

Результаты применения глицерина тринитрата в лечении острой анальной трещины

В.С.Грошилин, М.Ф.Черкасов

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Ключевые слова: глицерина тринитрат, анальная трещина, гипертонус сфинктера.

В настоящее время, в структуре колопроктологической патологии, анальная трещина занимает третье место, уступая по распространенности лишь геморрою и колитам [3, 5]. Удельный вес анальных трещин в структуре колоректальных заболеваний составляет от 8,5 до 16% [1, 2, 3].

Вызываемые трещиной боли бывают настолько интенсивными, что больные теряют работоспособность, сон, нередко возникает «стулобоязнь» [1, 3]. Заболевание ухудшает качество жизни пациентов, негативно влияя на общесоматическое и психологическое состояние [4]. При этом, несмотря на сущес-

твование множества методов лечения частота рецидивов и послеоперационных осложнений не имеет тенденции к снижению [2, 3, 5].

В большей степени успех консервативных методик касается острых анальных трещин, наличие же спазма сфинктера на фоне рубцовых изменений трещины или других проктологических заболеваний, требует оперативного лечения [3, 5]. Отмечено, что при острых трещинах, особенно впервые выявленных, показаний к хирургическому лечению не возникает, консервативная терапия способствует улучшению состояния, а зачастую – позволяет добиться заживления трещины [1, 4]. По данным различных авторов, консервативное лечение при острых анальных трещинах эффективно у 30-72% больных [1, 4].

Отсутствие унифицированных критериев определения лечебной тактики, неадекватная трактовка данных функциональных исследований, прогностические ошибки в оценке состояния сфинктера требуют дальнейшего обоснования применяемых методов лечения, включающих как можно более щадящее воздействие на сфинктер [4].

В колопроктологическом отделении Ростовского государственного медицинского университета в 2005-2006 гг. проведено обследование и лечение 19 больных с острыми анальными трещинами. Возраст пациентов составил от 19 до 65 лет, женщин было 13, мужчин – 6. Все больные предъявляли жалобы на наличие болей в заднем проходе, возникающих или усиливающихся после дефекации, у 12 из них отмечалась примесь крови в кале. При обследовании, включавшем осмотр, аноскопию, ректороманоскопию, анальную манометрию, электромиографию, у 15 больных выявлен гипертонус внутреннего анального сфинктера в покое, а уровень давления в анальном канале при волевом сокращении сфинктера превышал нормальные значения. Отметим, что у 4 больных манометрические показатели внутреннего анального сфинктера в покое находились в пределах нормы и варьировали в пределах от 49 до 63 мм рт.ст. (36,3-46,7 см вод.ст.), больных со снижением тонуса внутреннего сфинктера не было. Кроме того, у 6 пациентов (у 4 из них имел место сфинктероспазм) выявлен хронический геморрой I-II стадии, у 4 больных – хронический проктит, криптит. Других проктологических заболеваний в рассматриваемой группе не выявлено. Анамнез составлял от 5 дней до 2 месяцев, запоры отмечались у 10 пациентов.

У 14 больных трещина локализовалась типично на 6-и часах условного циферблата, у 4 пациентов определялась «передняя» трещина, расположенная на 12 часах и в одном наблюдении выявлены «двойные» трещины на 6-и и 12-и часах.

Макроскопически трещины представляли собой линейные дефекты слизистой с гладкими краями без признаков рубцовой деформации и хро-

низации процесса, «сторожевой» бугорок (sentinel pile), являющийся характерным признаком хронической трещины, отсутствовал.

Всем больным в качестве основного компонента схемы лечения использовалось местное введение глицерина тринитрата в виде 0,3% нитроглицериновой мази в количестве 0,5г 2 раза в сутки, ежедневно в течение 2-х недель. Помимо этого был использован традиционный комплекс консервативной терапии анальных трещин с применением спазмолитиков, препаратов, улучшающих микроциркуляцию, нестероидных противовоспалительных средств, венотоников (при наличии геморроя). Выбор 0,3% нитроглицериновой мази обусловлен тем, что более высокие концентрации препарата (в частности – 0,5% и 1%) резко повышают риск возникновения побочных эффектов в виде головной боли, кардиалгий, артериальной гипотензии, тахикардии. В наших наблюдениях у одной пациентки применение глицерина тринитрата вызвало интенсивные головные боли, тенденцию к гипотензии, тахикардию, в связи с чем использование препарата прекращено. Еще у 2-х больных отмечались незначительные головные боли первые 2-4 суток после начала лечения, но т.к. это не вызвало изменений общего состояния и боли купировались самостоятельно, лечение было продолжено. Других побочных эффектов действия глицерина тринитрата не отмечено.

Анализ результатов показал, что применение глицерина тринитрата позволило достичь полного заживления трещин и эпителизации дефекта слизистой в сроки от 3-х до 6-и недель у 11 больных, болевой синдром у этих пациентов был полностью купирован в первые 5-10 дней лечения, т.е. до окончания использования нитроглицериновой мази. Еще 3-м больным, на фоне купирования болевого синдрома за две недели лечения при наличии тенденции к заживлению трещины, потребовалось дополнительное введение нитроглицериновой мази той же концентрации в течение 10 дней, что позволило достичь эпителизации дефекта слизистой в сроки до 8-и недель. Резистентными к лечению оказались 5 больных, из них 2 с сопутствующим геморроем, заживления трещин у них не достигнуто. Однако, ни в одном наблюдении при применении глицерина тринитрата не наблюдалось усиления болевого синдрома, а также отрицательной динамики местного статуса. Таким образом, излечение достигнуто у 13 из 19 больных (68,4%).

Результаты лечения прослежены в течение 2-х месяцев, при этом, у 13 из 14 излеченных больных эффект от лечения был стойким, рецидивов не было, жалоб пациенты не предъявляли. Лишь в 1 наблюдении спустя 2 месяца после окончания использования нитроглицериновой мази, на фоне запоров и гипертонуса внутреннего сфинктера, отмечен рецидив трещины с болевым синдромом менее интенсивным, чем до лечения.

Полученные результаты, подтвердившие воз-

возможность излечения 68,4% больных без хирургического вмешательства, позволяют сделать вывод об эффективности глицерина тринитрата при острых анальных трещинах. Анализ контингента больных показал, что успех лечения зависит от длительности заболевания, выраженности склеротических изменений в краях трещины и сопутствующей проктологической патологии. Выбор показаний к использованию глицерина тринитрата, сроков лечения, дозы и кратности применения должен осуществляться в зависимости от стадии заболевания и наличия сфинктероспазма. Механизмы влияния глицерина тринитрата на регене-

рацию в зоне трещины, характер воздействия на тонус сфинктера и возможность коррекции ишемических расстройств при сфинктероспазме нуждаются в дальнейшем изучении.

Литература

1. Altomare D.F., Rinaldi M., Milito G., Arcana F. et al. // *Diseases Colon Rectum* 2000. Vol. 43. P. 174-179.
2. Christie A., Guest J.F. // *International Journal Colorectal Diseases*. 2002. Vol. 17. P. 259-267.
3. Corman M.L. Colon and rectum surgery. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 2003. 784 p.

The results of glycerin trinitrate using in the treatment of acute anal fissures

V.S. Groshilin, M.F. Cherkasov

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don

Key words: глицерина тринитрат; анальная трещина; гипертонус сфинктера.

It was studied resource to improve treatment results for patients with acute anal fissures using glycerin trinitrate. This scheme was successful in 68,4% cases. Also there were analyzed all reasons of ineffective cure taking into account clinical information and results functional research of anal sphincter.

Страницы истории кафедры клинической фармакологии

