	2
Папиллит**	3	6,4	12	23,5

* p>0,05

** p<0,05

Такой высокий процент послеоперационных осложнений у пациентов как основной, так и контрольной групп объясняется наличием вышеперечисленных осложнений у одних и тех же пациентов. Общее же число осложнений выглядело следующим образом: у 7 (14,9%) пациентов основной группы и у 16 (31,4%) - контрольной.

В первые сутки после выполнения оперативного вмешательства большинство пациентов как основной (35 больных - 74,5%), так и контрольной групп (41 пациент - 80,4%) испытывали сильную боль. Пик болевого синдрома возникал через 6-9 часов после операции. У 3 (6,4%) пациентов основной группы и 6 (11,8%) контрольной от-



мечался стойкий пролонгированный болевой синдром, купирующийся нестероидными противовоспалительными средствами в сочетании со спазмолитиками. 9 (19,2%) пациентам основной и 4 (7,9%) контрольной групп не потребовалось введения инъекционных форм нестероидных противовоспалительных препаратов, обезболивание достигалось при приеме их пероральных форм.

Интенсивность болевого синдрома начиная со вторых суток после операции менялась следующим образом: в основной группе большинство пациентов испытывали боль средней (38 больных - 80,9%) и легкой степени (6 пациентов - 12,8%), то есть купирующуюся приемом препаратов группы НПВС. В контрольной группе 13 (25,5%) пациентам потребовалось повторное введение инъекционных форм нестероидных противовоспалительных препаратов. Первый акт дефекации, как правило, наступал на 3, реже на 4 сутки после оперативного вмешательства, сопровождался сильной болезненностью у 2 (4,3%) пациентов основной и 5 (9,8%) пациентов контрольной групп на фоне несоблюдения рекомендаций и расстройств стула. В остальных случаях болевой синдром купировался в течение 30 минут после введения НПВС. Синдром обструктивной дефекации отмечен у 1 (2%) пациента контрольной группы, где трещина заднего прохода сочеталась с геморроем.

К моменту выписки (8-9 сутки после оперативного вмешательства) большинство пациентов (28 больных - 59,6%) основной группы испытывали легкую степень болевого синдрома, в то время как 31 пациент (60,79%) контрольной группы отмечали боль средней степени. На этапе амбулаторного лечения большинству пациентов контрольной группы приходилось продолжать пользоваться инъекционными формами анальгетиков, тогда как пациенты основной группы употребляли таблетированные формы. Через месяц после оперативного вмешательства жалоб на боль в зоне оперативного вмешательства среди пациентов основной и контрольной групп не встречалось.

Обсуждение

Оценивая непосредственные результаты оперативного лечения больных в основной и контрольной группах, необходимо отметить, что интенсивность послеоперационной боли у пациентов контрольной группы превышала интенсивность болевого синдрома в основной.

Сроки заживления послеоперационной раны у паци-

ентов основной группы составляли в среднем $12,5 \pm 0,1$ суток, у пациентов контрольной группы сроки заживления раны составляли в среднем $13,4 \pm 0,2$ суток ($p < 0,01$).

Для контроля динамики нарушений психоэмоционального статуса пациентов с проведенной психофармакотерапией и без нее через один месяц после оперативного лечения при проведении контрольного осмотра было выполнено повторное анкетирование по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS. Анализ результатов опроса пациентов обеих групп показал, что в основной группе у 1 (2,1%) пациента с имевшей место в предоперационном периоде клинически выраженной тревогой на фоне психофармакотерапии сохранились субклинические проявления тревоги, также у 1 (2,1%) пациента с клинически выраженной депрессией после психофармакотерапии сохранились признаки субклинически выраженной депрессии. У остальных пациентов основной группы по шкале HADS констатированы нормальные показатели. В контрольной группе психофармакотерапия не проводилась, у 4 (7,8%) пациентов с субклинически выраженной тревогой через один месяц после оперативного лечения получены нормальные показатели по шкале HADS, из 20 (39,2%) пациентов с клинически выраженной тревогой у 7 (13,7%) выявлена субклинически выраженная тревога. У остальных пациентов результаты анкетирования оставались в пределах ранее выявленных изменений. Рецидив заболевания обнаружен у 2 (3,9%) больных контрольной группы, в основной группе данных за рецидив заболевания не выявлено.

Выводы

Таким образом, способ лечения хронической анальной трещины с учетом нарушений психоэмоционального статуса пациентов и их коррекции в комплексе с хирургическим и традиционным консервативным лечением в послеоперационном периоде способствует улучшению субъективного самочувствия больных, снижению выраженности проявлений тревоги и депрессии в основной группе пациентов. Все это позволяет нивелировать последствия воздействия негативных психогенных факторов на течение заболевания, нормализовать частоту и ритм дефекации, что в свою очередь может оказывать влияние на результаты хирургического лечения, способствуя сокращению сроков заживления операционной раны, снижая риск возникновения рецидивов после оперативного лечения таких больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. - Ростов-на-Дону, 2001. - 414 с.
2. Грошилин В.С., Черкасов М.Ф. Опыт комплексного лечения анальных трещин //Вестник хир.гастроэнтерологии. - 2008. - №4. - С.127
3. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. - Москва, 2004. - 488 с.
4. Хадыева А.А., Гайнутдинов Ф.М., Гумерова Г.Т., Хадыев Р.Ф. Дифференцированный способ лечения больных с анальной трещиной //Материалы второго съезда колопроктологов стран СНГ, третьего съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. - Одесса, 2011. - С.139-1408.
5. Rotholtz N.A., Bun M.et. al. Long-term assessment of fecal incontinence after lateral internal sphincterotomy // Coloproctology. - 2005. - Vol.9(2). - P.115-118
6. Шахрай С.В. Оценка показателей качества жизни у пациентов с анальным зудом //Новости хирургии. - 2010. - Т.18. - №3. - С.66-74
7. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. - М., 2003. - 429с.
8. Тарасевич Е.В. Связь тревоги и депрессии с общесоматическими заболеваниями //Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. - 2012. - № 2. - С. 123-130.