

Секция 6 КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

ПРИМЕНЕНИЕ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ АУТОПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ СФИНКТЕРОСПАЗМОМ, В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Белик Б. М.¹, Ковалев А. Н.¹, Хатламаджиян А. Л.²

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

²МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко»,
г. Ростов-на-Дону, Россия

Введение. Одна из причин развития хронической анальной трещины – спазм внутреннего анального сфинктера и связанный с ним болевой синдром. Лечение этой патологии должно быть направлено в первую очередь на снятие болей и спазма сфинктера, а в дальнейшем на заживление самой трещины. С этих позиций представляет интерес изучение возможностей использования аутологичной плазмы, обогащенной тромбоцитарными факторами роста (Platelet Rich Plasma), с целью ускорения процессов регенерации в зоне трофических изменений тканей заднепроходного канала и ликвидации сфинктероспазма в комплексном лечении анальной трещины в амбулаторных условиях и стационаре «одного дня».

Цель работы: совершенствование технологии лечения анальной трещины, осложненной сфинктероспазмом, применимой в амбулаторных условиях.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 345 пациентов с хронической анальной трещиной, осложненной сфинктероспазмом, которым проводилось лечение амбулаторно или в условиях стационара «одного дня» за период с 2012 по 2018 г. У 303 (87,8%) пациентов анальная трещина локализовалась на задней стенке анального канала и у 42 (12,2%) – на его передней и боковых стенках. 157 (45,5%) пациентов были лицами мужского пола и в 188 (54,5%) наблюдениях

заболевание отмечалось у женщин. Средний возраст их составил $45,7 \pm 9,2$ года. Длительность заболевания варьировала от 3 месяцев до 6 лет. Всем пациентам выполнялись пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия (при необходимости – ректороманоскопия и/или фиброколоноскопия). Оценка тонуса анального сфинктера осуществлялась путем сфинктерометрии.

Все пациенты были разделены на две группы. У 112 пациентов (I группа) в лечении использовали стандартную медикаментозную терапию, включая инъекции непосредственно под трещину раствора гидрокортизона с новокаином. У 233 пациентов (II группа) в комплексном лечении дополнительно применялась PRP-терапия. Аутологичную обогащенную тромбоцитами плазму получали путем забора у пациентов 50-70 мл периферической крови и ее двухэтапного центрифугирования. В такой аутоплазме по сравнению с периферической кровью концентрация тромбоцитов была увеличена в 7-10 раз. На первом этапе лечения этим пациентам в нескольких точках (1, 5, 7 и 12 часов по условному циферблату) осуществляли инъекции аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы во внутренний и наружный сфинктеры. На втором этапе лечения пациентам в обеих группах выполняли радикальное иссечение анальной трещины аппаратом для высокочастотной радиоволновой хирургии «Сургитрон» (в режиме «резание» - 30 ватт и «коагуляция» - 40 ватт). При необходимости дополнительно производили дозированную боковую подслизистую сфинктеротомию. В послеоперационном периоде у всех пациентов проводилась стандартная консервативная терапия и осуществлялись этапные перевязки. У отдельных пациентов II группы PRP-терапию применяли через 1-3 месяца после операции. Критериями эффективности лечения являлись ликвидация болевого синдрома, устранение гипертонуса сфинктера прямой кишки, полное заживление раны анального канала и восстановление трудоспособности пациента.

Результаты и обсуждение. Через 6 месяцев после лечения из 233 пациентов II группы у 216 (92,7%) удалось избежать рецидива анальной трещины. Лишь в 17 (7,3%) наблюдениях имел место рецидив заболевания, который был связан с

хроническим запором, тогда как в I группе из 112 пациентов в 26 (23,2%) случаях отмечен рецидив анальной трещины. При этом у пациентов II группы по сравнению с I группой более чем в два раза сокращались сроки полной эпителизации раны анального канала (соответственно, $27,3 \pm 5,8$ и $60,1 \pm 5,3$ суток), а также отмечалось более раннее восстановление трудоспособности данных пациентов после хирургического вмешательства (соответственно, $4,2 \pm 2,3$ и $9,4 \pm 1,8$ суток). У пациентов II группы в процессе лечения по данным сфинктерометрии отмечалось снижение исходных значений среднего давления в покое с $98,1 \pm 15,4$ мм рт. ст. до $48,1 \pm 9,8$ мм рт. ст., среднего давления при волевом сокращении - с $134,2 \pm 21,5$ мм рт. ст. до $85,2 \pm 13,6$ мм рт. ст., что свидетельствовало о ликвидации спазма анального сфинктера. В то же время из 112 пациентов I группы у 55 (49,1%) отмечалось сохранение гипертонуса анального сфинктера, что подтверждалось высокими значениями среднего давления в покое ($90,2 \pm 14,7$ мм рт. ст.) и среднего давления при волевом сокращении ($120,1 \pm 18,2$ мм рт. ст.), которые достоверно превышали аналогичные показатели у пациентов II группы.

Выводы. Применение PRP-терапии в сочетании с хирургическим иссечением анальной трещины аппаратом для высокочастотной радиоволновой хирургии «Сургитрон» позволяет в 89,3% случаев достичь радикального излечения заболевания в амбулаторных условиях с минимальной затратой времени пребывания пациента в лечебном учреждении. При этом использование аутологичной плазмы, обогащенной тромбоцитарными факторами роста, в комплексном лечении пациентов с анальной трещиной способствует ликвидации спазма сфинктера заднего прохода и стимулирует репаративно-регенеративные процессы в зоне поврежденных тканей. Это позволяет значительно уменьшить частоту рецидива заболевания после лечения, а также существенно сократить сроки заживления раны анального канала и период восстановления трудоспособности у данной категории пациентов.