

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 11.3 (867) листопад 2014
Щомісячний науково–практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)
Заснований у червні 1921 р.



Нагороджений
«КРИСТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»,
медалями «ТРУДОВА СЛАВА» та «ЛІДЕР НАЦІОНАЛЬНОГО БІЗНЕСУ»
Міжнародної Академії

Рейтингових технологій та соціології
«Золота Фортуна»

Редактор
Г. В. Остроумова
Коректор
О. П. Заржицька

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
SciVerse Scopus, EBSCOhost, Google Scholar та ін.

Затверджений постановою президії ВАК України
№ 1-05/1 від 10.02.10.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,
редакція журналу «Клінічна хірургія».
Тел./факс (- 044) 408.18.11, <http://hirurgiya.com.ua>
e-mail: info@hirurgiya.com.ua
jcs@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 06.11.14. Формат 60 × 90/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 11
Обл. вид. арк. 10,72. Тираж 1 500.
Замов. 546.

Видавець
ТОВ «Ліга-Інформ»
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (- 044) 408.18.11.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73,
тел./факс (- 044) 417.21.70.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих в
журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2014
© Ліга – Інформ, 2014

ISSN 0023–2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 11.3 (867) листопад 2014

Головний редактор
М. Ю. Ничитайло

Заступник
головного редактора
С. А. Андреещев

РЕДАКЦІЙНА
КОЛЕГІЯ

М. Ф. Дрюк
М. П. Захараш
В. І. Зубков
Г. В. Книшов
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
О. Г. Котенко
Д. Ю. Кривченя
В. В. Лазоришинець
О. С. Ларін
П. М. Перехрестенко
С. Є. Подпрятков
Ю. В. Поляченко
А. П. Радзіховський
Б. В. Радіонов
А. В. Скумс
І. М. Тодуров
О. Ю. Усенко
Я. П. Фелештинський
В. І. Цимбалюк
В. В. Чорний
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

РЕДАКЦІЙНА
РАДА

Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запорожченко
І. В. Іоффе
П. Г. Кондратенко
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
О. С. Никоненко
В. В. Петрушенко
В. І. Русин
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал

ISSN 0023-2130



9 770 023 213 008 >

УДОСКОНАЛЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ АНАЛЬНИМИ ТРІЩИНАМИ

А. Г. Іфтодій, І. М. Козловська, І. В. Шкварковський, О. В. Білик

Буковинський державний медичний університет

IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT RESULTS AND LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH CHRONIC ANAL FISSURES

A. G. Iftodiy, I. M. Kozlovska, I. V. Shkvarkovskiy, O. V. Bilyk

Реферат

Метою нашої роботи був пошук нових методів лікування хронічних анальних тріщин, спрямованих на поліпшення функціональних результатів та якості життя пацієнтів. Вже через 2 місяці після запропонованого нового методу комплексного хірургічного лікування показники сфінктерометрії практично не відрізнялися від практично здорових осіб, а через 6 місяців після оперативного втручання нормальна функціональна здатність відхідника в усіх пацієнтів була відновлена повністю. Проведений аналіз опитувальника SF—36 свідчить, що всі показники якості життя у пацієнтів, де застосовували запропонований метод лікування анальних тріщин були вірогідно значно вищими (у 1,2—1,7 разу), аніж у пацієнтів, де застосовували загальноприйняте лікування. Загалом якість життя пацієнтів оперованих запропонованим методом значно вища від середнього рівня як за шкалою фізичного, так і психоемоційного статусу — відповідно 89,2 ± 7,8 та 84,8 ± 5,2 бала.

Ключові слова: хронічна анальна тріщина, якість життя, сфінктерометрія.

Abstract

The aim of our work was to find new methods of treatment of chronic anal fissures aimed at improving functional outcomes and life quality of patients. Within two months after the proposed new method of complex surgical treatment the indicators of sphincterometry practically did not differ from those of healthy individuals, and six months after surgery normal functional ability of the anus in all the patients was restored completely. The analysis of the questionnaire SF—36 is indicative of the fact that all indicators of life quality in patients operated on by means of the proposed method of treatment of anal fissures were reliably much higher (in 1,2—1,7 times) than in patients with generally accepted treatment. Overall, the life quality of patients operated on by means of the proposed method is much higher than the average on the scale of physical and psychoemotional status — 89,2 ± 7,8 and 84,8 ± 5,2 points respectively.

Key words: chronic anal fissure, life quality, sphincterometry.

Хронічна анальна тріщина (ХАТ) займає третє місце за поширеністю серед проктологічних захворювань і значно знижує якість життя (ЯЖ) пацієнтів через різко виражений біль під час дефекації та кровотечі, спазм анального сфінктера. Питома вага хворих з ХАТ у структурі колопроктологічних стаціонарів становить від 9 до 12%.

Зазвичай хворі звертаються за медичною допомогою на пізніх стадіях захворювання, коли вже має місце перехід гострої форми в хронічну. Основна частина з них пред'являють скарги на сильний біль в анальному каналі, який може тривати від декількох хвилин до кількох годин і навіть діб, що призводить до виникнення почуття страху перед дефекацією, внаслідок чого калові маси набувають ще більш щільної консистенції через всмоктування рідини й наносять додаткову травму анальному каналу [2,6]. В даний час доведена ще низка причин, що перешкоджають загоєнню гострого дефекту анодерми — підвищення максимального тиску спокую в анальному каналі, поєднане зі спазмом внутрішнього сфінктера, місцева ішемія в ділянці задньої чи передньої комісури, підтримувана спазмом внутрішнього анального сфінктера та дефіцит оксиду азоту, що перешкоджає розслабленню внутрішнього сфінктера [1,2]. У підсумку на момент звернення хворо-

го за медичною допомогою вже наявні початкові несприятливі умови для нормального процесу загоєння тріщини.

На даний момент запропоновано безліч авторських методів лікування ХАТ, серед яких — висічення тріщини, дилатація анального каналу, різні види алопластики та сфінктеротомії, ін'єкції ботулінічного токсину, спирто—новокаїнові блокади, лазерна коагуляція тріщини і т. ін. Проте вони не є ідеальними, тобто не позбавлені побічних ефектів, ускладнень і рецидивів ХАТ. За даними літератури, частота рецидивів досі залишається на високому рівні й становить від 15 до 48,6% [3]. На зниження якості життя пацієнтів впливає також висока частота розвитку специфічних післяопераційних ускладнень, таких як недостатність анального сфінктера і рубцеві стриктури — до 25% [3].

Більшість авторів визнають, що всі відомі способи лікування хворих з анальною тріщиною крім переваг мають і недоліки, тому не можуть повною мірою задовольнити колопроктологів. Отже, необхідність вдосконалення як хірургічної техніки, так і медикаментозних методів є актуальною проблемою. Також слід відзначити, що віддалених позитивних результатів можна досягнути лише при комплексному патогенетично обґрунтованому лікуванні хронічних тріщин відхідника.

Мета — пошук нових методів лікування хронічних анальних тріщин, спрямованих на скорочення тривалості лікування, поліпшення функціональних результатів та якості життя пацієнтів, профілактику післяопераційних ускладнень і рецидивів захворювання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати лікування 88 пацієнтів із хронічними анальними тріщинами, які були поділені на 2 групи, у хірургічному відділенні № 1 ЛШМД, проктологічному відділенні Обласної клінічної лікарні м. Чернівці та у проктологічному відділенні Київської міської клінічної лікарні № 18 у період з 2009 по 2013 рр. Основна група включала 38 пацієнтів, які були оперовані запропонованим новим методом [Патент України № u2014 00068 "Спосіб хірургічного лікування хронічних тріщин прямої кишки" опубл. 10.07.2014, Бюл. № 13.], суть якого полягає у висіченні патологічного анального комплексу (анальна бахромка, анальна тріщина, анальний сосочок) вершиною до анального сосочка, обов'язково захопивши краї тріщини. Дистально від розрізу шкіри мобілізували шкірний клапоть з жировою клітковиною на глибину 2–3 см для його рухомості. При цьому виконували ретельний гемостаз (діатермією чи лігатурою) ділянки операційної рани. При оптимальній експозиції волокон внутрішнього сфінктера за допомогою скальпеля виконували дозовану сфінктеротомію протяжністю 1,5–2 см по ширині. Додатковий гемостаз. Далі виконували анопластику шляхом підшивання шкірного клаптя та слизово-м'язового клаптя анального каналу безперервним внутрішньостінковим швом "Вікріл 3.0" з наступним укріпленням лінії анопластики трьома окремими вузловими швами із шовного матеріалу, що не розсмоктується. У комплексне лікування хронічних тріщин відхідника також включені, починаючи з 2 доби після операційного лікування, 5 сеансів внутрішньотканинного електрофорезу з розчином "Діоксизоль®—Дарниця" (Україна), густиною струму 0,025–0,05 мА/см² протягом 60 хв. щоденно використовуючи апарат для гальванізації "Поток—1" (Україна) [Патент України № 87377 "Спосіб внутрішньотканинного електрофорезу в лікуванні ускладнених хронічних тріщин прямої кишки в до— і післяопераційному періоді"]. У контрольній групі, яка включала 40 пацієнтів із ХАТ, застосовували загальноприйняті методи їх лікування.

Проведено аналіз історій стаціонарних хворих, протоколів хірургічних операцій, даних сфінктерометрії та результатів дослідження якості життя обох груп. Більшість обстежених хворих становили жінки — 51 (58%), чоловіків було 37 (42%). Співвідношення жінок і чоловіків становило 1,4:1. Середній вік обстежених хворих — 44,04±2,78 років, причому середній вік чоловіків становив 44,52±3,07 року, тоді як середній вік жінок — 43,69±1,96 року. Вікова характеристика хворих з ХАТ обох груп, свідчить, що у переважній більшості пацієнти представляють вікові категорії працездатного віку.

Якість життя пацієнтів після проведеного їм лікування оцінювали методом анкетування, використовуючи українську версію стандартизованого специфічного опитувальника MOS SF—36 (Medical Outcomes Study 36 Short—Form) — 36 питань, які відображають різні аспекти життя пацієнтів. Достовірність розбіжностей (р) оцінювали за t—критерієм Стьюдента, відмінності вважали вірогідними за умови $p < 0,05$. При обробці отриманих даних відповіді були згруповані у 8 шкал:

- фізичне функціонування (Physical Functioning — PF) — ступінь, при якому фізичний стан обмежує обсяг виконання фізичних навантажень;
- рольове функціонування (Role—Physical Functioning — RP) — вплив фізичного стану на повсякденну або раптову діяльність;
- інтенсивність болю (Bodily pain — BP) — вплив на виконання повсякденної діяльності, включаючи домашню роботу та професійну діяльність;
- загальний стан здоров'я (General Health — GH) — оцінка пацієнтом власного стану здоров'я на момент опитування та перспектив щодо лікування;
- життєва активність (Vitality — VT) — характеризує сприйняття повноти власних сил та життєвої енергії чи, навпаки, відчуття знесилення;
- соціальне функціонування (Social Functioning — SF) — ступінь, при якому фізичний чи емоційний стан обмежує соціальну активність пацієнта;
- рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role Emotional — RE) — ступінь, при якому емоційний стан перешкоджає виконанню професійної діяльності або іншої повсякденної роботи, включаючи значну витрату часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості;
- психічне здоров'я (Mental Health — MH) — характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, а також загальний показник позитивних емоцій.

Показники кожної шкали оцінюються у балах (від 0 до 100): чим вищий бал, тим кращий стан здоров'я, 100 балів — це повне здоров'я. В свою чергу, всі шкали оцінюють 2 показники: фізичний та психологічний стан пацієнта [4, 5].

Найбільш поширеним методом оцінки функціонального стану замикального апарату прямої кишки є дослідження скорочувальної функції сфінктера. Ми використовували сфінктерометр ProMedico (Німеччина). Вимірювали тонус сфінктера та визначали показники якості життя при первинному зверненні хворого за медичною допомогою, через 5 дб, 2 місяці та через 6 місяців після операційного лікування.

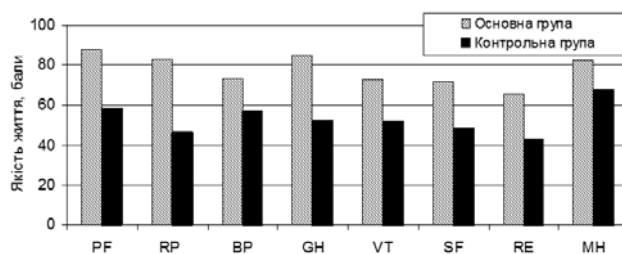
РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Враховуючи те, що однією з основних патогенетичних ланок ХАТ є спазм внутрішнього анального сфінктера (ВАС), ефективність запропонованого комплексного лікування даної патології підтверджували даними динаміки тонусу анального сфінктера. Згідно з даними сфінктерометрії, проведеної при надходженні хворих на стаціонарне лікування, у всіх пацієнтів визначена на-

явність спазму внутрішнього анального жому, про що свідчить підвищений тонус сфінктера анального каналу, що відображає стан ВАС у спокої як в основній, так і в контрольній групах пацієнтів з ХАТ в 1,6 разу порівняно з показниками норми, а також зменшення максимальної сили довільного скорочення анального сфінктера в 1,4 — 1,5 разу, що характеризує невимуслене скорочення сфінктера заднього проходу. Відповідно відзначали й зменшення вольового зусилля скорочення анального сфінктера в даних пацієнтів у 3,5 — 5 разу в порівнянні з нормою в зв'язку з больовою реакцією на наявність тріщини та спазмом ВАС.

Аналізуючи дані сфінктерометрії при надходженні хворих у стаціонар у доопераційному періоді та після операційного лікування, можна стверджувати, що в основній групі пацієнтів вже через 2 місяці після операції показники сфінктерометрії практично не відрізнялися від таких у практично здорових осіб на відміну від зазначених показників у хворих контрольної групи, в яких ще зберігалися ознаки спазму ВАС. Отримані результати свідчать про порівняно швидке зменшення спазму анального сфінктера та більш швидку нормалізацію функціональної спроможності анального жому в пацієнтів, що були оперовані за наведеним методом із проведенням протягом 5 днів (починаючи з 2 доби після операції) гальванізації ділянки анального каналу з розчином “Діоксизоль®—Дарниця”, порівняно з хворими, що оперовані за допомогою інших методів. Через 6 місяців після операційного втручання в усіх пацієнтів основної групи, на відміну від хворих контрольної групи, повністю була відновлена нормальна функціональна здатність анального жому: показники сфінктерометрії відповідали даним загальноприйнятої норми й не відрізнялися від таких у практично здорових осіб.

ЯЖ пацієнтів після проведеного хірургічного лікування в основній групі була достовірно кращою, порівняно з контрольною ($p < 0,05$), що видно з даних (див. рисунок). Проведений аналіз опитувальника SF-36 свідчить, що всі показники ЯЖ (фізичний та психічний статус, загальний стан здоров'я) у пацієнтів, де застосовували запропонований метод лікування анальних тріщин були вірогідно значно вищими (у 1,2—1,7 разу), ніж у пацієнтів, де застосовували загальнопри-



Якість життя пацієнтів, що були оперовані з приводу хронічної анальної тріщини, визначена за допомогою анкети MOS SF 36: PF — фізичне функціонування; RP — роліве функціонування; BP — інтенсивність болю; GH — загальний стан здоров'я; SF — соціальне функціонування; VT — життєва активність; RE — роліве функціонування, зумовлене емоційним станом; MH — психічне здоров'я.

няте лікування. Загалом ЯЖ пацієнтів, що були оперовані з приводу ХАТ, в основній групі значно вища від середнього рівня як за шкалою фізичного, так і психоемоційного статусу — відповідно $89,2 \pm 7,8$ та $84,8 \pm 5,2$ бала. При цьому виявлено достовірну різницю при порівнянні ЯЖ хворих обох груп.

ВИСНОВКИ

Проведення комплексного хірургічного лікування ХАТ за запропонованою нами методикою сприяє швидкій нормалізації функції внутрішнього анального сфінктера. Вже через 2 місяці після операції показники сфінктерометрії майже не відрізнялися від таких у практично здорових осіб, а через 6 місяців після операційного втручання нормальна функціональна здатність відхідника в усіх пацієнтів була відновлена повністю. Після хірургічного лікування з приводу ХАТ, якість життя пацієнтів виявилася достовірно вищою в групі осіб, що були оперовані запропонованим методом із застосуванням внутрішньотканинного електрофорезу, порівняно з пацієнтами, яким застосовували загальноприйнятні методи лікування.

Застосування розробленого нами комплексного методу лікування ХАТ значно підвищує ефективність лікування та покращує якість життя пацієнтів, що, на нашу думку, може стати методом вибору при лікуванні даної патології й забезпечить високий рівень соціальної та фізичної реабілітації пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Грекова Н.М. Клинические, эндоскопические и микробиологические особенности хронических анальных трещин, протекающих без спазма анального сфинктера / Н. М. Грекова, Ю.В. Лебедева, Е. А. Малеева // Современные проблемы науки и образования. — 2013. — № 1. — С. 127—133.
2. Козловська І.М. Використання розчину діоксизолу в комплексному лікуванні хронічних анальних тріщин / Козловська І.М. // Український журнал хірургії. — № 2 (25). — 2014. — С. 67—71.
3. Морфологическая характеристика действия препаратов различных групп на процесс регенерации при экспериментальной модели острой трещины анального канала / Ф.М. Гайнутдинов, А.А. Хадыева, Г.Т. Гумерова, Р.Ф. Хадыев // Морфология. — 2010. — Т. 137, № 4. — С. 52.
4. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. — М.: "ОЛМА_ПРЕСС Звездный мир", 2002. — 320 с.
5. Cook E. L. A Comparison of Health-Related Quality of Life for Individuals with Mental Health Disorders and Common Chronic Medical Conditions / E. L. Cook, J. S. Harman // Public Health Rep. — 2008. — Vol. 123 (1). — P. 45—51.
6. Van Outryve M. Physio pathology of the anal fissure / M. Van Outryve // Acta. Chir. Belg. — 2006. — Vol. 5(106). — P. 517—518.

ЗМІСТ

НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА СПОСОБИ ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ТА ІНФІКОВАНИХ РАН. СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

- 3-7 **Беляева О. А., Крыжевский В. В., Рыбьянец Л. И., Уланович Л. И., Иванченко Р. В.**
Оптимизация комплексного лечения гнойно-некротических процессов у больных синдромом диабетической стопы и финансовые аспекты
- 8-10 **Беседін О. М., Малюк Ю. Ю., Карпенко Л. І., Сотніков С. В., Іванська Л. В., Пундік Г. М.**
Вакуум-інстиляційна терапія ран у хворих синдромом діабетичної стопи
- 11-14 **Біляева О. О., Радзіховський А. П., Іванченко Р. В., Мірошніченко А. П.**
Мікроеюностомія при непрохідності кишечника, її доцільність як способу ентерального харчування в ранньому післяопераційному періоді
- 15-17 **Біляева О. О., Шендрик В. Г., Яловський О. І.**
Обґрунтування хірургічного методу лікування бешихи шляхом декомпресійних розрізів з використанням оксиду азоту
- 18-20 **Герич І. Д., Барвінська А. С., Яремкевич Р. В., Романчук Д. Л., Дворчин Н. О.**
Досвід застосування препарату Aserbin® у лікуванні "проблемних ран"
- 21-23 **Іфтодій А. Г., Козловська І. М., Шкварковський І. В., Білик О. В.**
Удосконалення результатів хірургічного лікування та якості життя пацієнтів із хронічними анальними тріщинами
- 24-26 **Козинец Г. П., Воронин А. В., Цыганков В. П., Коваленко О. Н., Исаенко Н. П., Назаренко В. Н.**
Эффективность специализированной медицинской помощи пострадавшим с термической травмой и ранениями мягких тканей во время массовых акций и АТО
- 27-29 **Крижевський В. В., Радзіховський А. П., Біляева О. О., Мірошніченко А. П., Ємець В. В.**
Аналіз частоти післяопераційних ранових ускладнень та постгоспітальних ускладнень після холецистектомії
- 30-31 **Ротар О. В., Архелюк О. Д., Халавка Ю. Б., Ротар В. І., Фішбах М.**
Експериментальне обґрунтування селективної ентеросорбції ендотоксину розчинами хітозану при гострій хірургічній патології
- 32-33 **Фурманов А. Ю.**
Применение "кожного эквивалента" при лечении послеожоговых сгибательных контрактур трехфаланговых пальцев кисти
- 34-36 **Фусс Ю. О.**
Профілактика виникнення гнійних захворювань шкіри та м'яких тканин у спортсменів
- 37-40 **Шаповал С. Д., Савон І. Л.**
Резистентные штаммы staphylococcus aureus у больных с синдромом диабетической стопы
- 41-77 **Тези доповідей**

ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ ЖИВИХ ТКАНИН В ХІРУРГІЇ ПОРАНЕНЬ, НЕВІДКЛАДНІЙ ТА ПРАНОВІЙ ХІРУРГІЇ

- 78-80 **Головко С. В., Гутверт Р. В.**
Досвід застосування електрозварювального та термоструменевого методів при органозберігаючих операціях на нирках
- 81-87 **Тези доповідей**