

DOI 10.37539/2949-1991.2023.9.9.025

Стукалова Оксана Юрьевна,
врач-колопроктолог,
ООО Медицинский центр «Аллоро»,
Московская область, г. Фрязино

Волнышева Мария Андреевна,
врач – анестезиолог,
ООО Медицинский центр «Аллоро»,
Московская область, г. Фрязино

МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ИССЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ MULTIMODAL ANESTHESIA FOR EXCISION OF ANAL FISSURE

Аннотация: анальная трещина является одним из самых распространенных заболеваний аноректальной области. Усовершенствование хирургической тактики лечения позволяет проводить оперативные вмешательства в условиях дневного стационара и в амбулаторных условиях, что требует оптимизации анестезиологического пособия. В представленном исследовании определен наиболее оптимальный метод анестезии, позволяющий минимизировать введение анальгетиков в раннем послеоперационном периоде.

Abstract: anal fissure is one of the most common diseases of the anorectal area. The improvement of surgical treatment tactics makes it possible to carry out surgical interventions in a day hospital and on an outpatient basis, which requires optimization of the anesthetic manual. In the presented study, the most optimal method of anesthesia was determined, which allows minimizing the administration of analgesics in the early postoperative period.

Ключевые слова: анальная трещина, проктологические операции, анестезия при иссечении анальной трещины

Keywords: anal fissure, proctological operations, anesthesia for excision of anal fissure

Анальная трещина является одним из самых распространенных заболеваний анального канала и диагностируется у 10-15% пациентов колопроктологического профиля в возрасте 30-50 лет [1, 2, 3]. Мужчины и женщины заболевают с одинаковой частотой [12]. По длительности течения заболевания выделяют острые и хронические анальные трещины [4, 5]. Основным методом лечения хронической анальной трещины является хирургический – иссечение трещины с применением различных методов релаксации внутреннего сфинктера анального канала [6, 7, 9, 10, 11].

В настоящее время актуальным является вопрос о выборе метода анестезии при иссечении анальной трещины. В большинстве случаев применяется спинальная анестезия, в результате которой достигается полная релаксация аноректальной области в сочетании с длительным анальгетическим эффектом [14].

Однако имеются данные о возникновении осложнений, которые ограничивают применение данного метода анестезии в условиях дневного стационара ввиду короткого периода наблюдения за пациентом [8]. Самым частым осложнением раннего послеоперационного периода при выборе спинальной анестезии в качестве анестезиологического пособия является задержка мочи, что требует катетеризации мочевого пузыря и назначения дополнительной медикаментозной терапии [13].



Применение локальной инфильтрационной анестезии в монорежиме сопряжено с выраженным болевым синдромом в раннем послеоперационном периоде и коротким действием анальгетического эффекта [6, 7, 8]. В связи с чем нами был разработан оптимальный метод анестезии с пролонгированным анальгетическим эффектом, позволяющий выполнять оперативные вмешательства в условиях дневного стационара с минимизацией послеоперационных осложнений.

Цель исследования минимизация болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде

Материал и методы: Исследовано 74 пациента с хронической анальной трещиной. В зависимости от вариантов интраоперационной анестезии, пациенты были разделены на две группы.

В исследуемую группу включено 35 пациентов, из них 27(77,1%) женщин и 8(22,9%) мужчин. Средний возраст пациентов составил $41,8 \pm 7,6$ лет. В 22(62,9%) случаях у пациентов диагностирована задняя, в 13(37,1%) случаях – передняя хроническая анальная трещина. Средняя длительность клинических проявлений до оперативного вмешательства составила $6,2 \pm 3,4$ месяцев.

В контрольную группу включено 39 пациентов, из них 28(71,8%) женщин и 11(28,2%) мужчин. Средний возраст больных составил $44,3 \pm 8,1$ лет. По локализации в 26(66,7%) случаях диагностирована задняя, в 13(33,3%) случаях – передняя хроническая анальная трещина. Средняя длительность клинических проявлений до оперативного вмешательства составила $7,1 \pm 2,8$ месяцев.

Всем пациентам проводилась в/в седация раствором пропофола 0,1% в комбинации с инфильтрационной анестезией анального канала по Вишневскому раствором ропивакаина 0,75% - 10 мл. Иссечение анальной трещины выполнялось радиоволновым методом.

Статистически значимых отличий между группами больных по полу и возрасту больных, длительности течения заболевания и хирургическому методу лечения не было.

В исследуемой группе пациентов дополнительно интраоперационно производилась внутривенная инфузия парацетамолом 100,0 мл совместно со спазмолитической терапией – но-шпа 2,0 мл.

В контрольной группе больных дополнительного интраоперационного введения лекарственных препаратов не выполнялось.

Степень болевого синдрома оценивалась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) у пациентов обеих групп перед операцией и ежечасно в течение 6-ти часов с момента окончания оперативного вмешательства, затем через 12 и 24 часа.

Анальгетическая эффективность местной инфильтрационной анестезии оценивалась по шкале В.Н. Цибулка (таблица 2).

Результаты

Осложнений в раннем послеоперационном периоде выявлено не было.

Степень болевого синдрома согласно шкале ВАШ у больных группы дополнительной инфузионной терапии в среднем составила $5,9 \pm 1,5$, в группе без дополнительной инфузионной терапии - $5,5 \pm 1,2$ баллов.

В результате сравнительного анализа болевого синдрома в группе больных с дополнительной интраоперационной внутривенной инфузией отмечены более низкие показатели в сравнении с показателями у больных группы без интраоперационной инфузионной терапии в течение первых двенадцати часов послеоперационного периода, затем показатели приобретают статистические незначимые отличия (таблица 1).



Динамическая сравнительная оценка
 по среднему показателю баллов согласно шкале ВАШ у больных обеих групп

Сроки оценки болевого синдрома	Средний балл по шкале ВАШ	
	Группа интраоперационной инфузии	Группа без интраоперационной инфузии
До операции	5,9±1,5	5,5±1,2
Через 1 час	0,2±0,6	0,5±0,8
Через 2 часа	0,4±0,7	1,2±0,2
Через 3 часа	0,5±0,7	1,5±0,2
Через 6 часов	1,4±0,9	3,8±1,2
Через 12 часов	4,4±0,7	4,7±0,6
Через 24 часа	4,8±0,4	4,9±0,5

Пациентам обеих групп производилась оценка длительности безболевого периода. В результате представленной оценки применение анальгетиков у больных группы интраоперационной внутривенной инфузии через один час после окончания оперативного вмешательства обезболивания не требовалось, через два часа – потребовалось в 1(2,8%) случае, через три часа – в 3(8,6%) случаях, через четыре часа – в 5(14,3%) случаях, через пять часов – в 7(20,0%) случаях, через шесть часов – в 11(31,4%) случаях, в период с шести до двенадцати часов послеоперационного периода обезболивание потребовалось в 6(17,1%) случаях. Повторное обезболивание в течение 12-ти часов наблюдения потребовалось в 5(14,3%) случаях. Полностью купировали болевой синдром препараты группы НПВС. Средний показатель длительности безболевого периода составил $6,6 \pm 3,9$ часов.

Больным группы без интраоперационной внутривенной инфузии через один час в 2(5,1%) случаях потребовалось обезболивание, через два часа – в 9(23,1%) случаях, через три часа – в 12(30,8%) случаях, через четыре часа – в 14(35,9%) случаях, из них в 5(12,8%) случаях – требовалось повторное обезболивание; через пять часов – в 12(30,8%) случаях, из них в 5(12,8%) случаях потребовалось повторное обезболивание, через шесть часов – в 7(17,9%) случаях потребовалось повторное обезболивание. В результате анализа, в течение 12-ти часов наблюдения в 22(56,4%) случаях пациентам требовалось повторное обезболивание, из них в 5(12,8%) случаях потребовалось введение опиоидного синтетического анальгетика. Средний показатель длительности безболевого периода составил $3,2 \pm 1,2$ часов (рисунок 1).



Рисунок 1. Сравнение показателей длительности безболевого периода у больных группы интраоперационной внутривенной инфузии (А) и больных группы без внутривенной инфузии (Б)



Больным производилась интраоперационная оценка эффективности анальгетического эффекта инфильтрационной анестезии (таблица 2).

Таблица 2

Сравнительная характеристика анальгетического эффекта инфильтрационной анестезии больных обеих групп

Критерий оценки	Характеристика критерия	Группа интраоперационной инфузии	Группа без интраоперационной инфузии
1 балл	Отсутствие эффекта	0	0
2 балла	Слабо выраженный эффект	0	0
3 балла	Хорошо выраженный эффект	4(11,4%)	10(25,6%)
4 балла	Полное отсутствие всех видов чувствительности	31(88,6%)	29(74,4%)

Обсуждение

Анальная трещина является вторым заболеванием по частоте возникновения среди патологии аноректальной области. Внедрение в клиническую практику усовершенствованных миниинвазивных хирургических методов лечения позволяет выполнять иссечение анальных трещин в условиях стационара кратковременного пребывания и в рамках амбулаторных условий [1, 2, 3].

Особую актуальность приобретает вопрос выбора анестезиологического пособия при проведении оперативных вмешательств на анальном канале у пациентов данной когорты.

Применение местной инфильтративной анестезии дает кратковременный анальгетический эффект в раннем послеоперационном периоде [14]. В связи с чем был разработан метод пролонгации анальгетического эффекта локальной анестезии, который заключается в интраоперационном внутривенном введении парацетамола и спазмолитических препаратов.

В результате сравнительного анализа полученных данных, у больных группы интраоперационной инфузионной терапии отмечен наиболее продолжительный безболевого период - $6,6 \pm 3,9$ часов против $3,2 \pm 1,2$ часов у больных группы без дополнительной интраоперационной инфузионной терапии и отмечен более выраженный интраоперационный анальгетический эффект - 31(88,6%) против 29(74,4%).

Выводы: В группе больных с дополнительным интраоперационным внутривенным введением парацетамола в комбинации со спазмолитиками отмечается более пролонгированный анальгетический эффект, что не требует назначения опиоидных обезболивающих препаратов. Представленная схема медикаментозного ведения пациентов во время иссечения хронических анальных трещин является наиболее оптимальной, в особенности в условиях дневного стационара.

Список литературы:

1. М. А. Агапов, Ф. Ш. Алиев, С. И. Ачкасов [и др.] // Анальная трещина / Колопроктология. – 2021. – Т. 20, № 4(78). – С. 10-21. – DOI 10.33878/2073-7556-2021-20-4-10-21
2. Wienert V, Raulf F, Mlitz H. Anal fissure: Symptoms, diagnosis and therapies. 2017, Springer. p. 63
3. Нехрикова С.В., Титов А.Ю., Кашников В.Н. и соавт. Амбулаторное лечение пациентов с заболеваниями анального канала и перианальной области. Доказательная гастроэнтерология. 2019;8(3):27–37



4. Тончева, К. С. Хроническая анальная трещина / К. С. Тончева, С. П. Гавриленко, В. Ю. Михайличенко // Евразийское Научное Объединение. – 2020. – № 5-3(63). – С. 235-238
5. Stewart DB Sr, Gaertner W, Glasgow S, Migaly J, Feingold D, Steele SR. Clinical Practice Guideline for the Management of Anal Fissures. Dis Colon Rectum, 2017 - p.7-14.
6. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. Литтера, 2014, 608 с.
7. Агапов М. А., Алиев Ф. Ш., Ачкасов С. И. Анальная трещина. Колопроктология. – 2021. – Т. 20, № 4(78). – С. 10-21. – DOI 10.33878/2073-7556-2021-20-4-10-21.
8. Давидович, Д. Л. Возможности локально-регионарной анестезии при проведении оперативных вмешательств на аноректальной области / Д. Л. Давидович // Колопроктология. – 2018. – № 2S(64). – С. 14а-15.
9. Грошилин В. С., Хоронько Ю. В., Башанкаев Б. Н. Опыт использования индивидуального подхода в лечении анальных трещин / // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2019. – № 8-2. – С. 32-39. – DOI 10.17116/hirurgia201908232.
10. Хрюкин Р.Ю., Костарев И.В., Арсланбекова К.И., Нагудов М.А., Жарков Е.Е. Ботулинический токсин типа А и боковая подкожная сфинктеротомия в лечении хронической анальной трещины со спазмом сфинктера. Что выбрать? (систематический обзор литературы и метаанализ) // Колопроктология. 2020. Т. 19, № 2. С. 113-128. DOI: <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2020-19-2-113-128>
11. Soichi T., Matsuda Y., Matsuda D., Kawakami K. et al. Functional outcome after surgery for anal fissure in Japan // Nippon Daicho Komonbyo Gakkai Zasshi. 2016. Vol. 69, N 10. P. 540-548. DOI: <https://doi.org/10.3862/jcoloproctology.69.540>
12. Черепенин, М. Ю. Сравнительный анализ лечения хронической анальной трещины методами электрохирургического иссечения и лазерной деструкции / М. Ю. Черепенин, И. В. Лутков, В. А. Горский // Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал имени академика Б.В. Петровского. – 2023. – Т. 11, № 3(41). – С. 92-98. – DOI 10.33029/2308-1198-2023-11-3-92-98.
13. Мусин, А. И. Возможности выполнения хирургических вмешательств в амбулаторной колопроктологии / А. И. Мусин, А. А. Ульянов, Н. К. Жижин // Колопроктология. – 2018. – № 2S(64). – С. 26.
14. Опыт использования спинальной анестезии при проведении операций на аноректальной области в амбулаторной клинике / В. Э. Дубров, В. А. Вередченко, А. В. Куктенко, А. М. Кохан // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – Т. 5, № 1. – С. 186-188

