437 case histories of patients with acute appendicitis have been studied. This has confirmed the necessity of pre-operative antibiotic therapy for the patients with acute appendicitis in order to increase the efficiency of the surgery treatment and to avoid or reduce post-operative complications.

УДК 617.55-007.43-089.168-056.25

ПРОГНОЗУВАННЯ ВИНИКНЕННЯ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ З ОЖИРІННЯМ

Лавренко Д.О.
Вищий державний навчальний заклад України „Українська медична стоматологічна академія" м.Полтава

В умовах хірургічного відділення лікувального закладу м. Полтава за період 2004-2008 рік проліковано 106 хворих з вентральними грижами та ожирінням. З них 11 (10,3%) чоловіків, 95 (89,6%) жінок. Середній вік пацієнтв складав 53 роки. Методику аутопластики застосовували при пластиці гриж з ІДПЧС до 15%. Метод "sublay" використовували при ІДЧС від 15 до 25%, метод "inlay" – змушено використовувати при дефіциті тканин у ділянці грижового дефекту з ІДЧС від 25%.

Ключові слова: вентральні грижі, ожиріння, внутрішньочеревний тиск, внутрішньочеревна гіпертензія, індекс дефекту черевної стінки.

Вступ

Безпосередні результати оперативного втручання при хірургічному лікуванні післяопераційних вентральних гриж (ПОВГ) з ожирінням є головним критерієм його доцільності. Незважаючи на досягнуті успіхи в герніології при хірургічному лікуванні вентральних гриж (ВГ) з ожирінням, рівень післяопераційної летальності за останні роки залишається досить високим [1,3,6]. Головним чином це пов'язане з виникненням ранніх післяопераційних ускладнень, серед яких провідне місце займає дихальна недостатність (ДН) на фоні внутрішньочеревної гіпертензії (ВЧГ) [4,7,9]. Головною метою нашої роботи, було проведення аналізу параметрів, які достовірно відображають прогностичний рівень внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) та підтверджують адекватність використання різноманітних методів пластики передньої черевної стінки шляхом аналізу показників тканинної перфузії.

Мета дослідження: покращити результати лікування хворих з ВГ та ожирінням шляхом адекватного вибору способу пластики черевної стінки за умов прогнозування виникнення в післяопераційному періоді ВЧГ.

Матеріали та методи

В умовах хірургічного відділення багатопрофільного лікарняного закладу м. Полтава, для реалізації поставленої мети нами досліджено за період 2004-2008 років 106 хворих. Чоловіків було 11 (10,3%), жінок - 95 (89,6%). Середній вік пацієнтів становив 53 роки. Головним етіологічним критерієм появи ВГ стали оперативні втручання: на органах системи травлення 25 (23,5%); гінекологічні операції 22 (20,7%); урологічні операції 5 (4,7%); операції з приводу онкопатології 6 (5,6%); лапаротомія (діагностична, травма живота) 7 (6,7%); первинні операції з приводу первинних гриж (пупочні, білої лінії живота) 12 (11,4%); а також операції з приводу рецидивних вентральних гриж 21 (19,8%). Решту від загальної кількості становили спонтанні грижі - 8 (7,5%): пупкові грижі 5 (4,7%), та грижі білої лінії живота 3 (2,8%). Для визначення ступеню ожиріння використовували класифікацію за індексом маси тіла (ІМТ) – індекс Кетле. Таким чином: Іст.- 52 (49,1%) хворих, IIст.-29 (27,3%), II-Іст.- 25 (23,6%).

У всіх хворих визначався індекс дефекту черевної стінки (ІДЧС) по запропонованій нами методиці (патент України на корисну модель № 30403), що дозволяє достовірно відображати дефіцит передньої черевної стінки в залежності від розміру грижового дефекту. Для виявлення ВЧГ і контролю ВЧТ, у хворих використовували непрямий метод вимірювання тиску в сечовому міхурі [2,5,8,9].

Результати дослідження

Вибір розтину для проведення пластики обирався в залежності від рівня розвитку підшкірно-жирової клітковини за умов необхідності проведення абдомінопластики у вигляді дермоліпектомії. Всім хворим інтраопераційно проводили моніторинг внутрішньчеревного тиску (ВЧТ) за допомогою уретрального катетеру. Визначаючи рівень ВЧТ в міліметрах ртутного стовпчика, при умові інтраопераційного зведення країв апоневрозу, ми отримали систематизовані показники залежності досліджувального параметру від ІДЧС, що наглядно демонструє нижчеприведена таблиця №1.

Таблиця № 1

Залежність рівня внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) від показника індексу дефекту передньої черевної стінки (ІДЧС)

ІДЧС (%)	Кількість хворих *(п=106)*		ВЧТ (мм.рт.ст)
	абс	%	
до 10	16	15,1	9 ± 0,7
від 10 до 15	21	19,8	12 ± 0,3
від15 до 20	31	29,2	23 ± 1,1
від 20 до 25	27	25,4	26 ± 1,4
від 25 до 30	7	6,6	29 ± 0,3
30 і >	4	3,8	36 ± 0,8
Всього	106	100%	

Таким чином, згідно табличних показників, чітко видно залежність інтраопераційного рівня ВЧТ від показнику ІДЧС. Виходячи з отриманих данних, визначення ІДЧС дозволяє прогностично оцінити рівень ВЧТ без використання інвазивного методу катетеризації сечового міхура, тим самим об'єктивізує вибір методу пластики з виключенням ризику виникнення ВЧГ в післяопераційному періоді.

Всім 106 хворим виконані радикальні хірургічні втручання з використанням як аутогерніопластичних методик, так і аллогерніопластики, які були поєднані з дермоліпектомією при умові наявності на це показників (ІМТ > 35) та з урахуванням косметичного фактору. Виконані наступні хірургічні втручання: аутопластика – 37 (34,9%) хворих; аллогерніопластика з розташуванням ендопротезу "sublay" – 58 (54,7%); "inlay" – 11 (10,4%).

Для підтвердження адекватності градації використання методик пластики черевної стінки при умові врахування запропонованого методу прогнозування виникнення ВЧГ, нами проаналізовані загальні критерії тканинної перфузії - зміни які виникають з боку частоти дихальних рухів (ЧДД), пульсу (Ps), та як змінюється середній артеріальний тиск (ср.АТ) через 48 годин після хірургічного втручання в залежності від показників отриманих в доопераційному періоді. Отримані показники наведені в наступній таблиці.

Таблиця №2

Показники тканинної пефузії у хворих з ПОВГ та ожирінням в післяопераційному періоді

Вид пластики	ІДЧС (%)	Ps (24 год) (за 1 хв)	ср. АТ1 (24 год) (мм.рт.ст)	ЧДР 1 (24 год) (за 1 хв)	Ps (48 год) (за 1 хв)	ср.АТ 2 (48 год) (мм.рт.ст)	ЧДР 2 (48 год) (за 1 хв)
Ауто пластика	до 15 *(п=37)*	76,5 (±1,2)	112,64 (±1,4)	15,07 (±1,6)	85,85 (±2,2)	114,92 (±1,5)	16,28 (±2,2)
„Sub Lay"	15-25 *(п=58)*	78,45 (±1,4)	114,63 (±2,3)	15,49 (±1,8)	84,9 (±1,3)	115,13 (±1,4)	16,04 (±1,8)
„In Lay"	>25 *(п=11)*	76,83 (±2,1)	114,41 (±1,8)	15,58 (±2,1)	83,83 (±2,2)	114,58 (±1,6)	16,16 (±2,3)

В доопераційному періоді у хворих, яким була виконана аутопластика, показники Ps становили 76,5 (±1,2)за 1 хв. і через 48 годин цей показник становив 85,85 (±2,2) за 1 хв.. Різниця між цими двома показниками становила 5,7%, що не змінює цей параметр в патологічний. Майже аналогічна картина спостерігалася і у хворих , яким було виконано пластики „Sub Lay" та „In Lay" відповідно. Зміни, які виникали в досліджувальних періодах склали в відсотковому показнику 3,9% та 4,3%, що також не є патологічними критеріями.

Аналізуючи параметри сер.АТ, ми отримали наступні показники: у хворих з аутопластикою в доопераційному періоді сер.АТ становив 112,64(±1,6) мм.рт.ст., і через 48 годин він коливався в межах 114,92(±1,5) мм.рт.ст.. Відповідно цей показник змінився від стартового на 1,0%. У хворих з пластикою „Sub Lay" доопераційний показник сер.АТ становив 114,63 (±2,3) мм.рт.ст., та післяопераційний 115,13 (±1,4) мм.рт.ст. – відповідно він змінився на 0,2%. У хворих основної групи яким була виконана пластика „In Lay" в доопераційному та післяопераційному періодах показник сер.АТ становив 114,41(±1,8)мм.рт.ст., та 114,58 (±1,6)мм.рт.ст. Відповідно відсотковий показник зміни параметрів склав 0,3%. Показник ЧДР у хворих з аутопластикою в доопераційному періоді становив 15,07 (±1,6) за 1 хв., та через 48 год. – 16,28 (±2,2) за 1 хв. і відповідно змінився на 3,8%. Показники ЧДР у хворих з виконаною аллогерніопластикою „Sub Lay" становили 15,49 (±1,8) за 1 хв., та 16,04 (±1,8)за 1 хв.. Таким чином стартовий показник змінився на 1,7%. Показники ЧДР у хворих з виконаною пластикою „In Lay"становили 15,58 (±2,1) за 1 хв., та 16,16(±2,3)за 1 хв., що в відсотковому показнику становить 1,8%.

Таким чином у хворих досліджувальної групи патологічних змін з боку запропонованих показників, а саме Ps, ср.АТ, та ЧДР – не спостерігалось. Отримані цифри є критеріями загальноприйнятої норми, які підтверджені відсутністю клінічних патологічних проявів з боку протікання післяопераційного періоду.

Запропонований метод прогнозування ВЧГ в залежності від показника ІДПЧС при хірургічному лікуванні вентральних гриж з ожирінням, дозволяє об'єктивізувати вибір методу пластики грижового дефекту за умов виключення розвитку в

післяопераційному періоді ВЧГ.

Література

1. Грубник В.В., Парфентьєв Р.С., Венгер Н.Д. Сучасні методи пластики вентральних гриж із застосуванням синтетичних протезів. // Хірургія України. – 2008.– № 2 (26). - С. 22-24.
2. Даценко Б.М., Кутепова Е.В. Особености диагностики й технология аллогерниопластики рецедивных вентральних грыж // Хірургія України. – 2008. – № 2 (26). - С. 25-26.
3. Жебровский В.В., Косенко А.В., Чемоданов Е.Б. й др. Основные принципи лечения гигантских вентральных грыж // Хірургія України. – 2008. – №2(26).- С. 30-33.
4. Саенко В.Ф., Белянский Л.С., Манойло Н.В. Выбор метода лечения грыжи брюшной стенки // Клін. хірургія. - 2002. - №1. - С.5-9.
5. Яцентюк М.Н., Фелештинский Я.П. Влияние комплексной предоперационной подготовки на функцию дыхания у больных с большими и огромными грыжами. // Клин. хирургия. - 1989. - № 2. - С. 6-9.
6. Amendolara M., Perri S., Breda E. Inguinal hernioplasty: current trends // J. di Chirurgia. - 1995. - Vol.16. - №5. - P.239-244.
7. Bang R.L. Behbehani A.I. Repair of large, multiple, and recurrent ventral hernias an analysis of 124 cases. // Europ. J. Surg. - 1997. - Vol.163, № 2. - P.107-114.
8. Garcia C., Parramon F., Delas F., Codina A., Plaja I., Arxer T., Villalonga A. Abdominal compartmental syndrome in non-injured patients // Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. – 2000. - №3. – P.126-129.
9. Grubben AC, van Baardwijk AA, Broering DC, Hoofwijk AG. Pathophysiology and clinical significance of the abdominal compartment syndrome // Zentralbl. Chir. – 2001. - №8. – P. 605-609

Реферат

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С ОЖИРЕНИЕМ

Лавренко Д.А.

Ключевые слова: вентральные грыжи, ожирение, внутрибрюшное давление, внутрибрюшная гипертензия, индекс дефекта брюшной стенки.

В условиях хирургического отделения лечебного заведения г. Полтава за период 2004-2008 год пролечено 106 больных с вентральными грыжами и ожирением. Из них 11 (10,3%) мужчин, 95 (89,6%) женщин. Средний возраст пациентов составил 53 года. Методику аутопластики применяли при пластике грыж с ИДБС до 15%. Метод "sublay" использовали при ИДБС от 15 до 25%, метод "inlay" – вынужденны использовать при дефиците тканей в участке грыжевого дефекта с ИДБС от 25%.

Summary

PREDICTION OF INTRAABDOMINAL HYPERTENSION OCCURRENCE UNDER THE SURGERY OF VENTRAL HERNIAS COMBINED WITH OBESITY

Lavrenko D.A.

Key words: ventral hernia, obesity, intraabdominal pressure, intraabdominal hypertension, index of abdominal wall defect.

At the surgical in-patients departments of Poltava medical institutions there have been treated 106 patients with ventral hernias and obesity (11 men (10,3%) and 95 women (89,6%)). An average age of the patients is 53 years old. The autoplasty technique is usually applied when the index of abdominal wall defect is up to 15 %. “Sublay” technique is used when the index of abdominal wall defect is 15 –25 %, while “inay” technique should be applied under the tissue deficiency at the site of abdominal hernia with the index of abdominal wall defect from 25%.

УДК 618.39+618.5-089.888.61+616-06

КРИТЕРИИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ: ПОКАЗАНИЯ И ПОСЛЕДСТВИЯ.

Лепихов С.В.

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Кесарево сечение (КС) – наиболее популярная операция в акушерстве. Были изучены данные 1010 женщин, четырёх родильных домов Крыма, которым было произведено КС. Были изучены осложнения после этой операции у женщин. Определена значимость каждого фактора в возникновении многих осложнений среди пациенток в послеоперационном периоде. И в соответствии с этими сведениями изучено влияние каждого фактора на частоту осложнений послеоперационного периода. Необходимо проводить профилактику, своевременную диагностику и лечение некоторых заболеваний среди женщин фертильного возраста.

Ключевые слова: кесарево сечение, показания, последствия.

Одной из противоречивых особенностей современного акушерства является быстро растущая частота абдоминального родоразрешения во всех странах мира. В наши дни КС – наи-