

ЛЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНО НЕ ЗАЖИВАЮЩИХ РАН АНАЛЬНОГО КАНАЛА

*¹Шахрай С.В., ¹Гаин Ю.М., ¹Гаин М.Ю.
¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного
образования»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Длительно не заживающие раны аноректальной области и промежности составляют значимую часть клинических наблюдений в общей проктологии. При этом конечная эффективность общепризнанных в отечественной амбулаторной хирургии консервативных и малоинвазивных лечебных мероприятий при хронических ранах аноректальной области и ректальных свищах достаточно низкая – менее 15%. Подавляющее число оперативных вмешательств требует после своего выполнения достаточно длительной реабилитации. Последнее десятилетие в экспериментальной и клинической медицине большое внимание уделяется разработке лечебных методик с применением клеточной трансплантации и технологий регенеративной медицины для восстановления как функциональных, так и структурных нарушений в организме, что фактически сформировало новое направление в реконструктивно-восстановительной хирургии. Основная задача большинства разработанных методов сводится к моделированию регенераторного тканевого потенциала с целью восстановления структуры и функции тканей, утраченных в результате заболевания или травмы.

Цель. Оценить клиническую (медицинскую) эффективность разработанных методов стимуляции регенерации тканей при лечении хронических ран аноректальной зоны.

Материал и метод. Проведен анализ результатов амбулаторного лечения 30 пациентов с длительно незаживающими ранами анального канала после иссечения анальной трещины с анамнестической длительностью заболевания по клиническим проявлениям более года. Первую (контрольную) группу А составили 10 пациентов, которым выполнена самая часто применяемая в Республике Беларусь операция (по данным анализа за последние 10 лет) – повторное иссечение раневого дефекта. В группу В вошли 10 пациентов, которым применена следующая методика лечения: лазерная вапоризация парафиссуральных тканей в зоне анального канала с чрезрассечной лазерной сфинктеротомией, с целью ускорения тканевой репарации в края раневого дефекта интрадермально, субдермально и субмукозно инъекционно вводили суспензию аутологичных стволовых клеток жировой ткани (МСК ЖТ) в концентрации 500000 клеток в 1 мл суспензии. Группу С составили 10 пациентов, которым применена следующая методика лечения: лазерная вапоризация парафиссуральных тканей в зоне анального канала с чрезрассечной лазерной сфинктеротомией, с целью ускорения тканевой репарации в края

раневого дефекта интрадермально, субдермально и субмукозно инъекционно вводили 3 мл лейкоцитарно-тромбоцитарного концентрата в аутосыворотке. Результаты лечения оценивали ежедневно (в течение первой недели послеоперационного периода), затем еженедельно (на протяжении 6 месяцев после операции).

Результаты. Проведена оценка уровня интенсивности болевого синдрома у пациентов после оперативного лечения в раннем послеоперационном периоде и в динамике в течение 3-х месяцев после оперативного вмешательства. При этом установлено, что средне-медианные значения уровня интенсивности болей после первой дефекации достоверно выше были в группе контроля (А), где применялась операция по иссечению трещины в пределах здоровой ткани со сфинктеротомией, по сравнению с группами, где использовалась лазерная вапоризация тканей ($p < 0,0001$ при сравнительном анализе переменных в группах В, С с группой А с помощью Mann-Whitney U Test). Межгрупповых отличий по уровню болей после первой дефекации при сравнительном анализе среди групп В и С выявлено не было ($p = 0,6924$, Mann-Whitney U Test). При оценки сроков эпителизации раневого дефекта в группах А, В, С установлено, что самый длительный период заживления был в группе А (56 [48÷67]; Me [25-75%]), где применяли наиболее распространённый в отечественной хирургической практике способ оперативного пособия – иссечение тканей анального канала в зоне трещины с дозированной сфинктеротомией ($p < 0,001$ при парном сравнительном анализе переменных в группах В, С с группой А с помощью Mann-Whitney U Test). При статистическом анализе непараметрических данных с помощью U-теста Манн-Уитни двух независимых групп, сравнивая сроки эпителизации раны у пациентов после лазерной вапоризации тканей анального канала с использованием МСК ЖТ и инфльтрационного введения лейкоцитарно-тромбоцитарного клеточного концентрата на аутосыворотке, не выявлено достоверных различий показателей ($p = 0,5412$, Mann-Whitney U Test; В=33 [25÷35], С=36 [27÷39], Me [25-75%]). На момент проведения исследования медианные сроки наблюдения за группами А, В и С составили 12 месяцев. За этот период случаев рецидива заболевания выявлено не было.

Выводы. Таким образом, эффективным решением вопроса лечения длительно незаживающих ран аноректальной зоны может стать хирургическое вмешательство, направленное на удаление патологически измененных тканей в зоне трещины, для чего целесообразно использовать лазерную вапоризацию. Для стимуляции регенеративных процессов в зоне лазерной деструкции тканей целесообразно применение инъекционного способа аутотрансплантации МСК ЖТ и введение лейкоцитарно-тромбоцитарного клеточного концентрата на аутосыворотке. По клинической эффективности оба способа усиления регенерации в срок наблюдения до 6 месяцев показывают одинаковую эффективность. Такой подход позволяет ускорить процесс амбулаторной реабилитации.

Литература.

1. Исмаилов Н.Н., Калматов Р.К., Мирзакулов Д.С. Комплексное лечение аноректальных ран после геморроидэктомии // Современные проблемы науки и образования. – 2017.–№6. - С. 27-29.
2. Титов А. Ю., Нехрикова С. В., Веселов А. В. Медикаментозная терапия в лечении послеоперационных ран промежности и анального канала. – 2018.-№1. – С.7-12.
3. Глухов А.А., Аралова М.В. Патопфизиология длительно незаживающих ран и современные методы стимуляции раневого процесса // Новости хирургии. - 2012. – Т.20, №1. - С. 673-679.