

# КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ ТА ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЯ

**Том 18, № 3 (69)**  
**2019**

Науково-практичний медичний журнал  
Видається 4 рази на рік  
Заснований в квітні 2002 року

---

**Головний редактор**  
Слободян О.М.

**Почесний головний редактор**  
Ахтемійчук Ю.Т.

**Перший заступник  
головного редактора**  
Іващук О.І.

**Заступники головного  
редактора**  
Чайковський Ю.Б.  
Проняєв Д.В.

**Відповідальний секретар**  
Товкач Ю.В.

**Секретар**  
Лаврів Л.П.

**Редакційна колегія**

Білоокий В.В.

Боднар Б.М.

Булик Р.Є.

Власов В.В.

Давиденко І.С.

Іфтодій А.Г.

Кривецький В.В.

Макар Б.Г.

Олійник І.Ю.

Полянський І.Ю.

Федорук О.С.

Хмара Т.В.

---

Засновник і видавець: ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
Адреса редакції: 58002, пл. Театральна, 2, Чернівці, Україна

URL: <http://kaos.bsmu.edu.ua/>;  
E-mail: [cas@bsmu.edu.ua](mailto:cas@bsmu.edu.ua)

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

Андергубер Ф. (Грац, Австрія), Білаш С.М. (Полтава), Вовк Ю.М. (Рубіжне), Вовк О.Ю. (Харків), Волков К.С. (Тернопіль), Гнатюк М.С. (Тернопіль), Головацький А.С. (Ужгород), Гумінський Ю.Й. (Вінниця), Гунас І.В. (Вінниця), Дуденко В.Г. (Харків), Катеренюк І.М. (Кишинів, Молдова), Костюк Г.Я. (Вінниця), Кошарний В.В. (Дніпро), Кривко Ю.Я. (Львів), Лук'янцева Г.В. (Київ), Масна З.З. (Львів), Матешук-Вацеба Л.Р. (Львів), Небесна З.М. (Тернопіль), Неделку А. (Яси, Румунія), Околокулак Є.С. (Гродно, Білорусь), Пастухова В.А. (Київ), Півторак В.І. (Вінниця), Пикалюк В.С. (Луцьк), Попадинець О.Г. (Івано-Франківськ), Попов О.Г. (Одеса), Попович Ю.І. (Івано-Франківськ), Ромаєв С.М. (Харків), Россі П. (Рим, Італія), Савва А. (Яси, Румунія), Сікора В.З. (Суми), Суман С.П. (Кишинів, Молдова), Топор Б.М. (Кишинів, Молдова), Федонюк Л.Я. (Тернопіль), Філіпоу Ф. (Бухарест, Румунія), Черкасов В.Г. (Київ), Черно В.С. (Миколаїв), Шепітько В.І. (Полтава), Шкодівський М.І. (Сімферополь)

## EDITORIAL COUNCIL

Friedrich Anderhuber (Graz, Austria), Anca Sava (Yassy, Romania), Alin Nedelcu (Yassy, Romania), Florin Filipoiu (Bucureshti, Romania), Pellegrino Rossi (Roma, Italy), Suman Serghei (Kishinev, Moldova), Bilash S.M (Poltava), Vovk Yu.M. (Rubizhne), Vovk O.Yu. (Kharkiv), Volkov K.S. (Ternopil), Gnatyuk MS (Ternopil), Golovatsky A.C. (Uzhgorod), Guminsky Yu.Y. (Vinnitsa), Gunas I.V. (Vinnytsya), Dudenko V.G. (Kharkiv), Kateryenyuk I.M. (Kishinev, Moldova), Kostiuk G.Ya. (Vinnytsia), Kosharnyi V.V. (Dnipro), Krivko Yu.Ya. (Lviv), Lukyantseva G.V. (Kiev), Masna Z.Z. (Lviv), Mateshuk-Vatseba L.R. (Lviv), Nebesna Z.M. (Ternopil), Okolokulak E.S. (Grodno, Belarus), Pastukhova V.A. (Kiev), Pivtorak V.I. (Vinnytsia), Pikalyuk V.S. (Lutsk), Popadynets O.H. (Ivano-Frankivsk), Popov O.G. (Odessa), Popovich Yu.I. (Ivano-Frankivsk), Romany S.M. (Kharkiv), Sikora V.Z. (Sumy), Topor B.M. (Chisinau, Moldova), Fedonyuk L.Ya. (Ternopil), Cherkasov V.G. (Kiev), Chernov V.C. (Nikolaev), Shepitko V.I. (Poltava), Shkodivskyj M.I. (Simferopol)

**Свідоцтво про державну реєстрацію –  
серія КВ № 6031 від 05.04.2002 р.**

**Журнал включений до баз даних:**

**ВІНІТІ Російської академії наук, Ulrich`s Periodicals Directory, Google Scholar, Index Copernicus International, Scientific Indexing Services, Infobase Index, Bielefeld Academic Search Engine, International Committee of Medical Journal Editors, Open Access Infrastructure for Research in Europe, WorldCat, Наукова періодика України**

---

**Журнал "Клінічна анатомія та оперативна хірургія" –  
наукове фахове видання України**

**(Постанова президії ВАК України від 14.10.2009 р., № 1-05/4), перереєстровано наказом  
Міністерства освіти і науки України від 29 грудня 2014 року № 1528 щодо включення  
до переліку наукових фахових видань України**

---

**Рекомендовано вченою радою ВДНЗ України  
"Буковинський державний медичний університет"  
(протокол № 1 від 29.08.2019 року)**

ISSN 1727-0847

**Klinična anatomiâ ta operativna hirurgiâ (Print)  
Clinical anatomy and operative surgery**

ISSN 1993-5897

**Klinična anatomiâ ta operativna hirurgiâ (Online)  
Kliničeskaâ anatomiâ i operativnaâ hirurgiâ**

**© Клінічна анатомія та оперативна хірургія, 2019**

УДК 616.352-007.254-089.168.1-083  
DOI: 10.24061/1727-0847.18.3.2019.12

**І.М. Козловська, А.Г. Іфтодій, Я.В. Кулачек, В.І. Гребенюк**

*Кафедра хірургії № 2 (зав. – проф. А.Г. Іфтодій) Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці*

## ВЕДЕННЯ РАНЬОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ АНАЛЬНОЇ ТРІЩИНИ

**Резюме.** Враховуючи високий відсоток незадовільних результатів хірургічного лікування хронічних анальних тріщин (ХАТ), низькі показники якості життя та потребу в післяопераційній (п/о) реабілітації таких пацієнтів, метою роботи було поліпшити результати хірургічного лікування ХАТ завдяки оптимізації ведення раннього п/о періоду. Нами обстежено 68 пацієнтів на ХАТ. В основній групі в п/о періоді, починаючи з 2-ої доби, проводили внутрішньотканинний електрофорез від 3 до 5 разів із розчином «Діоксизоль®-Дарниця» густиною струму 0,05 мА/см<sup>2</sup>, експозиція 60 хвилин, у контрольній – застосовували стандартні методи ведення п/о періоду. Інтенсивність больового синдрому суттєво зменшувалася вже з третьої доби після операції у пацієнтів, яким з 2-ої п/о доби проводили сеанси гальванізації, також упродовж усього терміну раннього п/о періоду, рівень болю був завжди суттєво нижчим, ніж у хворих контрольної групи. Якщо на першу добу після операції усі хворі потребували знеболювання, при цьому значна частина отримувала наркотичні анальгетики, то на третю добу лише 4 (11,43 %) хворих основної групи отримували знеболення, на відміну від усіх пацієнтів (100 %) контрольної групи, а на четверту добу основна група не потребувала знеболення, коли в контрольній групі 28 хворих (84,85%) ще застосовували знеболення. Оцінюючи п/о період та віддалені результати лікування, за всіма критеріями ефективність лікувальної тактики у основній групі є вищою. Зокрема, рецидив тріщини траплявся в 2,32 раза частіше у контролі. Також вдалося скоротити на 2,66 доби термін повного загоєння рани. Використання внутрішньотканинного електрофорезу у пацієнтів у ранньому п/о періоді після хірургічного лікування ХАТ підвищує ефективність лікування на 31%, в 1,2-1,3 рази покращує усі показники якості життя пацієнтів, сприяє швидкому відновленню післяопераційного лікування, зменшує частоту ранніх та пізніх п/о ускладнень.

**Ключові слова:** хронічна анальна тріщина, внутрішньотканинний електрофорез, післяопераційний період.

Анальна тріщина належить до найчастіших колопроктологічних захворювань. Частота цього захворювання становить 20-23 випадки на 1000 дорослого населення. У зв'язку з вираженою клінічною картиною (інтенсивний больовий синдром, виражений дискомфорт у ділянці промежини, порушення акту дефекації, стійкість до лікування, часті рецидиви та різноманітні ускладнення) проблема лікування анальної тріщини має важливе значення. Соціально-економічна значущість цього захворювання зумовлена тим, що хворіють переважно особи працездатного віку (20-60 років) [1, 2], з тривалим терміном втрати працездатності. Упродовж останніх років відзначають зростання захворюваності на хронічну анальну тріщину в осіб молодого та середнього віку і забезпечення соціальної реабілітації та швидке відновлення їх якості життя є вкрай важливим при хірургічному лікуванні таких пацієнтів [3].

Аналіз багатьох праць вітчизняних та зарубіжних авторів показав, що єдиним радикальним ме-

тодом лікування хронічної анальної тріщини є операційне втручання [4]. Нині запропоновано багато різноманітних методів хірургічного лікування анальних тріщин. Найпоширенішими з них є висічення анальної тріщини та дозована сфінктеротомія, однак наявність ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень засвідчує про недостатній радикалізм операційного втручання. Так, нориці прямої кишки діагностують у 1-2 % хворих, анальне нетримання – у 12-15 %, рецидив захворювання – у 10 %, стриктури відхідникового каналу – у 7-8 %. Загалом частота післяопераційних ускладнень сягає 35% [5].

Необхідно відзначити, що віддалені позитивні результати можуть бути досягнуті лише при комплексному патогенетично обґрунтованому лікуванні хронічної анальної тріщини.

**Мета дослідження:** покращити безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування хронічних анальних тріщин завдяки оптимізації ведення раннього післяопераційного періоду із

© Козловська І.М., Іфтодій А.Г., Кулачек Я.В., Гребенюк В.І., 2019

використанням у комплексному лікуванні внутрішньотканинного електрофорезу.

**Матеріал і методи.** Було обстежено 68 пацієнтів після хірургічного лікування хронічних анальних тріщин у ЛШМД з 2015 по 2018 рр. Пацієнти розподілені на 2 групи. Основна група (ОГ) (35 пацієнтів) – хворі, яким у післяопераційному (п/о) періоді, починаючи з 2 доби, проводили внутрішньотканинний електрофорез (ВТЕ) від 3 до 5 разів із розчином «Діоксизоль®-Дарниця» густиною струму 0,05 мА/см<sup>2</sup>, експозиція 60 хвилин. Контрольна група (КГ) (33 пацієнти) – застосовували стандартні методи ведення п/о періоду відповідно до протоколів МОЗ. Обидві групи пацієнтів були однотипними за гендерними ознаками.

Больове відчуття оцінювали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ). Пацієнту пропонували оцінити інтенсивність болю і 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.

Ранній післяопераційний період мав реабілітаційно-профілактичний характер. Проводили контроль загоєння операційної рани під час перев'язок, взяття мазків-відбитків, симптоматичне лікування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Встановлено, що інтенсивність больового синдрому статистично достовірно не відрізнялася між групами впродовж першої доби після операції. Значне зменшення болю відзначається вже з третьої доби після операції в пацієнтів ОГ, яким з 2 п/о доби проводили сеанси ВТЕ з розчином діоксизолу кількістю від 3 до 5. У подальшому, упро-

довж усього терміну раннього п/о періоду, рівень болю у хворих ОГ, за даними ВАШ, був завжди суттєво нижчим, ніж у хворих КГ ( $p < 0,001$ ).

Отримані дані підтверджуються і результатами аналізу потреби у використанні знеболювальних препаратів. Якщо на першу добу після операції усі хворі обох груп потребували знеболювання, при цьому значна частина отримувала наркотичні анальгетики, то на третю добу лише 4 (11,43 %) хворих ОГ отримували знеболення на відміну від усіх пацієнтів (100 %) КГ, а на четверту добу хворі ОГ переставали отримувати системну знеболювальну терапію, коли в КГ 28 хворих (84,85 %) потребували ще знеболення.

Оцінюючи післяопераційний період та віддалені результати лікування, за всіма критеріями ефективності лікувальної тактики у хворих ОГ є вищою. Зокрема, рецидив ХАТ траплявся в 2,32 раза частіше у КГ. Рубцевих змін у хворих ОГ не відзначали. Також вдалося скоротити на 2,66 доби термін повного загоєння рани, який в ОГ був  $11,72 \pm 0,61$ , проти  $14,38 \pm 1,17$  ( $p < 0,01$ ) у КГ. Основні ускладнення післяопераційного періоду при хірургічному лікуванні хворих на ХАТ є результатом порушення сфінктерного апарату прямої кишки (гіпотонус, недостатність сфінктера відхідника та нетримання). Загалом у ранньому післяопераційному періоді в 2 (5,71 %) хворих ОГ та 5 КГ (15,15 %) відзначали такі ускладнення. У віддаленому періоді недостатність сфінктера відхідника відзначали лише в 4 (12,12 %) пацієнтів КГ.

Через суттєвий вплив ХАТ на якість життя хворих, показники психологічного і фізичного здоров'я нами проведено опитування хворих

Таблиця 1

**Порівняння інтенсивності больового синдрому за даними візуально-аналогової шкали у балах після операційного втручання**

Тривалість післяопераційного періоду*	Вираженість больового синдрому в балах ВАШ	
	Основна група (n=35)	Контрольна група (n=33)
1 доба після операції	$5,83 \pm 0,637$ $p > 0,05$	$6,01 \pm 0,598$
2 доба після операції	$5,04 \pm 0,372$ $p < 0,05, p_1 > 0,05, p_2 > 0,05$	$5,98 \pm 0,241$ $p_1 > 0,05, p_2 > 0,05$
3 доба після операції	$4,23 \pm 0,343$ $p < 0,01, p_1 < 0,05, p_2 > 0,05$	$6,03 \pm 0,414$ $p_1 > 0,05, p_2 > 0,05$
4 доба після операції	$1,80 \pm 0,223$ $p < 0,001, p_1 < 0,01, p_2 = 0,001$	$4,49 \pm 0,206$ $p_1 < 0,05, p_2 < 0,01$
5 доба після операції	$1,06 \pm 0,095$ $p < 0,001, p_1 < 0,001, p_2 < 0,01$	$2,73 \pm 0,182$ $p_1 < 0,01, p_2 = 0,001$
7 доба після операції	$1,01 \pm 0,083$ $p < 0,001, p_1 < 0,001, p_2 > 0,05$	$1,90 \pm 0,108$ $p_1 < 0,001, p_2 < 0,01$

Примітки:

- \* – кількість сеансів ВТЕ у хворих основної групи відповідає кількості днів після операції (5 сеансів);
- p – ступінь вірогідності відмінності показника стосовно відповідного періоду;
- p<sub>1</sub> – ступінь вірогідності відмінності показника стосовно контролю (1 доба);
- p<sub>2</sub> – ступінь вірогідності відмінності показника стосовно попереднього періоду

згідно з методикою оцінки якості життя – The Short Form-36 (SF-36). Перед початком стаціонарного лікування статистично значущої різниці за якістю життя серед досліджуваних груп пацієнтів не встановлено ( $p > 0,05$ ). Фізичне здоров'я за оцінкою респондентом обсягу свого буденного фізичного навантаження у хворих перед лікуванням становило  $58,39 \pm 8,316$  балів, що суттєво нижче, ніж у здорових людей із групи контролю ( $83,51 \pm 5,708$ ,  $p > 0,01$ ). Хворі на ХАТ не виконували весь обсяг своєї звичайної роботи, що характеризується зменшенням показника обмеження життєдіяльності за рахунок фізичних проблем пацієнта. Відповідно у всіх хворих до лікування показник фізичного болю був високим ( $75,43 \pm 9,162$  балів).

Усі ці показники психічного здоров'я (соціа-

льна активність, обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем та психологічне здоров'я) були суттєво знижені (відповідно  $48,15 \pm 3,841$ ,  $41,62 \pm 4,407$ ,  $61,37 \pm 4,412$  балів) перед лікуванням. Загальний стан здоров'я, а саме показники життєздатності у пацієнтів з ХАТ виявилися низькими ( $55,63 \pm 4,712$ ). Показник загального здоров'я був також зниженим –  $66,48 \pm 4,634$  балів.

Результати визначення показників якості життя через 2 місяці після відповідного лікування у хворих обох груп наведені у табл. 2. При порівнянні показників якості життя у хворих обох груп у п/о періоді встановлено суттєве переважання всіх показників ОГ ( $p < 0,05$ ). Отже, розроблений лікувальний підхід має позитивний вплив на якість життя хворих на ХАТ.

Таблиця 2

**Порівняльна характеристика якості життя хворих в післяопераційному періоді за даними SF-36**

Показники	Основна група (n=35)	Контрольна група (n=33)	p
<b>Фізичний статус</b>			
Фізичне здоров'я (PF)	85,38±3,256	72,79±3,328	p<0,01
Рольове (фізичне) функціонування (RP)	74,13±3,656	63,85±3,347	p<0,05
Фізичний біль (P)	35,97±2,173	46,82±2,447	p<0,01
<b>Психічний статус</b>			
Соціальне функціонування (SF)	71,35±4,457	59,85±3,542	p<0,05
Емоційне функціонування (RE)	65,31±2,614	58,16±2,423	p<0,05
Психологічне здоров'я (MH)	79,45±3,572	69,43±3,466	p<0,05
<b>Загальний стан здоров'я</b>			
Життєздатність (VT)	73,82±3,429	63,69±3,507	p<0,05
Загальне здоров'я (GH)	85,64±3,436	71,58±3,781	p<0,01

Примітка: p – ступінь вірогідності різниці показників у хворих ОГ та КГ

**Висновки.** Використання внутрішньотканинного електрофорезу у пацієнтів із ХАТ у ранньому післяопераційному періоді підвищує ефективність хірургічного лікування цієї патології на 31%, в 1,2-1,3 рази покращує усі показники якості життя пацієнтів, сприяє швидкому відновленню після хірургічного лікування, зменшує частоту ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень, дає підставу скоротити терміни стаціонарного лікування та пришвидшує загоєння дефекту анодерми, дає змогу швидко й суттєво зменшити рівень больового синдрому без жодного прояву побічної дії препарату та відмінити необхідність знебо-

лення вже з третьої доби після операції. Запропонований лікувальний спосіб технічно доступний для використання за умови стаціонару й амбулаторно в медичних закладах будь-якого рівня.

**Перспективи подальших досліджень.** Запропонований спосіб ВТЕ можна застосовувати як самостійний етап лікування хронічних анальних тріщин, як підготовчий етап до хірургічного лікування та в ранньому післяопераційному періоді для запобігання післяопераційних ускладнень, швидшого загоєння післяопераційної рани та оптимізації відновного раннього післяопераційного періоду.

**Список використаної літератури**

1. Кравченко С.П. Спосіб оптимізації хірургічного лікування хворих з хронічною анальною тріщиною. Вісник проблем біології і медицини. 2015;2(125):266-9.
2. Хидиятов И.И., Адиев Р.Ф., Стрижков А.Е. Результаты комплексного обследования и хирургического лечения больных с хронической анальной трещиной. Астраханский медицинский журнал. 2012;4(7):256-9.
3. Іфтодій А.Г., Козловська І.М., Шварковський І.В., Білик О.В. Удосконалення результатів хірургічного лікування та якості життя пацієнтів із хронічними анальними тріщинами. Клінічна хірургія.

2014;11.3(867):21-3.

4. Шевчук І.М., Садовий І.Я. Застосування інтраопераційних технічних прийомів профілактики післяопераційної стриктури анального каналу при хронічній анальній тріщині. Шпитальна хірургія. 2014;4:71-4.

5. Vershenya S., Klotz J., Joos A., Bussen D., Herold A. Combined approach in the treatment of chronic anal fissures. *Updates Surg.* 2015 Mar;67(1):83-9. doi: 10.1007/s13304-015-0290-7.

#### References

1. Kravchenko S.P. Sposib optimizaciyi hirurgichnogo likuvannya hvorih z hronichnoyu analnoyu trishinoyu [Method for optimization of surgical treatment of patients with chronic anal fissure]. *Visnyk problem biologiyi i medycyny.* 2015;2(125):266-9. (in Ukrainian).

2. Khidiyatov II, Adiyev RF, Strizhkov AYe. Rezul'taty kompleksnogo obsledovaniya i khirur-gicheskogo lecheniya bol'nykh s khronicheskoy anal'noy treshchinoy [The results of a comprehensive examination and surgical treatment of patients with chronic anal fissure]. *Astrahanskij medicinskij zhurnal.* 2012;4(7):256-9. (in Russian).

3. Iftodij AG, Kozlovska IM, Shkvarkovskij IV, Bilik OV. Udoslkonalennya rezultativ hirurgichnogo likuvannya ta yakosti zhittya paciyentiv iz hronichnimi analnimi trishinami [Improving the results of surgical treatment and quality of life of patients with chronic anal fissures]. *Klinicheskaiia khirurgiia.* 2014;11.3(867):21-3. (in Ukrainian).

4. Shevchuk IM, Sadovyy IYa. Zastosuvannya intraoperacijnih tehnicnih prijomiv profilaktiki pislyaoperacijnoyi strikturi analnogo kanalu pri hronichnij analnij trishin [Application of intraoperative techniques of prevent postoperative stricture of anal canal during anal fissure]. *Hospital Surgery. Journal named by L.Ya. Kovalchuk.* 2014;4:71-4. (in Ukrainian).

5. Vershenya S, Klotz J, Joos A, Bussen D, Herold A. Combined approach in the treatment of chronic anal fissures. *Updates Surg.* 2015 Mar;67(1):83-9. doi: 10.1007/s13304-015-0290-7.

#### ВЕДЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

**Резюме.** Учитывая высокий процент неудовлетворительных результатов хирургического лечения хронических анальных трещин (ХАТ), низкие показатели качества жизни и потребность в послеоперационной (п/о) реабилитации таких пациентов целью работы было улучшить результаты хирургического лечения ХАТ благодаря оптимизации ведения раннего п/о периода. Было обследовано 68 пациентов с ХАТ. В основной группе в п/о периоде, начиная с 2 суток, проводили внутритканевой электрофорез от 3 до 5 раз с раствором «Диоксизоль®-Дарница» плотностью тока 0,05 мА/см<sup>2</sup>, экспозиция 60 минут, в контрольной – применяли стандартные методы ведения п/о периода. Интенсивность болевого синдрома существенно уменьшалась уже с третьего дня после операции у пациентов, которым с 2 п/о суток проводили сеансы гальванизации, также в течение всего срока раннего п/о периода, уровень боли был всегда существенно ниже, чем у больных контрольной группы. Если в первые сутки после операции все больные нуждались в обезболивании, при этом значительная часть получала наркотические анальгетики, то на третьи сутки только 4 (11,43%) больных основной группы получали обезбоживание в отличие от всех пациентов (100%) контрольной группы, а на четвертые сутки основная группа не нуждалась в обезболивании, когда в контрольной группе 28 больных (84,85%) еще получали обезбоживание. Оценивая п/о период и отдаленные результаты лечения, по всем критериям эффективность лечебной тактики в основной группе выше. В частности, рецидив трещины случался в 2,32 раза чаще в контроле. Также удалось сократить на 2,66 суток срок полного заживления раны. Использование внутритканевой электрофореза у пациентов в раннем п/о периоде после хирургического лечения ХАТ повышает эффективность лечения на 31%, в 1,2-1,3 раза улучшает все показатели качества жизни пациентов, способствует быстрому восстановлению после операционного лечения, уменьшает частоту ранних и поздних п/о осложнений.

**Ключевые слова:** хроническая анальная трещина, внутритканевой электрофорез, послеоперационный период.

#### MANAGEMENT OF THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD AFTER SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC ANAL FISSURES

**Abstract.** Taking into account a high rate of unsatisfactory results of surgical treatment of chronic anal fissures (CAF), low quality of life and the need for postoperative (p/o) rehabilitation of such patients, the objective of the work was to improve the results of surgical treatment of CAF due to optimization of the early p/o period. We examined 68 patients with the CAF. In the main group during the p/o period since the 2nd day, the intra-tissue electrophoresis was performed from 3 to 5 times with «Dioxysol®-Darnitsa» solution with a current density of 0.05 mA/cm<sup>2</sup>, during 60 minutes, in the control group - standard methods of p/o treatment were

used. The intensity of pain was significantly reduced from the third day after the operation in patients who had galvanization sessions since the 2nd day, as well as during the entire period of the early period, the pain level was always significantly lower than in the control group. If on the first day after the operation all patients needed anesthesia, and the majority of them received narcotic analgesics, on the third day only 4 (11.43%) of the patients in the main group received anesthesia contrary to all patients (100%) of the control group. On the fourth day, the main group did not require anesthesia, while in the control group 28 patients (84.85%) still had anesthesia. Assessing the p/o period and remote results of treatment, according to all criteria, the effectiveness of treatment tactics in the main group is higher. In particular, the relapse of fissures occurred in 2.32 times more often in the control group. In addition, it became possible to reduce the time of complete wound healing by 2.66 days. The use of intra-tissue electrophoresis in patients at the early p/o period after surgical treatment of CAF increases the effectiveness of treatment by 31%, improves the quality of life of patients by 1,2-1,3 times, promotes rapid recovery after surgery, reduces the frequency of early and late p/o complications.

**Key words:** chronic anal fissure, intra-tissue electrophoresis, postoperative period.

*Відомості про авторів:*

**Козловська Ірина Михайлівна** – кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургії № 2 Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», Чернівці;  
**Іфтодій Андрій Григорович** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії № 2 Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», Чернівці;

**Кулачек Ярослав Вячеславович** – кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії № 2 Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», Чернівці;  
**Гребенюк Володимир Іванович** – кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії № 2 Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», Чернівці.

*Information about authors:*

**Kozlovska Iryna M.** – Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor Department of Surgery № 2 Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi;

**Ifthodiy Andriy G.** – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Surgery № 2 Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi;

**Kulachek Yaroslav V.** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of surgery №2 Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi;

**Hrebenyuk Volodymyr I.** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of surgery №2 Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi.

Надійшла 02.05.2019 р.

Рецензент – проф. Шевчук І.М. (Івано-Франківськ)