

УДК 616.38-007.43-089.844

Д.О. Лавренко, С.В. Малик, В.І. Подлесний, Д.В. Капустянський, В.І. Парасоцький  
ВДНЗ України „Українська медична стоматологічна академія”, м.Полтава

### ВИБІР МЕТОДУ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ЗА УМОВ МОНІТОРИНГУ ПОКАЗНИКІВ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОГО ТИСКУ

В умовах хірургічного відділення багатопрофільного лікувального закладу м. Полтава за період з 2008 по 2012 рік проліковано 106 хворих з вентральними грижами та ожирінням. З них 11 (10,3%) чоловіків, 95 (89,6%) жінок. Хворі були у віці від 25 до 82 років. Середній вік пацієнтів склав 53 роки. У процесі проведення багатфакторних досліджень були встановлені критерії для вибору використання різних видів пластики черевної стінки. Вибір тактики хірургічного лікування хворих з вентральними грижами та ожирінням повинен плануватися в залежності від результатів доопераційних обстежень. Методику аутопластики варто застосовувати при пластиці малих гриж. При виконанні аллогерніопластики перевагу варто надавати методу "sublay", метод "inlay" – змушено використовувати при дефіциті тканин у ділянці грижового дефекту.

**Ключові слова:** вентральні грижі, ожиріння, внутрішньочеревний тиск.

Хворі з вентральними грижами (ВГ) поєднаними з ожирінням формують постійний контингент хірургічних стаціонарів і їх кількість постійно збільшується [1,3,9]. Лікування і реабілітація таких хворих дотепер представляє досить складну і актуальну проблему в хірургії [2,6,8].

Не зважаючи на досягнуті певні успіхи при хірургічному лікуванні ВГ з ожирінням, рівень післяопераційної летальності за останні роки залишається досить високим. 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]. Розвиток ДН пов'язаний з тим, що при неадекватній абдомінопластиці, за рахунок зменшення об'єму черевної порожнини, виникає підвищення внутрішньочеревного тиску (ВЧТ), що особливо актуально при ожирінні [7,8,9]. Саме тому багато хірургів при найменшій погрозі розвитку дихальних ускладнень у хворих із ВГ та ожирінням відмовлялися від оперативного лікування, остерігаючись проявів ранніх післяопераційних ускладнень.

При ВЧГ виникає зміщення діафрагми в грудну порожнину, зменшуючи її обсяг і підвищуючи внутрішньогрудний тиск, що супроводжується здавлюванням легеневої паренхіми, коллабіюванням підлеглих до діафрагми альвеол з виникненням ателектазів [1,5,9]. Погіршується вентиляційно-перфузійне співвідношення, зростає легеневий шунт [4,6,9]. Цей патофізіологічний процес призводить до гіпоксемії, респіраторного ацидозу і сприяє розвитку ішемії органів і тканин з подальшим виникненням поліорганної дисфункції [1,3,5,7,9]. Зміни з боку дихальної системи настають відносно рано і швидко прогресують з розвитком декомпенсації та ризиком можливого переведу пацієнта на штучну вентиляцію легень (ШВЛ). Таким чином показник ВЧТ є домінуючим критерієм у виборі методу пластики при великих вентральних грижах.

**Метою** роботи було покращити результати лікування хворих з ВГ та ожирінням за рахунок достовірного відображення рівня ВЧТ, що дозволяє визначати адекватний спосіб хірургічного лікування без можливого виникнення в післяопераційному періоді внутрішньочеревної гіпертензії, що, в свою чергу, запобігає виникненню післяопераційних ускладнень та покращує результати лікування цієї категорії хворих.

**Матеріал та методи дослідження.** В умовах хірургічного відділення багатопрофільного лікарняного закладу м. Полтава, для реалізації поставленої мети нами досліджено за період з 2008 по 2012 рік 106 хворих. Чоловіків було 11 (10,3%), жінок - 95 (89,6%). Хворі були у віці від 25 до 82 років. Середній вік пацієнтів становив 53 роки. Головним етіологічним критерієм появи ВГ були 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%).

У 16 (15,1%) хворих діагностовано злукову хворобу, яка супроводжувалася явищами часткової кишкової непрохідності. У 64 (60,3%) осіб діагностовано супутню патологію: фонові дихальна недостатність (ДН): ДН-I 18 (17,0%), ДН-II 8 (7,5%); фонові серцева недостатність (СН): СН-ІА 16 (15,1%), СН-ІБ 7 (6,6%), СН-ІІА 10 (9,4%), СН-ІІБ 5 (4,7%). У всіх хворих спостерігалася ожиріння різних ступенів. Для визначення ступеню ожиріння використовували класифікацію за індексом маси тіла (ІМТ) – індекс Кетле. Таким чином: І ст.- 52 (49,1%) хворих, ІІ ст.-29 (27,3%), ІІІ ст.- 25 (23,6%). Для адекватного розподілу хворих за розмірами та локалізацією грижового дефекту, враховуючи частоту рецидивів, використовували міжнародну класифікацію Chevrel J.P., Rath A.M (SWR-classification), 1999 (Мадрид- Іспанія). Згідно цієї класифікації грижі серединні малого розміру мали місце у 5 (4,7%), серединні середнього розміру у 17 (16,0%), серединні обширні - у 48 (45,3%), серединні велетенські грижі - у 30 (28,4%) госпіталізованих. Грижа бокового відділу живота середнього розміру була у 1 (0,9%), обширні у 2 (1,8%), та велетенські – 2 (1,8%). Сочетана грижа спостерігалася у 1(0,9%) хворого. Невправима грижа діагностована у 86 (81,1%) чоловік.

У всіх хворих визначався індекс дефекту передньої черевної стінки (ІДПЧС) 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 внутрішньочеревної гіпертензії (ВЧГ) і контролю внутрішньочеревного тиску (ВЧТ), у хворих використовували непрямий метод вимірювання тиску в сечовому міхурі [4,6,9].

**Результати дослідження та їх обговорення.** Всі хворі в обов'язковому порядку були обстежені в доопераційному періоді за розробленою нами схемою. Окрім традиційного обсягу загальноклінічних та лабораторних

досліджень, включаючих оцінку фонові патології та рівня її компенсації, додатково проводили визначення розміру грижового дефекту за допомогою УЗ-апарату, моніторинг ВЧТ, показників зовнішнього дихання в динаміці, призначали УЗД, КТ черевної порожнини з метою виявлення супутньої патології та передбачення можливих симультанних втручань. Операції виконували під ендотрахеальним знеболенням. Вибір розтину для проведення пластики обирався в залежності від рівня розвитку підшкірножирової клітковини за умов необхідності проведення абдомінопластики у вигляді дермоліпектомії. Повну і остаточну характеристику грижового дефекту отримували на операційному столі. Виділяли грижовий мішок, виконували герніолапаротомію з послідуною ревізію органів черевної порожнини. Особливого значення надавали визначенню стану грижового мішка, можливості його використання для відокремлення аллотрансплантанту. Всім хворим інтраопераційно проводили моніторинг ВЧТ за допомогою уретрального катетеру, що дало змогу адекватно оцінити і запобігти виникненню внутрішньочеревної гіпертензії в залежності від обраного методу пластики.

Визначаючи рівень ВЧТ в міліметрах ртутного стовпчика, при умові інтраопераційного зведення країв апоневрозу, ми отримали систематизовані показники залежності внутрішньочеревного тиску від індексу дефекту передньої черевної стінки (ІДПЧС), що наглядно демонструє таблиця № 1.

Таким чином, згідно з отриманих показників, чітко видно залежність рівня ВЧТ від показнику ІДПЧС. Виходячи з отриманих табличних даних, визначення ІДПЧС дозволяє прогностично оцінити рівень внутрішньочеревного тиску 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 аутогерніопластики так і аллогерніопластики, які були поєднані з дермоліпектомією при умові наявності на це показників (ІМТ > 35) та з урахуванням косметичного фактору.

Таблиця 1

**Залежність рівня внутрішньочеревного тиску від показника індексу дефекту передньої черевної стінки**

ІДПЧС (%)	Кількість хворих (n=106)		ВЧТ (мм.рт.ст)
	абс	%	
до 10	16	15,1	9 ± 0,7
від 10 до 15	21	19,8	12 ± 0,3
від 15 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%	

Виконані наступні хірургічні втручання: аутопластика – 37 (34,9%) хворих; аллогерніопластика з розташуванням ендпротезу "sublay" – 58 (54,7%); "inlay" – 11 (10,4%). При поперекових грижах завжди використовували аллогерніопластику з розташуванням поліпропіленової сітки з фіксацією до широких м'язів спини, до нижнього краю реберної дуги, до медіального краю прямих м'язів живота, на рівні верхньої ості здухвинної кістки. Розмір імплантанту визначали по загальноприйнятій методиці – з розрахунку що протез повинен перекривати дефект грижових воріт на 5 см.

У хворих з ІДПЧС до 15% ми використовували пластику місцевими тканинами – аутогерніопластику, за умов зростання ВЧТ згідно таблиці № 1 до 12 мм.рт.ст., при інтраопераційному зведенні грижових воріт. Такий метод пластики був максимально адекватним у використанні, що дало змогу уникнути в післяопераційному періоді наявності ВЧГ яка б потребувала декомпресії.

При ІДПЧС від 15% до 25% використовували аллогерніопластику з ретромускулярним розміщенням протезу "sublay", оскільки цей варіант найбільш фізіологічний і забезпечує надійну пластику передньої черевної стінки при середніх та обширних розмірах грижового дефекту (від 5 до 15 см в d) без змін ВЧТ.

Решта хворих у яких ІДПЧС становив 25 і > % були прооперовані по методиці "in lay". Цей метод застосовували при складних пластиках, за умов наявності грижового дефекту гігантського розміру. Даний вид пластики є вимушеним і використовувався при відсутності достатнього обсягу власних тканин черевної стінки та грижового мішка, для розташування імплантанту "sublay", за умов герметизації органів черевної порожнини.

**Підсумок**

Запропонований метод прогнозування рівня ВЧТ 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 абдомінального компартмент-синдрому. Таким чином, вибір методу пластики черевної стінки при ВГ з ожирінням повинен залежати від прогнозування рівня внутрішньочеревної гіпертензії, та розміру дефекту черевної стінки (ІДПЧС).

**Література**

1. Антонов А.М. Результаты хирургического лечения больных с наружными брюшными грыжами / А. М. Антонов, М. В. Григорьев, Е. Г. Лебедев [и др.] // - Вестник хирургии. – 2001. – Т. 160, № 3. – С. 92–96.
2. Билянский Л.С. Обоснованность индивидуального подхода к выбору синтетических протезов в хирургии грыжи брюшной стенки / Л. С. Билянский, Ю. А. Фурманов, И. М. Савицкая [и др.] // Клінічна хірургія. – 2006. – № 11–12. – С. 4–5.
3. Даденко Б. М. Местная профилактика гнойных осложнений аллогерниопластики в первично инфицированных тканях / Б. М. Даденко, А. П. Захарчук, Е. В. Кутепова // Клінічна хірургія. – 2006. – № 11–12. – С. 14.

4. Жебровский В.В. Атлас операций при грыжах живота / В.В. Жебровский, Ф.Н. Ильченко // – Симферополь, 2005. – 315 с.
5. Малиновский Н.Н. Результаты хирургического лечения пациентов с наружными грыжами передней брюшной стенки / Н. Н. Малиновский, В. П. Золотев, В. Н. Сацукевич [и др.] // Актуальные вопросы герниологии : матер. симпозиума. – М., 2001. – С.6–8.
6. Саенко В.Ф. Выбор метода лечения грыжи брюшной стенки / В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский, Н.В. Манойло // Клініч. хірургія. - 2002. - №1. - С.5-9.
7. Kockerling F. Anatomische und physiologische Rekonstruktion der Bauchwand / F. Kockerling, C. Yildirim, C. Tamme [ et al.] // Chirurgische allgemeine. – 2002. – № 4. – P. 139–141.
8. Le Louam C. High superior tension abdominoplasty / C. Le Louam, J. F. Pascal // Aesth. Plast. Surg. – 2000. – Vol. 24. – P. 375–381.
9. Ostroluck H. Laparoscopic solution of hernia ventral / H. Ostroluck // European Society Surgery Annual Conference: Abstracts. - Cyprus, 2006. – 88 p.

## Реферати

### ВИБОР МЕТОДА ГЕРНІОПЛАСТИКИ ПРИ УЧСЛОВИИ МОНИТОРИНГА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИБРИШНОГО ДАВЛЕННЯ

Лавренко Д.А., Малик С.В., Подлесний В.И., Капустянский Д.В.,  
Парасоцкий В.И.

В условиях хирургического отделения многопрофильного лечебного учреждения г. Полтава за период с 2008 по 2012 год пролечено 106 больных с вентральными грыжами и ожирением. Из них 11 (10,3%) мужчин, 95 (89,6%) женщин. Больные были в возрасте от 25 до 82 лет. Средний возраст пациентов составил 53 года. В процессе проведения многофакторных исследований были установлены критерии для выбора применения различных видов пластики брюшной стенки. Выбор тактики хирургического лечения больных с вентральными грыжами и ожирением должен планироваться в зависимости от результатов дооперационных обследований. Методику аутопластики следует применять при пластике малых грыж. При выполнении аллогерниопластики преимущество следует предоставлять методу "sublay", метод "inlay" – вынуждено использовать при дефиците тканей в участке грыжевого дефекта.

**Ключевые слова:** вентральные грыжи, ожирение, внутрибрюшное давление.

Стаття надійшла 15.02.2013 р.

### CHOICE METHOD FOR HERNIA REPAIR UCHSLOVII PERFORMANCE MONITORING INTRAABDOMINAL PRESSURE

Lavrenko, D., Malik S., Podlesny V., Kapustyanskiy D.,  
Parasotsky V.

In the surgical department of a multidisciplinary medical Poltava Institution from 2008 to 2012, 106 patients were treated with ventral grizhami and obesity. Of these, 11 (10.3%) men, 95 (89.6%) women. Patients ranged in age from 25 to 82 years. The mean age was 53 years. In the process of multi-factor studies have established the criteria for the selection of application of various types of plastic abdominal wall. Choice of surgical treatment of patients with ventral grizhami and obesity should be planned according to the results of pre-operative examinations. Autoplasty methodology should be applied to the plastic small hernias. When the allogernioplastiki advantage should provide method "sublay", method "inlay" - has to be used with a deficit of tissue at the site of the hernial defect.

**Key words:** ventral hernia, obesity, intra-abdominal pressure.

УДК 618.14 - 006 -089

О.В. Литвиненко, А.М. Громова, Р.П. Сакевич, Б. Фадда  
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

## ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ ПІСЛЯ ЕМБОЛІЗАЦІЇ МАТКОВИХ АРТЕРІЙ

Метою роботи було дослідити ефективність емболізації маткових артерій (ЕМА) у жінок з лейоміомою матки (ЛМ) у порівнянні з гістеректомією шляхом оцінки показників якості життя. Обстежено 46 жінок, яким виконана ЕМА, та 49 жінок, яким проведена гістеректомія з приводу ЛМ. Якість життя досліджувалась за допомогою питальників SF-36. Виявлено, що жінки після ЕМА через 1 місяць мають нижчі показники фізичного функціонування та болю, але вищі показники рольового фізичного та соціального функціонування. Через 3-6 місяців у жінок після ЕМА показники якості життя дорівнюють або перевищують аналогічні у жінок, що перенесли гістеректомію.

**Ключові слова:** лейоміома матки, емболізація маткових артерій, якість життя.

Лейоміома матки (ЛМ) – одне з самих поширених захворювань жіночої статеві сфери і доброякісних утворень статевих органів у жінок. Близько 20% жіночого населення віком старше 18 років позбавляються матки внаслідок хірургічного лікування [3]. Дане захворювання продовжує залишатись найбільш частою причиною операцій в гінекології та складає 80% планових хірургічних втручань [4]. Радикальне хірургічне втручання при ЛМ призводить до незворотнього безпліддя, втрати менструальної функції, значних змін в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі, вегето-судинних та психоемоційних розладів. Тому в сучасній оперативній гінекології поширюються показання до органозберігаючих оперативних втручань. Підкреслюється важливість таких операцій не тільки з метою збереження репродуктивної функції, але й вихідного рівня якості життя.

В теперішній час використовуються наступні органозберігаючі методи лікування ЛМ: міомектомія (з різних видів оперативного доступу), емболізація маткових артерій (ЕМА), абляція фокусом ультразвуком під контролем магнітно-резонансної томографії.

ЕМА є одним з органозберігаючих методів лікування ЛМ, що активно досліджується протягом останнього десятиріччя. На відміну від гістеректомії, ЕМА дозволяє зберегти менструальну та репродуктивну функцію, а також знизити вірогідність виникнення побічних ефектів, що спостерігаються після видалення матки [1,7,9]

В даний час активно вивчається якість життя при гінекологічних захворюваннях, зокрема і у жінок з ЛМ. Поняття якості життя (ЯЖ) містить інформацію про фізичну, психічну та соціальну сферу життєдіяльності людини. При цьому ЯЖ відображає фактори, що пов'язані та не пов'язані із захворюванням і дозволяє визначити вплив хвороби та лікування на стан пацієнта. Будь-яке оперативне втручання спричиняє виражений негативний вплив на якість життя пацієнта. Застосування малоінвазивних методів лікування дозволяє зменшити цей негативний вплив.

**Метою** роботи було дослідити ефективність ЕМА у жінок з ЛМ у порівнянні з гістеректомією шляхом оцінки показників якості життя.