

with low birth weight (less than 1000 g) can reach 30 %. Increase in the incidence is observed during the first year of life.

Regressing hemangiomas undergo careful observation. Hemangiomas with a high risk of complications (destructive growth, cosmetic defects, ulceration, amblyopia, compression of vital structures) require treatment.

The variety of clinical and morphological features, localization and prevalence of vascular lesions require continual search for effective methods of treatment to determine the optimal terms and methods of therapy.

The objective of the research was to improvement the results of hemangiomas treatment in children.

Materials and methods. The results of treatment of 146 children with voluminous, rapidly growing, and non-regressing hemangiomas, as well as children with poor results of treatment after incorrect therapy

were analyzed.

Methods of the research included clinical, morphological, radiation, statistical ones.

Results and discussion. Effectual treatment regimen of rapidly growing and non-regressing hemangiomas with cosmetically important locations, including surgical treatment with the use of high-frequency coagulator EC-300MI and systemic therapy with propranolol was developed and suggested.

Conclusions. The proposed treatment regimen reduces the volume and intensity of hemangiomas growth. In the majority of cases it allows complete removal of the tumor with a good cosmetic result.

Keywords: hemangiomas; propranolol; high-frequency coagulator EC-300MI.

Надійшла 11.07.2016 року.

УДК 617.55-007.43-089.16

Власов В. В., Харишин О. М., Калиновський С. В.

Досвід використання способу розширення гризового дефекту первинної пупкової грижі

Хмельницька обласна лікарня, м. Хмельницький, Славутська центральна районна лікарня, м. Славута, Україна vvlasov@mail.ru

Резюме. Проаналізовано результати хірургічного лікування 316 хворих на первинну пупкову грижу (ПГ). Середній вік $57,68 \pm 11,7$ років. Переважали жінки (74,4%) та пацієнти з гризовими дефектами (ГД) середніх розмірів (47,2%). Діастаз прямих м'язів різного ступеня виявили по всій довжині білої лінії (23%) або на окремих її рівнях (38%). 43 (13,6%) хворим на первинну ПГ виконали розширення гризового дефекту. Після виконання розширення ГД вздовж білої лінії живота (12) зафіксували 2 випадки рецидиву грижі. Після бічного розширення ГД первинної ПГ (7) в межах білої лінії живота рецидив грижі не виявили. Авторський спосіб розширення ГД первинної ПГ (24) дає можливість створити доступ достатній для вільного вправлення вмісту гризового мішка в черевну порожнину та за необхідності виконання необхідних маніпуляцій в черевній порожнині, не послаблюючи міцність передньої черевної стінки. При виконанні авторського розширення ГД первинної ПГ в наступному необхідно здійснити алопластичне закриття ГД, оптимальний спосіб розташування сіткового імплантату при цьому – в ретромускулярному просторі. Рецидив грижі після виконання цього способу розширення не виявлений.

Ключові слова: пупкова грижа, алопластика, гризовий дефект, розширення.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Упродовж XX століття пластика гризових дефектів (ГД) (а серед них пупкової грижі) залишається найбільш розповсюдженою операцією світової хірургії [4]. Немоżliвість вправити вміст гризового мішка фіксованої (защемленої) пупкової грижі (ПГ) через відносно невеликий діаметр ГД змушує хірурга розширювати останній [6]. Найчастіше застосовуються розширення ГД краніально або каудально вздовж білої лінії живота, що призводить до послаблення міцності передньої черевної стінки. В інших випадках розширення здійснюють в сторони від ГД в межах білої лінії живота до медіальних країв обох прямих м'язів живота. Проте отриманий розмір рани обмежений шириною білої лінії живота, не завжди є достатнім для вправлення гризового вмісту. А це, як правило призводить до резекції великого сальника або розширення рани вертикально за ходом білої лінії живота, що відповідно збільшує інтраопераційну травму, подовжує тривалість операції і послаблює черевну стінку [3].

Мета дослідження. Проаналізувати відомі способи та авторський спосіб розширення ГД первинної ПГ, їх вплив на віддалені результати лікування цієї категорії пацієнтів.

Матеріали і методи

Проаналізовано результати лікування 316 хворих на первинну

ПГ. Джерелами отриманої інформації були медичні картки стаціонарних хворих і спеціально розроблені карти спостереження за хворими. Серед пацієнтів переважали жінки – 235 (74,4%). Вік хворих знаходився в межах від 19 до 82 років, середній вік $57,68 \pm 11,7$ років. За розмірами ПГ розподілялися згідно з класифікацією ЕНС (2009) [5]. При поступленні всіх хворих обстежували клінічно, лабораторно, забезпечували консультації суміжних спеціалістів. Ширину білої лінії живота та розміри ГД перед операцією вимірювали за допомогою УЗД.

Результати дослідження та обговорення

У хворих на первинну ПГ частіше спостерігали ГД середніх розмірів (47,2%). ГД малих розмірів відзначали у 30,7%. Первинну ПГ великих розмірів мали 70 пацієнтів, серед них у 12 – вона мала гігантські розміри.

Біла лінія живота нормальної ширини була у 39% хворих. Діастаз прямих м'язів різного ступеня, виявили по всій довжині білої лінії (23%) або на окремих її рівнях (38%).

У переважній більшості – 195 (61,72%) гризові випинання були вправимими в черевну порожнину. Але у четвертій частині (25,31%) хворих вправити грижу перед операцією не вдалось. У решти – 41 (12,97%) грижа вправлялась частково.

43 (13,6%) пацієнтам виконали розширення ГД первинної ПГ живота через виникнення труднощів із вправленням вмісту гризового мішка в черевну порожнину (37) та виникненням необхідності виконання симульованого оперативного втручання на органах черевної порожнини (6).

Під час операції для вправлення фіксованої ПГ вдавалися до розширення гризового дефекту вздовж білої лінії живота в 12 випадках. В наступному пластика ГД у цих пацієнтів виконана за методикою Сапежко (5) та алопластично з преперитонеальним розташуванням сіткового імплантату (7). У випадках алопластики ГД таке розширення призвело до збільшення розмірів сіткового імплантату, так як він має заступати на 3 – 4 см краї рани.

У 7 випадках (переважно у пацієнтів з діастазом прямих м'язів живота II та III ступеня) виконали бічне розширення ГД в межах білої лінії живота з наступною алопластикою ГД (передочеревинною – 3, ретромускулярною – 4).

У 24 випадках окрім описаних в літературі методів, розширення пупкового кільця в межах білої лінії живота (в поперечному та поздовжньому напрямках) виконували розроблений спосіб розширення ГД ПГ (патент на корисну модель № 71375 UA) [1,2].

Від лівого краю пупкового кільця до медіального краю лівого прямого м'яза живота поперечно розтинали

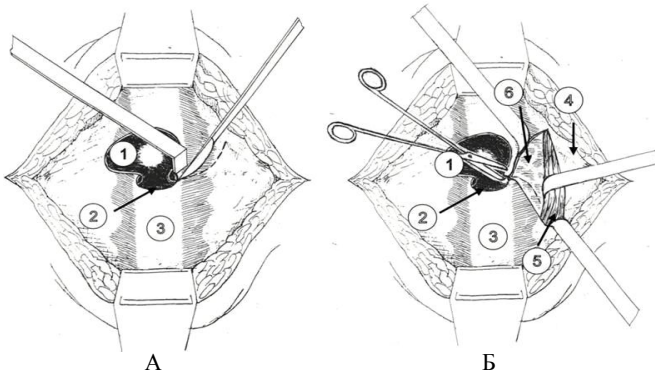


Рис. 1. Етапи (А, Б) авторського розширення гризового дефекту пупкової грижі (1 – гризовий мішок; 2 – гризовий дефект; 3 – біла лінія живота; 4 – передня пластинка піхви прямого м'яза живота; 5 – прямий м'яз живота; 6 – задня пластинка піхви прямого м'яза живота)

апоневроз білої лінії живота. Далі розтин у вигляді дуги з центром на серединній лінії і краніальним спрямуванням продовжували на передню пластинку піхви прямого м'яза живота (рис. 1-А). Край передньої пластинки піхви прямого м'яза живота розводили в сторони, медіальний край прямого м'яза живота гачком Фарабефа відводили латерально, тим самим утворюється доступ до задньої пластинки піхви прямого м'яза живота. Задню пластинку піхви прямого м'яза живота розтинали розрізом у вигляді дуги з центром на серединній лінії і каудальним спрямуванням (рис. 1-Б). Розводячи край задньої пластинки піхви прямого м'яза живота і очеревини ми отримуємо лапаротомну рану достатніх розмірів для вправлення в черевну порожнину гризового вмісту.

Серед цих пацієнтів у переважної більшості (17) виконано однобічне (правобічне або лівобічне) розширення. У 7 випадках виконано двобічне розширення ГД.

Рану після розширення зашивали у зворотній послідовності. Спочатку вікрилом (монокрилом) зашивали очеревину – після попереднього її відшарування в сторони. Далі зашивали задню пластинку піхви прямого м'яза живота до ГД, забирали гачок. Відведений раніше прямий м'яз живота повертався на своє місце. У 9 пацієнтів у передочеревинний простір встановлювали сітковий імплантат, фіксували. Потім поліпропіленовою чи полідаксоновою ниткою зашивали рану передньої пластинки піхви прямого м'яза живота. У більшості (15) пацієнтів, через механічне пошкодження очеревини під час операції, ушивали очеревину і задні листки піхви прямого м'яза живота, мобілізували ретро-мускулярний простір, в який встановлювали сітковий імплантат.

Для профілактики місцевих ускладнень використовували наклеювання на операційне поле плівки «Ioban», промивання рани 0,02% розчином декасану, ретельний гемостаз за допомогою діатермокоагуляції, монофіламентний шовний матеріал.

Серед ускладнень у прооперованих хворих спостерігали 5 інфільтратів (1,58%), 4 серому (1,27%) післяопераційної рани, гематому передньо-бічної стінки живота (0,31%), у 1 (0,31%) – нагноєння рани. Ускладнення були кореговані до виписки хворих зі стаціонару.

Серед пацієнтів, яким виконували розширення ГД первинної ПГ ускладнень в післяопераційний період не спостерігали. Хворі оглянуті в терміни від 0,5 року до 3 років. Виявлено рецидив грижі у 2 пацієнтів, яким виконано розширення ГД вздовж білої лінії живота з наступною його пластикою за методикою Сапежко. Серед пацієнтів, яким виконано розширення ГД в межах білої лінії живота та розроблену методику розширення ГД рецидиву грижі не виявлено.

Висновки

1. У 13,6% хворих на первинну пупкову грижу застосовано розширення гризового дефекту.
2. При виконанні запропонованого способу розширення забезпечується вільне вправлення вмісту гризового мішка в черевну порожнину та за необхідності виконання необхідних маніпуляцій в черевній порожнині, не послаблюючи міцність передньої черевної стінки.
3. Бічне розширення гризового дефекту пупкової грижі з розкриттям піхв прямих м'язів живота створює передумови для ретромускулярного розташування сіткового імплантату.

Перспективи подальших досліджень

У подальших дослідженнях планується виявити антропометричні передумови для виконання різних способів розширення гризового дефекту первинної пупкової грижі.

Література

1. Власов В. В. Спосіб розширення гризового дефекту пупкової грижі / В. В. Власов, С. В. Калиновський // Клін. анатомія та оперативна хірургія. – 2012. № 4. – С. 107-110.
2. Пат. № 71375 Україна, МПК А61В17/00. Спосіб розширення пупкового кільця при оперативному лікуванні грижі, яка не виправляється / В. В. Власов, С. В. Калиновський; № u201200066; опубл. 10.07.2012, Бюл. № 13.
3. Alam N.N. Methods of abdominal wall expansion for repair of incisional hernia: a systematic review / N.N. Alam, S.K. Narang, S. Pathak // Hernia. – 2016. – № 20(2). – P. 191-199.
4. Christoffersen M.M. Clinical outcomes after elective repair for small umbilical and epigastric hernias / M.M. Christoffersen // Dan. Med. J. – 2015. – № 61(11). – P. 5161.
5. Muysoms F.E. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias / F.E. Muysoms, M. Miserez, F. Berrevoet et al // Hernia. – 2009. – № 13(4). – P. 407-414.
6. Ponten J.E. A collective review on mesh based repair of umbilical and epigastric hernias / J.E. Ponten, I. Thomassen, S.W. Nienhuijs // Indian J. Surg. – 2014. – № 76(5). – P. 371-377. 7.
8. TASC. Working Group Trans-Atlantic Inter-Society, consensus of management of peripheral arterial disease// International Angiology. – 2000. – Vol. 19, N1 9 Suppl. 1). – P.1-304

Власов В. В., Харишин О. М., Калиновський С. В.

Опыт использования способа расширения грыжевого дефекта первичной пупочной грыжи

Хмельницька обласна лікарня, г. Хмельницький, Славутська центральна районна лікарня, г. Славута, Україна, vvlasov@mail.ru

Резюме. Проаналізовано результати хірургічного лікування 316 больних первичної пупочної грижею (ПГ). Середній вік 57,68±11,7 лет. Преобладали женщины (74,4%) и пациенты с грыжевыми дефектами (ГД) средних размеров (47,2%). Диастаз прямых мышц разной степени наблюдали по всей белой линии (23%) или на отдельных её уровнях (38%). 43 (13,6%) больным первичной ПГ выполнили расширение ГД. После расширения ГД по белой линии живота (12) зафиксировали 2 случая рецидива грыжи. После бокового расширения ГД первичной ПГ (7) в пределах белой линии живота рецидив грыжи не обнаружили. Авторский способ расширения ГД первичной ПГ (24) дает возможность создать доступ достаточный для свободного вправления содержимого грыжевого мешка в брюшную полость и по необходимости выполнения манипуляций в брюшной полости, не ослабляя прочность передней брюшной стенки. После выполнения авторского расширения ГД первичной ПГ необходимо выполнять аллопластику ГД, оптимальный способ размещения сетчатого имплантата при этом – в ретромускулярном пространстве. Рецидив грыжи после выполнения этого способа расширения не обнаружен.

Ключевые слова: пупочная грыжа, аллопластика, грыжевой дефект, расширение.

V.V. Vlasov, O.M. Kharyshyn, S.V. Kalinovskiy

Experience of Using Expansion of Hernia Defect of Primary Umbilical Hernia

Khmelnytskyi Regional Hospital, Khmelnytskyi, Ukraine, Slavuta Central District Hospital, Slavuta, Ukraine, E-mail: vvlasov@mail.ru

Abstract. The results of treatment of 316 patients with primary

umbilical hernia were analyzed. The average age of patients was 54.68 ± 11.7 years. Among patients women (74.4%) prevailed. Diastasis recti of a different degree was found along the linea alba (23%) or along its separate levels (38%). During surgery, hernia defect was expanded in 43 (13.6%) patients. After the expansion of hernia defect along the linea alba (12 patients) the recurrence was detected in 2 cases. After lateral expansion of hernia defect within the linea alba (7 patients) no recurrence was detected. The authors' method of expansion (24 patients) allows creating sufficient access for free reposition of the hernia sac contents into the abdominal cavity and, if necessary,

performing the necessary manipulations in the abdominal cavity saving the strength of the anterior abdominal wall. When using the aforementioned method of the expansion of hernia defect of primary umbilical hernia, namely alloplastic closure of hernia defect, the optimal way is to place mesh implant in the retromuscular space. After lateral expansion of hernia defect no recurrence was detected.

Keywords: *umbilical hernia; alloplasty; hernia defect; expansion.*

Надійшла 11.07.2016 року.

УДК: 616-089.168. 1-06-084: 818.14:616-006

Гаврилюк Г.М., Макарчук О.М.

Особливості оцінки якості життя та пошук шляхів реабілітації у жінок, які перенесли операцію на матці

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра акушерства та гінекології ННІ післядипломної освіти, м. Івано-Франківськ, Україна

Резюме. Вступ. В останні роки відзначається розвиток міоми матки у жінок з нереалізованою репродуктивною функцією, причому зростає доля поєднаних форм гіперпластичних процесів репродуктивної системи - у 20-25% жінок віком до 30 років і у 60% - у віці від 40 років, створюючи благоприємний фон для онкопроцесів. Також у літературі зустрічаються повідомлення щодо зростання психоемоційних розладів у жінок із гіперпластичними процесами матки як до операції, так і після оперативного оздоровлення, причому значна частина з них представлена розладами адаптації. Основні психотерапевтичні моменти включають пасивну життєву позицію, підвищення тривожності, схильність до залежної поведінки, несприйняття свого тіла, захисну поведінку та складність у підтримці самооцінки, що відзначає ряд дослідників. Також слід відзначити, що комплексне вивчення клініко-лабораторних даних та суб'єктивних показників якості життя є надзвичайно важливим для оцінки доцільності проведення гістеректомії у жінок репродуктивного віку, навіть якщо вони не планують народження дітей в майбутньому. **Мета дослідження** - оцінка якості життя та удосконалення системи диспансерного спостереження та реабілітації і відновного лікування жінок, які перенесли оперативні втручання на матці. **Матеріали та методи дослідження.** Проведено комплексне обстеження і оперативне лікування 60 жінок репродуктивного віку з міомою матки, яким виконано гістеректомію зі збереженням додатків. Для дослідження використані сучасні високоінформативні ендокринологічні та інструментальні методики. Оцінка отриманих показників проведена безпосередньо після оперативного втручання, через 6, 12 місяців та через 3 і 5 років після операції. Якість життя вивчали на основі комплексної оцінки, з використанням модифікованої шкали Nottingham Health Profile (NHP) та дослідженням таких важливих показників як енергійність, сон, емоційній реакції, соціальна ізоляція, фізична активність, больові відчуття. Усі види статистичної обробки виконано за допомогою стандартного пакету «Statistica for Windows – 6.0». **Результати дослідження та їх обговорення.** Анамnestичні дані дозволили встановити у обстеженого контингенту пацієнток погіршення соматичного здоров'я з високими показниками захворювань печінки та шлунково-кишкового тракту, метаболічних порушень (ожиріння, гіпертензивні розлади, фіброзно-кистозна мастопатія), обмінно-ендокринні зміни та оперативні втручання. Репродуктивне здоров'я у жінок з міомою матки характеризувалася тривалим становленням регулярного менструального циклу, його порушенням у періоді пубертату, запальними захворюваннями статевих органів, доброякісними пухлинами яєчників та їх хірургічним втручанням, неадекватною репродуктивною поведінкою із відсутністю або запізнілою реалізацією репродуктивної функції та штучним перериванням вагітності. Через 12 місяців, і особливо

через 5 років після оперативного втручання, відзначено прогресивне погіршення функції яєчників, що відображалось у зменшенні їх об'єму при ультразвуковому дослідженні за рахунок зменшення числа та розмірів фолікулів, погіршення кровопостачання яєчників, зниження кровотоку в басейні внутрішньої здухвинної артерії. Паралельно слід відзначити прогресуючу гіпоестрогенію, причому встановлено чітку кореляцію із віком жінки, якій проведено оперативне втручання. Зміна якості життя у пацієнток із гіперпластичними процесами матки у післяопераційному періоді проявлялася: зниженням фізичної активності у 43,33% випадків, ростом сексуальних дисфункцій – у 36,66 %, пригніченням психічного стану, конфліктною спрямованістю соціальної поведінки, ослабленням рольових функцій та суб'єктивним погіршенням загального здоров'я та якості життя у 51,66 % випадків. **Висновки.** Таким чином, оперативне втручання з приводу міоми матки з об'ємом тотальної чи субтотальної гістеректомії сприяє порушенню складних нейроендокринних взаємовідносин в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники – кора наднирників – щитовидна залоза та впливає на кровопостачання, іннервацію, лімфовідтік у тазовому дні, в зв'язку з чим післяопераційні синдроми є полігандулярними та полісистемними. Віддалені наслідки після оперативного втручання супроводжуються прогресивною гіпоестрогенією із погіршенням функції яєчників, що відображалось у зменшенні їх об'єму при ультразвуковому дослідженні, зменшенні числа та розмірів фолікулів, погіршенні кровопостачання яєчників, зниженні кровотоку в басейні внутрішньої здухвинної артерії.

Ключові слова: гістеректомія, постгістеректомічний синдром, кровопостачання яєчників, психосоматичні порушення, якість життя.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

В останні роки відзначається розвиток міоми матки у жінок з нереалізованою репродуктивною функцією, причому зростає частка поєднаних форм гіперпластичних процесів репродуктивної системи - у 20-25% жінок у віці до 30 років і у 60% - у віці старше 40 років, створюючи благоприємний фон для онкопатології [1,6]. Відсоток персон, яким з тих або інших причин проводилася гістеректомія з додатками або без додатків за останні 30 років потроївся і зріс, за даними різних авторів, з 6 % до 18-25 % [7,9].

Частота постгістеректомічних патологічних проявів складає 40-60 %, синдром тазового болю діагностують практично у кожній третій пацієнтки, частота випадіння функції яєчників як провідного моменту постгістеректомічного син-