

Досвід лікування вентральних гриж в Головному військово-медичному клінічному центрі «ГВКГ» МО України

Р.В. ГИБАЛО, Г.В. КУДІНОВ, Д.А. РАГУШИН,
О.А. ДМИТРЕНКО, Т.Ю. БАРАНОВ

Резюме. В роботі проаналізовано досвід лікування 131 пацієнта з вентральними грижами, обґрунтовано індивідуальний підхід до вибору хірургічної тактики лікування, визначена частота післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: післяопераційна вентральна грижа, алопластика, алотрансплантат, спосіб герніопластики.

Післяопераційна вентральна грижа має розглядатися як поліетиологічне захворювання, що призводить до численних розладів функціонування внутрішніх органів, а не тільки як локальний патологічний процес пв черевній стінці. Кількість хворих з післяопераційними вентральними грижами продовжує зростати і складає 20–22% хворих з грижами взагалі. Зріст кількості післяопераційних гриж обумовлений збільшенням хірургічної активності при захворюваннях органів черевної порожнини (А.А. Найма, 1995; М.Т. Амренов, 1990) [1, 2].

Результати лікування післяопераційних гриж живота, не дивлячись на широке впровадження в клінічну практику нових хірургічних технологій, в даний час не можна визнати задовільними. Частота рецидивів при використанні аутопластических методів лікування післяопераційних вентральних гриж перевищує 25% (Н.Г. Гатаулин и др., 1990; В.В. Жебровський и др., 1996) [3, 4]. При гігантських грижах передньої черевної стінки кількість рецидивів ще більша і складає 64%. Летальність у цієї категорії хворих досягає 7–10%.

Будь-який метод м'язово-апоневротичної пластики призводить до надмірного натягу тканин, що беруть участь в закритті дефекту, що призводить надалі до їхньої дегенерації і атрофії. Крім того, при зашиванні дефектів передньої черевної стінки значно зростає внутрішньочеревний тиск, що серйозно порушує функцію серцево-судинної і легеневої систем – стан відомий як «Абдомінальний компартмен синдром (В.И. Ороховский, 2001; А.Ф. Шауки, 1996) [5; 6].

До найбільш поширених методів пластики черевної стінки відноситься аутоалопластика. Цей метод передбачає використання власних тканин хворого (частини грижевого мішку, великий чепець, рубцові тканини одночасно з алотрансплантатом, що розташовується «onlay», «inlay» або «sublay».

Техніка «onlay» передбачає укріплення грижевих воріт підшеванням трансплантату зверху аутопластики. Недоліком цього методу є скопичення серозної рідини через пересічення численних лімфатичних кровоносних

капілярів через велику площу відділення підшкіряної клітковини від апоневрозу. Це досить часто веде до розвитку сером, гематом в підшкіряній клітковині і значно збільшує ризик нагноєння післяопераційної рани. В функціональному відношенні таке розташування експлантату найменш доцільне. (способи Kockerling, 2000, Devlin, 1996)

Техніка «inlay» передбачає розміщення алотрансплонтату між м'язово-апоневротичним шаром. Метод має перевагу в тому, що не супроводжується значним підвищенням внутрішньочеревного тиску, але має недоліки першого.

Техніка «sublay» передбачає укріплення зони пластики за допомогою експлантата, що розміщують між очеревиною і м'язово-апоневротичним шаром. Це найбільш раціональний в функціональному відношенні метод алопластики, що має найменшу кількість ускладнень.

Матеріали та методи

У відділенні абдомінальної хірургії Головного військово-медичного клінічного центру в період з 2007 по 2009 роки виконано 131 оперативних втручань з приводу післяопераційних вентральних гриж. З них у 27 (20,6%) з приводу рецидивних вентральних гриж. Усі хірургічні втручання проведені в плановому порядку. Серед хворих переважали люди старшої вікової групи (старше 40 років) – 123 чоловік (93,9%). Віковий склад хворих показано в таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих з вентральними грижами за статтю і віком

Вік (років)	До 30	31–40	41–50	51–60	61–70	Старше 70	Всього
Чоловіки	1	3	13	11	6	1	35
Жінки	-	4	30	27	31	4	96
Всього	1	7	43	38	37	5	131

Більшість хворих поступали у відділення за один день до операції, проходили обстеження (загальноклінічні аналізи крові та сечі, група крові та резус-фактор, коагулограма, флюорографія органів грудної клітини, електрокардіографія, консультація терапевта, огляд анестезіолога. Всі хворі оперовані під загальним знеболенням.

При оперативних втручаннях у пацієнтів використовували алотрансплантат фірми Ethicon поліпропіленові сітки PMS розміром 15 см × 15 см або 30 см × 30 см, а також сітку Ультрапро тієї ж фірми.

Характер первинних операцій у хворих з післяопераційними вентральними грижами представлено в таблиці 2.

Вибір способу пластики базувався на визначенні:

- розміру дефекту;

Таблиця 2

Характер первинних операцій у хворих з післяопераційними вентральними грижами

Назва операцій	Число хворих	%
Операції на жовчному міхурі і протоках	25	19,1
Гінекологічні операції	22	16,8
Операції при деструктивному панкреатиті	14	10,7
Грижепластики вентральних гриж	27	20,6
Операції на шлунку і кишечнику	15	11,4
Аппендектомія	11	8,4
Операції на нирках, сечоводах	9	6,9
Операції при травмах органів черевної порожнини	7	5,3
Ендоскопічні операції	1	0,8
Всього	131	100

- його локалізації;
- ступеня руйнування м'язово-апоневротичного шара передньої черевної стінки;
- анатомічних особливостей будови тіла пацієнта;
- ступеня компенсації серцево-судинної і дихальної систем.

Розподіл пацієнтів в залежності від метода виконаної герніопластики представлений в таблиці 3.

Таблиця 3

Розподіл пацієнтів в залежності від метода виконаної нами герніопластики

Спосіб герніопластики	Число хворих	
	абс.	%
Kockerling 2000 «onlay»	4	3,0
Rives 1977, Stoppa 1990 «sublay»	98	74,8
Romirez 1990 «sublay»	2	1,5
Devlin 1993 «inlay» + «sublay»	15	11,5
Лапароскопічна герніопластика «sublay»	12	9,2
Всього	131	100

Результати та їх обговорення

Добре зарекомендували себе способи алопластики за методом «sublay» без розкриття черевної порожнини з розташуванням алотрансплонтату між листками вагін прямих м'язів живота з дренажуванням підапоневротичного простору і підшкіряної клітковини. Метод зробив можливим алопластику більшості, навіть значних, грижевих дефектів, при цьому без зайвої інтраопераційної травми і з мінімальною кількістю ускладнень у післяопераційному періоді.

Непогана, на наш погляд, операція за способом Devlin (1993), яка виконується при неможливості закриття без натягу дефекту м'язово апоневротичного шару.

Операція за способом Romirez (1990) більш травматична і потребує ретельного гемостазу і дренивання не тільки підапоневротичного простору, а і підшкіряної клітковини на великій площі, але вона має перевагу при закритті дуже значних дефектів черевної стінки при частковій дегенерації і атрофії м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки.

Способи «onlay», незважаючи на свою простоту, мають дуже малу ефективність, і велику кількість післяопераційних ускладнень: нерідко визначається «міграція» трансплантату, утворення сером, гематом, нагноєння після операційної рани, що часто потребує видалення трансплантату. Численні ускладнення метода в нашій і інших клініках роблять необхідним відмову від нього.

Характер і частота ускладнень у прооперованих нами хворих за різними методами показано в таблиці 4.

Таблиця 4

**Частота і характер ускладнень у хворих з післяопераційними
вентральними грижами в післяопераційному періоді**

Характер ускладнення	Kockerling 2000 «onlay» (n=4)		Devlin 1993 «inlay» + «sublay» (n=15)		«Rives 1977, Stoppa 1990 «sublay» (n= 98)		Romirez 1990 «sublay» (n=2)	
	абс.	%	абс	%	абс.	%	абс.	%
Гематоми					2			
Інфільтрати			2		1		1	
Нагноєння рани	3	75			1			
Всього:	3	75	2	13	4	4,1	1	50

Окремо варто зупинитися на лапароскопічному методі лікування післяопераційних вентральних гриж. За останній рік в відділенні виконано понад 10 таких оперативних втручань. Метод має деякі переваги перед стандартною методикою, а саме:

- малотравматичний доступ;
- можливість оцінки стану внутрішніх органів у хворих, що перенесли оперативні втручання з проводу онкологічних захворювань органів черевної порожнини;
- можливість виконання ентеролізу, якщо це потрібно;
- глибоке підапоневротичне розташування алотрансплантату «sublay»;
- короткий термін лікування хворих, швидша післяопераційна реабілітація.

Все це дає підстави вважати, що метод є ефективним і потребує подальшого впровадження і вдосконалення.

Висновки

1) При хірургічному лікуванні хворих з післяопераційними грижами найбільш ефективними виявилися методи з використанням для пластики синтетичних матеріалів.

2) Залишаються проблеми, пов'язані з вибором способу операції, залишаються відкритими питання техніки виконання операцій, вибору варіантів розміщення протезів.

3) Зберігається необхідність продовжити пошуки раціонального способу ведення післяопераційного періоду, який запобіг би розвитку післяопераційних ускладнень, що впливають на безпосередні і віддалені результати лікування.

Література

1. Найма Аль-Али. Осложнения со стороны раны после операции по поводу грыж живота и их профилактика: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Аль-Али Найма. – Днепропетровск, 1995. – 24 с.
2. Амренов М.Т. Профилактика и лечение послеоперационных вентральных грыж: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Амренов М.Т. – Барнаул, 1990. – 22 с.
3. Гатаулин Н.Г. Хирургическое лечение послеоперационных грыж живота / Н.Г. Гатаулин, П.Г. Корнилаев, В.В. Плечев // Клин. хир. – 1990. – № 2. – С. 1–4.
4. Двадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж / В.В. Жебровский, К.Д. Тоскин, Ф.Н. Ильченко и др. // Вестн. хир. – 1996. – № 2. – С. 102–108.
5. Ороховский В.И. Основные грыжесечения / В.И. Ороховский // МУМЦЕХ, КИТИС. – Ганновер-Донецк-Коттбус. – 2001. – 236 с.
6. Шауки А.Ф. Комплексное лечение больных с рецидивными послеоперационными вентральными грыжами: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Шауки А.Ф. – Симферополь, 1997. – 134 с.

Опыт лечения вентральных грыж в Главном военно-медицинском клиническом центре «ГВКГ» МО Украины

**Р.В. ГИБАЛО, Г.В. КУДИНОВ, Д.А. РАГУШИН,
А.А. ДМИТРЕНКО, Т.Ю. БАРАНОВ**

Резюме. В работе проанализирован опыт лечения 131 пациента с вентральными грыжами, обоснован индивидуальный подход к выбору хирургической тактики лечения, определена частота послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, аллопластика, аллотрансплантат, способ герниопластики.

Experience in the treatment of postoperative ventral hernia in Main Military Clinical Hospital of Ministry of Defense of Ukraine

**R. GIBALO, G. KUDINOV, D. RAHUSHYN,
O. DMITRENKO, T. BARANOV**

Summary. This paper analyzes the experience of treating 131 patients with postoperative ventral hernia, grounded individual approach to surgical treatment of choice, determined the frequency of postoperative complications.

Key words: *postoperative ventral hernia aloplastyka, alotransplantant, hernioplastyky way.*

УДК 616.61-002.3

**Антибіотикотерапія із застосуванням препарату «Аміцил»
в лікуванні хворих на хронічний калькульозний
вторинний пієлонефрит**

**С.В. ГОЛОВКО, Я.В. СОБКОВ,
О.Ф. САВИЦЬКИЙ, Д.О. ВАЛЕРКО**

Резюме. *Проаналізовані результати застосування антибіотиків у 385 випадках лікування хворих на уретеролітіаз. Проведена порівняльна оцінка антибіотикотерапії препаратом Аміцил у 45 хворих та підтверджена її висока ефективність.*

Ключові слова: *Аміцил, уретеролітіаз, пієлонефрит.*

В Україні близько 40% госпіталізацій в урологічні стаціонари припадає на сечокам'яну хворобу. Більшість ускладнень уролітіазу припадає саме на долю уретеролітіазу. Добре відомо, що камені сечоводів викликають порушення відтоку сечі з нирок, що є важливим фактором розвитку гострого пієлонефриту [1, 2, 5, 10]. Одним з найкращих та безпечних методів лікування каменів сечоводів є контактна літотрипсія з використанням енергії лазера [2, 6, 14]. При проведенні контактної лазерної літотрипсії (КЛЛ) проводиться постійна подача іриганта в просвіт сечоводу, що підвищує тиск у сечоводі та порожнинній системі нирки, а це в свою чергу підвищує вірогідність виникнення пієлоренальних рефлюксів та розвиток гострого пієлонефриту [2].

Матеріали та методи

В клініці урології ГВМКЦ з 2007 р. проведено 385 КЛЛ каменів різних відділів сечоводів. Вік хворих коливався від 20 до 68 років. У 305 хворих для профілактики розвитку пієлонефриту використовували різні антибактеріальні препарати з групи фторхінолонів (офлоксацин), або макролідів (кларитроміцин).

Вивчення ефективності застосування Аміцилу для профілактики гострого пієлонефриту при КЛЛ каменів сечоводу проведено у 45 хворих – дослідна група, та у 35 хворих – група контролю, що отримували оригінальний Амікацин. При виборі Аміцилу виходили з того, що це сучасний антибактеріальний препарат, що володіє широким антибактеріальним спектром дії по відношенню до більшості грам позитивних та грам негативних бактерій, що потенційно можуть викликати розвиток інфекційного запалення в нирках. З урахуванням