

станом тканини органів. Після припинення лікування хворих прополісовою маззю, ми порівнювали між собою дослідну та контрольну групи, аналізували отримані результати.

Результати та обговорення

Під час дослідів, які проводились в клініці протягом 3-х років (1998-2001 р.р.), ми отримали цікаві дані і переконалися в тому, що обніжжя є ще невикористаним в широких масштабах джерелом для покращення та скорочення часу перебігу після операційних ускладнень.

Досліди показали, що час протікання післяопераційних ускладнень у дослідної групи був коротший, ніж у контрольної. Це можна пояснити регенеративними, бактерицидними, капіляропротекторними та іншими властивостями обніжжя.

Результати досліджень показані в таблиці 2.

Таблиця 2

Види патології	Термін зникнення патології	
	дослідна група (дні)	контрольна група (дні)
Післяопераційна гематома	5	7
Посттравматичний набряк тканин	4	5
Сповільнена епітелізація рани	4	6
Порушення судинних реакцій	3	5

Отже, застосовуючи пацієнтам у післяопераційний період мазь з обніжжя, нам вдалося прискорити час зник-

Реферат

ПРИМЕНЕНИЕ ПЧЕЛИННЫХ ОБНОЖЕК В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Соколов В.Н., Байдик Е.О., Соколов Р.В.

Естественные лечебно-профилактические средства имеют ряд весомых преимуществ над синтетическими: практическая их нетоксичность, отсутствие нежелательных побочных эффектов, высокая эффективность и комплексное положительное действие на организм человека (иммуномодулирующее, радио-, геро-, гепатопротекторное, детоксицирующее, антиоксидантное действие и т.д.). Продукты пчеловодства среди них занимают важное место: они легко усваивая, являются энергосконцентрированными и биологически активными. Определения качества пчелиной обножки по органолептическим показателям и криогенная обработка лежат в основе приготовления мази. Мазь, изготовленная из ланолина и обножки в соотношении 2:1, можно рекомендовать для использования в пластической хирургии. Использование препарата (мази) из обножки дает возможность сократить время хода послеоперационных осложнений в пластической хирургии.

Summary

BEES POLLEN BASKETS APPLICATION IN PLASTIC SURGERY

Sokolov V.N., Baidyk Ye.O., Sokolov R.V.

Natural medicinal prophylactics have a number of powerful advantages above synthetic ones: high level of their nontoxicity, no undesirable by-effects, high efficiency and complex positive influence on human organism (immunomodulating, radio-, gero-, detoxicating, antioxidant action etc.). Products of beekeeping takes an important place among them because of their easily assimilation, energyconcentrative and bioactivity. The quality testing of bees pollen baskets on organoleptic parameters and cryogenic processing underlie of unguentum preparation. It is possible to recommend this unguentum made of lanolinum and bees pollen baskets in the ratio 2:1, for use in plastic surgery. Use of this preparation enables to reduce course of postoperative complications in plastic surgery.

Українська медична стоматологічна академія МОЗ України, м. Полтава

УДК 617.55-007.43-056.52-089

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ВЕНТРАЛЬНОЇ ГРИЖІ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ

Стороженко О.В

У статті приведені результати хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж (ПОВГ) у 113 хворих, оперованих з 1989 по 2002 рік. Вироблений алгоритм лікування хворих із ПОВГ та ожирінням. Запропонований підхід до вибору методу та обсягу оперативного втручання. Профілактика раньових ускладнень зводилася до засобів боротьби з інфекцією та вдосконалення техніки операції. Попередження рецидивів гриж повинно бути спрямовано на правильний вибір способу пластики, усунення ускладнень з боку рани.

В основу даної роботи покладений аналіз лікування 113 хворих з післяопераційною вентральною грижею (ПОВГ) та ожирінням, оперованих у хірургічних клініках м.Полтави з 1989 по 2002 рік, із використанням розширених оперативних доступів за Фернандесом та Берсоном.

Досвід хірургічного лікування ПОВГ у хворих на ожиріння, вивчення найближчих та віддалених результатів операцій, дозволили розробити алгоритм лікування цієї

категорії хворих. Жінок було 111 (98,2%), чоловіків – 2 (1,8%). Вік хворих – від 27 до 74 років. Відмічена тенденція до збільшення частоти ПОВГ у віці від 31 до 50 років, що надає цій проблемі не тільки медичного, але й соціально-економічного значення [4]. У більшості хворих (81, 71,7%) ПОВГ виникли протягом півроку після операції, у 13 (11,5%) – протягом першого року, у 9 (8%) – від одного до трьох років, у 10 (8,8%) – через три та більше років.

Висновки

1. Визначення якості бджолиного обніжжя за органолептичними показниками та криогенна обробка лежать в основі приготування мазі.
2. Мазь, виготовлена з ланоліну і обніжжя у співвідношенні 2:1, можна рекомендувати для використання в пластичній хірургії.
3. Використання препарату (мазі) з обніжжя дає змогу скоротити час перебігу післяопераційних ускладнень в пластичній хірургії.

Література

1. Аржанцев П.З., Давидов Б.Н. Восстановительная хирургия мягких тканей челюсти лицевого области. - М.: Медицина. - 1997. - 288 с.
2. Йойрыш Н.П. Пчелы и медицина. - Ташкент: Медицина. - 1974 - 153 с.
3. Кайяс А. Пыльца. - Бухарест: Апимондия. - 1975. - 90 с.
4. Кривцов Н.И., Лебедев В.И. Получение и использование продуктов пчеловодства. - М: Нива России. - 1993 - 285 с.
5. Омаров Ш.М. Пчелы и косметика. - Махачкала: Даг. кн. изв. - 1990 - 36 с.
6. Стегній С.І., Городиська З.А. Продукти бджільництва і їх застосування. - К.: Вища шк. - 1993. - 127 с.
7. Шеметков М.Ф. Продукты пчеловодства и здоровье человека. - Минск: Урожай. - 1987. - 102 с.

Більшість ПОВГ (91,2%) виникли протягом перших трьох років після першої операції. Наші дослідження показали, що виникнення ПОВГ протягом першого року, як правило, пов'язане з ускладненнями з боку операційної рани, у наступні роки – з іншими етіологічними факторами: морфофункціональною неповноцінністю тканин у зоні попередніх операцій, технічними недоліками при зшиванні рани, тяжкими супутніми захворюваннями. За типом попередньої операції найбільшу кількість ПОВГ дали гінекологічні операції – 41 (36,3%) спостереження, що виконувалися із нижньо-серединного розрізу, та первинна герніопластика пупкової грижі і холецистектомії, відповідно 28 (24,8%), та 24 (21,2%). У інших хворих ПОВГ виникли після різноманітних оперативних втручань на органах черевної порожнини, виконаних як в плановому, так і за невідкладними показаннями. Частота ПОВГ після гінекологічних операцій, що виконувалися із нижньо-серединного розрізу, пояснюється анатомо-топографічними особливостями цієї ділянки. Вона характеризується великою відстанню між місцями прикріплення м'язів, їх податливістю і можливістю значного розтягнення під час вагітності. Не можна не надавати значення і захопленню гінекологів застосовувати кетгут при зшиванні апоневрозу. Також має

місце і терміновість оперативних втручань. Так, у 77 (68,1%) хворих ПОВГ виникли після ургентних лапаротомій. Причинних факторів виникнення ПОВГ багато, однак більшість авторів схильні вважати основною причиною виникнення ПОВГ часткове або повне нагноєння після операційної рани [1,5]. Так, у 48 (42,5%) наших хворих після першої операції відмічене глибоке нагноєння операційної рани. Супутні захворювання (гіпертонічна хвороба, кардіосклероз, атеросклероз, цукровий діабет та ін.) діагностовані у 88 (77,9%) хворих, зокрема у 27 (23,9%) – захворювання органів черевної порожнини (фіброміома матки – у 9, хронічний калькульозний холецистит – 5, хронічний апендицит – 6, кіста яєчника – 5, виразкова хвороба – 2). Найчастіше виявляли ПОВГ у поєднанні з ожирінням. Усі хворі мали ожиріння різного ступеня вираження. У більшості з них встановлене аліментарно-конституціональне ожиріння. Маса тіла складала від 90 до 160 кг, в середньому (112,3 і 4,5 кг), індекс маси тіла – від 29,8 до 58,4 кг/м². Ожиріння I ст. виявлене у 7 (6,2%) хворих, II ст. – 27 (23,8%), III ст. – 44 (39,0%), IV ст. – 35 (31,0%). Розподілення хворих за статтю, віком та ступенем ожиріння подано у таблиці:

Таблиця 1.
Розподілення хворих за статтю, віком та ступенем ожиріння

Стать	Вік, років			Ступінь ожиріння			
	20-40	41-60	> 60	I ст.	II ст.	III ст.	IV ст.
Чоловіки	–	2	–	2	–	–	–
Жінки	8	69	34	5	27	44	35

У хворих з ПОВГ та ожирінням порушується обмін речовин, гальмуються репаративні процеси, збільшується ризик виникнення гнійних ускладнень. Надмірна маса тіла, а також супутні захворювання були ускладнюючими обставинами. Вказані фактори частіше зустрічалися у жінок, чим і обумовлена більша частота ПОВГ у них. Крім того, важливим етіологічним фактором, який зумовлює ослаблення передньої черевної стінки у жінок, є вагітність, при якій біла лінія живота тоншає і її ширина до кінця вагітності збільшується в середньому в 12,5 рази, відповідно розширюється і пупкове кільце. У жінок після пологів нерідко можна бачити в'ялість передньої черевної стінки внаслідок перерозтягнення її тканин з наступними дегенеративними змінами, що також є негативним моментом у заживленні операційних ран. У 29 (25,6%) хворих причиною виникнення ПОВГ було безвідповідальне ставлення до власного здоров'я (раннє фізичне навантаження в післяопераційному періоді та ін.).

Що стосується терміну виконання операції з приводу ПОВГ, то, з урахуванням небезпечності дрімаючої інфекції, існують різні точки зору. Беручи до уваги, що, з'явившись, ПОВГ має тенденцію до постійного збільшення та в подальшому до розвитку ускладнень (невправимості, защемлення, злукової кишковій непрохідності), тому, чим раніше зроблена операція, тим менше виражені зміни в органах і тканинах, а втручання ефективніше. Тут важливо врахувати не стільки тривалість існування грижі, скільки швидкість її збільшення у розмірах. Ми згодні із загальноприйнятою точкою зору, що оптимальним часом оперативного лікування ПОВГ є 6-12 місяців після першої операції. При ранньому розвитку грижі, що супроводжується вираженими клінічними ознаками, можлива операція і через 2-3 місяці.

Передопераційна підготовка (ПОП) передбачає корекцію та компенсацію порушених функцій організму, підвищення його імунізаційних сил та адаптацію органів серцево-судинної та дихальної систем до виникаючого після операції підвищення внутрішньочеревного тиску в результаті вправлення вмісту грижі в черевну порожнину, особливо гігантських гриж. Всім хворим до виконання планової операції проводили комплексне обстеження. При обстеженні пацієнтів визначали ступінь операційного ризику,

наявність супутніх захворювань, що потребують корекції та підготовки, особливо серцево-судинної та дихальної систем. Хворим досліджували функцію зовнішнього дихання, проводили електрокардіографію, ультразвукове дослідження, рентгенологічне дослідження грудної та черевної порожнини, визначали протеїнограму та коагулограму. Середня тривалість госпіталізації до операції становила 4,1 доби. Необхідно відзначити, що з метою забезпечення оптимізації умов для проведення ПОП, а також скорочення терміну перебування хворих у стаціонарі до операції, розроблена методика догоспітальної ПОП. При зверненні пацієнта до клініки роз'яснювали мету підготовки та видавали "пам'ятку" щодо її проведення [6]. Тривалість ПОП не менше 3-4 тижнів, залежить від складності основної патології, супутньої патології та загальної фізичної підготовки. Усім хворим призначали спеціальну безшлакову дієту, щоденно очисні клізми, антиагреганти, полівітаміни, ранкову гігієнічну та лікувальну гімнастику, дозоване ходіння по сідцях (типу теренкур). Хворим з невправимою ПОВГ здійснювали дозоване бинтування живота після попереднього часткового вправлення грижі у черевну порожнину; всім хворим з вправимою ПОВГ – дозовану пневмокомпресію з ЛФК, за показаннями – коригуючу терапію супутньої патології [3].

У профілактиці післяопераційних ускладнень важливим є правильне обґрунтування показань до виконання операції, ретельне виконання всіх етапів, проведення адекватної післяопераційної терапії з обов'язковим використанням антикоагулянтів. Часте поєднання у наших дослідженнях ПОВГ та ожиріння підвищує ризик виникнення тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ). З метою профілактики ТЕУ застосовували препарати з антикоагулянтними властивостями – гепарин чи фраксипарин дозою 0,3 мл під контролем часу згортання крові та показників коагулограми. Препарат вводили підшкірно за 2 години до операції і протягом 5-6 діб після неї, до відновлення рухової активності пацієнта. Разом з цим у якості неспецифічної профілактики тромбоутворення здійснювали ранню активізацію хворих, еластичне бинтування нижніх кінцівок.

Операції виконуємо під ендотрахеальним наркозом із міорелаксантами, що дозволяє досягти доброї релаксації

м'язів черевної стінки та адекватної пластики гриж. Ми дотримуємося наступних принципів оперативного лікування ПОВГ:

- 1) розріз шкіри з повним висіченням шкірного рубця та трофічно змінених тканин;
- 2) видалення шкірно-жирового шматка у хворих із надмірною масою тіла;
- 3) щільна хірургічна обробка країв грижового дефекту до незмінених тканин;
- 4) пластика грижових воріт без натягу та зменшення об'єму черевної порожнини.

На нашу думку, оперативний доступ визначає значну частину успіху операції. У 106 (93,8%) хворих із ПОВГ і наявністю "відвислого живота" значних розмірів виконана абдомінопластика з дерматоліпектомією із розширеного оперативного доступу за Фернадесом (101 хворий - 89,4%), та Берсоном (5 хворих - 4,4%). Застосування абдомінопластики з дерматоліпектомією у хворих із ПОВГ та "відвислим животом" значних розмірів є важливим фактором профілактики виникнення рецидиву грижі. Значні розміри "звисаючого фартуха" (інколи до середини стегон) обмежують фізичну активність пацієнта, тому видалення "фартуха" можна вважати одним із факторів соціальної реабілітації хворого. За нашими даними ступінь руйнування черевної стінки не завжди пропорційний розмірам грижового випинання, тому застосування вказаних розрізів забезпечує широкий оперативний доступ до всіх відділів передньої черевної стінки, що дозволяє виконати оптимальну ревізію апоневрозу з метою виявлення та усунення дрібних дефектів. У 7 (6,2%) хворих без наявності значних розмірів "відвислого живота" та із середньою мезогастральною локалізацією грижі намагалися використовувати доступ найбільш зручний для виконання герніопластики.

Важливим фактором є захист операційної рани від інфікування. Рану до розкриття грижового мішка відмежовували шляхом обшивання багатошаровими серветками. Це дозволяло забезпечити ізоляцію грижових воріт від шкіри рани по всій довжині, завдяки чому зменшується ризик вторинного інфікування.

Під час грижосічення обов'язково розділяли міжкишкові зрощення, так як невиконання цього правила може призвести до розвитку механічної кишкової непрохідності. Краї мобілізованої та рухливої черевної стінки легше зводяться при пластичі, не здавлюють та не деформують внутрішніх органів. Якщо грижових дефектів було кілька, їх з'єднували між собою. Тканини передньої черевної стінки у зоні грижового випинання та елементи грижі, як правило, дегенеративно змінені, часто містять дремаючу інфекцію, тому їх необхідно висікати разом з грижовим мішком до незмінених країв грижових воріт. Пластику дефектів передньої черевної стінки у хворих із ПОВГ проводили диференційовано з урахуванням розмірів грижового випинання та ступеня змін тканин черевної стінки. У 104 (92,0%) хворих виконано аутопластичне закриття грижових воріт з використанням м'язово-апоневротичного шматка у вигляді дублікатури. У 81 (71,7%) хворих виконана пластика за типом Сапежко в модифікації клініки (при середній локалізації дефекту), у 15 (13,2%) - за Мейо, у 8 (7,1%) - коса пластика з формуванням дублікатури. У 9 (8,0%) хворих великий розмір грижових воріт, атрофія м'язів примусили нас виконати аутодермальну пластику за Яновим. Значну увагу приділяли укріпленню слабких місць апоневрозу, чого досягали шляхом використання пластики за Сапежко та Яновим в модифікації клініки [3]. Після завершення пластики грижових воріт підшкірну основу зашивали під кутом, відкритим до нижнього кута рани, щоб забезпечити краще дренивання. Рану дрениємо поліхлорвініловими трубками з активною аспірацією її вмісту.

В останні роки приблизно у 20-30% хворих, які потрапляють до хірургічних стаціонарів, виявляють поєднані захворювання органів черевної порожнини [2]. Для вияв-

лення поєднаної з грижами патології ми застосовували всі можливі методи клінічної та інструментальної діагностики. Так, у 27 (23,9%) хворих на ПОВГ діагностовані захворювання органів черевної порожнини. У більшості з цих хворих були встановлені показання до симультанного виконання оперативних втручань. Одночасно з радикальною операцією з приводу ПОВГ виконана холецистектомія у 4 хворих з хронічним калькульозним холециститом, надпихова ампутація матки з приводу фіброміоїми - у 8, апендектомія - 6, видалення кістки яєчника - у 5, резекція тонкої кишки - у 2, усунення товсто-кишкової непрохідності - у одного, дерматоліпектомія - у 106, грижосічення при поєднанні гриж - у 12 хворих. Специфічних ускладнень після виконання симультанних операцій не спостерігали. Проведення до операції ретельного обстеження пацієнта не завжди дозволяло виявити поєднану патологію і планувати обсяг операції. Тому обстеження хворих до операції не виключало виконання інтраопераційної ревізії черевної порожнини. За даними літератури 15-19,1% хворих на найближчий час після герніопластики оперуються повторно з приводу інших хірургічних захворювань [1]. Це визначає актуальність проблеми симультанних операцій (СО). Обґрунтовані СО виключають у подальшому необхідність здійснення оперативного втручання у хворого з загрозою виникнення рецидиву грижі.

Ведення післяопераційної рани має свої особливості залежно від розмірів ПОВГ, наявності чи відсутності ожиріння. Живлення ран після великих за об'ємом операцій з відділенням шкірно-жирового шматка на значній ділянці супроводжується утворенням значної кількості раннього відділення, що приховує в собі ризик розвитку в ранньому післяопераційному періоді місцевих ускладнень. Обов'язковою умовою гладкого заживлення таких ран є видалення серозно-геморагічної рідини з рани протягом 2-3 діб з застосуванням вакуумного дренивання, потім, за показаннями, пунктування підшкірної основи, промивання виявлених порожнин розчином антисептика.

Важливим фактором попередження виникнення післяопераційних ускладнень є ліквідація больового синдрому, що дозволяє хворому активно рухатися та глибоко дихати.

У післяопераційному періоді ускладнення в рані відмічені у 10 (8,8%) хворих: серома - у 3, гематома операційної рани - у 3, нагноєння рани - у 2, частковий некроз шкіри - у 2. Із загальних ускладнень у 2 хворих виникла гостра серцево-легенева недостатність, у 1 пацієнта - гострий тромбоз феморальної вен нижньої кінцівки. Лікування цих хворих проводили консервативними методами. Померла одна хвора похилого віку від тромбоемболії легеневої артерії. Віддалений результат вивчений у 79 (69,9%) хворих у строки від одного до п'яти років. Рецидиви ПОВГ виявлені у 2 (1,8%) хворих (причиною рецидиву гриж було нагноєння післяопераційної рани).

Універсальних методів лікування ПОВГ у хворих на ожиріння досі немає, тому необхідно продовжувати пошуки у цьому напрямку.

Таким чином, вибрана тактика хірургічного лікування ПОВГ дозволяє вдало усувати широкі дефекти передньої черевної стінки, значно розширює межі операбельності, забезпечує хороші найближчі та віддалені результати і є методом вибору при лікуванні ПОВГ у хворих на ожиріння.

Література

1. Жебровский В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости. - Симферополь: Издат. центр КГМУ, 2000. - 688 с.
2. Запороженко Б.С., Шишлов В.И., Бородаев И.Е., Повзун П.А. Применение симультанных операций в хирургии // Клін.хірургія. - 1998. - №12. - С.10-12.
3. Лисенко Р.Б. Хірургічне лікування післяопераційної грижі живота великого розміру у хворих з ожирінням // Клін.хірургія. - 1999. - №4. - С.26-29.

4. Майстенко Н.А., Ткаченко А.Н. Негативные последствия хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж. // Вест. хир. им.И.И.Грекова. – 1998.– Т.157, №4.– С.130-136.
5. Нарциссов Т.В., Брежнев В.П. Послеоперационные вентральные грыжи // Сов.медицина.– 1991.– №1.– С.35-36.
6. Стороженко А.В., Лысенко Р.Б. Комплексная предоперационная подготовка больных с послеоперационной вентральной грыжей и ожирением //Актуальні пробл. сучасн. мед.: Вісник УМСА. – 2001.– Т.1, №1-2. – С.55-57.

Реферат

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ
Стороженко О.В.

В статье приведены результаты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) в 113 больных, оперированных с 1989 по 2002 год. Выработан алгоритм лечения больных с ПОВГ и ожирением. Предложен подход к выбору метода и объема оперативного вмешательства. Профилактика раневых осложнений осуществлялась путем борьбы с инфекцией и усовершенствования техники операции. Предупреждение рецидивов грыж должно быть направлено на правильный выбор способа пластики, устранение осложнений со стороны раны.

Summary

SURGICAL TREATMENT OF A POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA AT THE PATIENTS BY AN OBESITY
Storozhenko O.V.

In clause the results of surgical treatment of postoperative ventral hernias (ПОВГ) in 113 patients, оперированных with 1989 for 2002 are given. The algorithm treatment of the patients with ПОВГ and obesity is produced. The approach to a choice of a method and volume of an operative measure is offered. The prophylaxis раневых of complications was carried out by struggle with an infection contamination and improvement of engineering of operation. The prevention(warning) of relapses of hernias should be directed on a correct choice of a mean(method) of a plasty, elimination of complications on the part of a wound.

Українська медична стоматологічна академія МОЗ України, м. Полтава