

**Литература**

1. Варданян Э.С. Профилактика рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений / Э.С. Варданян. – автореф. дис. к.мед. – М., 2008. – 24 с.
2. Вихриев В.С. Острые хирургические заболевания органов пищеварения у обожженных / Вихриев В.С. – Л. : «Медицина», 1985. – 165 с.
3. Головин Р.А. Антисекреторная терапия в неотложной хирургической гастроэнтерологии: новые горизонты / Р.А. Головин, В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Г.Б. Ивахов // Медицина неотложных состояний. – 2007. – № 4(11). – С.42-44.
4. Гринь В.К. Интегральные гематологические показатели лейкоцитарной формулы, как критерий оценки тяжести течения ожоговой болезни, её осложнений и эффективности проводимого лечения / В.К. Гринь, Э.Я. Фисталь, И.И. Сперанский [и др.] // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю 29-30 березня 2006 року "Сепсис: проблеми діагностики, терапії та профілактики". – Харків, 2006. – С.77-78.
5. Казымов И.Л. Гастро-дуоденальные кровотечения у больных с тяжелыми термическими ожогами / И.Л. Казымов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2007. – №12. – С.26-29.
6. Котаев А.Ю. Острые эрозии и язвы верхнего отдела желудочно – кишечного тракта, осложнённые кровотечением / А.Ю. Котаев // Медицина неотложных состояний. – 2007. – № 4(11). – С. 9-13.
7. Луценко Ю.Г. Прогнозування і профілактика кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих

- на гострий панкреатит : автореф. дис. к. мед. н / Ю.Г. Луценко. – Донецьк, 2009. – 22 с.
8. Окунев А.Ю. Патогенетическое обоснование путей профилактики и лечения кровотечений из острых эрозивно – язвенных поражений верхних отделов желудочно – кишечного тракта у тяжелообожжённых : (Обзор литературы) / А.Ю. Окунев, О.Н. Эргашев, Ю.М. Виноградов [ и др.] // Фундаментальные исследования. – 2012. – №7. – С.449 – 455.
9. Раденко Є.Є. Оцінка ефективності ендоскопічного гемостазу у хворих на гостру кровотечу з верхніх відділів травного каналу : автореф. дис. к. мед. н. / Є.Є. Раденко. – Донецьк, 2009. – 18 с.
10. Сперанский И.И. Особенности диагностики, лечения и профилактики желудочно – кишечных кровотечений у тяжелообожжённых / И.И. Сперанский, Л.Г. Анищенко [и др.] // Матеріали ХХ1 з'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005. – Т.ІІ. – С.67-69.
11. Сперанский И.И. Общий анализ крови – все ли его возможности исчерпаны? Интегральные индексы интоксикации как критерии оценки тяжести течения ожоговой болезни, её осложнений и эффективности проводимого лечения / И.И. Сперанский, Г.Е. Самойленко, М.В. Лобачева // Острые и неотложные состояния в практике практического врача. – 2009. – №6. – С. 26–31.
12. Chollet – Martin S. High levels of interleukin -8 in the blood and alveolar spaces of patients with pneumonia and adult respiratory distress syndrome / S. Chollet – Martin, P. Montravers, C.Gibert [et al.] // Infect. Immun. – 1993. – V.61, № 11. – P.4553-4559.

**Реферат**

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ЕРОЗИВНО – ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ОБПЕЧЕНИХ: ШЛЯХИ ТА МОЖЛИВОСТІ ПОКРАЩЕННЯ ПОДАВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СПЕРАНСЬКИЙ І.І., НОСЕНКО В.М., МАКІЄНКО В.В., ТИМОШЕНКО В.В.

Ключові слова: гострі ерозії шлунка – кишкового тракту; кровотеча з гострих ерозій

Проведений аналіз лікування 321 обпеченого з великими опіками. Хворі поділені на три групи: основна група (175 обпечених) для профілактики ерозій використовувала селективні блокатори H<sub>2</sub> рецептори гістаміну, друга група використовувала інгібітори протонної помпи, контрольна група (61 чол.) одержувала загальне противиражкове лікування. Ерозивно – виразкове ураження верхніх відділів ШКТ буває від 17 до 35,7% залежно від тяжкості термічного ураження та можливості повноцінного лікування даної категорії постраждалих. Використання інгібіторів протонної помпи та важкості термічного ураження. Використання блокаторів протонної помпи та селективних блокаторів H<sub>2</sub> – рецепторів гістаміну здатні зменшити випадки ерозій та кровотечі з верхніх відділів ЖКТ, прискорюють загоєння ерозій та виразок ШКТ.

**Summary**

PREVENTION, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE EROSIIVE AND ULCERATIVE GASTRO DUODENAL LESIONS IN PATIENTS WITH BURN INJURIES: APPROACHES AND OPPORTUNITIES TO MAKE HEALTH CARE MORE EFFECTIVE

Speranskiy I.I., Nosenko V.M., Makienko V.V., Timoshenko V.V.

Key words: gastrointestinal tract acute erosions, acute erosion bleedings.

The outcomes of treatment in 321 patients with extensive burns have been analyzed. The patients were divided into three groups: the main group (n=175) took selective blockers of H<sub>2</sub>-receptor histamine to prevent erosions and ulcers of gastrointestinal tract, the second group (n=85) took proton pump inhibitors and the control group (n=61) followed conventional ant ulcerative treatment using no famotidine or proton pump inhibitors. 17 – 35.7 % of patients were reported to have erosive-ulcerative lesion of upper gastrointestinal tract that depended on thermal injury severity and the possibility of effective management obtained. The application of proton pump blockers and selective blockers of H<sub>2</sub>-receptor histamine promoted reduction of upper gastrointestinal tract erosions and bleedings as well as accelerated healing of acute gastrointestinal erosions and ulcers.

УДК 617.55-06-089

**Стороженко О.В., Лігоненко О.В., Дігтяр І.І., Зубаха А.Б., Чорна І.О., Шумейко І.А., Горб Л.І.**

**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМИ ГРИЖАМИ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ТА ОЖИРІННЯМ**

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Узагальнений досвід та проаналізовані результати хірургічного лікування післяопераційних гриж черевної стінки у 178 хворих на ожиріння. Запропонований підхід до вибору методу та обсягу оперативного втручання. Обґрунтована доцільність поєднання абдомінопластики з дерматоліпектомією і з алогерніопластиком сучасними полімерними матеріалами у хворих із післяопераційною грижею черевної стінки та ожирінням.

Ключові слова: післяопераційна грижа черевної стінки, ожиріння, алогерніопластика, абдомінопластика.

**Вступ**

Проблема хірургічного лікування післяопераційних гриж черевної стінки «ПОГЧС» залишається актуаль-

ною, незважаючи на значний прогрес в діагностиці та лікуванні даної патології та потребує пошуку і розробки нових методів її корекції. В проспективних дослідженнях їх частота складає від 10 до 20% [1,2], а у

хворих з надлишковою масою тіла цей відсоток значно збільшується [3,4]. Близько 60% хворих із ПОГЧС складають пацієнти працездатного віку, що визначає не тільки медичну, але і соціально-економічну проблему [3,4,5]. Супутнє ожиріння призводить до збільшення розмірів дефекту, розвитку гігантських гриж, які асоціюються зі ще більшою інвалідністю хворих. Комбінація ПОГЧС та ожиріння формує категорію «складних гриж», наявність яких часто змушує відмовлятися від виконання оперативного втручання навіть досвідчених хірургів [2-5]. Вимоги сучасної хірургії змушують шукати нові підходи до виконання поєднаних операцій. У сучасних умовах дана категорія пацієнтів часто звертається до лікарів з проханням не тільки усунути основну хірургічну патологію, але і корегувати косметичні недоліки живота [2,4,5]. В таких випадках при проведенні операції доводиться враховувати як хірургічні, так і естетичні аспекти. У сучасній літературі не розставлені акценти в особливостях діагностики, передопераційної підготовки та післяопераційного ведення цих хворих, не виявлено оптимальний спосіб герніопластики та технічні особливості виконання оперативних втручань при поєднанні ПОГЧС та ожиріння.

### **Мета дослідження**

Оптимізувати вибір методу хірургічного лікування ПОГЧС у хворих на ожиріння для покращення результатів лікування і зменшення кількості рецидивів та ускладнень.

### **Матеріали і методи досліджень**

Проаналізовані результати лікування 178 хворих з ПОГЧС та супутнім ожирінням за період з 2001 по 2012 рр. Всі пацієнти – жінки, віком від 27 до 74 років, що мали ожиріння різного ступеня вираженості. Маса тіла хворих коливалась від 90 до 160 кг. Індекс маси тіла у хворих знаходився в межах від 29,8 до 58,4 кг/м<sup>2</sup>. Згідно класифікацією I.P. Chevrel, A.M. Path (2000 р.) [6], ПОГЧС W1 діагностовано у 37 хворих (20,8%), W2 – у 63 (53,4%), W3 – у 51 (28,6%), W4 – у 27 (15,2%); до підгрупи M віднесено 166 хворих (93,3%), до підгрупи L – 12 (6,7%). Рецидивні ПОГЧС відзначали у 22 хворих (12,3%), явища защемлення – у 12 (6,7%). Розміри грижових воріт у хворих з вправимими грижами визначали клінічно, при невправимих грижах – за допомогою УЗД, кінцеві розміри грижових воріт визначали інтраопераційно. Майже всі хворі були з гіпогастральною та значна з мезогастральною локалізацією грижових воріт, мали підвищене відкладання жирової клітковини у нижній частині живота, що мало форму «вісьцячого фартуха» або «відвислого живота». Передопераційне обстеження включало збір анамнезу, загальне обстеження пацієнтів, аналіз даних лабораторних досліджень, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, фіброгастроуденоскопію, огляд пацієнток гінекологом. Особливу увагу приділяли обстеженню органів серцево-судинної та дихальної системи. Проводились електроркардіографія, флюорографія, визначення функції зовнішнього дихання, при необхідності доплерографія серця і магістральних судин, обстеження вен нижніх кінцівок. Результати дозволяли уточнити діагноз, встановити наявність супутньої патології. Це, в свою чергу, давало можливість визначитись з об'ємом і способом хірургічного втручання, провести необхідну підготовку до операції. При обстеженні хворих особливо увагу приділяли супутнім захворюванням, які мали місце у 91% хворих. Найбільш поширеними за-

хворюваннями були серцево-судинні, хронічні легеневі, жовчовивідних шляхів, цукровий діабет, органів опорно-рухового апарату, варикозне ураження вен нижніх кінцівок. Корекцію супутніх захворювань у таких хворих починали проводити у передопераційному періоді.

### **Результати та їх обговорення**

Вибір методу оперативного втручання залежав від локалізації грижі, розмірів грижового мішка, наявності післяопераційних рубців, а також від особливостей деформації черевної стінки підшкірно-жировими відкладеннями. У 162 (91%) хворих із ПОГЧС та наявністю «відвислого живота» значних розмірів поряд із грижосіченням виконували абдомінопластику з дерматоліпектомією передньої черевної стінки із розширеного оперативного доступу за Фернандесом та Берсоном. У 16 (9%) хворих без наявності значних розмірів «відвислого живота» та із середньою мезогастральною локалізацією грижі намагалися використати доступ найбільш зручний для виконання обох втручань. Спосіб герніопластики вибирали беручи до уваги розмір, локалізацію, стан грижових воріт і тканин черевної стінки, вік, загальний стан пацієнта, рецидиви і ускладнення, а також рівень внутрішньочеревного тиску (ВЧТ). Рівень ВЧТ вимірювали до виконання розрізу в наркозі. Цю величину брали за базовий рівень. Вивчення ВЧТ інтраопераційно виконувалося шляхом моделювання підвищеного ВЧТ під час тесту адаптації. Для цього виділяли грижовий мішок, занурювали його вміст у черевну порожнину та співставляли краї апоневрозу в медіальному напрямку до їх максимального зближення. Таким чином ми моделювали кінцевий результат пластики черевної стінки. У 31 (17,4%) пацієнтів із ПОГЧС W1 та незначними змінами тканин і без рецидивів застосовували автопластичні методи закриття грижових воріт. У 147 (82,6%) хворих із ПОГЧС W2, W3 та W4 і за наявності рецидиву, боковою локалізацією грижі – алопластичні методи із використанням поліпропіленової сітки. У 27 (71,3%) хворих виконані різні види реконструктивних операцій. Найбільш поширеною методикою імплантації сітки був спосіб алопластики sublay із заведенням сітки на 4 см за краї грижових воріт і фіксацією її окремими вузловими швами, застосований у 121 (68%) хворих. Герніопластику за методом onlay виконували як вимушену, в ургентних випадках та при ригідних краях дефекту у 6 (3,4%) хворих. Корегуючі операції виконуємо при умовах неможливості виконання реконструкції з різних причин. У 20 (11,2%) хворих застосовували методики пластики без натягу по типу inlay. Операцію завершували активним дренажування місця пластики за Редоном протягом 4-5 діб, перед зашиванням операційної рани її промивали розчином декасану. При розміщенні дренажів в рані дотримувались наступних принципів: дренажі розташовувались строго над протезом, довжина дренажу співпадала з довжиною від сепарованих ділянок рани, кількість 2 і більше, діаметр просвіту дренажу не менше 5 мм. Рану зашивали пошарово. Зважаючи на можливість «дрімаючої інфекції» після попередніх оперативних втручань, пацієнти отримували антибіотикопрофілактику (цефалоспорины 2-3 покоління). В обов'язковому порядку всім хворим проводили заходи щодо попередження тромбоемболічних ускладнень у вигляді еластичного бинтування гомілок та застосовували низькомолекулярні гепарини (фраксипарин, клексан), що використовували в дозі 0,3 мг на добу одноразово перед операцією та в післяопераційному періоді до повного відновлен-

ня рухової активності хворого протягом 5-7 днів. Час дренажу залежав від кількості виділень. В ранньому післяопераційному періоді хворим вдягали еластичні бандажні пов'язки для іммобілізації черевної стінки, а також для попередження сером, гематом та лімфореї. Загоєння ран після великих за обсягом операцій із видаленням шкірно-жирового клаптя на значній ділянці містить ризик розвитку в ранньому післяопераційному періоді місцевих ускладнень: серома виявлена у 6 (3,4%) хворих, гематома післяопераційної рани – у 5 (2,8%), нагноєння рани – 3 (1,7%), частковий некроз країв шкіри – у 3 (1,7%) хворих. Одна хвора померла після автопластики рецидивної ПОГЧС внаслідок каскадних явищ супутньої серцевої патології. Результати спостережень протягом 4 років свідчать про високу ефективність запропонованого методу лікування цієї категорії хворих. Практично усі хворі задоволені результатами операцій, які позбавили їх від фізичного та психологічного дискомфорту та повернули до повноцінного життя.

### **Висновки**

Таким чином, виконання абдоминопластики з дерматоліпектомією у поєднанні з алогерніопластиком

### **Реферат**

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ОЖИРЕНИЕМ

Стороженко А.В., Лигоненко А.В., Дигтярь И.И., Зубаха А.Б., Чорна И.А., Шумейко И.А., Горб Л.И.

Ключевые слова: послеоперационная грижа брюшной стенки, ожирение, аллогерниопластика, абдоминопластика.

Обобщен опыт и проанализированы результаты хирургического лечения послеоперационных грыж брюшной стенки у 178 больных с ожирением. Предложен подход к выбору метода и объема оперативного вмешательства. Обоснована целесообразность сочетания абдоминопластики с дерматоліпектомією и аллогерниопластиком современными полимерными материалами у больных с послеоперационной грыжей брюшной стенки и ожирением.

### **Summary**

MULTIMODALITY TREATMENT OF POSTOPERATIVE HERNIA OF ABDOMINAL WALL IN OBESE PATIENTS

Storozhenko A.V., Ligonenko A.V., Zubakha A.B., Digtar I.I., Chorna I.O., Shumejko I.A., Gorb L.I.

Key words: postoperative hernia of abdominal wall, obesity, dermatolipectomy, allohernioplasty

The results of surgical treatment of 178 obese patients with postoperative hernia of abdominal wall have been studied. The authors suggested the approach to choose the proper surgical method. The appropriateness for combining dermatolipectomy and allohernioplasty with the latest polymeric material in obese patients with hernia of abdominal wall has been substantiated.

УДК: 616.37-002.4-036.11-089

**Сусак Я.М.<sup>1</sup>, Ткаченко О.А.<sup>2</sup>, Дирда О.О.<sup>2</sup>, Лобанова О.М.<sup>2</sup>**

## **ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ В УМОВАХ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ**

1. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця; кафедра хірургії стоматологічного факультету, м. Київ

2. Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ

*В статті представлені результати лікування 163 хворих з гострим некротичним панкреатитом. Чоловіків було 98 (60,1%), жінок 65 (39,8%). Середній вік становив 44,3 роки. Лікувальна тактика у пацієнтів з ГНП була спрямована на формування перипанкреатичного інфільтрату. Розсмоктування перипанкреатичного інфільтрату спостерігали в 77,5% випадків, постнекротична кіста утворилася в 14,9% хворих, нагноєння перипанкреатичного інфільтрату було в 7,5% випадків. Післяопераційна летальність склала 11,1%, загальна летальність в групі пацієнтів з некротичним панкреатитом склала 8,6%.*

Ключові слова: гострий некротичний панкреатит, перипанкреатичний інфільтрат, гнійні ускладнення.

### **Актуальність теми**

Лікування хворих на гострий некротичний панкреатит є однією найбільш складних проблем ургентної хірургії. Згідно з останніми статистичними даними, захворюваність на гострий панкреатит (ГП) посідає друге місце після гострого апендициту [2, 3, 5, 7, 8]. За даними ряду авторів, гострий панкреатит діагностують у 70–90 випадках на 100 тис. населення [6].

сучасними полімерними матеріалами дозволяє покращити результати лікування хворих із ПОГЧС та ожирінням, а також покращити косметичні результати операції та прискорити фізичну і соціальну реабілітацію пацієнтів.

### **Література**

1. Білянський Л.С. Хірургічна тактика у хворих з гігантськими дефектами черевної стінки / Л.С. Білянський, Тодуров І.М., Косюхо С.В. [та ін.] // Український журнал хірургії. – 2011. – №2(11). – С.19-23.
2. Жебровський В.В. Хирургия грыж живота / Жебровський В.В. – М., 2005. – 384 с.
3. Ковальчук В.С. Лечение срединных вентральных грыж у больных с отвислым животом / В.С. Ковальчук, А.И. Николаев, М.В. Ковальчук // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2012. – Т.13, №2. – С.280-283.
4. Лаврик А.С. Особливості хірургічного лікування рубцевих грыж у хворих ожирінням та надлишковою масою тіла / А.С. Лаврик, О.Ю. Усенко, О.С. Тиванчук, М.В. Манойло [та ін.] // Український журнал хірургії. – 2011. – №4 (13). – С.186-189.
5. Фомин П.Д. Аллопластические методы в хирургии послеоперационных вентральных грыж в сочетании с абдоминопластикой / П.Д.Фомин, Е.Н.Шепетько, О.В.Бельский [и др.] // Хирургия Украины. – 2008. – №2. – С.126-127.
6. Chevrel J.P. Classification of incisional hernias of the abdominal wall / J.P.Chevrel, A.M. Rath // Hernia. – 2000. – V.4, №1. – P.1-7.