

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

Обґрунтування застосування біологічних алотрансплантатів при лікуванні ректоцеле

Коцюра О. А., Каніковський О. Є., Яковенко О. С.

Кафедра хірургії медичного факультету № 2,
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Актуальність. Ректоцеле – дивертикулоподібне випинання прямої кишки в бік піхви (переднє ректоцеле), або в бік анокуприкової зв'язки (заднє ректоцеле). По даним закордонних авторів у 47–60% пацієнтів – ректоцеле являється основною причиною порушення дефекації. При хірургічній корекції ректоцеле дедалі частіше з'являються методики із застосуванням сітчастих алотрансплантатів, що дозволяє відновити ректовагінальну перетинку навіть при недостатності тканин для формування міцної перетинки. Проте застосування поліпропіленових алотрансплантатів у деяких випадках має певні ускладнення.

Мета роботи. Оцінити ефективність використання біологічних трансплантатів при леваторопластиці у порівнянні із застосуванням поліпропіленового алотрансплантату.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування 52 пацієнток хворих на ректоцеле, які знаходились на стаціонарному лікуванні у хірургічній клініці медичного факультету №2 ВНМУ ім. М.І. Пирогова в період з 2010р. по 2022рік. Вік хворих складав від 32 до 71 року (середній вік 51 роки).

Результати. Було проведено оперативне лікування усіх пацієнток. 18(34, 61%) жінок оперовано класичним методом. 24(46,15%) жінок із імплантацією проленової сітки. 10(19,23%) жінок оперовано із використанням біологічної (колагенової сітки). У всіх випадках виконана гемороїдектомія за М. Морганом. Ми виконуємо методику трансвагінальної передньої сфінктеропластики.

Операція виконувалась таким чином гідравлічна препаровка ректовагінальної перетинки фізіологічним розчином з адреналіном (400мл. фіз. розчину + 1мл. адреналіну). Доступ поперечним розрізом на лінії присінки піхви. Виконується тупим методом мобілізація леваторних м'язів, задньої стінки піхви та передньої стінки прямої кишки. Виконується ушивання леваторних м'язів та фасції Деневільє матеріал ушивання (Vicryl 2.0). Виконується імплантація сітчастого алотрансплантату. Після виконується ушивання та дренивання рани. У всіх випадках виконувалась гемороїдектомія за М.Морганом. Результати оперативного втручання оцінювались через 3 місяці. В групі пацієнток з використанням колагенової сітки хворі не відчували дискомфорту у повсякденному житті. При використанні проленової сітки у 10 (41,66%) пацієнток з 24 наявний дискомфорт у вигляді неприємних відчуттів на рівні розрізу при певних положеннях тіла. Покращення акту дефекації спостерігалось у всіх пацієнток де ректовагінальна перетинка була імплантована алотрансплантатом, тобто 34 (65,38%). При виконанні класичного методу покращення дефекації спостерігалось у 8 (15,38%).

Висновки.

1. Використання алотрансплантату, як доповнення леваторопластики у всіх випадках покращує акт дефекації.
2. При виборі колагенового (біологічного) трансплантату відсутні скарги у післяопераційному періоді через відсутність суб'єктивних відчуттів в ділянці оперативного втручання.

Сучасний підхід в лікуванні гемороїдальної хвороби

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

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

Вступ. Геморой є одним з найпоширеніших захворювань людини. У структурі колопроктологічних захворювань на геморой, за даними різних авторів, припадає 35–43%. Слід зазначити, що хворіють переважно люди соціально-активного віку 30–55 років.

Висока захворюваність на геморой, що спостерігається в останні десятиліття, напевно пов'язана з особливостями життя сучасної людини (нераціональне харчування, тривале перебування у сидячому положенні, тощо).

Мета роботи – проаналізувати ефективність сучасних методів лікування геморою, що використовуються в нашій клініці.

Матеріали і методи. В роботі використовували класифікацію за Голінгером.

Лікування гемороїдальної хвороби не має шаблонів й вимагає індивідуального підходу до кожного хворого. Питання вибору тактики хірургічного лікування є досить непростим, і часто потребує індивідуального підходу.

Та в цілому вважається, що на I–II стадії захворювання достатнім є консервативне лікування, на II–III додаються мініінвазивні методики (лікування латексними кільцями, перев'язка гемороїдальних артерій під контролем ультразвуку, лазерна коагуляція тощо), а ось на IV стадії варто вдаватися до хірургічного втручання.

Провели аналіз лікування 487 пацієнтів з хронічним гемороєм II–III–IV ст, які були проліковані з 2019 по 2022 роки. Усім пацієнтам обов'язково виконували огляд пері-

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.