

p-ISSN 1997-2938
e-ISSN 1999-1649

Включений до наукометричних баз даних Science Index, Google Scholar та Index Copernicus

Український Журнал --- ХІРУРГІЇ

Украинский Журнал Хирургии
Ukrainian Journal of Surgery

Науково-практичний журнал

№ 2
(25), 2014

Міністерство охорони здоров'я України
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
Асоціація хірургів Донецької області

Ministry of Health Service of Ukraine
Donetsk National Medical University named after M. Gorky
Association of Surgeons of Donetsk Region

Український Журнал

ХІРУРГІЇ

УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ ХІРУРГІЇ

УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ ХИРУРГИИ

UKRAINIAN JOURNAL OF SURGERY

Науково-практичний журнал
Періодичність виходу 4 рази на рік
Заснований у квітні 2008 року

*Включений до наукометричних баз даних
Science Index, Google Scholar та Index Copernicus*

№ 2 (25), 2014



Засновники журналу:
Донецький національний
медичний університет ім. М. Горького,
Асоціація хірургів Донецької області

Передплатний індекс: 68571



Адреса редакції:
Україна, 83030, Донецьк, а/с № 1347
Телефон/факс: + 38 (062) 338-21-11

www.mif-ua.com

Електронні адреси для звертань
З питань публікації статей
cjs@dsmu.edu.ua

З питань передплати
info@mif-ua.com
Тел. +38 (062) 338-21-11

*З питань розміщення реклами та інформації
про лікарські засоби*
reclama@mif-ua.com
office@zaslavsky.kiev.ua
golubnichayan@gmail.com

*Журнал внесено в перелік наукових фахових видань
України. Рішення Президії ВАК України від 27.05.2009
№ 1-05/2*

*Рекомендовано до видання вченою радою Донецького
національного медичного університету ім. М. Горького,
протокол № 10 від 16.05.2014 р.*

*Матеріали публікуються українською, російською,
англійською мовами.*

Усі статті рецензуються.

*Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 19629-9429ПР від 11.01.2013*

*Формат: 60х84/8. Ум. друк. арк. 18, 13.
Тираж 5000 прим. Зам. № 25030.*

Видавці
Заславський О.Ю.
Україна, 83102, м. Донецьк, пр. Ленінський, 25/126
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 2182 від 13.05.2005 р.

Асоціація хірургів Донецької області

Друкарня «Астро»
Україна, 83001, м. Донецьк, вул. Артема, 63а.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 2047 від 24.12.2004 р.

Головний редактор

КОНДРАТЕНКО П.Г.

Заступники головного редактора

МІМІНОШВІЛІ О.І.

КОНЬКОВА М.В.

Відповідальний секретар

СМИРНОВ М.Л.

Редакційна колегія

Верхулецький І.Є. (Донецьк)	Казаков В.М. (Донецьк)
Веселий С.В. (Донецьк)	Кардаш А.М. (Донецьк)
Грона В.М. (Донецьк)	Колкін Я.Г. (Донецьк)
Гюльмамєдов Ф.І. (Донецьк)	Лобас В.М. (Донецьк)
Денисов В.К. (Донецьк)	Ничитайло М.Ю. (Київ)
Думанський Ю.В. (Донецьк)	Русин В.І. (Ужгород)
Єпіфанцев О.А. (Донецьк)	Серняк Ю.П. (Донецьк)
Журило І.П. (Донецьк)	Седаков І.Є. (Донецьк)
	Усенко О.Ю. (Київ)
	Фомін П.Д. (Київ)
	Черній В.І. (Донецьк)

Редакційна рада

Андрющенко В.П. (Львів)	Кулачек Ф.Г. (Чернівці)
Бабчак Мар'ян (Пряшів)	Лігоненко О.В. (Полтава)
Березницький Я.С. (Дніпропетровськ)	Лупальцов В.І. (Харків)
Бобров О.Є. (Київ)	Мамчич В.І. (Київ)
Бойко В.В. (Харків)	Матвійчук Б.О. (Львів)
Василюк С.М. (Івано-Франківськ)	Милиця М.М. (Запоріжжя)
Вишневецький В.О. (Москва)	Мішалов В.Г. (Київ)
Возіанов О.Ф. (Київ)	Мунтян С.О. (Дніпропетровськ)
Герич І.Д. (Львів)	Назіров Ф.Г. (Ташкент)
Гешелін С.О. (Одеса)	Ніконенко О.С. (Запоріжжя)
Гранов Д.А. (Санкт-Петербург)	Полянський І.Ю. (Чернівці)
Грубнік В.В. (Одеса)	Поляченко Ю.В. (Київ)
Десятерик В.І. (Кривий Ріг)	Попик М.П. (Львів)
Дзюбановський І.Я. (Тернопіль)	Сипливий В.О. (Харків)
Дикан І.М. (Київ)	Скіпенко О.Г. (Москва)
Дронов О.І. (Київ)	Тамм Т.І. (Харків)
Запорожченко Б.С. (Одеса)	Тутченко М.І. (Київ)
Захараш М.П. (Київ)	Фелештинський Я.П. (Київ)
Каніковський О.Є. (Вінниця)	Шаповал С.Д. (Запоріжжя)
Клименко В.М. (Запоріжжя)	Шапринський В.О. (Вінниця)
Ковальчук Л.Я. (Тернопіль)	Шевчик Орест (Інсбрук)
Копчак В.М. (Київ)	Шевчук І.М. (Івано-Франківськ)
Котенко О.Г. (Київ)	Ярема І.В. (Москва)
Кубишкін В.О. (Москва)	Ярешко В.Г. (Запоріжжя)

Редакція не завжди поділяє думку автора публікації. Відповідальність за вірогідність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікації, несе автор. Перепечатка та інше відтворення в якій-небудь формі в цілому або частково статей, ілюстрацій або інших матеріалів дозволені тільки при попередній письмовій згоді редакції та з обов'язковим посиланням на джерело. Усі права захищені.

<i>Петрушенко В.В., Гребенюк Д.І.</i>	<i>Petrushenko V.V., Grebenyuk D.I.</i>
Гендерно-вікові та клініко-морфологічні залежності в контингенту хворих із гастродуоденальними кровотечами виразкового генезу 42	Gender-Age and Clinicomorphological Dependencies in Patients with Gastroduodenal Bleeding of Ulcerative Origin..... 42
<i>Конькова М.В., Смирнов М.Л., Юдін О.О., Кондратенко А.П., Бистрова О.Д.</i>	<i>Konkova M.V., Smyrnov M.L., Yudin O.O., Kondratenko A.P., Bystrova O.D.</i>
УЗД у діагностиці та лікуванні гострого панкреатиту..... 49	Ultrasonography in the Diagnosis and Treatment of Acute Pancreatitis..... 49
<i>Русин А.В., Русин В.І., Одошевська О.М., Девіняк О.Т.</i>	<i>Rusyn A.V., Rusyn V.I., Odoshevskaya O.M., Devinyak O.T.</i>
Побудова математичної моделі для оптимізації програми скринінгу раку грудної залози 53	Creation of Mathematical Model to Optimize Breast Cancer Screening Program 53
<i>Хацко В.В., Шаталов А.Д., Войтюк В.Н., Матвиєнко В.А., Глазков А.І.</i>	<i>Khatsko V.V., Shatalov A.D., Voityuk V.N., Matviyenko V.A., Glazkov A.I.</i>
Диагностика и малоинвазивные методы лечения гемангиом печени 59	Diagnosis and Minimally Invasive Treatment Modes of Hepatic Hemangiomas 59
<i>Каніковський О.Є., Бондарчук О.І., Карий Я.В., Бабійчук Ю.В., Павлик І.В.</i>	<i>Kanikovskiy O.Ye., Bondarchuk O.I., Kariy Ya.V., Babiychuk Yu.V., Pavlyk I.V.</i>
Хірургічна тактика при лікуванні ускладнених форм жовчнокам'яної хвороби у хворих похилого і старечого віку 63	Surgical Tactics in Treatment of Complicated Forms of Cholelithiasis in Elderly and Senile Patients 63
<i>Козловська І.М.</i>	<i>Kozlovskaya I.M.</i>
Використання розчину діоксизолу в комплексному лікуванні хронічних анальних тріщин 67	The Use of Dioxisolium Solution in the Comprehensive Treatment of Chronic Anal Fissure 67
<i>Дзюбановський І.Я., Чонка І.І., Футуйма Ю.М., Кріцак М.Ю.</i>	<i>Dzyubanovskiy I.Ya., Chonka I.I., Futuyma Yu.M., Kritsak M.Yu.</i>
Сучасні підходи до вибору методу лікування ускладнень синдрому стопи діабетика..... 72	Modern Approaches to the Choice of Treatment Regimen for Diabetic Foot Syndrome Complications..... 72
<i>Іващук С.І.</i>	<i>Ivashchuk S.I.</i>
Дезінтеграційні механізми функціонування та структурні зміни підшлункової залози у хворих на гострий панкреатит з урахуванням ліпідного профілю та функції гепатоцитів 76	Disintegration Mechanisms of Functioning and Structural Changes of the Pancreas in Patients with Acute Pancreatitis Considering the Lipid Profile and Hepatocytes Functions 76
<i>Капшитарь А.В.</i>	<i>Kapshitar A.V.</i>
Непаразитарные кисты печени: диагностика и хирургическое лечение 83	Non-parasitic Hepatic Cysts: Diagnosis and Surgical Treatment 83

УДК 616.351-002.446-085.28

КОЗЛОВСЬКА І.М.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

ВИКОРИСТАННЯ РОЗЧИНУ ДІОКСИЗОЛЮ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ АНАЛЬНИХ ТРІЩИН

Резюме. Проблема хірургічного лікування анальних тріщин зумовлена частими післяопераційними ускладненнями й рецидивами, значним поширенням, тривалістю лікування та їх соціально-економічною значущістю. Лікування хронічних тріщин прямої кишки повинно бути спрямоване на основні патогенетичні ланки їх розвитку.

Мета дослідження. Поліпшення ефективності лікування хронічних анальних тріщин шляхом розробки та впровадження в практику методів лікування, що ґрунтуються на патогенетичних аспектах даної патології. Провести порівняльну оцінку ефективності лікування пацієнтів за традиційною методикою та запропонованим нами комплексним методом лікування хронічних анальних тріщин.

Матеріал та методи. У статті наведені результати лікування 44 пацієнтів із хронічними анальними тріщинами. Усі пацієнти були поділені на 2 групи: основна група — хворі, яким проводили внутрішньотканинний електрофорез із розчином діоксизолю, контрольна група, у якій застосовувалися загальноприйняті методи лікування анальних тріщин. Усі хворі спостерігались нами ще протягом 3 місяців після лікування. В основній групі в лікуванні хронічних анальних тріщин застосовували комплексну дію внутрішньотканинного електрофорезу та етіопатогенетично обґрунтованого лікарського засобу — розчину діоксизоль®-Дарниця. Електрофорез виконували за допомогою апарата «Поток-1» густиною струму 0,01–0,05 мА/см², тривалістю 60 хвилин.

Результати та обговорення. Поява крайової епітелізації хронічної анальної тріщини відзначена вже з 8,95 ± 0,34 доби проведення гальванізації з діоксизолем і лише на 14,05 ± 0,43 доби на тлі застосування стандартних методів лікування. Загоєння анальних тріщин у основній групі спостерігалось в 2,5 рази швидше (на 14,05 ± 0,43 доби) порівняно з контрольною групою (на 34,41 ± 1,02 доби) (P < 0,001).

Висновки. Застосування розробленого нами алгоритму лікування хронічних анальних тріщин призводить до підвищення ефективності консервативного лікування на 35 %, у 4,7 рази скорочує термін лікування та у 2,6 рази пришвидшує загоєння тріщини. Запропоноване комплексне лікування пришвидшує епітелізацію та терміни загоєння дефекту анодерми, швидко ліквідує спазм анального сфінктера та больовий синдром, розриваючи основний патогенетичний механізм розвитку даного захворювання.

Ключові слова: анальна тріщина, внутрішньотканинний електрофорез, розчин діоксизоль®-Дарниця, епітелізація тріщини, больовий синдром, побічна дія.

Анальна тріщина — одне з найбільш поширених захворювань у практиці колопроктолога. За даними Г.І. Воробйова, у структурі основних хірургічних втручань колопроктологічних відділень анальна тріщина становить 5 % і займає 6-те місце серед 24 нозологічних форм у колопроктології [2]. Проблема хірургічного лікування тріщин прямої кишки зумовлена частими післяопераційними ускладненнями й рецидивами, значним її поширенням, тривалістю лікування та їх соціально-економічною значущістю [4, 12].

Існують різні погляди на патогенез анальної тріщини — хронічної виразки анального каналу, що тривало не загоюється. Найбільш поширеними теоріями

виникнення хронічних анальних тріщин є механічна, нейрорефлекторна, інфекційна, токсична, психосоматична, судинна, поліетіологічна тощо [1]. Очевидно, основною ланкою механізму розвитку анальної тріщини є зміни нервових закінчень її дна [11]. Первинними чи вторинними є ці зміни, виникають вони у відповідь на стійкий спазм анального сфінктера, тим самим замикаючи порочне коло патогенезу, чи навпаки? Це питання вимагає подальшого вивчення.

© Козловська І.М., 2014

© «Український журнал хірургії», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

Клінічна картина анальної тріщини має характерні ознаки: подразнення нервових закінчень слизової оболонки при тривалому існуванні тріщини викликає різкі больові відчуття і часто — спазм анального сфінктера [1, 7]. Тонічний спазм цих м'язів, що виникає після дефекації, може тривати протягом багатьох годин, аж до наступної дефекації. У такому разі виникає порочне коло патогенезу: анальна тріщина викликає різкі больові відчуття, що призводять до спазму, в основному внутрішнього сфінктера, що, у свою чергу, перешкоджає загоєнню тріщини, зумовлюючи ішемію тканин [6].

Втягування у процес (запальних та трофічних змін) нервових закінчень на дні хронічної анальної тріщини (ХАТ) зумовлює виникнення виразки, що не загоюється [10]. Щоб наблизити краї розриву, сфінктер перебуває у стані постійного скорочення — виникає спазм анального сфінктера, що, у свою чергу, викликає біль та погіршення кровопостачання ділянки ураження [6]. Надлишкове скорочення сфінктера перешкоджає загоєнню тріщини [1]. Біль, що супроводжує дефекацію, посилює спазм анального сфінктера, який призводить до гіпоксії тканин анального каналу за рахунок стиснення внутрішньостінкових судин та супутніх порушень мікроциркуляції й іннервації [3, 8]. Отже, при цьому виникає й розвивається порочне коло патологічних процесів, характерне для хронічного захворювання.

Лікування хронічних тріщин прямої кишки нині характеризується все більш частим використанням нехірургічних методів впливу на тонус внутрішнього анального сфінктера [9] (хімічна сфінктеротомія) з метою його редукції. Сьогодні все ширше використовуються методи медикаментозної сфінктеротомії: ботулотоксин, донатори NO (нітрати), блокатори кальцієвих каналів, однак таке лікування не є ідеальним, оскільки не позбавлене побічного ефекту дії лікарських засобів, ускладнень та рецидивів ХАТ, не враховує впливу інфекційного агента на формування хронічного запального процесу [5, 12].

З огляду на вищенаведене лікування хронічних тріщин прямої кишки повинно бути спрямоване саме на основні патогенетичні ланки їх розвитку. У зв'язку з цим нами запропонований новий метод комплексного лікування даної патології з етіопатогенетично обґрунтованим застосуванням лікарського засобу, що забезпечує стійку хімічну сфінктеротомію і впливає на основні патогенетичні механізми розвитку ХАТ.

Мета роботи — поліпшення ефективності лікування ХАТ шляхом розробки і впровадження в практику методів лікування, що ґрунтуються на патогенетичних аспектах даної патології. Провести порівняльну оцінку ефективності лікування пацієнтів за традиційною методикою та запропонованим нами комплексним методом лікування хронічних тріщин прямої кишки.

Матеріал та методи

Проведено обстеження та лікування 44 пацієнтів із ХАТ у I та II хірургічних відділеннях лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівців, у проктологічному відділенні обласної клінічної лікарні м. Чернівців та

проктологічному відділенні Київської міської клінічної лікарні № 18 із 2008 по 2013 рік. Ми спостерігали усіх хворих ще протягом 3 місяців після стаціонарного лікування.

Усі пацієнти були поділені на 2 групи: I (основна група (22 пацієнти) — хворі, яким проводили внутрішньотканинний електрофорез із розчином діоксизолу, II (контрольна група (22 пацієнти) — хворі, для лікування яких застосовувалися методи лікування ХАТ відповідно до протоколів МОЗ (блокатори кальцієвих каналів та донатори NO (нітрати)). Групи пацієнтів були однотипними за віком, статтю та локалізацією тріщини. Вік пацієнтів коливався від 21 до 73 років. Задня ХАТ виявлена у 37 хворих (84,1 %), передня — у 6 пацієнтів (13,6 %), передня та задня одночасно — в 1 хворого (2,3 %). Больове відчуття оцінювали за 10-бальною візуальною аналоговою шкалою (ВАШ). Пацієнту пропонували оцінити інтенсивність болю й визначали результат у балах: 0 балів — біль відсутній, 1–3 бали — біль незначний, 3–5 — біль помірний, 5–7 — біль інтенсивний, більше 8 балів — біль нестерпний.

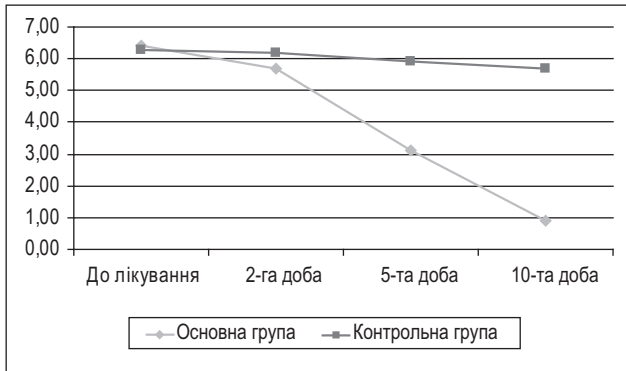
В основній групі в лікуванні хронічних анальних тріщин застосовували комплексну дію внутрішньотканинного електрофорезу та етіопатогенетично обґрунтованого лікарського засобу — розчину діоксизоль®-Дарниця. Електрофорез виконували за допомогою апарата «Поток-1» густиною струму 0,01–0,05 мА/см² тривалістю 60 хвилин. При цьому в ампулу прямої кишки через активний ректальний дренаж-електрод вводили 5 мл діоксизолу.

Пацієнтам була запропонована дієта № 3 за Певзнером. З метою зменшення подразнювальної дії калових мас рекомендували виключити з раціону гостру, солону, смажену їжу, спеції, алкоголь та надати перевагу їжі кисло-молочно-рослинного характеру. Також рекомендували проводити теплі сидячі ванночки 3–4 рази на день, оскільки в комплексному лікуванні вони мають вагоме значення, ванночки насамперед зменшують тонус сфінктера, сприяють очищенню та загоєнню дефекту.

У дослідження включали пацієнтів із хронічними анальними тріщинами з рубцевими краями без наявності гіпертрофованого анального сосочка та пектенозу, анамнез захворювання яких був від 6 міс. до 3–4 років. Критеріями виключення були супутні тяжкі некомпенсовані соматичні патології, ВІЛ-інфекція, підозра на онкозахворювання та відмова від участі в дослідженні.

Результати та обговорення

Установлено, що в пацієнтів основної групи вже з першої доби проведення сеансів внутрішньотканинного електрофорезу з діоксизолем зменшується інтенсивність больового синдрому порівняно з контрольною групою хворих, для яких застосовували інші методи медикаментозної релаксації анального сфінктера (ніфедипінова мазь, нітрогліцерінова мазь, дилтіазем, мідокалм). До початку консервативного лікування за ВАШ вираженість больового синдрому в обох групах пацієнтів була 6,3–6,4 бала. Починаючи вже з 2-ї доби лікування спостерігається зниження інтенсивності



Рисунк 1. Динаміка болювого синдрому протягом 10 днів лікування за ВАШ (основна група — внутрішньотканинний електрофорез із діоксизолом, контрольна — загальноприйняті методи лікування)

болю до 5,7 бала в основній групі пацієнтів, тоді як у контрольній групі даний результат досягається тільки після 10 днів використання блокаторів кальцієвих каналів та донаторів NO. В основній групі після 10 сеансів внутрішньотканинного електрофорезу з діоксизолом інтенсивність болю за ВАШ становила 0,9 бала (рис. 1). Показники болю нижче 2 балів у разі використання загальноприйнятих методів зняття спазму анального сфінктера досягаються лише після 5–8 тижнів лікування.

Відзначено, що далеко не всі пацієнти контрольної групи змогли пристосуватися до проведеного лікування й були змушені перервати його через появу таких побічних ефектів, як головний біль, тахікардія, ортостатична гіпотензія, запаморочення, гіперемія обличчя (у 30–60 % хворих), що істотно впливає на якість їх життя. Найчастіше з-поміж зазначених побічних ефектів відмічали появу головного болю — 13 пацієнтів контрольної групи з 22 (59 %). Двоє з них (9 %) припинили лікування нітратами після 2 тижнів лікування через виражену їх побічну дію, відповідно у 9 % пацієнтів контрольної групи відзначено незадовільний результат лікування. В основній групі тільки одна пацієнтка після перших двох сеансів електрофорезу з діоксизолом вказувала на короткочасне відчуття печіння, що зникало самостійно через кілька хвилин і не потребувало відміни препарату.

Таблиця 1. Терміни загоєння хронічної анальної тріщини ($X \pm Sx$)

Показники	Група, кількість обстежених	
	Контрольна група, n = 22	Основна група, n = 22
Початок крайової епітелізації (доба)	14,05 ± 0,43	8,95 ± 0,34 P < 0,001
Загоєння дефекту анодерми (доба)	34,41 ± 1,02	13,91 ± 0,36 P < 0,001

Примітка: P — ступінь вірогідності різниць показників у хворих контрольної та основної груп

Як видно з таблиці 1, поява крайової епітелізації хронічної анальної тріщини відзначена вже з 8,95 ± 0,34 доби проведення гальванізації з розчином діоксизолу і лише на 14,05 ± 0,43 доби на тлі застосування стандартних методів лікування хронічних анальних тріщин (в 1,6 раза повільніше, P < 0,001). Загоєння анальних тріщин у хворих основної групи також спостерігалось у 2,5 раза швидше (на 14,05 ± 0,43 доби) порівняно з хворими контрольної групи (на 34,41 ± 1,02 доби) (P < 0,001).

Швидке загоєння анальних тріщин в основній групі пацієнтів пояснюється тим, що розчин діоксизоль®-Дарниця є комбінованим лікарським препаратом для місцевого застосування. Основна діюча речовина препарату — діоксидин — має виражену антибактеріальну дію відносно широкого спектра мікрофлори, а лідокаїн знімає виражений болювий синдром у пацієнтів із тріщинами прямої кишки, тим самим впливаючи на основні патогенетичні механізми даної патології. Розчин діоксизоль®-Дарниця має сильну місцеву анестезуючу, антибактеріальну й помірну гіперосмолярну дію, купірує ранове перифокальне запалення, стимулює процеси репарації й активність фагоцитів у рані, сприяючи швидкому загоєнню анальної тріщини.

Відповідно, і термін лікування при застосуванні запропонованого нами комплексного лікування хронічних анальних тріщин становив 10,09 ± 0,71 доби, оскільки хворим проводили 10 сеансів внутрішньотканинного електрофорезу з розчином діоксизолу, а термін лікування контрольної групи, де застосовували для лікування блокатори кальцієвих каналів та донатори NO (нітрати) протягом 5–8 тижнів, — 47,07 ± 0,75 доби, що в 4,7 раза довше порівняно з основною групою.

Аналізуючи отримані результати, ми чітко простежуємо тенденцію значно швидшого загоєння анальних тріщин при використанні запропонованого нами комплексного підходу до лікування анальних тріщин.

Висновки

Отримані результати свідчать про те, що використання в комплексному лікуванні хронічних анальних тріщин внутрішньотканинного електрофорезу з діоксизолом пришвидшує епітелізацію та терміни загоєння анальних тріщин, швидко ліквідує спазм анального сфінктера та болювий синдром, розриваючи основний патогенетичний механізм розвитку даного захворювання.

Застосування розробленого нами алгоритму лікування анальних тріщин приводить до підвищення ефективності консервативного лікування хронічних тріщин прямої кишки на 35 %, у 4,7 раза скорочує термін лікування та у 2,6 раза пришвидшує загоєння дефекту анодерми.

Застосування в комплексному лікуванні анальних тріщин електрофорезу з діоксизолом привело до швидкого й істотного зменшення болювого синдрому (на 6 балів за 10 сеансів) без жодних проявів побічної дії препарату.

Запропонований лікувальний алгоритм технічно простий, не має протипоказань та доступний для використання в стаціонарних та амбулаторних умовах медичних закладів будь-якого рівня.

Список літератури

1. Благодарный Л.А. Патогенез анальных трещин (обзор литературы) / Л.А. Благодарный, Н.Н. Полетов, Е.Е. Жарков // Колопроктология. — 2007. — № 1 (19). — С. 38-41.
2. Григорьева Г.А. О методах диагностики и консервативного лечения анарктальных заболеваний / Г.А. Григорьева, С.В. Голышева // Лечащий врач. — 2011. — № 4. — С. 66-71.
3. Грицкевич А.В. Оценка эффективности амбулаторного лечения хронической анальной трещины / А.В. Грицкевич // Актуальные проблемы современной медицины 2011: материалы 65-й Международной научной конференции студентов и молодых ученых, посвященной 90-летию Белорусского государственного медицинского университета: в 2 частях / Белорусский медицинский университет (Минск); ред.: Е.В. Барковский, С.Л. Кабак. — Минск: БГМУ, 2011. — Ч. 1. — С. 113-115.
4. Іфтодій А.Г. Критерій ефективності лікування хворих на хронічні ускладнені анальні тріщини / А.Г. Іфтодій, І.М. Козловська, О.В. Білик // Актуальні проблеми сучасної медицини. — 2013. — Т. 13, № 4(44). — С. 22-25.
5. Непосредственные результаты комплексного лечения хронической анальной трещины / Ю.А. Шелыгин, С.А. Фролов, Л.П. Орлова [и др.] // Колопроктология. — 2010. — № 1 (31). — С. 4-10.
6. Agrawal V. Randomized controlled pilot trial of nifedipine as oral therapy vs topical application in the treatment of fissure-in-ano / V. Agrawal, G. Kaushal, R. Gupta // Am. J. Surg. — 2013. — Vol. 206, Issue 5. — P. 748-751.
7. Boeker E.B. Treatment of chronic anal fissures: diltiazem or isosorbide dinitrate as first choice? / E.B. Boeker, M.J. Kruijer, P.C. Verbeek // Ned. Tijdschr. Geneesk. — 2011. — P. 155.
8. Bulus H. Comparison of topical isosorbide mononitrate, topical diltiazem, and their combination in the treatment of chronic anal fissure / H. Bulus, N. Varol, A. Tas, A. Coskun // Asian J. Surg. — 2013. — № 36 (4). — P. 165-169.
9. Conservative versus surgical treatment for chronic anal idiopathic fissure: a prospective randomized trial / M. Rosa, G. Cestaro, C. Vitiello [et al.] // Updates Surg. — 2013. — № 65 (3). — P. 197-200.
10. Jawaid M. Topical diltiazem hydrochloride and glyceryl trinitrate in the treatment of chronic anal fissure / M. Jawaid, Z. Masood, M. Salim // J. Coll. Physicians Surg. Pak. — 2009. — № 19 (10). — P. 614-617.
11. Optimal treatment duration of glyceryl trinitrate for chronic anal fissure: results of a prospective randomized multicenter trial / G. Gagliardi, A. Pascariello, D.F. Altomare [et al.] // Tech. Coloproctol. — 2010 September. — № 14 (3). — P. 241-248.
12. Quality of life in patients with chronic anal fissure after topical treatment with diltiazem / A. Tsunoda, Y. Kashiwagura, K. Hirose [et al.] // World J. Gastrointest. Surg. — 2012. — № 4 (11). — P. 251-255.

Отримано 18.04.14 ■

Козловская И.М.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАСТВОРА ДИОКСИЗОЛЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

Резюме. Проблема хирургического лечения анальных трещин обусловлена частыми послеоперационными осложнениями, рецидивами, широким распространением, длительностью лечения и их социально-экономической значимостью. Лечение анальных трещин необходимо направить на их главные патогенетические звенья.

Цель исследования. Улучшение эффективности лечения хронических анальных трещин путем разработки и внедрения в практику методов лечения, основанных на патогенетических аспектах данной патологии. Провести сравнительную оценку эффективности лечения пациентов по традиционной методике и предложенным нами комплексным методам лечения.

Материал и методы. В статье приведены результаты лечения 44 пациентов с хроническими анальными трещинами. Все пациенты были разделены на 2 группы: основная группа — больные, которым проводили внутритканевой электрофорез с раствором диоксизоль®-Дарница, и контрольная группа, в которой применялись общепринятые методы лечения анальных трещин. В основной группе применяли комплексное воздействие внутритканевого электрофореза и этиопатогенетически обоснованного лекарственного средства — раствора

диоксизоль®-Дарница. Электрофорез проводили с помощью аппарата «Поток-1» плотностью тока 0,01–0,05 мА/см², длительностью 60 минут.

Результаты и обсуждение. Появление краевой эпителизации хронической анальной трещины отмечено уже с 8,95 ± 0,34 суток проведения гальванизации с диоксизолем и только на 14,05 ± 0,43 суток на фоне применения стандартных методов лечения. Заживление трещин в основной группе наблюдалось в 2,5 раза быстрее (на 14,05 ± 0,43 суток) по сравнению с контрольной группой (на 34,41 ± 1,02 суток) (P < 0,001).

Выводы. Применение разработанного нами алгоритма лечения хронических анальных трещин приводит к повышению эффективности консервативного лечения на 35 %, в 4,7 раза сокращает сроки лечения и в 2,6 раза ускоряет заживление анальной трещины. Предложенное комплексное лечение ускоряет эпителизацию и сроки заживления дефекта анодермы, быстро ликвидирует спазм анального сфинктера и болевой синдром, разрывая основной патогенетический механизм развития данного заболевания.

Ключевые слова: анальная трещина, внутритканевой электрофорез, раствор диоксизоль®-Дарница, эпителизация трещины, болевой синдром, побочное действие.

Kozlovska I.M.

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

THE USE OF DIOXISOLUM SOLUTION IN THE COMPREHENSIVE TREATMENT OF CHRONIC ANAL FISSURE

Summary. Introduction. Anal fissures are one of the most prevalent diseases in coloproctology. The problem of surgical treatment of anal fissures is often caused by frequent postoperative complications and relapses, its wide spread, long period of treatment and its social-economical importance. The treatment of chronic anal fissures should be directed in the main pathogenetic links of their development. Therefore a new method of a comprehensive treatment of this pathology is suggested using etiopathogenetically substantiated pharmaceutical agent ensuring stable chemical sphincterotomy and influencing upon the main pathogenetic mechanisms of anal fissures development.

Objective. To improve the efficacy of treatment of chronic anal fissures by means of elaboration and introduction into practical work the methods of treatment based on pathogenetic aspects of the given pathology; to conduct a comparative evaluation of treatment by traditional methods and suggested by us a comprehensive method of treatment of chronic anal fissures.

Material and Methods. The article presents the results of treatment of 44 patients with chronic anal fissures. All the patients were divided into two groups: the main group (22 individuals) included the patients receiving interstitial electrophoresis with dioxisolum®-Darnitsa solution, and the control group (22 individuals) received generally accepted methods of treatment of anal fissures. All the patients were observed during 3 months after hospital treatment. A combined action of interstitial electrophoresis and etiopathogenetically substantiated medicine — dioxisolum®-Darnitsa solution (Darnitsa pharmaceutical company, Ukraine) was used in the main group of patients. Electrophoresis was conducted by means of the device «Potok-1» with electric power of 0.01–0.05 mA/cm² during 60 minutes.

Results and Discussion. Marginal epithelization of chronic anal fissure was observed already on the 8.95 ± 0.34 day of galvanization with dioxisolum®-Darnitsa solution, and only on the 14.05 ± 0.43 day against the ground of traditional methods of treatment of chronic anal fissures. Healing of anal fissures in the patients from the main group was 2.5 times quicker (on the 14.05 ± 0.43 day) in comparison with the control group (on the 34.41 ± 1.02 day) ($P < 0.001$). The use of electrophoresis with dioxisolum®-Darnitsa in a comprehensive treatment of anal fissures has resulted in quick and considerable elimination of pain syndrome (6 points lower during 10 sessions) without any side effects of the drug.

Treatment time in applying our proposed treatment of chronic anal fissure was 10.09 ± 0.71 day because patients underwent 10 sessions of interstitial electrophoresis with dioxisolum®-Darnitsa solution and duration of treatment in the control group, which used to treat calcium channel blockers and donors NO (nitrates) for 5–8 weeks — 47.07 ± 0.75 day, in 4.7 times longer compared to the main group.

Conclusions. Application of the algorithm of treatment of chronic anal fissures worked out by us leads to the improvement of conservative therapy of chronic anal fissures on 35 %, reduces the period of treatment in 4.7 times and accelerates the healing process in 2.6 times. The suggested comprehensive treatment of anal fissures speeds epithelization and terms of healing of anodermal defects, and eliminates spasm and pain of the anal sphincter quickly breaking the main pathogenetic mechanism of development of this disease. The proposed algorithm is technically simple, it does not have any contraindications and is available for use in hospitals and out-patient departments.

Key words: anal fissure, interstitial electrophoresis, dioxisolum®-Darnitsa solution, fissure epithelization, pain syndrome, side effect.