

men were more likely to take alcohol than women (above the mentioned norm) and they all temporarily stopped alcohol abusing for the time of hypertensive crises and their complications (stroke, heart attacks).

At carrying out standardization by age, sex, hypertension etiology, duration of hypertension, cardiovascular risk and lifestyle factors (body mass index, smoking, alcohol abuse, education, regular physical activity, salt abuse, consumption of fresh vegetables, presence of work), it was found that independent factors associated with low compliance were older age, male sex, high cardiovascular risk, alcohol and salt abuses, and decreased physical activity.

Failure to follow the recommendations results in more frequent development of repeated myocardial infarction and hospitalizations among both men and women.

There is tendency to exercise physical activity among women of young and middle age and men of old age.

Following the diet is an effective method of secondary prevention of hypertension. According to our results 61% of women and 57% of men do not follow the appropriate diet and do not keep tracking their weight.

The prescription of a fixed combination of antihypertensives, the provision of written guidelines for arterial hypertension treatment and keeping a diary led to better results: 57.3% of patients with high compliance rate, 28.1% average compliance rate and 14.6% low compliance rate.

The use of such an approach to the choice of therapeutic tactics promotes effective treatment and leads to optimal hypotensive effect, positive dynamics of MS period and increasing compliance to treatment, it allows reducing incidence of cardiovascular complications, prevents the progression of combined pathology and improves the prognosis of the disease.

Key words: metabolic syndrome, hypertonic illness, compliance.

*Рецензент – проф. Катеренчук І. П.
Стаття надійшла 19.01.2018 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2018-1-1-142-201-204

УДК 616.352-007.253-031.21-089.85-089.844

Фелештинський Я. П., Борн Є. Є., Сміщук В. В., Преподобний В. В., Йосипенко М. О.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЕКСТРАСФІНКТЕРНИХ НОРИЦЬ З ВИКОРИСТАННЯМ АЛОГЕННОГО КОЛАГЕНОВОГО ІМПЛАНТАТУ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ)

dentexpres@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом НДР: «Розробка нових відкритих та лапароскопічних методів хірургічного лікування захворювань передньої черевної стінки та органів черевної порожнини» (державний реєстраційний номер 0115U002170).

Вступ. Рецидиви нориць прямої кишки при екстрасфінктерному розташуванні спостерігаються у 5,2-40,2% хворих, у 13-20% відзначаються гнійно-запальні ускладнення в рані, у 17-36% хворих відзначається дискомфорт в ділянці заднього проходу, поява стійкої анальної інконтиненції має місце у 4-23% хворих [3,2,13,7].

Серед причин виникнення рецидиву нориць прямої кишки основним є неліквідований внутрішній отвір нориці, залишення її стінки та розгалужень в параректальній клітковині при виконанні хірургічного втручання, недостатнє дренування гнійних порожнин. Незважаючи на значну кількість різних способів хірургічного лікування хронічного парапроктиту, до теперішнього часу немає «універсального» який гарантує повну ліквідацію норицевого ходу та виключає виникнення рецидиву захворювання при використанні радикальних методик хірургічного лікування [5,3,1,10,12].

Крім цього найбільш гострим і актуальним завданням на сьогоднішній день залишається рання діагностика складних форм хронічного парапрок-

титу та вибору адекватної методики хірургічного лікування ішеоректального, пельвіоректального, ретроректального і підковоподібного 3-4-го ступеню складності. Використання сучасних методик хірургічного лікування хронічного парапроктиту з використанням інтрасфінктерного лігування норицевого ходу, переміщення слизового клаптя та метод пломбування норицевого ходу колагеновою пробкою значно зменшує частоту рецидивів з 40% до 11% [9,12,7,6].

Водночас при використанні методики лігування норицевого ходу у міжсфінктерному просторі при екстрасфінктерних норицях залишається високий процент рецидиву захворювання в зв'язку з тим, що не достатньо ліквідуються гнійні порожнини, норицевий хід не видаляється, а тільки перев'язується, що є підґрунтям для рецидиву захворювання і залишається на рівні 10% [13,14,6,10]. Використання методики Anal fistula plug – шляхом obturaції норицевого ходу колагеновим імплантатом, зменшує частоту рецидивів, однак враховуючи відсутність видалення норицевого ходу, внутрішнього отвору нориці та ліквідації гнійних порожнин при даній методиці також залишається висока частота рецидивів та відторгнення імплантату та складає 11% [8,10,11].

Відсутність єдиної тактики по відношенню до об'єму хірургічного лікування екстрасфінктерних нориць, висока частота рецидиву захворювання, ви-

сокий рівень загальних і місцевих ускладнень навіть після виконання сучасних радикальних оперативних втручань, а також тривалий термін лікування створюють необхідність розробки нових способів їх профілактики та лікування, застосовуючи сучасні методи діагностики та хірургічного лікування.

Мета роботи – покращити результати хірургічного лікування екстрасфінктерних нориць.

Об'єкт і методи дослідження. В клініці кафедри хірургії та проктології за період з 2012 по 2017 рр. було прооперовано 53 хворих з екстрасфінктерними норицями. Вік хворих складав від 25 до 60 років. Середній вік $52,3 \pm 2,1$ років. Чоловіки 31 (58,4%), жінки – 22 (41,5%). Комплексне обстеження проводили із використанням традиційно прийнятих методик (опитування, огляд, пальпація, пальцеве дослідження, проведення проби з барвником, зондове дослідження, зондове дослідження з аноскопією, фістулографія).

Додатково, для визначення тактики подальшого оперативного лікування, проводили комбіноване ультразвукове дослідження. Таку методику застосували за одну добу до оперативного втручання із використанням ультразвукового сканера SLE-101PC за подвійною (сабдомінальною і трансректальною) методикою із датчиками 3,5 МГц 5-7,5 МГц відповідно. З допомогою спеціальної розмітки на датчику інформація представлялась у традиційній схемі по циферблату годинника.

Проведення трансанального ультразвукового дослідження із застосуванням комплексної речовини було використано у 53 хворих на параректит і полягало у наступному: після проведення традиційного ультразвукового обстеження і визначення розташування зовнішнього отвору нориці в нього в умовах герметичності вводили контрастну речовину. Подальше дослідження проводили із використанням датчика кругового зображення (5-7,5 МГц). У 25 (47,1%) хворих було діагностовано екстрасфінктерні нориці 1-го ступеня складності, у 15 (28,3%) 2-го, у 7 (13,2%) 3-го та у 6 (11,3%) 4-го ступеня складності. В залежності від методики хірургічного лікування хворі були розділені на 2 групи. Першу групу склали 27 хворих, яким виконувалась розроблена нами методика хірургічного лікування з використанням біологічного аlogenного колагенового імплантату [4].

Сутність операції полягає в тому, що після інтраопераційної діагностики параректального норицевого ходу зондом та введення метиленового синього двома дугоподібними розрізами до 5,0 см навколо зовнішнього отвору нориці, розсікається шкіра та підшкірна клітковина, висікається зовнішній отвір нориці та рубцевозмінені тканини та розгалуження нориці в параректальній клітковині, внутрішній отвір висікали так, щоб не пошкодити волокна сфінктера. На ділянку висіченого внутрішнього отвору накладали алогенний ліофілізований колагеновий імплантат розміром 2,0x1,5 см, та фіксували його ниткою Vicril 2,0 по периметру. Другу групу склали 26 хворих яким виконувались класичні методики висічення нориць прямої кишки. Fistulotomy (розсічення нориці в просвіт кишки) виконано у 9 (34,6%) хворих,

Fistulectomy (висічення нориці в просвіт кишки) у 7 (26,9%) та Seton Placement (накладання лігатури) у 10 (38,4%) хворих.

Результати досліджень та їх обговорення.

В першій групі хворих нагноєння рани виникло у 1 (3,7%) хворих, у 3 (11,1%) серозне запалення післяопераційної рани, яке було ліквідоване шляхом дренажування та призначенням протизапальної терапії (диклофенак 3,0 1 раз в\м), анальна інконтиненція у хворих не відмічалась. Рана загоїлась на $10 \pm 1,2$ добу. В другій групі хворих в ранньому післяопераційному періоді спостерігались місцеві ускладнення у вигляді нагноєння рани у 7 (26,9%) хворих, часткове нетримання газів з'явилося у 6 (23,0%) хворих, анальна інконтиненція 1-го ступеня відмічалась у 6 (23,0%), стійка анальна інконтиненція виникла у 4 (15,3%), рана загоїлась на $24 \pm 2,3$ дні. Віддалені результати лікування, які вивчені від 1 до 24 місяців, шляхом оглядів та анкетування 21 хворих першої групи та 22 хворого другої групи.

Рецидив захворювання в першій групі мав місце у 1 (3,7%) хворого, в другій групі виник у 4 (15,4%) хворих. Окрім того в другій групі проявилась стійка анальна інконтиненція у 3 (13,6%) та часткове нетримання газів у 4 (18,1%) хворих.

Застосування ліофілізованого аlogenного колагенового імплантату зменшує часові терміни фіброплазії, яка зазвичай досягає максимальної активності не раніше 5 доби. Колагенові волокна слугують каркасом для васкуляризації та проростанням сполучною тканиною реципієнта, еластин скріплюючи свої волокна підвищує пружність тканин.

За рахунок процесу поперечного хімічного зв'язування (спаювання) колагеновий імплантат стає стійким до атак макрофагів, тканинних та бактеріальних колагеназ та не потребує видалення при персистуючій інфекції. Такі властивості колагенової плівки дають змогу забезпечити постійне закріплення м'яких тканин ділянки хірургічного втручання навіть в присутності бактеріальної інфекції.

Висновки

1. Запропонована методика зменшила на 11,7% кількість рецидивів у хворих з екстрасфінктерними норицями після хірургічного лікування в порівнянні з класичними.

2. Місцеве використання ліофілізованого аlogenного колагенового імплантату сприяє прискореному утворенню власного колагену в тканинах хворого, що призводить до швидкого закриття дефекту.

Перспективи подальших досліджень. Представлена оригінальна методика хірургічного втручання у пацієнтів із екстрасфінктерними норицями є перспективною в контексті зменшення кількості рецидивів у хворих і підвищення їх якості життя за умов широкого впровадження в практику охорони здоров'я населення України.

Література

1. Lurin IA, Tsema EV. Sravnitel'naya otsenka otdalennykh rezultatov lecheniya bolnykh s extrasfinkternymi svischami pryamoy kishki s ispolzovaniem sovremennykh, hirurgicheskikh metodik. Ukr. med. zhurn. 2006;4:76-8. [in Russian].
2. Feleshtinskiy YaP, Born EE, vnahidniki; Nathionalna medithna akademiya pisliadiplomnoyi osviti imeni PL. Shupika, patentovlasnik. Sposib kompleksnogo hirurgichnogo likuvannya hronichnogo paraproktitu z vikoristannyam kolagenovoyi plivki. Patent Ukrayini № 109214. 2016 Ser 10. [in Ukrainian].
3. Filips RKS, Vorobyov GP, redactor. Kolorektaliaya hirurgiya. M: GEOTAR-Media; 2009. 258 s. [in Russian].
4. Chernov AA, Zhukov BN, Isaev VR. Optimizatsiya hirurgicheskogo lecheniya bolnykh so slozhnyimi ekstra i chrezsfinkternymi pararektalnymi svischami. Kazan. med. zhurn. 2007;6:604-5. [in Russian].
5. Shelyigin YuA, redactor. Klinicheskie rekomendatsii. Koloproktologiya. M: GEOTAR-Media; 2015. 528 s. [in Russian].
6. Arroyo A, Pérez-Legaz J, Moya Arroyo PA. Fistulotomy and sphincter reconstruction in the treatment of complex fistula-in-ano: long-term clinical and manometric results. Ann. Surg. 2012 Jan 12;255:935-9.
7. Göttgens KW, Janssen PT, Heemskerk J, van Dielen FM, Konsten JL, Lettinga T, et al. Long-term outcome of low perianal fistulas treated by fistulotomy: a multicenter study. Int J Colorectal Dis. 2015 Dec 16;30:213-19.
8. Han JG, Yi BQ, Wang ZJ. Ligation of the intersphincteric fistula tract plus a bioprosthetic anal fistula plug (LIFT-Plug): a new technique for fistula-in-ano. Colorectal Dis. 2012 Mar 20;15:582-6.
9. Jordán J, Roig JV, García-Armengol J, García-Granero E, Solana A, Lledó S. Risk factors for recurrence and incontinence after anal fistula surgery. Colorectal Dis. 2010 Dec 6;12:254-60.
10. Köckerling F, Alam NN, Narang SK, Daniels IR, Smart NJ. Treatment of Fistula-In-Ano with Fistula Plug a Review Under Special Consideration of the Technique. Front Surg. 2015 Jan 20;16:2-55.
11. Köckerling F, Rosen von T, Jacob D. Modified plug repair with limited sphincter sparing fistulectomy in the treatment of complex anal fistulas. Front Surg. 2014 Jan 11;1:17.
12. Raslan SM, Aladwani M, Alsanea N. Evaluation of the cutting seton as a method of treatment for perianal fistula. Ann Saudi Med. 2016 Aug 15;36:210-5.
13. Tan KK, Lee PJ. Early experience of reinforcing the ligation of the intersphincteric fistula tract procedure with a bioprosthetic graft (BioLIFT) for anal fistula. ANZ J Surg. 2013 Nov 10;84:280-3.
14. Visscher AP, Schuur D, Roos R, Van der Mijnsbrugge GJ, Meijerink WJ, Felt-Bersma RJ. Long-term follow-up after surgery for simple and complex cryptoglandular fistulas: fecal incontinence and impact on quality of life. Dis Colon Rectum. 2015 Sept 21;58:533-9.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЕКСТРАСФІНКТЕРНИХ НОРИЦЬ З ВИКОРИСТАННЯМ АЛОГЕННОГО КОЛЛАГЕНОВОГО ІМПЛАНТАТУ

Фелештинський Я. П., Борн Є. Є., Смищук В. В., Преподобний В. В., Йосипенко М. О.

Резюме. Проведене дослідження показало, що хірургічне лікування хворих з екстрасфінктерними норицями з висіченням внутрішнього отвору нориці та закриттям цієї ділянки дефекту алогенною колагеновою плівкою забезпечує ефективну регенерацію сполучної тканини і на 11,7% зменшує кількість рецидивів нориць. Доведено, що властивості алогенної колагенової плівки дають змогу забезпечити постійне закріплення м'яких тканин ділянки хірургічного втручання навіть в присутності бактеріальної інфекції.

Ключові слова: екстрасфінктерна нориця, колагеновий імплантат, трансанальне ультразвукове дослідження.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АЛЛОГЕННОГО КОЛЛАГЕНОВОГО ИМПЛАНТАТА

Фелештинский Я. П., Борн Е. Е., Смищук В. В., Преподобный В. В., Йосипенко М. А.

Резюме. Проведенное исследование показало, что хирургическое лечение больных с экстрасфинктерными свищами с иссечением внутреннего отверстия свища и закрытия этой области дефекта аллогенной колагеновой пленкой обеспечивает эффективную регенерацию соединительной ткани и на 11,7% снижает количество рецидивов свища. Доказано, что свойства аллогенной колагеновой пленки обеспечивают закрепление мягких тканей участка хирургического вмешательства в присутствии бактериальной инфекции.

Ключевые слова: экстрасфинктерный свищ, колагеновый имплантат, трансанальное ультразвуковое исследование.

SURGICAL TREATMENT OF EXTRASFINCTORAL LIPS WITH USE OF ALOGENIC COLLAGEN IMPLANT

Feleshtinsky Ya. P., Born Ye. Ye., Smyshchuk V. V., Prepodobny V. V., Yosypenko M. O.

Abstract. *The aim of the work* is to improve the results of surgical treatment of extrasphincter fistulas.

Object and methods. In the clinic of the Department of surgery and proctology for the period from 2012 to 2017, 53 patients with extrasphincter fistulas were operated. The age of the patients ranged from 25 to 60 years. The average age is 52.3 ± 2.1 years. Males 31 (58.4%), women – 22 (41.5%). 25 (47.1%) patients were diagnosed with extrasphincter fistulas of the 1st degree of difficulty, 15 (28.3%) of the 2nd, 7 (13.2%) of the 3rd and 6 (11.3%) 4th degree of complexity. Depending on the technique of surgical treatment, the patients were divided into 2 groups. The first group consisted of 27 patients, which performed our developed surgical treatment using a biological allogenic collagen implant. The second group consisted of 26 patients who performed the classic methods of excision of the fistulas of the rectum. Fistulotomy was performed in 9 (34.6%) patients, Fistulectomy (excision of the fistula in the gut lumen) in 7 (26.9%) and Seton Placement (ligating overlay) at 10 (38.4%) patients.

Research results and their discussion. In the first group of patients, suppuration of the wound occurred in 1 (3.7%) patients, in 3 (11.1%) serous inflammation of the postoperative wound, which was eliminated by drainage and the appointment of anti-inflammatory therapy (diclofenac 3.0 1 times/m), anal incontinence in patients was not marked.

The wound healed for 10 ± 1.2 days. In the second group of patients in the early postoperative period there were local complications in the form of suppurative wounds in 7 (26.9%) patients, partial incontinence of gases appeared in 6 (23.0%) patients, anal incontinence of the 1st degree was noted at 6 (23.0%), stable anal incontinence arose in 4 (15.3%), the wound was healed for 24 ± 2.3 days. Long-term results of treatment, which were studied from 1 to 24 months, by surveys and questionnaires of 21 patients in the first group and 22 patients in the second group. Relapse in the first group occurred in 1 (3.7%) of the patient in the second group occurred in 4 (15.4%) patients. In addition, in the second group, stable anal incontinence was observed in 3 (13.6%) and partial incontinence gases in 4 (18.1%) patients.

Conclusions. The proposed technique reduced the number of relapses in patients with extrasphincter fistulas after surgical treatment by 11.7% compared with the classical ones.

Local use of a lyophilized allogeneic collagen implant promotes accelerated formation of own collagen in the patient's tissues, which leads to a rapid closure of the defect.

Key words: extrasphincter fistulas, collagen implant, transanal ultrasound examination.

Рецензент – проф. Малик С. В.
Стаття надійшла 22.01.2018 року

DOI 10.29254/2077-4214-2018-1-1-142-204-208

УДК 616.71-001.58:615.837:612.08

¹Фіщенко В. О., ¹Килимнюк Л. О., ²Ковальчук В. М., ¹Маціпура М. М., ²Ренкас О. П.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ ЗРОЩЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ ПІД ВПЛИВОМ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ НА ОСНОВІ РЕНТГЕНОГРАФІЧНИХ ДАНИХ

¹Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (м. Вінниця)

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ)

kylymniuk@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри травматології та ортопедії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова «Комплексна реабілітація хворих з травмами та захворюваннями опорно-рухового апарату», № державної реєстрації 0115U007095.

Вступ. Сучасні досягнення травматології та ортопедії сприяють покращенню результатів лікування пацієнтів з переломами кісток. На цьому фоні проблема порушення зрощення привертає все більшої уваги. Частота переломів довгих трубчастих кісток ускладнених сповільненою консолидацією та формуванням хибних суглобів становить 12,5-26%, а частка незадовільних результатів лікування при даній патології сягає 33% [1]. Для покращення результатів лікування протягом тривалого часу продовжуються пошуки засобів впливу на процеси зрощення, однак проблема залишається невирішеною [10]. Сучасні погляди на причину розвитку розладів репаративної регенерації пов'язують її з пошкодженням клітинних програм відновлення, які призводять до порушення процесів формування кісткової тканини в обсязі достатньому для заповнення утвореного дефекту [3]. Необхідною умовою для оптимального вибору тактики лікування переломів є глибокі знання комплексу фізіологічних процесів у складному багатосту-

пеневому каскаді клітинних реакцій, які виникають у відповідь на дію травмуючого агента. Ретельне вивчення додаткових способів стимуляції при розладах репаративної регенерації дозволить розробити диференційований підхід до вибору способу лікування при порушеннях зрощення переломів з урахуванням біологічних процесів в ділянці перелому та кістковій мозолі [3,4,10]. Таким чином, потреба в пошуках додаткових засобів впливу на процеси репаративної регенерації з метою профілактики даного ускладнення є актуальною, що зумовлено не лише інтересом науковців, а й суттєвим медико-соціальним значенням даної проблеми.

Мета дослідження: дослідити вплив екстракорпоральної ударно-хвильової терапії (ЕУХТ) на процеси зрощення кісткової тканини при нестабільному остеометалосинтезі шляхом оцінки рентгенографічних показників в експериментальних умовах.

Об'єкт і методи дослідження. Дослідження виконано в умовах віварію Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова на 40 безпородних статевозрілих здорових щурах-самцях масою 330 ± 20 г. Експеримент виконано згідно етичних норм поводження з тваринами, з дотриманням рекомендацій та вимог Європейської конвенції по захисту хребтових тварин, яких використовують для експериментів чи в інших наукових цілях (Страсбург, 1986). Під комбінованим наркозом з використанням