

НЕПАРАЗИТАРНІ КІСТИ СЕЛЕЗІНКИ – ОРГАНОЗБЕРІГАЛЬНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ

Євстахевич І. Й.¹, Інденко Ф. П.¹, Євстахевич Ю. Л.¹, Семерак М. М.¹, Книш О. В.¹, Дяків Г. Л.¹, Семерак І. Я.²

¹м. Львів, ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»

²м. Львів, Комунальне некомерційне підприємство «Львівське територіальне медичне об'єднання № 2»

У 42 хворих з непаразитарними кістами селезінки виконано органозберігальні операції. Нагноєння кісти виявлено у 2 хворих. Відкритим способом прооперовано 16 хворих. У хворих проведено резекцію селезінки, в тому числі при нагноєних кістах, фенестрацію кісти здійснено у 5 хворих, а в однієї хворої – енуклеацію кісти. У 26 хворих проведено лапароскопічну операцію фенестрації кісти.

При проведенні операції відкритим способом лиш в однієї хворої виконано вимушену спленектомію, яку завершено автотрансплантацією селезінкової тканини за Roth. Основними етапами операції були: пункція і розкриття кісти з евакуацією вмісту, мобілізація селезінки, оцінка наявної непошкодженої селезінкової тканини, перев'язка судинної гілки до передбачуваної частини селезінки що резукується, виконання резекції, фіксація кукси. Нагноєння кісти не вважали протипоказанням до резекції. При фенестрації кісти судини не перев'язувались, залишкова здорова тканина становила 50–95 %, тоді як при резекції цього органа вдавалось зберегти від 10 % до 35 %. Операцією вибору при неускладнених непаразитарних кістах селезінки вважаємо лапароскопічний спосіб фенестрації кісти за принципом створення «перитонеального вікна», достатнього для повного дренажу її порожнини. Післяопераційні ускладнення виникли у 2 хворих, оперованих відкритим способом, які перенесли резекцію селезінки. У двох хворих після лапароскопічної фенестрації кісти селезінки наступив рецидив кіст через 0,6–1 рік, що обумовило повторну відкриту операцію. Летальних випадків при цих операціях не було.

Сучасним хірургічним лікуванням непаразитарних кіст селезінки є фенестрація, оскільки є доволі простою органозберігальною операцією.

ЕФЕКТИВНІСТЬ АПЛІКАЦІЙНОГО СОРБЕНТУ НОВОГО ПОКОЛІННЯ

Кароль І. В.^{1,2}, Біляєва О. О.¹

¹м. Київ, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

²м. Бровари, Броварська багатопрофільна клінічна лікарня

Вступ. Однією з найскладніших проблем абдомінальної хірургії є перитоніт. Тяжким ускладненнями при перитоніті є нагноєння післяопераційних ран, яке, за даними різних авторів, при розлитому і загальному перитоніті зустрічається в 11–72 % випадків. Ці ускладнення подовжують термін перебування пацієнтів у стаціонарі, збільшують тривалість непрацездатності, вартість лікування і погіршують його результати. Тому важливо їм запобігти, для чого ми застосували розроблений аплікаційний сорбент «Орнідасил» на основі високодисперсного пірогенного кремнезему – аеросилу з іммобілізованим на ньому орнідазолом. Аеросил має високу здатність до адсорбції рідини, чим зменшує набряк тканин. Внаслідок цього покращується мікроциркуляція і зменшується гіпоксія тканин. Орнідазол має здатність активно пригнічувати аеробні та анаеробні мікроорганізми, що дуже важливо для лікування хірургічної інфекції.

Метою дослідження було вивчити ефективність аплікаційного сорбенту нового покоління в профілактиці післяопераційних ранових ускладнень.

Матеріали і методи. Ми вивчили ефективність аплікаційного сорбенту «Орнідасил» в клініці для профілактики нагноєння післяопераційних ран у пацієнтів з перитонітом в токсичній і термінальній стадіях. Сорбент наносили на рану до розкриття черевної порожнини, тонким шаром на підшкірну жирову клітковину. В кінці операції сорбент видаляли стерильним фізіологічним розчином. У дослідження увійшло 43 пацієнти, які проходили лікування в хірургічному відділенні Броварської багатопрофільної клінічної лікарні у 2021 році. Основну групу склали 24 пацієнти, в яких для профілактики нагноєння післяопераційних ран використовували поліуретановий ранопротектор зі змінною висотою в поєднанні з аплікаційним сорбентом «Орнідасил». До групи порівняння увійшло 19 хворих, в яких застосовували поліуретановий ранопротектор без аплікаційного сорбенту. Групи були зіставні за віком, статтю, розповсюдженістю і характером перитоніту.

Результати та обговорення. Комплексні дослідження з використанням квантово-хімічних розрахунків і методу ІЧ-спектроскопії показали, що взаємодія орнідазолу з гідроксильованими кремнеземами дещо відрізняється. Утворення комплексів активної речовини з гідроксильованою матрицею відбувається за рахунок водневих зв'язків між атомом кисню силанольної групи поверхні кремнезему і атомом водню спиртової групи молекули орнідазолу. Це сприяє поступовому вивільненню орнідазолу з поверхні такої матриці у навколишні тканини, що забезпечує постійну дію препарату навіть протягом тривалих хірургічних втручань, що було підтверджено клінічними результатами. Так, в групі порівняння нагноєння післяопераційної рани виникло у 6 пацієнтів (31,6 %), а в основній групі – у 3 пацієнтів (12,5 %).

Висновки. Застосування аплікаційного сорбенту «Орнідасил» в поєднанні з поліуретановим ранопротектором для профілактики нагноєння післяопераційних ран у пацієнтів з розлитим та загальним перитонітом в токсичній і термінальній стадіях дозволило зменшити нагноєння післяопераційних ран у пацієнтів основної групи в 2,5 раза.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Криса В. М., Криса Б. В.

м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

Гнійно-некротичні ураження стопи (ГНУС) є грізним ускладненням цукрового діабету (ЦД) і ведуть до тяжких наслідків – від ампутацій кінцівок аж до смерті пацієнтів. Поєднання ГНУС із критичною ішемією практично не залишає шансів на збереження кінцівки. Статистика показує, що з приводу ГНУС у світі виконують від 60 000 до 125 000 ампутацій за рік або 150 ампутацій за день (Melissa et al., 2002).

Актуальність вивчення гнійних уражень стопи при ЦД обумовлена тим, що лікування даної патології тривале, потребує значних матеріальних затрат, часто закінчується високими ампутаціями, які виконують у 17–45 разів частіше, ніж у загальній популяції хворих і супроводжуються високою післяопераційною летальністю – до 50 %, причому 5-річна смертність складає 43–55 % (Miyajima et al., 2006). Закономірним є страх хірургів перед органозберігальними операціями на стопі при ГНУС, бо відсоток незадовільних результатів після таких втручань дуже високий. Суттєве значення має стримане ставлення до використання методів реконструктивної судинної хірургії у хворих із синдромом діабетичної стопи (СДС), коли переважає ураження дрібних артерій.

У лікуванні оклюзуючих захворювань артерій протягом останнього століття з успіхом використовують непрямий метод реваскуляризації – симпатектомію поперекових гангліїв – операцію Дієца (Diez, 1924). Втручання покращує стан ішемізованих кінцівок у ранньому післяопераційному періоді у 70–90 % хворих, у віддаленому – 50–70 %, а позитивний ефект утримується 4–5 років.

З 2015 року при лікуванні СДС і ГНУС ми використовуємо пункційну комп'ютерно-томографічно керовану хімічну паравертебральну десимпатизацію на рівні III–IV поперекових хребців. Під нашим спостереженням знаходилось 86 хворих із СДС і критичною ішемією нижніх кінцівок. У 17 з них були гнійно-некротичні ураження пальців і стопи з переходом на сухожилля підшви. Всім хворим виконували ультразвукове обстеження артеріального русла нижніх кінцівок. При обстеженні виявляли несприятливі фактори, поєднання яких робило медичну проблему вкрай складною: облітерація магістральних артерій з сегментарними оклюзіями дистальних артерій; гнійно-некротичне ураження тканин стопи; відсутність можливості оцінити оборотність змін тканин і збереження стопи; наявність тяжких супутніх захворювань, некоригованого діабету, надлишкової ваги.

При першому зверненні обговорювали необхідність довготривалого лікування (2–3 місяці і більше) для використання шансу збереження кінцівки, зокрема поєднання хірургічних і консервативних методів лікування, вакуумної терапії, компенсації вуглеводного обміну, лікування супутніх захворювань, переведення гнійного процесу в сухий некроз. Після очищення гнійних ран виконували хімічну десимпатизацію. В період гнійно-некротичної фази хворі знаходились в хірургічному стаціонарі, у фазі регенерації – в домашніх умовах.

Ефект десимпатизації проявлявся через 1,5–2 тижні – зникав набряк, з'являлись грануляції, крайова епітелізація. Хворих навчали самостійно робити туалет ран, перев'язки і переводили на амбулаторне лікування. Рани загоювались вторинним натягом протягом 2–3 місяців. При виконанні контрольних УЗ досліджень через 1–2 місяці відмічали збільшення кровотоку в артеріях