

интенсивность физического (13,0 (12,0-13,0) - 12,0 (12,0-13,0)) и связанного с активностью (13,0 (12,0-13,0) - 12,0 (12,0-13,5)) доменов постинсультной усталости, согласно MFI-20, были статистически стабильными, тогда как выраженность глобального (14,0 (13,0-15,0) - 13,0 (12,0-14,0)), психического (15,0 (14,0-16,0) - 13,0 (12,0-14,0)) и мотивационного (15,0 (14,0-16,0) - 13,0 (13,0-15,0)) доменов постинсультной усталости значительно снижались в течение второго года после острых цереброваскулярных событий. Заключение. 1. Частота встречаемости постинсультной усталости, а также её компонентов, была стабильной в течение второго года после острых цереброваскулярных событий, не зависимо от используемых шкал оценки усталости. 2. Интенсивность глобальной постинсультной усталости, психического и мотивационного доменов постинсультной усталости, согласно MFI-20, значительно снижалась в течение второго года после появления острых цереброваскулярных событий.

DOI:10.31718/2077-1096.18.4.8

УДК: 616.384/.352-007-089.8

Дудченко М.О., Кравців М.І., Іващенко Д. М., Прихідько Р.А., Мішура З.І.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАРАПРОКТИТУ, ВИСОКИХ РЕКТАЛЬНИХ НОРИЦЬ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИКОРИСТАНОГО МЕТОДУ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава.

Актуальність. Більше, ніж у 30% хворих на хронічний парапроктит виявляються саме складні форми цієї патології. Найчастіше вони ускладнюються недостатністю зовнішнього сфінктера за рахунок деформації анального каналу та рубцевими змінами м'язів, що стискають задній прохід. Недостатність анального сфінктера спостерігається у 4,9-33% хворих, а виконання повторних операцій з приводу рецидивів нориць прямої кишки часто супроводжуються розвитком елементів нейрогенної та моторної інконтиненції внаслідок великої травми затульного апарату. Мета роботи. Провести порівняльний аналіз результатів хірургічного лікування хронічного парапроктиту між традиційним та запропонованим методами оперативного лікування. Об'єкти та методи. В даному експерименті приймали участь 58 пацієнтів з екстрасфінктерними норицями прямої кишки різного ступеню складності, які були прооперовані за двома методами: 1 група – 32 пацієнта, прооперовані за допомогою лігатурного методу; друга група складалась з 26 пацієнтів прооперованих за новим методом з використанням препарату «Тахокомб». Результати. Ранні післяопераційні ускладнення відмічені у 37,5% хворих першої клінічної групи, і у 15,4% в другій групі. Також, через півроку спостережень, значення тиску в анальному каналі в проекції внутрішнього сфінктера в спокої у II групі перевищили такі у хворих прооперованих за традиційним методом. У 6 хворих (18,8%), що прооперовані традиційним методом, протягом 6 місяців розвинувся рецидив нориць, у 11 (34,4 %) були отримані задовільні функціональні результати, і у 15 (46,8%) - добрі функціональні результати. В другій клінічній групі у 16 пацієнтів (61,5%) отримано добрий результат; у 8 (30,7%) - задовільний і лише у 1 хворого (5,9%) виявлено рецидив захворювання. Результати лікування оцінені через 3, 6, 12 і 18 місяців, а мінімальні терміни моніторингу хворих статистично оброблених груп склали більше року. Висновки. Таким чином, отримані добрі та задовільні віддалені результати лікування високих ректальних нориць у хворих другої клінічної групи, яким виконувалась операція за новим методом з використанням препарату Тахокомб, дозволяють рекомендувати розроблений метод для широкого застосування в клінічній практиці при екстра- та транссфінктерних норицях 3-4 ступеню тяжкості.

Ключові слова: парапроктит, екстрасфінктерна нориця, інконтиненція, анальна манометрія, Тахокомб.

Більше, ніж у 30% хворих на хронічний парапроктит виявляються саме складні форми цієї патології [3]. Наявність високих транссфінктерних та екстрасфінктерних нориць прямої кишки зазвичай ускладнюється формуванням інфільтративних змін, безперервним перебігом та частими загостреннями запального процесу [4,6,7]. Найчастіше це викликає розвиток тяжких місцевих змін, що обумовлюють деформацію анального каналу та промежини, рубцевими змінами м'язів, що стискають задній прохід, в результаті чого виникає, в першу чергу, недостатність зовнішнього сфінктера [1]. Незважаючи на велику кількість запропонованих методик хірургічного лікування нориць прямої кишки, недостатність

анального сфінктера спостерігається у 4,9-33% хворих, а виконання повторних операцій з приводу рецидивів нориць прямої кишки часто супроводжуються розвитком елементів нейрогенної та моторної інконтиненції внаслідок великої травми затульного апарату [2,5,8].

В даному експерименті приймали участь 58 пацієнтів з екстрасфінктерними норицями прямої кишки різного ступеню складності, які були прооперовані за двома методами: 1 група – 32 пацієнта, прооперовані за допомогою лігатурного методу; друга група складалась з 26 пацієнтів прооперованих за новим методом з використанням препарату «Тахокомб».

При оцінці результатів хірургічного лікування

хронічного парапроктиту та високих ректальних нориць, незалежно від використаного методу, важливу роль грає повноцінність передопераційної підготовки, яка включає в себе симптоматичну терапію проктиту, криптит, порушень моторики ободової кишки, супутньої патології анального каналу та перианальної ділянки. Тому, задля максимальної чистоти експерименту, в обох групах було чітко дотримано єдиний протокол передопераційної підготовки цієї категорії пацієнтів.

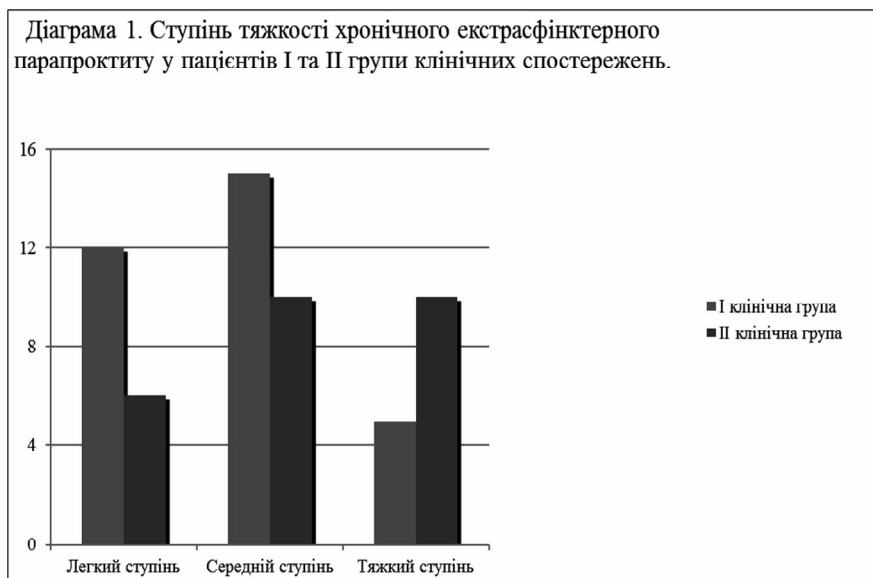
Підкреслимо, що при порівняльному аналізі ступеню вираженості патологічного процесу серед пацієнтів першої та другої груп клінічних спостережень, тяжка форма екстрасфінктерних параректальних нориць зустрічалась значно частіше серед хворих другої групи (згідно розробленої індивідуальної індексної шкали). Порівняльна характеристика тяжкості патологічного процесу, згідно розробленої шкали індивідуальної індексної оцінки, відображена в діаграмі 1.

Представлені дані вказують на домінування

екстрасфінктерних параректальних нориць легкого та середнього ступеню тяжкості серед пацієнтів першої групи клінічних спостережень, при цьому хворі з сумнівним чи неблагоприємним прогнозом та високим ризиком післяопераційних ускладнень за шкалою індексної оцінки (10 пацієнтів) склали значно більшу частку в другій групі - 38.5% проти 15.6%. Поглиблений аналіз показав, що саме ці пацієнти мали найбільший ризик виникнення анальної інконтиненції у післяопераційному періоді.

Диференційований підхід дозволив знизити число післяопераційних ускладнень у другій клінічній групі в порівнянні з контрольною, незважаючи на велику прогнозовану складність та травматичність оперативного прийому, які на пряму пов'язані з характером та розташуванням нориць.

Ускладнення раннього післяопераційного періоду у хворих обох груп представлені у таблиці 1.



Таблиця 1.
Ранні післяопераційні ускладнення при використанні обох методів лікування екстрасфінктерних параректальних нориць.

Вид ускладнень	Клінічна група			
	1гр(n=32)		2гр(n=26)	
	Σ	%	Σ	%
Тромбоз зовнішніх гемороїдальних вузлів	2	6,25	1	3,8
Гострий проктит, криптит	2	6,25	-	-
Кровотечі	1	3,12	-	-
Нагноення п/о рани промежини	4	12,5	2	7,7
Ретракція низведеного клаптя	2	6,25	1	3,8
Гематома промежини	1	3,12	-	-
Всього:	12	37,5	4	15,4

Таким чином, ранні післяопераційні ускладнення відмічені у 37,5% хворих першої клінічної групи, і у 15,4% в другій групі, тобто запропонований метод представляє собою менш травматичну операцію, яка приводить до зниження кількості ранніх післяопераційних ускладнень, крім того, більша їх частина являє собою транзиторні запальні ускладнення (в II групі- 3 з 4), які не вплинули на результати лікування.

Дотримання в обох групах спостережень загальних принципів хірургії хронічного парапроктиту дозволило уникнути тяжких пошкоджень затульного апарату та розвитку його незворотньої функціональної недостатності. Нами доведено,

що навіть при початковому відносному зниженні манометричних характеристик сфінктерів (без клініки інконтиненції), можливо зберегти і компенсувати функції затульного апарату прямої кишки без збитків радикальності оперативних втручань. З урахуванням перенесених раніше (на момент звернення, до початку системного моніторингу) хірургічних втручань з ушкодженням сфінктера хворими обох клінічних груп, отримані результати дають надію на застосування описаних методик при рецидивних та множинних норицях. Відмітимо наглядну різницю функціональних результатів хірургічного лікування високих ректальних нориць.

Таблиця 2.
Показники анальної манометрії після оперативного лікування пацієнтів I та II групи клінічних спостережень

Показники	При виписці зі стаціонару		6 міс. і більше після операції	
	I група	II група	I група	II група
Групи клінічних спостережень				
Середній тиск в анальному каналі у спокої (см.вод.ст.)	60,1±3,0	55,4±2,8	69,4±3,5	61,8±3,1
Середній тиск в анальному каналі при вольовому скороченні (см.вод.ст.)	83,4±4,2	79,5±3,9	92,7±4,6	89,4±4,5
Тривалість субмаксимального скорочення, секунд	5,1±0,3	5,3±0,3	6,4±0,3	6,8±0,3
Тиск в анальному каналі на рівні внутрішнього сфінктера (см.вод.ст.)	65,6±3,3	62,9±3,2	68,8±3,4	70,2±3,5
Тиск в анальному каналі на рівні зовнішнього сфінктера (см.вод.ст.)	41,1±2,1	39,7±2,0	45,2±2,3	44,7±2,2
Протяжність ділянки найбільшого тиску в спокої, см	3,2±0,2	3,3±0,2	3,4±0,2	3,3±0,2

Указані вище дані проаналізовані з урахуванням більш вираженої дисфункції сфінктерів у пацієнтів II клінічної групи. Середнє значення показників анальної манометрії на момент виписки зі стаціонару у хворих II клінічної групи було у межах норми, проте нижче, ніж у пацієнтів першої групи. Однак динаміка нормалізації показників тиску анальних сфінктерів в II клінічній групі була значно вираженішою. Так, через півроку спостережень, значення тиску в анальному каналі в проекції внутрішнього сфінктера в спокої у II групі навіть перевищили такі у хворих прооперованих традиційним методом. Тиск в анальному каналі при вольовому скороченні та тиск на рівні зовнішнього сфінктеру звелися до аналогічних показників в контрольній групі протягом одного року за рахунок купірування запальних змін в умовах реконструкції зовнішнього сфінктера та ревазуляризації при адекватній тривалості субмаксимального скорочення. Наведені параметри свідчать про нормалізацію функції зовнішнього сфінктера, та синхронність його скорочувальної активності зі внутрішнім сфінктером.

Дані результати пояснюються покращенням трофіки зони, до якої було введено Тахокомб, за рахунок покривної пластини, яка містить факто-

ри згортання (фібриноген, тромбін та ін.), під дією тромбіна фібриноген перетворюється в фібрин, аprotинін інгібує плазмін та зупиняє фібриноліз, утворюючи згусток. Сама пластинка розсмоктується за 3-6 тижнів, потім заміщується сполучною тканиною, а також попереджуються тривалі запальні зміни при умовах ліквідації залишкових порожнин та відсутності рубцевої деформації кишки та прилягаючої частини зовнішнього сфінктера. Також, у 7 пацієнтів першої групи (21,9%) і у 5 хворих другої групи спостережень (19,2%), при відсутності будь-яких ознак інконтиненції, окремі манометричні показники були незначно нижче норми. В окремі терміни спостереження регресії рівня даних показників не було, а у 3х пацієнтів другої групи відмічена компенсація рівнів тиску до меж фізіологічної норми. Ці дані свідчать про вірність застосованих оперативно-тактичних підходів та можливість реконструкції затульного апарату без значного негативного впливу на його функцію. Найбільш показовими стали окремі результати лікування ректальних нориць, які були оцінені як на основі вищевказаних даних об'єктивного та функціонального обстеження, так і суб'єктивних скарг.

Таблиця 3.

Результати оперативного лікування екстрасфінктерних параректальних нориць різного ступеню складності на основі суб'єктивної оцінки стану хворих у післяопераційному періоді.

Віддалений результат	I група клінічних спостережень						II група клінічних спостережень					
	I	II	III	IV	Σ	%	I	II	III	IV	Σ	%
Ступінь складності нориці												
Гарний результат	4	7	3	1	15	46,8	2	3	7	4	16	61,5
Задовільний результат	3	3	4	1	11	34,4	1	2	2	3	8	30,7
Незадовільний результат	-	2	2	2	6	18,8	-	1	1	-	2	7,8
Всього	7	12	9	4	32	100	3	6	10	7	26	100

У 6 хворих (18,8%), що прооперовані традиційним методом, протягом 6 міс. розвинувся рецидив нориць, у 11 (34,4 %) були отримані задовільні функціональні результати, і у 15(46,8%) - добрі функціональні результати.

В другій клінічній групі у 16 пацієнтів (61,5%), яким проводилось лікування фасціальноміопластичним методом з використанням препарату Тахокомб, отримано добрий результат; у 8 (30,7%) - задовільний і лише у 1 хворого (5,9%) виявлено рецидив захворювання. Результати лікування оцінені через 3, 6, 12 і 18 місяців, а мінімальні терміни моніторингу хворих статистично оброблених груп склали більше року.

Порівняльний аналіз дозволяє підкреслити, що найкращі результати отримані серед хворих другої групи клінічних спостережень, незважаючи на прогностично більш тяжкий склад групи. Більш того, при екстрасфінктерних норицях 3-4 ступеню складності частота рецидивів складає 30,7% (4 із 13 спостережень) в першій клінічній групі, а в 2 групі - 5,9% (1 із 17).

Таким чином, отримані добрі та задовільні віддалені результати лікування високих ректальних нориць у хворих другої клінічної групи, яким виконувалась операція за новим методом з використанням препарату Тахокомб, дозволяють рекомендувати розроблений метод для ши-

рокого застосування в клінічній практиці при екстра- та трансфінктерних норицях 3-4 ступеню тяжкості.

References

1. Abuladze TV. Profilaktika anal'nogo nederzhaniya pri khirurgicheskoi korrekcii chronicheskogo paraproktita. [Anal incontinence prophylaxis after surgical correction of chronic paraproctitis]. Aktualnie problemi koloproktologii (Materialy konferentsii 3-3 oktyabrya), 1995, Nizhniy Novgorod, p. 224-225. (Russian)
2. Aliyev EA. Otsenka anal'noy incontintsii isucheniyem anal'noy manometrii posle operatsiy, provodimih po povodu pararektalnyh svischey u muzhchin. [Anal incontinence assessment by anal manometry study after surgery in chronic paraproctitis male patients]. Aktualniye voprosy koloproktologii. Ufa, 2007, p. 15-16. (Russian).
3. Dultsev YV, Kupayevskiy YB, Boguslavskiy LS, Salamov KN. Posleoperatsionnaya nedostatochnost' alal'nogo zhoma. [Postoperative anal incontinence]. Khirurgiya, 1978, 3, p. 91-96. (Russian).
4. Pomazkin VI, Mansurov YV. Lecheniye extrasphinkternyh pararektalnyh svischey, sochetayuschichsya s nedostatochnost'yu anal'nogo sphinktera. [Extrasphincter pararectal fistula combined with anal sphincter incontinence management]. Aktualniye voprosy koloproktologii. Ufa, 2007, p.91-92. (Russian).
5. Broclehurst JC. Management of anal incontinence. Clin. in Gastr., 1975; 4: 479-487.
6. Garsia-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, Goldberg SM, Madoff RD. Anal fistula surgery. Factors associated with recurrence and incontinence. Dis. Colon Rectum, 1996, 39: 723-729.
7. Ritchie R D, Sackier J M, Hodde J P. Incontinence rates after cutting seton treatment for anal fistula. Colorectal Dis. 2009;11(6):564-571.
8. Sainio P. A manometric study of anorectal function after surgery for anal fistula with respect to incontinence. Acta. Chir. Scand., 1985, 151,8: 395-700.

Реферат

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА, ВЫСОКИХ РЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСПОЛЬЗОВАННОГО МЕТОДА.

Дудченко М.А., Кравцов Н.И., Иващенко Д.Н., Прихидько Р.А., Мишура З.И.

Ключевые слова: парапроктит, экстрасфинктерный свищ, инконтиненция, анальная манометрия, Тахокомб.

Более чем у 30% больных хроническим парапроктитом обнаруживаются именно сложные формы этой патологии. Чаще всего они осложняются недостаточностью наружного сфинктера за счет деформации анального канала и рубцовых изменений мышц, сжимающих задний проход. Недостаточность анального сфинктера наблюдается у 4,9-33% больных, а выполнение повторных операций по поводу рецидивов свищей прямой кишки часто сопровождаются развитием элементов нейрогенной и моторной инконтиненции вследствие массивной травмы запирающего аппарата. Цель работы. Провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения хронического парапроктита между традиционным и предложенным методами оперативного лечения. Объекты и методы. В данном эксперименте принимали участие 58 пациентов с экстрасфинктерными свищами прямой кишки разной степени сложности, которые были прооперированы двумя методами: 1 группа - 32 пациента, прооперированные с помощью лигатурного метода; вторая группа состояла из 26 пациентов, прооперированных по новому методу с использованием препарата «Тахокомб». Результаты. Ранние послеоперационные осложнения отмечены у 37,5% больных первой клинической группы, и у 15,4% во второй группе. Также, через полгода наблюдений, значения давления в анальном канале в проекции внутреннего сфинктера в покое во II группе превысили таковые у больных, прооперированных традиционным методом. У 6 больных (18,8%), прооперированных традиционным методом, в течение 6 ме-

сяцев развился рецидив свищей, у 11 (34,4%) были получены удовлетворительные функциональные результаты, и у 15 (46,8%) - хорошие функциональные результаты. Во второй клинической группе у 16 пациентов (61,5%) получен хороший результат; у 8 (30,7%) - удовлетворительный и лишь у 1 больного (5,9%) выявлен рецидив заболевания. Результаты лечения оценены через 3, 6, 12 и 18 месяцев, а минимальные сроки мониторинга больных статистически обработанных групп составили более года. Выводы. Таким образом, полученные хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты лечения высоких параректальных свищей у больных второй клинической группы, которые были оперированы по новому методу с использованием препарата Тахокомб, позволяют рекомендовать разработанный метод для широкого применения в клинической практике при экстр- и транссфинктерных свищах 3-4 степени тяжести.

Summary

COMPARATIVE ANALYSIS OF RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR CHRONIC PARAPROCTITIS, HIGH ANAL FISTULAS DEPENDING ON THE METHOD USED

Dudchenko M.O., Kravtsiv M.I., Ivaschenko D.M., Prihidko R.A., Mishura Z.I.

Key words: paraproctitis, extrasphincteric anal fistula, incontinence, anal manometry, Tachocomb.

More than 30% of patients with chronic paraproctitis are found out to present complex forms of this pathology. They are often complicated with the external sphincter incontinence due to the deformation of the anal canal and cicatricial changes in the anal constrictors. The deficiency of the anal sphincter is observed in 4.9-33% of patients, and recurrent operations on the rectum are often accompanied by the development of elements of neurogenic and motor incontinence resulted from the massive sphincter trauma. Objective. To conduct a comparative analysis of the results of surgical treatment for chronic paraproctitis between standard method of surgical treatment and a method we proposed. Objects and methods. 58 patients with extrasphincteric anal fistulas of varying degrees of severity operated on by applying two methods were involved into this study: the group 1 included 32 patients who were operated on by using the Seton method; the second group consisted of 26 patients who were operated on by using the new method with applying "Tachocomb" preparation. Results. Early postoperative complications were noted in 37.5% of patients in the first clinical group, and 15.4% in the second group. In six months of follow-up period, the pressure values in the internal sphincter at rest in the second group exceeded those in the patients operated on by using the standard technique. 6 patients (18.8%) operated by using the standard method the recurrence of fistula was observed in 6 months following the operation; 11 (34.4%) patients demonstrated satisfactory results, and 15 (46.8%) were found to have good functional results. In the second clinical group, 16 patients (61.5%) were found to have good results; 8 people (30.7%) had satisfactory results and only 1 patient (5.9%) had fistula recurrence. The results of treatment were evaluated in 3, 6, 12 and 18 months following the operations, and the minimum terms of patients' monitoring were more than one year. Conclusions. Thus, the good and satisfactory long-term results of treatment for high rectal fistulas in patients of the second clinical group operated on by applying the newly developed method with «Tachocomb» allow us to recommend the method to widely implement into the clinical practice for patients with extra- and trans-sphincteric fistulas of the 3rd - 4th degrees of severity.