

p-ISSN 0023 - 2130
e-ISSN 2522 - 1396

Том 89, № 9 - 10 додаток
вересень-жовтень 2022

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

науково-практичний журнал

Заснований у червні 1921 р.

Ліга-Інформ

Передплатний індекс 74253

анальної області, пальцеве дослідження прямої кишки та огляд в дзеркалах і колоноскопію за показаннями.

Оперативні втручання виконували під епідурально–сакральною анестезією, що є найбільш адекватним методом завдяки вираженій та тривалій міорелаксуючій дії на замикальний апарат прямої кишки.

Результати. В роботі клініки впроваджено індивідуально–комбінований підхід до лікування геморою, так як у багатьох пацієнтів можна водночас спостерігати вузли на різних стадіях хвороби. Тому, на нашу думку, слід використовувати комбінацію методів з різними способами впливу на патогенез гемороїдальної хвороби, щоб підвищити ефективність за допомогою кумулювання позитивних рис, та невілювати негативні риси кожного з них. Це відповідає сучасним тенденціям мініінвазивності та збереження малозмінених тканин.

Видалення вузлів, що збільшені до II стадії, лікували консервативно або проводили лігування латексними кільцями (n=46). Хороші результати у віддаленому періоді відзначали у 65–75%, ускладнення виникли у 4%, у вигляді кровотечі (3%) та рецидиву захворювання (12%).

Оптимальним підходом до лікування вузлів II–III стадії, на думку авторів, є проведення деартеріалізації гемороїдальних вузлів з можливою мукопексією (n=136). Перебування пацієнтів у лікарні було 1–2 дні, повернення до роботи через 3–4 дні. Післяопераційний біль спостерігався лише у 18,4% хворих. Ускладнення в ранньому післяопераційному періоді зустрічалися у 3–4%. Віддалені результати лікування свідчали про високу ефективність методики.

Найчастішою операцією з приводу геморою III–IV стадії була гемороїдектомія за Міліганом–Морганом, в закритій модифікації за Фергюсоном.

В післяопераційному періоді інтенсивність болю у перші сутки була вище, ніж при методиці деартеріалізації. Процес загоєння та відновлення працездатності відбувається довше (22 ± 21), частота рецидивів була меншою і склала 5,4%.

Удосконалення технічних засобів дозволило використовувати високочастотну монополярну коагуляцію (n=178) та біполярну коагуляцію апаратом Liga Sure (n=84), як сучасну альтернативу класичній гемороїдектомії. Слід відзначити меншу інтенсивність болю в першу добу та протягом післяопераційного періоду з однаковим терміном перебування в стаціонарі ($6 \pm 2,1$).

Ще одним сучасним варіантом хірургічного лікування геморою III–IV стадії є операція Лонго (n=12). Відзначався менший термін госпіталізації 2–3 дні, значно менший біль, ніж при закритій методиці. Серед ускладнень у 19% були присутні тенезми в перші 2 місяці післяопераційного періоду.

Важливим аспектом лікування геморою є необхідність комплексного системного підходу на всіх стадіях захворювання. На ранніх стадіях геморою він дозволяє зупинити прогресування патології чи навіть подолати її, а при поєднанні з хірургічним втручанням зменшує ризик ускладнень та рецидиву.

Висновки. Використання індивідуального комплексного підходу до кожного хворого в питанні вибору тактики хірургічного лікування геморою та широке впровадження сучасних методик дозволяє скоротити тривалість післяопераційного періоду, зберегти радикальність втручання та зменшити вірогідність розвитку рецидивів.

Підхід до лікування гострого парапроктиту на тлі цукрового діабету

Милиця М. М., Постоленко М. Д., Милиця К. М., Стебляк В. В., Казаков В. С.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти», Запоріжжя, Україна

Вступ. Однією з актуальних проблем сучасної медицини є поліморбідність, в тому числі поєднання терапевтичної та хірургічної патології у одного хворого. Більшість авторів, які займалися лікуванням хірургічних захворювань у хворих на тлі цукровим діабетом (ЦД), звертають особливу увагу на гострі гнійні запалення шкіри і підшкірної клітковини, що протікають у діабетиків важче, зі швидко наступаючим об'ємним некрозом тканин, аж до сепсису. У зв'язку з цим представляється актуальним вивчення особливостей перебігу гострого парапроктиту у хворих з цукровим діабетом.

Мета роботи. Виявити особливості хірургічного лікування гострого парапроктиту у хворих з цукровим діабетом в умовах проктологічної клініки.

Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів лікування гострого парапроктиту у 1485 пацієнтів за остан-

ні 7 років. При проведенні роботи основним критерієм включення в аналізовану групу пацієнтів була клінічно реалізована інсулінорезистентність у вигляді діабету 2 типу. Всього відібрано для аналізу 90 пацієнтів, які склали 6,8% від загальної кількості хворих на парапроктит.

Всім пацієнтам визначали АТ, електроліти, коагулограму, глюкозу крові в динаміці, в групі пацієнтів з ЦД додатково досліджували інсулін, глюкозу з розрахунком індексу НОМА–IR, кортизол, інтерлейкін–6 і фактор некрозу пухлини альфа (методом ІФА).

Результати. Аналіз анамнезу захворювання показав, що 79,8% хворих звернулися за спеціалізованою медичною допомогою більш ніж через три доби від моменту початку захворювання. За цей час захворювання прогресувало до складних форм з ішио–, пельвіо– і ретроректальною локалізацією.

У досліджуваній групі при аналізі скарг і перебігу захворювання виявлено, що переважав короткий продромальний період з подальшим ознобом, лихоманкою, появою і прогресуванням болів в прямій кишці, промежині або ділянці таза. Загальні симптоми інтоксикації були виражені настільки інтенсивно, що місцева симптоматика часто відходила на другий план. При цьому запальний процес поширювався клітковинними просторами тазу за типом флегмони, без обмеження та локалізації гнійника.

Приблизно у третини пацієнтів (30,9%) відзначався інший варіант перебігу захворювання. У них спостерігали самообмеження гнійного процесу і формування гнійного вогнища. Особливістю перебігу гострого гнійного парапроктиту при ЦД є високі швидкості розвитку септичного стану (у 45,3% пацієнтів), які надходили через 3 доби від початку вже з явищами сепсису.

Диференційований підхід до операцій ґрунтувався на таких критеріях, як локалізація гнійника і основного гнійного ходу, його відношення до елементів зовнішнього анального сфінктера, характеру рубцевого процесу в зоні внутрішнього отвору гнійника і функції замикального апарату прямої кишки.

У 52% випадків вдалося ліквідувати вхідні ворота інфекції (внутрішній отвір нориці). Слід зазначити, що ці операції трудомісткі, вимагають великої навички оперуючого хірурга, але значно знижують ризик рецидиву і розвитку інконтиненції.

У разі наявності різко виражених рубцевих змін в анальному каналі або неможливості виявити внутрішній отвір парапроктиту лікування повинно бути двоетапним – після розтину і дренирування гнійника в плановому порядку здійснюється закриття внутрішнього отвору транс анальною аутопластикою.

При складних анаеробних формах парапроктиту, у 5 (3%) пацієнтів, невідкладна операція є єдиним способом переривання септичного процесу. Проводили мікробіологічне та гістологічне дослідження зразка тканин. До термінів ліквідації внутрішнього отвору підходили індивідуально.

Лікування хворих з важкими формами ГП здійснювали в палатах відділення інтенсивної терапії. Антибактеріальна терапія ініціювалася відразу після постановки діагнозу одночасно з підготовкою хворого до операції і тривала в післяопераційному періоді. При отриманні результатів мікробіологічного дослідження проводилася корекція антибактеріальної терапії.

В післяопераційному періоді, крім традиційних дворазових перев'язок, показано моніторування рівня глікемії, корекцію глікемічних препаратів, імунотерапію, обов'язкове використання нестероїдних протизапальних препаратів, що нормалізують цитокіновий статус.

Аналіз віддалених результатів показав, що частота рецидивів при ішио- і пельвіоректальних парапроктитах на тлі ЦД складала 4%, летальність – 9% (8 хворих).

Висновки. Диференційований підхід до операцій при гострому парапроктіті на тлі ЦД дозволяє достовірно поліпшити результати хірургічного лікування. Критерії вибору способу операції засновані на локалізації гнійника і основного гнійного ходу, його відношення до елементів зовнішнього анального сфінктера, характеру рубцевого процесу в зоні внутрішнього отвору і функції замикального апарату прямої кишки. У складних випадках хірургічне лікування повинно бути двоетапним і органозберігаючим. До можливості і термінів ліквідації внутрішнього отвору слід підходити індивідуально.

Застосування малоінвазивних лазерних технологій при лікуванні пілонідальної хвороби

Рибачук В. І., Осадчий А. В., Яковенко О. С.

КНП Вінницька міська клінічна лікарня швидкої допомоги, ПМП Центр В., м. Вінниця, Україна

Актуальність. Пілонідальна хвороба (ПХ) є досить частим захворюванням та становить близько 1–2% від усієї хірургічної патології. У загальній популяції захворювання зустрічається у 26 зі 100 000 осіб. Захворювання проявляється найчастіше в працездатному віці, де пік припадає на 15–30 років, з переважанням чоловічої статі у співвідношенні 3:1. Існує кілька варіантів хірургічної корекції ПХ, включаючи розкриття та дренирування, висічення з ушиванням та загоєння післяопераційної рани вторинним натягом, первинне закриття за допомогою технік реконструктивного клаптя. Незважаючи на поточний прогрес в хірургічних технологіях, найкраща в лікуванні ПХ ще не визначена. Проте, характеристика ідеальної опе-

рації повинні бути простою, вимагати короткої госпіталізації, що дозволить швидке повернення до звичної повсякденної діяльності.

Мета дослідження. Оцінити ефективність застосування лазерної енергії при лікуванні пілонідальної хвороби.

Матеріали та методи. Проаналізовано лікування 97 хворих, які знаходились на лікуванні у КНП Вінницька міська клінічна лікарня швидкої допомоги та ПМП «Центр В» в період 2021–2022 рр. Чоловіків 83 (85,6%), жінок 14 (14,4%). Вік хворих складав від 19 до 52 років. У 39 (37,8%) хворих діагностовано пілонідальні ходи з нагноєною кісткою. У 71 (68,9%) були виявлені пілонідальний синус лінійної конфігурації.