

*Рогожкіна Е.А.,*

*врач-хірург*

*МБУЗ «Городская поликлиника № 4»*

*Грошилин В.С.,*

*доктор медичинських наук,*

*заведуючий кафедрою хірургічних захворювань № 2*

*ГБОУ ВПО «Ростовський державний медичний університет»*

*Заїка В.Г.,*

*доктор медичинських наук,*

*професор, заведуючий кафедрою психіатрії*

*ГБОУ ВПО «Ростовський державний медичний університет»*

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

**Аннотация.** Цель работы – 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 118 пациентов. Рекомендуется применение психотерапии в послеоперационном периоде с целью коррекции тревожных и депрессивных нарушений. В результате 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, психотерапия.

**Постановка проблемы.** 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 [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 [3].

Хроническая анальная трещина лечится оперативно. Однако после проведенного хирургического лечения рецидивы возникают у 0,6%–11,1% случаев [4]. Поэтому существует необходимость

в формировании обоснованного диагностического алгоритма в сочетании с совершенствованием как хирургической техники, так и методов фармакотерапии [4, 5].

Следует подчеркнуть, что психоэмоциональный статус пациентов с хроническими анальными трещинами не исследован, его изучение представляет интерес в аспекте необходимости коррекции выявленных нарушений (в рамках комплексной терапии). 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 А. Б. Смулевич [6], 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 [7].

**Анализ исследований и публикаций.** Очевидно, что необходим комплексный подход к лечению хронических анальных трещин, обеспечивающий наиболее эффективные результаты лечения [8; 9]. Согласно литературным данным, методы комплексного лечения данной категории пациентов получили наибольшее распространение и применение в клинической практике на сегодняшний день. Е. А. Малева и соавторы [10] предлагают учитывать характер микрофлоры анальной трещины и применять местную этиотропную терапию. А. А. Хадыева [11] предлагает использовать препараты иммуномодулирующего, противовоспалительного и местноанестезирующего действия в сочетании с хирургическим лечением больных с хронической анальной трещиной с ушиванием послеоперационной раны с формированием дренирующего канала и боковой подкожной сфинктеротомией, а также с учетом оценки качественного и количественного состава микрофлоры анального канала. В. С. Грошилини [12] обос-

новывает выбор способа лечения анальной трещины с учетом индивидуальных структурных и функциональных изменений прямой кишки и ее запирающего аппарата с применением современных методик обследования, включающих в себя аноректальную манометрию, электромиографию, эндоректальную ультрасонографию, дефекографию. При отсутствии данных, за стойкое повышение тонуса сфинктера прямой кишки выполнялось иссечение трещины без сфинктеротомии.

Необходимость изучения патогенеза анальных трещин создает предпосылки появления новых теорий, пытающихся объяснить причины и механизм развития данного заболевания. Тем не менее, в настоящее время отсутствуют работы, посвященные изучению психоэмоциональных особенностей пациентов с анальными трещинами, а также их нарушений (наличие тревоги и депрессии). Изучение этих аспектов позволит уточнить механизм возникновения заболевания и определить пути комплексного эффективного лечения.

**Цель статьи.** Целью настоящей работы являлась 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.

**Изложение основного материала исследования.** Проведен анализ результатов лечения 118 пациентов с хронической анальной трещиной, госпитализированных в клинику Ростовского государственного медицинского университета, оперированных в период с 2010 по 2014 гг., у которых были выявлены психоэмоциональные нарушения. Больные разделены на две сопоставимые группы.

Основная группа – 57 пациентов (48,3%) 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 (Патент на изобретение № 2506054 «Способ лечения хронических анальных трещин»), проводилась традиционная восстановительная терапия в послеоперационном периоде, перевязки с топическими мазевыми препаратами.

У 61 (51,69%) 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. 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.

Основные характеристики больных основной и контрольной групп отражены в таблицах 1, 2. В основной группе количество мужчин составляло 27 (47%), женщин – 30 (53%); в контрольной группе мужчин – 27(45%), женщин – 34 (55%). Статистически значимых различий по возрастно-половому составу не выявлено. Среди больных в основной и контрольной группах наблюдается преобладание лиц женского пола (54,08%). Средний возраст пациентов составил в основной группе  $38,46 \pm 6,32$  лет, в контрольной группе –  $42,13 \pm 7,16$  лет. Эти данные свидетельствуют о том, что наиболее часто хроническая анальная

трещина встречается в трудоспособном возрасте.

С целью объективной оценки состояния наружного и внутреннего сфинктеров в предоперационном периоде больным основной и контрольной групп выполнялась аноректальная манометрия. Показатели внутрианального давления перед оперативным вмешательством распределились следующим образом: среднее давление в анальном канале в покое у мужчин основной группы составило  $88 \pm 7,3$  см водного столба, в контрольной группе –  $86 \pm 7,1$  см водного столба; у женщин среднее давление в анальном канале в покое в основной группе –  $70 \pm 5,8$  см водного столба, в контрольной группе –  $71 \pm 4,3$  см водного столба. Предоперационное функциональное обследование запирающего аппарата прямой кишки выявило наличие стойкого гипертонуса внутреннего сфинктера у 57(100%) пациентов основной группы и у 61 (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 в сочетании 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:

Таблиця 1

**Результаты анкетирования по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS**

	Основная группа		Контрольная группа	
	N	%	N	%
	57	100%	61	100%
Субклинически выраженная тревога	26	45,61%	30	49,18%
Субклинически выраженная депрессия	0	0	1	1,64%
Клинически выраженная тревога	23	40,35%	22	36,07%
Клинически выраженная депрессия	8	14,04%	8	13,11%

Таким образом, субклинически выраженная тревога выявлена у 26 пациентов (45,61%) основной группы и у 30 пациентов (49,18%) контрольной группы, клинически выраженная тревога – у 23 пациентов (40,35%) основной группы и 22 пациентов (36,07%) контрольной группы. Указанные нарушения являются наиболее распространенными среди пациентов основной и контрольной групп. Тревожные проявления встречаются чаще у больных с хронической анальной трещиной в обеих группах.

Коррекцию выявленных нарушений у пациентов основной группы осуществляли с помощью предложенного способа лечения анальных трещин, 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 x 3 раза в день в течение 4х недель с постепенным снижением дозы за 7–10 дней. Психофармакотерапию продолжали далее в течение послеоперационного периода.

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

Общее же число осложнений выглядело следующим образом: у 7 (14,89%) пациентов основной группы и у 16 (31,37%) – контрольной.

Интенсивность болевого синдрома, начиная со вторых суток после операции, менялась следующим образом: в основной группе большинство пациентов испытывали боль средней (38 больных – 66,67%) и легкой степени (6 пациентов – 10,53%), то есть купирующуюся приемом препаратов группы НПВС. В контрольной группе 13 (21,31%) 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 (3,50%) пациентов основной и 5 (8,2%) 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 пациента (1,64%) контрольной группы, где трещина заднего прохода сочеталась с геморроем.

К моменту выписки (8–9 сутки после оперативного вмешательства) большинство пациентов (28 больных– 49,12%) основной группы испытывали легкую степень болевого синдрома, в то время как 31 пациент (50,82%) 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.

Оценивая неосложненные 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 пациентов основной группы составляли в сред-

нем 12,5+/-0,1 суток, у пациентов контрольной группы сроки заживления раны составляли в среднем 13,4+/-0,2 суток (p<0,01).

Рецидив заболевания обнаружен у 2 больных (3,28%) 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 / Г.И. Воробьев. – Ростов-на-Дону, 2001 г. – С. 414
2. Groshilin V.S., Cherkasov M.F. Опыт комплексного лечения анальных трещин // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2008. – № 4. – С. 127
3. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. – Москва, 2004 г. – 488с.
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 / А.А. Хадыева, Ф.М. Гайнутдинов, Г.Т. Гумерова, Р.Ф. Хадыев. – Одесса. – 2011 г. – С. 139–1408.
5. Rotholtz N., Bun M. et. al. Long-term assessment of fecal incontinence after lateral internal sphincterotomy. *Coloproctology* / N. Rotholtz, M. Bun. – 2005. – Vol. 9 (2). – P. 115–118.
6. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич М. : – 2003. – С. 429.
7. Тарасевич Е.В. Связь тревоги и депрессии с общесоматическими заболеваниями / Е.В. Тарасевич // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2012. – № 2. – С. 123–130.

8. Бапиев Т.А. Роль консервативной терапии в комплексном хирургическом лечении проктологических заболеваний неопухоловой этиологии у женщин /Т.А. Бапиев // Вестник Авиценны. – Паеми Сино. – 2012, – № 2. – С. 61–65
9. Rattan S. Sympathetic (Adrenergic) Innervation Modulates But Does Not Generate Basal Tone in the Internal Anal Sphincter Smooth Musde / S. Rattan // *Gastroenterology*. – 2008. – № 134, – P. 2179–2181.
10. Малева Е.А. Новый способ лечения хронической анальной трещины на фоне проктита / Е.А. Малева // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – № 4, – С. 169–171.
11. 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 / А.А. Хадыева, Ф.М. Гайнутдинов, Г.Т. Гумерова, Р.Ф. Хадыев. – Одесса, – 2011 г. – С. 139–140
12. Groshilin V.S. Обоснование критериев выбора методов лечения анальных трещин. Актуальные проблемы современного практического здравоохранения : 17 межрегиональная научно-практическая конференция памяти акад. Н.Н. Бурденко / В.С. Groshilin. – Пенза. – 2010. – С. 94–95.

#### **Рогожкіна Е. А, Groshilin V. S., Zayka V. G. Оцінка ефективності результатів хірургічного лікування хронічних анальних тріщин**

**Анотація.** Мета роботи – оцінка результатів хірургічного лікування пацієнтів з хронічними анальними тріщинами з порушеннями психоемоційної сфери у вигляді тривоги і депресії, виявленими за допомогою госпітальної шкали тривоги і депресії HADS. Матеріали і методи: використовувалася госпітальна шкала HADS в передопераційному і післяопераційному періоді, досліджувався замикальний апарат прямої кишки у передопераційному періоді для визначення кількісної оцінки вираженості сфинктероспазма. В роботі проаналізовано результати хірургічного лікування 118 пацієнтів. Рекомендується застосування психофармакотерапії в післяопераційному періоді з метою корекції тривожних і депресивних порушень. В результаті запропонований спосіб лікування хронічної анальної тріщини з урахуванням змін психоемоційного статусу та їх корекції в комплексі з хірургічним і консервативним лікуванням в післяопераційному

періоді призводить до поліпшення суб'єктивного самопочуття хворих, дозволяє впливати на результати хірургічного лікування, скорочує терміни загоєння післяопераційної рани, знижуючи ризик виникнення рецидивів хірургічного лікування таких хворих.

**Ключові слова:** анальна тріщина, психоемоційний статус, психофармакотерапія.

**Rogozhkina E., Groshilin V., Zaika V.**  
**Assessment of efficiency of results of surgical treatment of chronic anal cracks**

**Summary.** The work purpose – an 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 118 patients are analysed. Psychopharmacotherapy application in the postoperative period for the purpose of correction of disturbing and depressive violations is recommended. As a result 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.

**Key words:** anal crack, psychoemotional status, psychopharmacotherapy.