

За період с 1983 по 1998 пролечено 105 дітей раннього віку з БГ, діагностика котрої ґрунтувалася на изученні анамнеза, клінічної симптоматики, даних рентгенологічного обстеження, ананометрії, ендоскопії та гістохімічного обстеження біоптатів товстої кишки. В статті приводяться результати проведених операцій.

SUMMARY

Kolostomy on the stages of treatment of the Girshprung disease in children of early age

D.Yu. Kryvchenia, V.P. Soroka, V.V. Regul, V.P. Prytula, V.M. Hursin, O.M. Zayets

From 1983 to 1998 105 children have been treated of an early age with the GD which was diagnosed according to the data of the study of anamnesis, clinical symptomatic, data of X-ray examination, anomanometry, endoscopy and gistochemical study of the rectum bioplat. In the article the data of surgical treatment are presented.

ОДНОМОМЕНТНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГІГАНТСЬКОЇ БАГАТОКАМЕРНОЇ РЕЦИДИВНОЇ НЕВПРАВМОЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ВЕНТРАЛЬНОЇ ГРИЖІ, ПУПКОВОЇ ГРИЖІ ТА ФІБРОМІОМИ МАТКИ У ХВОРОЇ З ОЖИРІННЯМ

Лисенко Б.П., Лисенко Р.Б.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Значна кількість пацієнтів із післяопераційною вентральною грижею (ПОВГ) великих розмірів хворіє ожирінням (60-78%) [4, 5]. Порівняно з іншими випадками, ПОВГ у хворих із ожирінням мають деякі особливості, що впливають на об'єм, травматичність та спосіб операції. Так, об'єм та травматичність втручання визначаються не тільки величиною грижі, а й ступенем ожиріння, особливостями відкладання жирової клітковини, наявністю відвислого жирового "фартуха" живота, ступенем рубцевих змін у тканинах черевної стінки, та вираженістю злукового процесу черевної порожнини, необхідністю застосування розширеного оперативного доступу, видалення основних депо жиру, виконання симультанної операції.

За останні роки в літературі все частіше почали з'являтися повідомлення про більш широке застосування симультанних операцій у хворих із ПОВГ [1, 2, 3]. У клініці накопичений достатній досвід хірургічного лікування ПОВГ у хворих із ожирінням, яким при необхідності виконуються симультанні операції. Наводимо приклад.

Хвора Т., 54 роки, і.х. № 7407, що поступила до хірургічного відділення МКЛ №1 23.11.98. з діагнозом: гігантська рецидивна неpravима післяопераційна вентральна грижа з частими защемленнями. Пупкова грижа. Аліментарно-конституційне ожиріння 3 ст, збалансований тип. Відвислий живіт. Фіброміома матки з кровотечами. Гіпертонічна хвороба 2 ст. Хронічна залізодефіцитна анемія. Рак лівої молочної залози, 3 клініч. група. Скарги на наявність грижового випинання передньої черевної стінки в ділянці післяопераційного рубця, відчуття тяжкості і періодичні болі в ньому, що підсилюються при фізичному навантаженні, періодичні защемлення, що самостійно ліквідуються, періодичні головні болі, кров'янисті виділення зі статевих органів. Вважає себе хворою з 1986 року, коли була оперована з

приводу деструктивного апендициту. Після тривалого нагноєння післяопераційної рани виникла грижа, з приводу якої була оперована через 2 місяці після виписки зі стаціонару. В 1987, 1991, 1994 роках тричі оперована з приводу рецидивів грижі інших лікувальних закладах. Через рік після останньої операції в ділянці післяопераційного рубця знову з'явилося випинання, яке постійно збільшувалося а за останні 2 місяці грижа тричі защемлювалася після чого самостійно вправлялась до черевної порожнини. З 1997 року хвора спостерігається; лікується у гінеколога з приводу фіброміоми матки, що періодично ускладнюється кровотечами на протязі останніх 3-х місяців. Біля 15 років хвора гіпертонічною хворобою. В 1987 році була оперована (радикально) в онкодиспансері з приводу раку лівої молочної залози. При об'єктивному обстеженні: загальний стан задовільний, гіперстенія. Підшкірна жирова клітковина розвинута надмірно набряків немає. Зріст - 167 см, вага - 110 кг, індекс маси тіла - 40. Дійсна маса тіла перебільшує належну на 75,3%. Аускультативно в легенях жорстке дихання, в нижніх відділах вислуховуються одиничні сухі хрипи. Ліві межі серця зміщені вліво на 2,5 см Аускультативно тони серця ритмічні, приглушені. Пульс 80 уд./хв, АТ 180/100 мм.рт.ст. Живіт асиметричний, збільшений у розмірах за рахунок підвищеного відкладання жирової клітковини, грижового випинання. При пальпації живіт м'який помірно болючий у ділянці грижі. Симптомів перитоніту немає. Пупкове кільце розширене до 2 см в діаметрі. У правій половині живота більше донизу, в косо-поперечному напрямку зміцнілий післяопераційний рубець розміром 30х3см. У вертикальному положенні хвора сідає, стерігається значних розмірів жировий висяк "фартух" живота та грижове випинання розміром 25х20 см у середній частині післяопераційного рубця. У горизонтальному положенні - грижа не вип

ляється до черевної порожнини, м'якої консистенції, помірно болюча при пальпації. Досконало визначити розміри грижових воріт не вдається через невправимість грижі та надмірне відкладання жирової клітковини. Обстежена загальноклінічно: аналіз крові: НЬ 78 г/л, Л. $7,4 \times 10^9$ /л, ер. $2,4 \times 10^{12}$ /л, ШОЕ 24 мм/год; глюкоза крові 3,9 ммоль/л; заг. білок 61 г/л, креатинін 92 ммоль/л, сечовина 8,2 ммоль/л, загальний білірубін 22 ммоль/л, загальний холестерин 4,9 ммоль/л, Р-ліпопротеїди 40 г/л; протромбіновий індекс ,87%, фібриноген 2,4 г/л. Рентгеноскопія органів грудної клітини - легені без особливих змін, серцева тінь розширена вліво, серцеві дуги згладжені. Іригоскопія - вісцеро-вісцеральні злуки черевної порожнини. ЕКГ - синусовий ритм, горизонтальне положення ЕОС, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. Спірографія - до 1000 мл, ЖЕЛ 2500 см³, індекс Тіфно 56%. Враховуючи ускладнений гінекологічний анамнез, хвора в стаціонарі додатково консультована гінекологом - встановлена фіброміома матки розмірами до 8 тижнів вагітності. Виконане діагностичне вискоблювання порожнини матки - в препараті патологічних клітин не виявлено. Колегіальне вирішено виконувати під час герніотомії симультанну гінекологічну операцію. Хвора оглянута терапевтом, анестезіологом. Проводилась комплексна передопераційна підготовка - хвора, крім дієти №0-1 а, послабляючих ліків, щоденних очисних клізм, ЛФК, дозованого бандажування живота простирадлом, отримувала препарати заліза, гіпотензивні, вітамінні препарати. За 3 дні до операції - щоденний гігієнічний душ, особливо приділяли увагу миттю щітками з милом шкіри передньої черевної стінки та ділянки грижі, санації пупка, пахових складок та складки під молочною залозою, обробляли їх 40-50% спиртом. Після проведеної передопераційної підготовки стан хворої покращився: зменшилась маса тіла на 5 кг (4,5%), грижа частково стала заправлятися до черевної порожнини, АТ 160/85 мм.рт.ст., аналіз крові: ер. $3,1^{10}$ /л, НЬ 92 г/л. Операція 25.01.95. Під ендотрахеальним наркозом із міорелаксантами доступом за Берсоном (із видаленням жирового "фартуха" живота, маса якого 9 кг) розрізані шкіра, підшкірна клітковина до апоневроза. Ковзаючи по апоневрозу,

ЛІТЕРАТУРА

- 1-Адамян А.А., Нанашидзе Д.Х., Чернышова Л.М. Лечение послеоперационных вентральных грыж, сочетающихся с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости // Вестн. хирургии им. И.И.Грекова. - 1994. - №2. - С.45-47.
2. Адамян С.Д., Андреев С.Д., Булгаков Г. А., Графская Н.Д., Нанашидзе Д.Х. Одномоментное хирургическое лечение гигантской вентральной грыжи и обширной язвы желудка// Хирургия. - 1991. - №3. - С.123-125.
3. Землянкин А.А. Симультаные операции при вентральных грыжах: Автореф. дис...канд. мед. наук: 14.01.03. - Харьков. -1991.-24с.
4. Фелештинский Я.П. Методы предоперационной подготовки и хирургического лечения больных с послеоперационной вентральной грыжей: Автореф. дис...канд. мед. наук: 14.01.03. - Киев. - 1994. - 22 с.
5. Черненко М.П., Валигура Я.С., Яценчук М.Н. и др. Брюшные грыжи. -К.: Здоров'я, 1995.-264 с.

виділені грижові ворота в правій половині живота розмірами 18x16 см. Грижовий мішок розітнутий збоку - він багатокамерний, містить петлі тонкої кишки та частину великого сальника, який збільшений в об'ємі, рубцево та запально змінений. Значний злуковий процес. Після роз'єднання злук та субтотальної резекції великого сальника грижовий вміст заправлений до черевної порожнини, видалені надлишки грижового мішка. Грижовий дефект додатково розширений донизу (герніолапаротомія) за рахунок розрізання піхв прямого м'язу справа. Краї грижового дефекту додатково відокремлені ще одним шаром серветок за нашою методикою. Розділення злукового процесу черевної порожнини. До операції приєднався гінеколог - виконана типова надпихова ампутація матки із придатками. Черевна порожнина висушена, видалені пелюшки, якими обкладалась краї дефекта. Пластика пупкового кільця двома кисетними швами типу Лексера. Виконана коса м'язово-апоневротична пластика грижових воріт типу Сапежка в модифікації клініки з укріпленням кутів пластики кисетними швами. Для активного аспірування виділень рана дренована 2-ма ПХВ- трубкама та резиновими випускниками через додаткові розрізи нижче від основного розрізу, пошарове зашита. Після операції проводилась продовжена штучна вентиляція легенів до повернення спонтанного дихання. Післяопераційний період - без ускладнень. Специфічних ускладнень після виконання гінекологічної операції не спостерігали. Дренажі видалені на 3-4 добу, шви на шкірі зняті на 9-10-14 добу. Рана зажила первинним натягом. Завдяки проведеному комплексному лікуванню маса тіла хворої зменшилась на 16 кг (14,5%). Загальний час перебування у стаціонарі - 30 діб. Хвора оглянута через 2 місяці після операції - рецидиву не виявлено, відчуває себе задовільно.

Ми вважаємо доцільним виконання симультанних операцій у хворих із ПОВГ та ожирінням при всебічному обстеженні до операції та відсутності ускладнень. Це в подальшому виключає необхідність відстрочених оперативних втручань у хворих із загрозою виникнення рецидиву грижі, покращує якість життя пацієнтів.

изуче-
и гис-

he data
il study

EP-

трива-
сла гри-
/ місяці
994 ро-
грижі в
я остан-
бця зно-
увалось,
ювалась,
вної по-
яться та
и матки,
і на про-
в хворіє
операва-
оду раку
у обсте-
ієрстенік.
надмірно,
кг, індекс
ує належ-
>рстке ди-
одичніні
на 2,5 см.
іглушені.
іт асимет-
рахунок
вини, гри-
іт м'який,
гомів под-
де розти-
ні живота,
апрямку -
розмірами
ворої спо-
й висячий
розмірами
ійного руб-
а не вправ-

РЕЗЮМЕ

Одномоментное хирургическое лечение гигантской многокамерной рецидивной невримой послеоперационной вентральной грыжи, пупковой грыжи и фибромиомы матки у больной с ожирением

Лысенко Б.П., Лысенко Р.Б.

В статье изложены результаты хирургического лечения послеоперационной вентральной грыжи (ПОВГ) у больной ожирением, которым при необходимости выполняются симультанные операции. Авторы считают целесообразным выполнение симультанных операций у больных с ПОВГ и ожирением при всестороннем обследовании до операции отсутствия осложнений, что в дальнейшем исключает необходимость отсроченных оперативных вмешательств. Больных с угрозой возникновения рецидива грыжи.

SUMMARY

One-stage surgical treatment of the giant multichamber recurrent irreducible postoperational ventral hernia, umbilical hernia and fibromioma of uterus in patient with obesity

B.P. Lysenko, R.B. Lysenko

In the paper the experience of the surgical treatment of postoperative ventral hernia in patients with the obesity for which simultaneous operations were made, when necessary, is reported. The authors came to the conclusion that the performance of simultaneous operations in patients with postoperative ventral hernia and obesity is expedient under thorough examination of the operation, and the absence of complications.

СТАН МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКУ ПРИ СПОЛУЧЕНИХ ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕННЯХ

Мамчич В.І., Гвоздяк М.М., Плешко О.С.

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, каф. хірургії з курсом топографічної анатомії та оперативної хірургії

Вступ. Незважаючи на значний поступ в лікуванні виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки, в його як терапевтичному так і хірургічному аспектах, проблема індивідуалізації підходу до оперативних втручань при порушеннях функціонування гастродуоденальної зони, що являються наслідком тривалого перебігу медикаментозно резистентних форм виразкових уражень залишається актуальною.

Сполучені ураження шлунку та дванадцятипалої кишки відносяться до найважливого варіанту перебігу виразкової хвороби, який характеризується швидким прогресуванням, розвитком ускладнень з переважаними їх комбінуванням, та низькою ефективністю консервативного лікування [1-5].

Недостатньо вивченим є стан моторно-евакуаторної функції шлунку при сполучених виразкових ураженнях, що зумовлює доцільність наведеного дослідження.

Матеріали та методи дослідження. З 1990 по 1999 р. під нашим наглядом перебувало 113 хворих від 38 до 78 р. (середній вік - 56 років), у яких були виявлені сполучені виразкові ураження шлунку та дванадцятипалої кишки. Чоловіків серед них було - 94 (83.2%), жінок - 18 (16.8%) у співвідношенні 5:1 відповідно.

Всім хворим проводилося ґрунтовне обстеження, що включало в себе комплекс загальноклінічних, біохімічних та інструментальних методів, механогастрографію, електрогастрографію.

Результати дослідження та їх обговорення: розвиток сполучених виразкових уражень розвиваються наступні клініко-морфологічні варіанти: наявності виразки шлунку та рубцьової деформації дванадцятипалої кишки - (I гр.), виразки шлунку та дванадцятипалої кишки - (II гр.), рубцьової деформації шлунку та виразки дванадцятипалої кишки - (Ж гр.), рубцьових деформацій шлунку та дванадцятипалої кишки - (IV гр.).

До першої групи було віднесено 82 (72.6%) хворих, до другої - 10 (8.9%), до третьої 9 (7.9%), до четвертої - 12 (10.6%) хворих.

Рубцьово-деформаційні процеси різного ступеня розвинулись у 108 (95.6%) пацієнтів. У 5 (4.4%) хворих другої групи діагностовано одночасне виникнення виразки шлунку та дванадцятипалої кишки без наявності ознак рубцьової деформації їх стінок, наявності від 5 інших з цієї ж групи, де виразковий процес локалізований розташовувався на передній стінці деформованої цибулини. До стенозуючого типу зараховано 48 (44.2%) хворих з рубцьово-виразковими деформаціями, до стенозуючого - 60 (55.6%), у 24 (22.2%) хворих виявлено ознаки декомпенсації, що склали в: I групі - 18, II групі - 1, III групі - 1, IV - 4 пацієнтів.

Нами було проведено дослідження рухової функції шлунку у 113 хворих зі сполученими виразковими ураженнями. По характеру моторної функції спостерігався наступний розподіл хворих:

О.