
МЕТОДИ ТА МЕТОДИКИ

© Кравченко С. П.

УДК 616.352-001.4-002.2-089

Кравченко С. П.

СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ АНАЛЬНОЮ ТРІЩИНОЮ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

serzh.kravchenko.69@mail.ru

Дана робота виконана відповідно до науково-дослідної теми кафедри хірургії № 2 «Прогнозування та профілактика ускладнень при гострій абдомінальній хірургічній патології» (номер державної реєстрації 0111U006299).

Вступ. Лікування хворих на хронічну тріщину заднього проходу має багатовікову історію. Це пов'язано з тим, що питома вага тріщини заднього проходу серед хвороб товстої кишки становить 11-15%, а захворюваність коливається від 20 до 23 на 1 ТОВ чоловік дорослого населення [2]. Крім медичної, ця проблема має і велику соціальну значимість, так як тріщиною заднього проходу страждають в основному особи молодого і середнього віку, тобто найбільш працездатна частина населення.

Широка поширеність цього захворювання і актуальність проблеми привели до появи великої кількості різних методів лікування. Так, W. P. Mazier нарахував 32 комбінації хірургічного лікування тріщин заднього проходу. Далеко не у всіх випадках ці методи мали патогенетичне обґрунтування, чим пояснюється висока частота несприятливих результатів лікування. Незважаючи на досягнутий прогрес у розумінні патогенезу анальної тріщини, встановлення значної ролі в цьому процесі спазму внутрішнього сфінктера та ішемії анодерми, результати лікування анальної тріщини досі не можна вважати задовільними [3,6].

Консервативні методи лікування, включаючи найбільш сучасні препарати для медикаментозної релаксації внутрішнього сфінктера, лише незначно перевищують плацебо по ефективності [1,4]. При цьому частота рецидивів захворювання, протягом першого року після завершення лікування, може досягати 33% [2,7,9]. Причинами такої високої частоти рецидивів є розвиток толерантності до дії органічних нітратів [8,9], а також зберігаються в анальному каналі рубцеві і запальні зміни, такі, як сторожовий горбок, гіпертрофований анальний сосочок, рубцеві краї тріщини [3,8].

Тому, основним методом лікування хронічної анальної тріщини є хірургічний. Серед них «золотим стандартом» вважається висічення анальної тріщини у поєднанні з бічною підшкірною сфінктеротомією. Незважаючи на незаперечні докази переваги бічної підшкірної сфінктеротомії над девульсією анального жому і задньою сфінктеротомією [7], у віддалені терміни після цієї операції частота рецидивів може досягати 11,7%, а частота розвитку анального нетримання – 35,1%. Спроби поліпшити результати лікування привели до появи великої кількості модифікацій цієї операції, коли протяжність сфінктеротомії обмежувалася проксимальним краєм анальної тріщини. Застосування цих методик дозволило знизити частоту розвитку анального нетримання приблизно до 10%.

Проте хоч які досконалі не були б методики виконання сфінктеротомії, вона залишається хірургічною операцією, яка призводить до необоротного пошкодження закривального апарату прямої кишки з усіма витікаючими звідси наслідками.

Мета дослідження: поліпшити результати лікування хворих з хронічною анальною тріщиною.

Об'єкт і методи дослідження. Дослідження базується на вивченні результатів лікування 33 хворих з хронічною анальною тріщиною за період з 2014 по 2015 роки.

Пацієнти були поділені на 2 групи. До першої групи (18 хворих) увійшли пацієнти оперовані за традиційними методиками: висічення анальної тріщини з дозованою сфінктеротомією в місці дефекту слизової. Оперативне втручання виконувалося в умовах стаціонару під спинномозковою анестезією.

Пацієнтам другої, основної групи (15 хворих) виконувалась операція за власною методикою в амбулаторних умовах під місцевою анестезією в об'ємі висічення анальної тріщини за допомогою апарата радіохвильової хірургії

За віком, статтю, клінічними проявами, навістю супутньої патології групи були співставимі.

Перевагами запропонованого способу є те, що завдяки фізичним властивостям радіохвилі, практично не травмуються підлеглі тканини, одночасно з видаленням тканин відбувається їхня коагуляція, знижується крововтрата, стерилізуюча дія високих температур запобігає розвитку гнійно-запальних ускладнень, досягається ефект знеболення (досягається супутньою коагуляцією нервових закінчень в рані).

Опис методики. В умовах місцевої анестезії 0,5% розчином лонгокаїну перианальної ділянки, параректальної клітковини та анального каналу, за допомогою апарата радіохвильової хірургії (інструмент – електрод-петля, режим – різання-коагуляція) економно видаляються анальна тріщина з гіпергрануляціями. за допомогою апарата радіохвильової хірургії виконується коагуляція дна рани, завдяки чому коагулюються поверхневі шари м'язів анального жому, що призводить до ослаблення тону останнього. Пластику ранової поверхні клаптом слизової – не проводимо.

Результати дослідження та їх обговорення. Оцінка клінічних результатів проводилася за тривалістю та інтенсивністю післяопераційного болю, часом та характером ексудатії, наявністю гнійно-запальних ускладнень, наявністю або відсутністю рецидиву хронічної анальної тріщини.

У 2 (основній) групі в ранньому післяопераційному періоді (протягом 1-2 діб) 86% пацієнтів відзначали більш швидке зменшення болю в ділянці заднього проходу (в 1 групі – 62%). При цьому у більшості з них відзначався помірний перианальний набряк з тенденцією до усунення (на 3-4 добу). У цій групі спостерігали значно менш виражену ранову ексудатію, яка, носила серозно-геморагічний характер.

В 1 групі в 10,7% хворих спостерігався гнійний характер ексудату, що трактувалось як нагноєння рани, потребувало корекції лікування та подовжило терміни одужання. В 2 групі гнійно-запальних ускладнень не спостерігалось.

Терміни загоєння післяопераційної рани у хворих 2 групи були менше в середньому на 2-4 доби.

Явища часткового нетримання галу або газів у пацієнтів 1 групи в післяопераційному періоді відмічено в 3,9% випадків, у пацієнтів 2 (основної групи) – не спостерігалось.

Середній термін перебування хворих 1 групи на стаціонарному лікуванні склав 11 діб. Хворі 2 групи лікувалися амбулаторно, що говорить про вагомні економічні переваги запропонованого методу лікування.

Висновки

1. Перевагами запропонованого способу є те, що завдяки фізичним властивостям радіохвилі, практично не травмуються підлеглі тканини. За рахунок цього є більш контрольована глибина впливу на волокна анального сфінктера.

2. Одночасно з видаленням тканин відбувається їхня коагуляція, знижується крововтрата, стерилізуюча дія високих температур запобігає розвитку гнійно-запальних ускладнень, досягається ефект знеболення (досягається супутньою коагуляцією нервових закінчень в рані).

3. Явища часткового нетримання галу або газів у пацієнтів 1 групи в післяопераційному періоді відмічено в 3,9% випадків, у пацієнтів 2 (основної групи) – не спостерігалось.

4. Даний метод дозволяє ефективно лікувати хворих з хронічною анальною тріщиною в амбулаторних умовах.

Література

1. Артюхов С. А. Организационные основы развития проктологической помощи населению. О болезнях прямой и ободочной кишок (сборник научных трудов выпуск 9) / С. А. Артюхов. – М., 1977. – С. 3-5.
2. Воробьев Г. И. Основы колопроктологии / Г. И. Воробьев // Ростов-на-Дону: Феникс, 2001. – 413 с.
3. Врублевский В. А. Распространенность болезней прямой и ободочной кишок у взрослого населения Москвы. Проблемы проктологии (выпуск 4) / В. А. Врублевский, Ю. М. Милитарев // М., 1983. – С. 6-10.
4. Милитарев Ю. М. Лечение анальных трещин (методические рекомендации) / Ю. М. Милитарев, Ю. В. Дульцев, В. А. Врублевский // М., 1979. – С. 9.
5. Полетов Н. Н. Выбор метода оперативного лечения больных хроническими трещинами заднего прохода: автореферат дис. канд. мед. наук / Н. Н. Полетов. – М., 1985. – 26 с.
6. Реутов В. П. Циклические превращения оксида азота в организме млекопитающих / В. П. Реутов, Е. Г. Сорокина, В. Е. Охотин // М., Наука, 1998. – 155 с.
7. Ривкин В. Л. Руководство по колопроктологии / В. Л. Ривкин, А. С. Бронштейн, С. Н. Файн // М., Медпрактика, 2001. – 299 с.
8. Федоров В. Д. Проктология / В. Д. Федоров, Ю. В. Дульцев // М., Медицина, 1984. – 383 с.
9. Эктов В. Н. Лечение анальных трещин боковой подкожной сфинктеротомией: автореферат дис. канд. мед. наук. / В. Н. Эктов. – М., 1984. – 25 с.

УДК 616.352-001.4-002.2-089

СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ АНАЛЬНОЮ ТРІЩИНОЮ Кравченко С. П.

Резюме. Запропоновано спосіб оперативного лікування хронічної анальної тріщини, який передбачає за допомогою апарата радіохвильової хірургії (інструмент – електрод-петля, режим – різання-коагуляція) економне видалення анальної тріщини з гіпергрануляціями. За допомогою апарата радіохвильової хірургії виконується коагуляція дна рани, завдяки чому коагулюються поверхневі шари м'язів анального жому,

що призводить до ослаблення тонусу останнього. Пластику ранової поверхні клаптом слизової – не проводимо.

Даний спосіб, у порівнянні з відомими, виявив такі переваги, як: зменшення травматизації тканин (не накладаються шви), підвищення швидкості загоєння рани, відсутність гнійно-некротичних ускладнень рани, відсутність явищ інконтиненції.

Ключові слова: хронічна анальна тріщина, радіохвильова хірургія.

УДК 616.352-001.4-002.2-089

СПОСОБ ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ

Кравченко С. П.

Резюме. Предложен способ оперативного лечения хронической анальной трещины, предусматривающий с помощью аппарата радиоволновой хирургии (инструмент – электрод-петля, режим – резонно-коагуляция) экономное удаление анальной трещины с гипергрануляциями. С помощью аппарата радиоволновой хирургии выполняется коагуляция дна раны, благодаря чему коагулируются поверхностные слои мышц анального жома, что приводит к ослаблению тонуса последнего.

Данный способ, по сравнению с известными, выявил следующие преимущества: уменьшение травматизации тканей (не налагаются швы), повышение скорости заживления раны, отсутствие гнойно-некротических осложнений раны, отсутствие явлений анальной инконтиненции.

Ключевые слова: хроническая анальная трещина, радиоволновая хирургия.

UDC 616.352-001.4-002.2-089

OPTIMIZATION OF SURGICAL METHOD TREATMENT CHRONIC ANAL FISSURE

Kravchenko S. P.

Abstract. Treatment of patients with chronic anal fissure has a long history. This is due to the fact that the proportion of anal fissures among diseases of the colon is 11-15% and the incidence ranges from 20 to 23 people per 1 Open adults [2]. In healthcare, this issue has great social significance, since the fissures are affected mainly persons young and middle age, that is the most workable of the population.

The high prevalence of the disease and the urgency of the problem led to a large number of different treatments. Yes, W. P. Mazier counted 32 combinations of surgical treatment of anal fissures. Not in all cases, these methods have pathogenetic basis, which explains the high frequency of adverse outcomes. Despite the progress in understanding the pathogenesis of anal fissure, establishing a significant role in this process spasm of internal sphincter and ischemia anodermis results of treatment of anal fissures still can not be considered satisfactory [3,6].

Conservative treatments, including the most advanced products for medicinal internal sphincter relaxation, only slightly higher than placebo performance [1,4]. The frequency of relapses during the first year after treatment, can reach 33% [2,7,9]. The reasons for such a high rate of relapse is the development of tolerance to organic nitrates action [8,9] and stored in the anal canal scar and inflammatory changes such as patrol mound, hypertrophied anal papilla, cracks scar edges [3,8].

Therefore, the main treatment of chronic anal fissure is surgery. Among them, the «gold standard» is excision of anal fissure combined with lateral subcutaneous sfinkterotomia. Despite compelling evidence advantages over lateral subcutaneous sfinkterotomia devulsion anal sphincter and back sfinkterotomia [7], in the long term after surgery recurrence rate can reach 11.7%, and the incidence of anal incontinence – 35.1%. Attempts to improve outcomes led to a large number of modifications of this operation, when the length of the proximal edge sfinkterotomia limited to anal fissure. The use of these techniques has reduced the incidence of anal incontinence to about 10%.

But even perfect technique would not be sfinkterotomia performance, it is surgery, which leads to irreversible damage to apparatus for close the rectum with all the ensuing consequences.

Objective: to improve the outcomes of patients with chronic anal fissure.

Materials and methods. The research is based on studying the results of treatment 33 patients with chronic anal fissures for the period from 2014 to 2015 Patients were divided into 2 groups. The first group (18 patients) included patients operated on by traditional techniques: excision of anal fissure dosage of sfinkterotomia in place mucosal defect. Surgery was performed in a hospital under spinal anesthesia.

Patsyentam second, the main group (15 patients) performed an operation on its own technique on an outpatient basis under local anesthesia in the volume excision of anal fissure using radio wave surgery device.

The advantages of the proposed method is that due to the physical properties of radio waves practically not injured underlying tissues, while the removal of tissues is their coagulation, reduced blood loss, sterilizing effect of high temperature prevents the development of inflammatory complications, achieved the effect of anesthesia (achieved concomitant coagulation nerve endings in wound).

Description methods. In terms of local anesthetic 0.5% solution Iohokayin perianal areas, adrectal fiber and anal canal, using radio wave surgery device (tool – electrode-loop mode – cutting-coagulation) economically removed from hypergranulation anal fissure. Using device radio wave surgery performed **coagulation bottom of the wound**, so coagulation superficial layers of the muscles of the anal sphincter, leading to a weakening tone latter. Plastic wound surface mucosa graft – no wires.

МЕТОДИ ТА МЕТОДИКИ

Results and discussion. Evaluation of clinical results conducted on the duration and intensity of postoperative pain, time and nature of the exudation, the presence of inflammatory complexities, the presence or absence of relapse of chronic anal fissure.

In two (main) group in the early postoperative period (within 1-2 days) 86% of patients have noted a rapid reduction of pain in the anus (in 1 group – 62%). This most celebrated of them moderate perianal swelling with a tendency to eliminate (3-4 day). This group observed significantly less pronounced wound exudation, which was of sero-hemorrhagic nature.

In 1 group in 10.7% of patients experienced purulent exudate character that was treated as a festering wound treatment needed correction with the longer recovery periods. In group 2 inflammatory complications were observed.

Terms after operation wound healing in group 2 patients were lower by an average of 2-4 days.

Galway phenomena partial incontinence or gases in group 1 patients in the postoperative period observed in 3.9% of cases, patients 2 (the main group) – was observed.

The average length of stay of patients in one hospital was 11 days. Patients treated with outpatient group 2, indicating that significant economic benefits of the proposed treatment.

Conclusions.

1. The advantage of the proposed method is that due to the physical properties of radio waves, practically subordinate injured tissue. Due to this, more controllable depth exposure to the fibers of the anal sphincter.

2. Simultaneously with the removal of tissues is their coagulation, reduced blood loss, high temperature sterilizing action prevents the development of inflammatory complications of anesthesia effect is reached (achieved coagulation concomitant nerve endings in the wound).

3. The phenomena or partial incontinence Galway gases in group 1 patients in the postoperative period observed in 3.9% of cases, patients 2 (the main group) – was observed.

4. This method can effectively treat patients with chronic anal fissures outpatient basis.

Keywords: chronic anal fissure, radiowave surgery.

Рецензент – проф. Ляховський В. І.

Стаття надійшла 30.10.2015 року