

УДК: 616.351-089(043.2)

АНАЛЬНЫЙ САМОМАССАЖ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ: ШУТКА ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

Глушков Антон Андреевич, Лебедев Константин Александрович

Научная рота ГВМУ

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России

Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Введение. Среди заболеваний проктологического профиля одним из самых частых является анальная трещина. Нежелание пациентов обращаться за медицинской помощью, а также деликатность проблемы в глазах пациентов создает благоприятную почву для разных методов самолечения, особенно широко распространяемых в сети Интернет. Среди большого массива различной информации неподготовленному читателю сложно определить, какая информация является научно подтвержденной, а какая не имеет под собой никаких оснований. Одним из таких методов является анальный самомассаж, который, с одной стороны, кажется нонсенсом, и, с другой стороны, описывается как эффективный метод лечения острой анальной трещины. **Цель исследования** – изучить обоснованность анального самомассажа в лечении анальной трещины. **Материал и методы.** Проведен анализ научных работ в базах данных PubMed, eLibrary, а также в поисковой системе Google по запросам «anal self-massage», «anal fissure», «анальный самомассаж», «анальная трещина». **Результаты.** Среди российских научных работ не найдено ни одной, посвященной изучению эффективности применения анального самомассажа в лечении анальной трещины. В базе данных PubMed найдено всего одно исследование, посвященное сравнению эффективности анального самомассажа с пассивной дивульсией ануса, показавшее одинаково высокую эффективность обоих методов, а также отметившее преимущества самомассажа в виде меньших временных и экономических затрат. **Выводы.** Анальный самомассаж не является выдумкой или сомнительным плодом псевдонауки и имеет под собой патофизиологическое обоснование. Метод показал свою эффективность наравне с применяемой в клинической практике пассивной дивульсией ануса, однако, сделано это было только в одном исследовании. Поэтому, несмотря на то что данный метод имеет свое право на существование, необходимо большее количество исследований, позволяющих обосновать применение данного метода в клинической практике.

Ключевые слова: проктология, анальная трещина, консервативное лечение, самомассаж

ANAL SELF-MASSAGE AS A METHOD OF TREATING ANAL FISSURE: JOKE OR REALITY?

Glushkov Anton Andreevich, Lebedev Konstantin Aleksandrovich

Military Medical Academy named after S.M. Kirov

Saint-Petersburg, Russia

Abstract

Introduction. One of the most common proctological diseases is anal fissure. The reluctance of patients to seek medical help, as well as the delicacy of the problem in patients' minds, creates various methods of self-medication, that extremely widely disseminate in the Internet. Among a large array of different information, it is difficult for an unprepared reader to determine which information is scientifically proven and which has no scientific basis. One of these methods is anal self-massage, which, on the one hand, seems nonsense, and, on the other hand, is described as an effective method for treating anal fissure. **The aim of the study** was to examine the validity of anal self-massage in the treatment of anal fissure. **Material and methods.** An analysis of scientific works was carried out in the PubMed, eLibrary databases, as well as in the Google search base for the queries “anal self-massage”, “anal fissure”, “anal self-massage”, “anal fissure”. **Results.** Among Russian scientific works, no data was found devoted to studying the effectiveness of anal self-massage in the treatment of anal fissure. The PubMed database found only one study comparing the effectiveness of anal self-massage with passive anal dilatation, which showed equally high effectiveness of both methods, and also noted the advantages of self-massage in the form of less time and economic costs. **Conclusion.** Anal self-massage is not a fiction or pseudoscience and has its pathophysiological basis. The method has shown its effectiveness as well as passive anal divulsion in clinical practice, however, this was done in only one study. Therefore, despite the fact that this method has its right to exist, more research is needed to justify the use of this method in clinical practice.

Keywords: proctology, anal fissure, conservative treatment, self-massage

ВВЕДЕНИЕ

Анальная трещина является одним из самых распространенных проктологических заболеваний, которое составляет от 10 до 15% от всех заболеваний прямой кишки [1]. Несмотря на свою распространенность, выбор наиболее подходящего метода лечения у

конкретного пациента до сих пор остается затруднительным. Из-за высокой частоты рецидивов после консервативной терапии с одной стороны и риска развития осложнений хирургического лечения, таких как недержание кала и послеоперационные кровотечения с другой стороны, пока невозможно определить, какое лечение является лучшим [2]. Основными методами консервативной терапии анальной трещины, согласно действующим клиническим рекомендациям, являются диетотерапия с поддержанием регулярного кашицеобразного стула, обезболивание производными пропионовой кислоты и местными анестетиками, а также медикаментозная релаксация внутреннего анального сфинктера ботулотоксином типа А [3]. Однако, это не единственные методы лечения анальной трещины. В зарубежных источниках в качестве консервативных методов лечения описывается также применение умеренной дивульсии ануса ректальным расширителем, а также применение самими пациентами самомассажа анального кольца [5]. Последнее в отечественных научных работах не упоминается вовсе, а и при использовании поисковой системы Google запрос «анальный самомассаж» отсылает к массажу и самомассажу простаты и никак не соотносится с лечением анальной трещины. Исходя из этого, вопрос применения данного метода в лечении анальной трещины остается открытым.

Цель исследования - изучить обоснованность анального самомассажа в лечении анальной трещины.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ научных работ в базах данных PubMed, eLibrary, а также в поисковой системе Google по запросам «anal self-massage», «anal fissure», «анальный самомассаж», «анальная трещина».

РЕЗУЛЬТАТЫ

В базе научных данных eLibrary не найдено ни одного исследования, посвященного изучению эффективности применения анального самомассажа в лечении анальной трещины. В базе данных PubMed найдена всего одна публикация, посвященная сравнению эффективности анального самомассажа с пассивной дивульсией ануса у пациентов с острой анальной трещиной [5]. В исследование было включено 50 пациентов. Одна половина исследуемых (n=25, группа В) была подвергнута пассивной анальной дивульсии 20-и миллиметровым анальным дилататором длительностью в 10 минут 2 раза в день в течение 5 дней, затем 23-х миллиметровым дилататором также длительностью в 10 минут 2 раза в день в течение последующих 5 дней и, в последующем, 27-ми миллиметровым дилататором в длительностью в 10 минут 2 раза в день в течение 20 дней. Вторая половина пациентов (n=25, группа А) применяла самомассаж анального кольца, который заключался во введении указательного пальца пациента в анальный канал на 10 минут 2 раза в день в течение первых двух дней, а затем выполнением круговых движений указательным пальцем в анальном канале в течение не менее 10 минут 2 раза в день в течение 5 дней. Эффективность лечения оценивалось по наличию или отсутствию симптомов анального зуда и боли, чувства жжения, кровотечения после дефекации, определения качества жизни по индексу Agachan-Wexner и интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). По окончании лечения у 20 пациентов группы А (анальный самомассаж) и у 15 пациентов группы В наблюдалось разрешение симптомов и исчезновение анальной трещины. Через 3 месяца после окончания лечения ни у одного пациента в группе А не произошло рецидива заболевания, тогда как в группе В возникло 2 рецидива. Последующая оценка проводилась через 6 месяцев: рецидив наблюдался у одного пациента в группе А и у 3 пациентов в группе В. Сравнение исследуемых параметров в двух группах до и после лечения показало статистически значимое уменьшение анальной боли (группа А, $P=0,0001$; группа В, $P=0,0001$). и кровотечения после дефекации (группа А, $P=0,001$, группа Б, $P=0,001$). Анальный зуд, чувство жжения и интенсивность боли снизились в обеих группах, но наблюдаемое снижение было статистически незначимым. Коллектив авторов сделал вывод о высокой эффективности обоих методов, отметив при этом преимущества самомассажа в виде меньших временных и экономических затрат [5].

ОБСУЖДЕНИЕ

Анальная трещина – это линейное поражение анодермы, локализованное между наружным краем заднего прохода и аноректальной (зубчатой) линии [6]. Причины возникновения анальной трещины до сих пор до конца не ясны. Одной из возможных причин является повреждение анодермы плотными каловыми массами, проходящими через анальный канал [7]. Существует и другая точка зрения, согласно которой первичным является повышение тонуса внутреннего анального сфинктера, что приводит к местному сдавлению микроциркуляторного русла и снижению перфузии анодермы [8]. В этом ключе анальную трещину считают первично ишемическим заболеванием, основываясь на том, что анатомически задняя стенка анального канала меньше кровоснабжается, и в 90% случаев именно там образуется трещина [9]. Возникновение трещины и прохождение каловых масс вызывает сильные болевые ощущения, что приводит к еще большему спазму сфинктера и уменьшению кровоснабжения уже пораженной анодермы, что влечет за собой увеличение поражения и создает порочный круг дальнейшего развития трещины [10]. Для того чтобы разорвать его, применяется воздействие на оба этих взаимоусугубляющих звена. Первое – это изменение образа жизни и питания. Для нормализации стула рекомендуют потребление достаточного количества жидкости и пищевых волокон, а в случаях, если этого добиться не удастся, применять слабительные средства для достижения мягкого кашицеобразного стула, минимально травмирующего анодерму [11]. Второе – воздействие на тонус сфинктера и обезболивание. В качестве анальгезии используют лекарственные средства на основе пропионовой кислоты и различные местные анестетики в форме гелей, мазей, кремов и суппозиториев [12]. Для устранения гипертонуса внутреннего анального сфинктера используют медикаментозную терапию, инструментальные и хирургические методы [13]. В российских клинических рекомендациях по лечению пациентов с анальной трещиной рекомендовано выполнение инъекций ботулинического токсина типа А во внутренний анальный сфинктер [0]. Однако данный метод остается достаточно дорогим, к тому же до сих пор нет единого подхода по его применению: различные точки инъекций и дозировки препарата не позволяют с большой точностью оценить эффективность данного метода [14, 15]. В зарубежной литературе описано применение кремов на основе нитроглицерина, а также блокаторов кальциевых каналов, направленных на уменьшение тонуса сфинктера и расширение сосудов микроциркуляторного русла, однако местное применение данных лекарственных препаратов оказывает системные побочные эффекты в виде головной боли и влияния на сердечно-сосудистую систему [16, 17]. Самым эффективным методом считается выполнение боковой подкожной сфинктеротомии, приводящей к заживлению трещины у более 90% пациентов [18]. Однако значительным риском помимо развития послеоперационных осложнений, таких как кровотечение, образование гематом, гнойно-инфекционных осложнений в области раны, является недостаточность сфинктера и недержание кала [19]. В качестве промежуточного варианта между медикаментозными и хирургическими методами применяется умеренная дивульсия ануса с помощью анальных дилататоров. Различные исследования показали, что применение анальных дилататоров улучшает, а в некоторых случаях не ухудшает результаты лечения хронической анальной трещины [4, 20, 21]. Авторы обосновывают использование дилататоров тем, что механическое расширение анального кольца, приводящее к обратимому умеренному парезу внутреннего анального сфинктера, что разрывает порочный круг патогенеза анальной трещины. Применение самомассажа, по сути, повторяет механизм применения анальных дилататоров и так же приводит к устранению спазма сфинктера и заживлению трещины, что и было установлено Gaj et al [5].

ВЫВОДЫ

На основании анализа данных современных источников по этиологии возникновения, патофизиологическим механизмам развития и результатов исследований по механическому расширению анального кольца, будь то анальный дилататор или указательный палец пациента, можно сделать вывод, что использование методов расширения анального кольца, в

том числе и анального самомассажа имеет под собой физиологическое обоснование. Имеющееся единственное исследование, показавшее эффективность применения анального самомассажа, позволяет нам признать, что этот метод действительно имеет право на существование. Однако, для его более широкого применения одной научной работы мало – необходимо проведение большего количества исследований, которые могли бы обосновать включение анального самомассажа в рекомендации по лечению анальной трещины.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Нехрикова С.В., Титов А.Ю., Кашников В.Н. и соавт. Амбулаторное лечение пациентов с заболеваниями анального канала и перианальной области. Доказательная гастроэнтерология. 2019;8(3):27–37.
2. Hwang SH. Trends in Treatment for Hemorrhoids, Fistula, and Anal Fissure: Go Along the Current Trends. *J Anus Rectum Colon*. 2022 Jul 28;6(3):150-158.
3. Агапов М.А., Алиев Ф.Ш., Ачкасов С.И., Башанкаев Б.Н., Бирюков О.М., Благодарный Л.А., Васильев С.В., Григорьев Е.Г., Грошилин В.С., Жарков Е.Е., Карпухин О.Ю., Костарев И.В., Костенко Н.В., Кузьминов А.М., Маркарян Д.Р., Москалев А.И., Мудров А.А., Муравьев А.В., Нечай И.А., Тимербулатов В.М., Титов А.Ю., Фролов С.А., Хрюкин Р.Ю., Хубезов Д.А., Шельгин Ю.А. Анальная трещина. Колопроктология. 2021;20(4):10-21.
4. Pinsk I, Czeiger D, Lichtman D, Reshef A. The Long-term Effect of Standardized Anal Dilatation for Chronic Anal Fissure on Anal Continence. *Ann Coloproctol*. 2021 Apr;37(2):115-119.
5. Gaj F, Biviano I, Candeloro L, Andreuccetti J. Anal self-massage in the treatment of acute anal fissure: a randomized prospective study. *Ann Gastroenterol*. 2017;30(4):438-441.
6. Jahnnny B, Ashurst JV. Anal Fissures. 2022 Nov 14. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. PMID: 30252319.
7. Higuero T. Update on the management of anal fissure. *J Visc Surg*. 2015 Apr;152(2 Suppl):S37-43. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2014.07.007. Epub 2014 Oct 8. PMID: 25305752.
8. Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJ, De Graaf EJ. Ischaemic nature of anal fissure. *Br J Surg*. 1996 Jan;83(1):63-5.
9. Klosterhalfen B, Vogel P, Rixen H, Mittermayer C. Topography of the inferior rectal artery: a possible cause of chronic, primary anal fissure. *Dis Colon Rectum*. 1989 Jan;32(1):43-52. doi: 10.1007/BF02554725. PMID: 2910660.
10. Jahnnny B, Ashurst JV. Anal Fissures. 2022 Nov 14. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. PMID: 30252319.
11. Mathur N, Qureshi W. Anal fissure management by the gastroenterologist. *Curr Opin Gastroenterol*. 2020 Jan;36(1):19-24.
12. Nelson RL, Thomas K, Morgan J, Jones A. Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Feb 15;2012(2):CD003431. doi: 10.1002/14651858.CD003431.pub3. PMID: 22336789; PMCID: PMC7173741.
13. Salati SA. Anal Fissure - an extensive update. *Pol Przegl Chir*. 2021 Mar 12;93(4):46-56. doi: 10.5604/01.3001.0014.7879. PMID: 34515649.
14. Brisinda G, Chiarello MM, Crocco A, Bentivoglio AR, Cariati M, Vanella S. Botulinum toxin injection for the treatment of chronic anal fissure: uni- and multivariate analysis of the factors that promote healing. *Int J Colorectal Dis*. 2022 Mar;37(3):693-700.
15. Vitoopinyoparb K, Insin P, Thadanipon K, Rattanasiri S, Attia J, McKay G, Thakkinstian A. Comparison of doses and injection sites of botulinum toxin for chronic anal fissure: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Surg*. 2022 Aug;104:106798. doi: 10.1016/j.ijsu.2022.106798. Epub 2022 Aug 5. PMID: 35934283.
16. Nevins EJ, Kanakala V. Topical diltiazem and glyceryl-trinitrate for chronic anal fissure: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Turk J Surg*. 2020 Dec 29;36(4):347-352. doi: 10.47717/turkjsurg.2020.4895. PMID: 33778393; PMCID: PMC7963299.
17. Shrestha SK, Thapa PB, Maharjan DK, Tamang TY. Effectiveness of 0.2% Glyceryl Trinitrate and 0.5% Nifedipine in the Treatment of Chronic Anal Fissure. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2017 Jan-Mar;56(205):149-152. PMID: 28598453.
18. Nelson RL. Operative procedures for fissure in ano. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20;(1):CD002199. doi: 10.1002/14651858.CD002199.pub3. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(11):CD002199. PMID: 20091532.
19. El Muhtaseb MS, Alfarrar N, Rabbaa Y, Abuhannieh E, Alsabateen G, Al Natsheh WAZ, Al Qudah M. Long-term fecal incontinence after lateral internal sphincterotomy for anal fissure. *Pol Przegl Chir*. 2022 Jan 26;94(4):32-36.
20. Gaj F, Trecca A, Crispino P. Valutazione dell'efficacia dei dilatatori anali nella terapia della ragade anale acuta. Studio clinico comparativo [Efficacy of anal dilators in the treatment of acute anal fissure. A controlled clinical trial]. *Chir Ital*. 2006 Nov-Dec;58(6):761-5. Italian. PMID: 17190281.
21. Abe T, Kunimoto M, Hachiro Y, Ota S, Ohara K, Inagaki M, Saitoh Y, Murakami M. Long-term Efficacy and Safety of Controlled Manual Anal Dilatation in the Treatment of Chronic Anal Fissures: A Single-center Observational Study. *J Anus Rectum Colon*. 2023 Oct 25;7(4):250-257. doi: 10.23922/jarc.2023-019. PMID: 37900697; PMCID: PMC10600265.

Сведения об авторах

А.А. Глушков* – Оператор научной роты

К.А. Лебедев – Оператор научной роты

Information about the authors

A.A. Glushkov* – Scientific company operator

K.A. Lebedev – Scientific company operator

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

glushkov.anton2404@gmail.com