

**УТВЕРЖДАЮ**

Ректор ФГБОУ ВО

Астраханский ГМУ Минздрава России

доктор медицинских наук, профессор

  
О.А.Башкина

«10» сентября 2022 г.



## **ОТЗЫВ ВЕДУЩЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

**Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации о научной и практической ценности диссертационной работы Хрюкина Романа Юрьевича на тему «Медикаментозный и хирургический методы ликвидации спазма внутреннего анального сфинктера при хронической анальной трещине», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 «Хирургия».**

### **Актуальность темы диссертации.**

Хроническая анальная трещина - это длительно существующий линейный или эллипсоидный дефект анодермы с рубцово-измененными краями и дном, возникающий чаще всего в результате нарушений процесса дефекации. В течение жизни около 30 - 40% населения обращаются за медицинской помощью по поводу заболеваний толстой кишки. Среди них удельный вес анальной трещины составляет от 10 до 15%, а заболеваемость варьирует от 20 до 23 на 1000 взрослого населения в год. Согласно существующим представлениям о патогенезе данного заболевания, основным его звеном является спазм внутреннего анального сфинктера, для ликвидации которого еще в 1969 году M.J. Notaras был предложен метод боковой подкожной сфинктеротомии. В настоящее время она остается традиционным и наиболее эффективным методом лечения хронической анальной трещины во всем мире. Однако, все существующие хирургические способы лечения анальной трещины, направленные на снижение тонуса внутреннего анального сфинктера, сопряжены с определенным риском развития послеоперационной недостаточности анального сфинктера, достигающей по данным ряда авторов 35%. С целью снижения частоты развития анальной инконтиненции были предложены различные методы медикаментозной (обратимой) релаксации внутреннего анального

сфинктера (препараты нитратов, блокаторы кальциевых каналов местного действия, инъекция ботулинического токсина и др.), из которых наиболее эффективным является инъекция ботулинического токсина типа А во внутренний анальный сфинктер.

Частота эпителизации трещины после инъекции нейротоксина во внутренний анальный сфинктер варьирует от 50,2 до 73,6%, а после выполнения боковой сфинктеротомии - от 85,8 до 95,7%. Столь широкий диапазон показателей эффективности лечения после использования ботулинического токсина типа А обусловлен инъекцией нейротоксина в различных дозировках, варьирующих от 10 до 100 ЕД препарата в разные точки во внутренний анальный сфинктер, а также его изолированным применением (без иссечения хронического дефекта анодермы), что может оказывать влияние на частоту и срок эпителизации анальной трещины.

### **Научная новизна исследования и полученных результатов.**

Впервые проведено проспективное одноцентровое контролируемое рандомизированное исследование, посвященное оценке эффективности и безопасности иссечения трещины в сочетании с инъекцией ботулинического токсина типа А в дозировке 40 ЕД во внутренний анальный сфинктер в сравнении с боковой подкожной сфинктеротомией с использованием объективных функциональных методов контроля достижения ликвидации спазма внутреннего анального сфинктера.

Установлено, что полученные изменения показателей аноректальной профилометрии, характеризующие функциональное состояние замыкательного аппарата прямой кишки, не сопровождаются развитием рецидива заболевания и явлениями недостаточности анального сфинктера у пациентов с хронической анальной трещиной после использования ботулинического токсина типа А в дозировке 40 ЕД и боковой подкожной сфинктеротомии с целью ликвидации спазма внутреннего анального сфинктера в длительные сроки наблюдения за больными.

### **Теоретическая и практическая значимость работы.**

Применение ботулинического токсина типа А в дозировке 40 ЕД у пациентов с хронической анальной трещиной со спазмом сфинктера в сочетании с иссечением трещины позволяет добиться эпителизации послеоперационной раны у 86% пациентов через 2 месяца после операции при сопоставимой с боковой подкожной сфинктеротомией эффективности ликвидации повышенного тонуса внутреннего анального сфинктера и отсутствии необрати-



мого влияния на функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки по данным аноректальной профилометрии.

В результате проведенной работы было установлено, что добавление в схему послеоперационного ведения пациентов с хронической анальной трещиной, осложненной свищом и/или с сопутствующим хроническим геморроем, лекарственного средства, стимулирующего репаративные процессы, после использования ботулинического токсина типа А в дозировке 40 ЕД в качестве метода релаксации внутреннего анального сфинктера, приводит к эпителизации послеоперационной раны у 99% больных через 2,5 месяца после оперативного вмешательства, что сопоставимо с выполнением боковой подкожной сфинктеротомии, после которой заживление ран происходит в 100% случаев.

### **Научная и практическая ценность работы.**

В данной работе проведена оценка результатов лечения хронической анальной трещины путем ее иссечения и выполнения боковой подкожной сфинктеротомии или инъекции нейротоксина во внутренний анальный сфинктер в дозировке 40 ЕД. Послеоперационная рана эпителизовалась у 87/88 (99%) пациентов через 2 месяца после иссечения трещины с боковой подкожной сфинктеротомией и у 76/88 (86%) - после иссечения трещины и инъекции ботулинического токсина типа А во внутренний анальный сфинктер в дозировке 40 ЕД. Назначение больным с незажившей раной на 60 день наблюдения местной терапии лекарственным средством, стимулирующим репаративные процессы, позволило добиться эпителизации раны в 87/88 (99%) случаев в группе нейротоксина и в 88/88 (100%) - в группе сфинктеротомии через 2,5 месяца после оперативного лечения. Независимыми факторами риска задержки эпителизации послеоперационной раны оказались применение ботулотоксина в качестве метода ликвидации спазма внутреннего анального сфинктера и расширение объема операции.

При оценке функции держания по шкале Wexner длительность транзиторной анальной инконтиненции после операции в группе ботулотоксина составила 20 (9; 26) дней, в группе БПС - 16 (5,5; 28) дней.

В результате проведенного статистического анализа было установлено, что единственным независимым фактором риска развития недостаточности анального сфинктера на 60 день послеоперационного периода является расширенный объем хирургического вмешательства.

Ни у одного из 126/176 (72%) больных сравниваемых групп, включенных в исследование, не было диагностировано явлений недостаточности анального сфинктера и признаков рецидива хронической анальной трещины

в отдаленном послеоперационном периоде, в том числе, у части пациентов с явлениями транзиторной анальной инконтиненции на 60 день наблюдения и больных с сохраняющимся и вновь появившимся в отдаленном периоде наблюдения спазмом внутреннего анального сфинктера.

Показатели профилометрии, располагающиеся вне референсных значений и характеризующие, как функцию наружного сфинктера, так и - внутреннего сфинктера, не сопровождались клиническими проявлениями недостаточности анального сфинктера и развитием рецидива заболевания в отдаленные сроки наблюдения.

### **Значение полученных соискателем результатов исследования.**

Результаты диссертационной работы применяются в работе клинических отделений ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, а также в клинической практике ГБУЗ ГКБ № 24 ДЗ г. Москвы. Ценность работы заключается в том, что проведен тщательный анализ состояния запирающего аппарата прямой кишки после применения сравнимых методов ликвидации спазма внутреннего анального сфинктера и описана методика применения ботулинического токсина типа А в лечении хронической анальной трещины.

### **Заключение.**

Диссертация Хрюкина Романа Юрьевича «Медикаментозный и хирургический методы ликвидации спазма внутреннего анального сфинктера при хронической анальной трещине», представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, является самостоятельной, законченной работой, в которой содержатся важные сведения по актуальной тематике современной хирургии.

По своей актуальности, методическому уровню, объему исследований, научной новизне и практической значимости полученных результатов, диссертационная работа Хрюкина Р.Ю. полностью соответствует требованиям п. 9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней (Постановление Правительства РФ от 24.09.2013 г. № 842)», предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, а её автор заслуживает присуждения искомой ученой степени по специальности 3.1.9 - Хирургия. Автореферат соответствует содержанию диссертации, полностью отражает цель и задачи исследования, анализируемый материал, методы исследования, выводы и практические рекомендации.



Ведущая организация подтверждает, что соискатель не является ее сотрудником и не имеет научных работ по теме диссертации, подготовленных на базе ведущей организации или в соавторстве с ее сотрудниками.

Диссертационная работа и отзыв обсуждены и одобрены на заседании проблемной комиссии и кафедры хирургических болезней последипломного образования с курсом колопроктологии ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, протокол №2 от «12» сентября 2022 г.

Заведующий кафедрой хирургических болезней  
последипломного образования с курсом  
колопроктологии ФГБОУ ВО  
Астраханский ГМУ Минздрава России,  
доктор медицинских наук, доцент  
3.1.9 «Хирургия»

*Костенко*

Н.В. Костенко

«20» сентября 2022 г.

Адрес: 414000, г. Астрахань, Бакинская, 121  
Тел.: +7 (8512) 52-41-43  
E-mail: post@astgmu.ru

Подпись доктора медицинских наук Костенко Николая Владимировича заверяю.

Ученый секретарь  
федерального государственного бюджетного  
образовательного учреждения высшего образования  
«Астраханский государственный медицинский  
университет» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации,  
кандидат медицинских наук, доцент



*Кульков*

В.Н. Кульков

«20» сентября 2022 г.