

monitoring of ECG, the total number of ventricular extrasystoles with daily monitoring decreased from 6898 ± 933 to 4012 ± 659 ($P < 0,05$). With pairs of ventricular arrhythmia, unstable ventricular tachycardia (these were mainly patients with III-IV functional class NYHA) inhibitors angiotensin converting enzyme contributed to their ischemia in 9 patients (45%). If the frequency of ventricular extrasystoles on the background of treatment with angiotensin converting enzyme were not decreased, ectopia suppressed with sotalol (sotalex BMS) on 40mg 2-3 times a day orally (patients with I-II functional class NYHA) or cordarone effect of 200 mg 4 times a day (III-IV functional class NYHA).

Thus, prescription of Renitek to patients with ventricular arrhythmia and left ventricular dysfunction in contrast to digoxin leads not only to reducing the number of premature ventricular contractions, but also increases the functional reserves of the cardiovascular system.

УДК 617.55-089.193.4

Лисенко Р. Б., Подлесний В. І.

ОСОБЛИВОСТІ ПОВТОРНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ ПІСЛЯ АЛОПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

У роботі проведено ретроспективний аналіз результатів оперативних втручань у 517 хворих із грижами передньої черевної стінки, у яких застосовано алопластику, та вивчені основні причини незадовільних результатів їх лікування. Повторні оперативні втручання після застосування сітчастих імплантатів виконані у 24 пацієнтів. Операції носили плановий та відтермінований характер у 19 (79,2%) хворих, екстрений - у 5 (20,8%) пацієнтів. Ускладнення, що вимагали виконання повторних оперативних втручань у ранньому післяопераційному періоді були у 3 (12,5%) осіб: перфорація гострої виразки дванадцятипалої кишки - 1 (0,2%), кровотеча в післяопераційну рану - 1 (0,2%), абдомінальний компартмент-синдром 3-4 ст - 1 (0,2%) випадок. У віддаленому післяопераційному періоді ускладнення спостерігали у 21 (87,5 %) пацієнта у вигляді: рецидиву грижі - 8 (1,6%) випадків, відторгнення сітчастого імплантату з рецидивом грижі - 3 (0,6%), флегмони передньої черевної стінки з лігатурними норицями - 2 (0,4%), довготривалої субмускулярної сероми зони імплантації - 2 (0,4%), обмеженого інфікування рани в зоні імплантації - 2 (0,4%), абсцесу зони імплантації - 2 (0,4%), міграції сітки в черевну порожнину з формуванням кишкових нориць, абсцесів черевної порожнини та перитоніту - у 2 (0,4%) осіб. Летальні наслідки мали місце у 3 (0,6%) хворих. Покращення результатів лікування даної категорії хворих має базуватися на індивідуальній оцінці стану хворого та диференційованому виборі оптимальної технології лікування в кожному конкретному випадку.

Ключові слова: повторні хірургічні втручання, алопластика, передня черевна стінка

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, лікування ускладнень, що виникають після операцій на органах черевної порожнини, залишається актуальною проблемою абдомінальної хірургії. Частота повторних оперативних втручань коливається від 0,5 до 7% від усієї кількості лапаротомій та супроводжується високою летальністю, яка сягає 23,6 - 74,7% [2, 3].

Зараз накопичується досвід усунення ускладнень оперативних втручань, які виконуються при грижах передньої черевної стінки (ПЧС) із закриттям дефекту сітчастими імплантатами [1, 2, 3, 4]. Але багато питань, що пов'язані з проведенням повторних оперативних втручань після виконаної алопластики, залишаються невирішеними - це насамперед тактичні, технічні, етичні, деонтологічні труднощі, необхідність корегувати ускладнення, що виникли після імплантації, розглядати помилки та невдачі. Тому ця проблема потребує додаткового вивчення.

Мета дослідження

Провести аналіз повторних оперативних втручань у хворих, що перенесли алопластику передньої черевної стінки та вивчити основні

причини незадовільних результатів лікування.

Матеріали та методи дослідження

За період з 2013 по 2015 роки на базі хірургічного відділення 1-ї МКЛ м. Полтави оперовані 624 хворих із приводу гриж ПЧС, що склало 31,8% від усіх абдомінальних оперативних втручань, що виконані в хірургічній клініці № 3 ВДНЗУ УМСА. Жінок було 535 (85,7%), чоловіків - 89 (14,3 %). Середній вік - 62 роки. У плановому порядку прооперовано 541 (86,7%) особа, ургентно - 83 (13,3%). Аутопластичні способи закриття дефекту ПЧС застосовували у 107 (17,1%) пацієнтів, алопластику - у 517 (82,9%). Повторні оперативні втручання, що пов'язані з застосуванням сітчастих імплантатів, виконані у 24 пацієнтів. Інцидентність у групі склала 4,6%. Цим хворим у різні терміни (від 2 діб до 7 років) та у різних лікарняних закладах була здійснена імплантація сітчастого імплантату з приводу гриж ПЧС. Операції носили плановий та відтермінований характер у 19 (79,2%) хворих. За екстреними показами повторні операції виконані у 5 (20,8%) пацієнтів. У ранньому післяопераційно-

му періоді оперовані 3 (12,5%) хворих, у віддаленому – 21 (87,5%).

Результати дослідження та їх обговорення

Вивчено основні причини, що вимагали виконання повторних оперативних втручань. Ускладнення раннього післяопераційного періоду після виконання алопластики виникли у 3 (12,5%) пацієнтів: перфорація гострої виразки дванадцятипалої кишки - 1, гострий висхідний тромбофлебіт підшкірних вен правої нижньої кінцівки – 1, абдомінальний компартмент синдром 3-4 ст - 1 випадок. Для порівняння: серед хворих із грижами, у яких застосовувалися аутопластичні способи закриття дефектів ПЧС, післяопераційні ускладнення, що вимагали релапаротомій, зустрічалися по одному випадку у вигляді: гострої злукової кишкової непрохідності, внутрішньочеревної кровотечі, перфорації гострої виразки тонкої кишки.

Актуальним було питання про вибір доступу при необхідності проведення повторного втручання після виконаної алопластики ПЧС. Так, у 2 (8,3%) пацієнтів були вимушені виконати релапаротомію через сітку, а у 1 (4,2%) пацієнтки релапаротомію здійснили через параректальний розріз справа, щоб упередити пошкодження та інфікування зони алопластики.

Ускладнення у віддаленому післяопераційному періоді (87,5%) зустрічалися в наступних проявах: рецидив грижі – 8 (1,6%) випадків, відторгнення сітчастого імплантату з рецидивом грижі – 3 (0,6%), рецидивуюча флегмона ПЧС із лігатурними норицями – 2 (0,4%), довготриваюча субмускулярна серома зони імплантації – 2 (0,4%), обмежене інфікування рани в зоні імплантації – 2 (0,4%), абсцес зони імплантації – 2 (0,4%), міграція сітки в черевну порожнину з формуванням кишкових нориць, абсцесів черевної порожнини та перитоніту – у 2 (0,4%).

Летальні наслідки мали місце у 3 (0,6%) хворих. У них перша операція була виконана у плановому порядку, а необхідність в проведенні повторного оперативного втручання в різні строки ґрунтувалася на екстрених показах. При цьому, у 1(0,2%) пацієнтки похилого віку на другу добу після алопластики ПЧС за методикою «sublay» виникла перфорація гострої виразки дванадцятипалої кишки. Цій хворій була виконана релапаротомія параректальним розрізом справа (оминаючи зону імплантації), дуоденопластика, санація, дренажування черевної порожнини. У другій пацієнтки на третю добу після алопластики за методикою «sublay» з приводу дефекту ПЧС W3 розвинувся абдомінальний компартмент синдром 3-4 ст. (внутрішньочеревний тиск становив $29 \pm 3,1$ мм.рт.ст.). Їй була виконана декомпресійна релапаротомія з тубажем тонкої кишки, але дана хвора померла протягом першої доби після повторної операції. Ще у 1 (0,2%) хворій через один рік після стандартної алопластики за мето-

диною «sublay» розвинувся перитоніт внаслідок міграції сітчастого імплантату в просвіт тонкої кишки з перфорацією стінки. Їй виконувалися лапаротомія з лапаростомією, лапаросанація. Причиною смерті став прогресуючий перитоніт із поліорганною недостатністю.

У 1 (0,2%) пацієнтки з 3 ст ожиріння та супутньою серцево-судинною патологією, якій проводилася тромбoproфілактика антикоагулянтном прямої дії, на шосту добу після модифікованої абдомінопластики розвинулася клініка гострого висхідного тромбофлебіту підшкірних вен правої нижньої кінцівки. Їй була виконана термінова операція – кросектомія. На фоні місцевого лікування та введення «Мовалісу» 15 мг на 1 раз на добу в/м ознаки тромбофлебіту регресували на 4-5 день. Надалі хвора отримувала «Ксарелто» 15 мг двічі на добу 1 тиждень, потім – 20 мг 1 раз на день до 1 місяця.

У 2 (0,4%) пацієнтів сформувалися глибокі сероми, які самостійно здренувалися через рану, та перебігали у вигляді триваючої лімфореї. Евакуацію накопиченні серозної рідини та ранових виділень виконували шляхом обмеженого розведення країв шкіри та дренажуванням гідрофільних скупчень через рану, що ускладнювало її загоєння. Лімфорей тривала від 7 до 35 днів, у середньому ($14,0 \pm 6,5$) доби. Після хірургічної обробки рани у цих хворих ми успішно використовували вакуумну систему для лікування та досягнення більш швидкого закриття порожнини та відкритої ранової поверхні зони імплантації. Дана система складається з пористої губки, що накладається на рану, плівки «3M™ Ioban™» (виробник «3M», США), що широко наклеюється на шкіру навколо ранового дефекту і дренажної системи, що підключається до відсмоктувача. Створений системою від'ємний тиск призводив до видалення зайвої рідини з рани, зменшення кількості бактерій, посилення кровопостачання місцевих тканин і прискорював репарацію.

При виконанні контрольного ультразвукового дослідження (УЗД) ПЧС ділянки оперативного втручання, виявивши патологічний процес, встановлювали його характер і точну локалізацію. Під час УЗД ПЧС у 3 пацієнтів (0,6%) було виявлено осередкове скупчення рідини, що стало показом до проведення його пункції. У 1 (0,2%) випадку це була гематома, у 2 (0,4%) – серома. Їх об'єм коливався від 25 до 180 мл. У 1 (0,2%) пацієнтки виконання одноразової пункції було неуспішним, що потребувало проведення додаткових пункцій після УЗД контролю з маркуванням зони рідинного утворення. Загоєння ран у цих пацієнтів відбулося первинним натягом.

При повторних оперативних втручаннях із приводу рецидиву грижі після попередньо виконаної алопластики ПЧС, ми звернули увагу на механізм «відриву» імплантату, який завжди відбувається на ослаблених ділянках апоневрозу та продовжуються за межі дефекту у поздовж-

ньому напрямку за ходом білої лінії живота. У наших спостереженнях рецидив після алопластичних операцій найчастіше формувався по верхньому та нижньому краях імплантату, особливо якщо він фіксувався лише до краю дефекту.

Виконуючи повторні операції з приводу рецидиву грижі після попередньо виконаної алопластики ми не видаляли незмінену частину імплантата, що була добре інтегрована в тканини ПЧС. Застосовуючи подібну тактику прооперовано 5(1,0%) хворих.

У 2 (0,4%) хворих виникло обмежене інфікування рани в зоні імплантації, що примусило нас проводити лікування, яке полягало в частковому розведенні країв рани (без експлантації сітки), стандартній хірургічній обробці гнійної порожнини, активному її дрениванню та призначенні додаткової антибіотикотерапії. Після очищення рани та покриття сітки грануляціями її зашивали вторинними швами.

У одному випадку, через п'ять років після алопластики ПЧС за методикою «sublay», у пацієнтки з цукровим діабетом розвинулася рецидивна інфекція зони імплантації з формуванням абсцесу. Було виконано розкриття гнійника з висіченням некротичних ділянок тканин ПЧС та відкрите ведення рани без видалення сітчастого імплантату. Загоєння рани відбулося після її очищення та накладання вторинних швів.

У хворих із рецидивними дефектами ПЧС, що були раніше оперовані в інших лікувальних закладах, під час повторної операції спостерігалася міграція сітчастого імплантату в підшкірній жировій основі у 3 (0,6%) хворих, у просвіт кишки з утворенням нориці – у 2 (0,4%) пацієнтів. Причиною виникнення кишкових нориць після алопластики ПЧС стала інтраабдомінальна міграція імплантату через неспроможність швів та контакт його з кишкою. Ліквідація даних ускладнень алопластики потребувало виконання повторних хірургічних втручань, які передбачали висічення нориць із хронічними запальними інфільтратами, експлантацією ділянок сітки, що не проросла сполучною тканиною. При наявності зовнішньої кишкової нориці у 2 (0,2%) пацієнтів довелося виконати резекцію тонкої кишки із норицею та накладанням ентеро-ентероанастомозу.

2 (0,4%) пацієнтів протягом 1 року після виконаної алопластики «sublay» із імплантацією «тяжкої» сітки неодноразово поступали до клініки з інфільтратами та рецидивуючими множинними норицями ПЧС. Консервативна терапія вияви-

лась неефективною, тому їм було виконано висічення норицевих ходів, експлантацію поліпропіленової сітки, що не проросла сполучною тканиною, та закриття дефекту ПЧС за методикою «no mesh tension free plastice».

Слід відмітити, що у випадку підтвердження обмеженої інфекції, яка була пов'язана з імплантацією, застосування адекватного дренивання було достатнім для імплантату із поліпропілену. При поширені інфекції рани, флегмоні ПЧС, вважали за необхідне видалення імплантату, що був залучений в запальний процес. На жаль, при виконанні повторних операцій це прирікало пацієнта на рецидив грижі. Дефект, який обов'язково утворюється в даному випадку, ми не намагалися закрити одразу після експлантації сітки. На нашу думку, до алопластики ПЧС слід притупити не раніше ніж через 6 місяців.

Висновки

На підставі проведеного аналізу, можна зробити висновки, що наслідки й результати реконструктивних алопластичних операцій при дефектах ПЧС суттєво залежать від правильного вирішення проблеми вибору найбільш раціональної лікувальної тактики при виконанні первинного та повторного оперативного втручання. Невідкладні повторні оперативні втручання після алопластики ПЧС є безальтернативними при таких загрозливих для життя станах як: абдомінальний компартмент синдром 3-4 ст., перфорація гострої виразки та перитоніт. Основними показами до проведення планових повторних оперативних втручань є рецидив грижі, який зустрічається з частотою в 1,6%. Покращення результатів лікування даної категорії хворих має базуватися на індивідуальній оцінці стану хворого та диференційованому виборі оптимальної технології лікування в кожному конкретному випадку.

Література

1. Белянский Л.С. Ошибки, опасности и осложнения хирургического лечения обширных дефектов брюшной стенки / [Л.С. Белянский, А.С. Лаврик, А.А. Пустовит та ін.] // Матеріали III Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнародною участю "Сучасні способи хірургічного лікування гриж живота". - Київ, 2006. - С. 59-60.
2. Фелештинський Я.П. Експлантація сіток при ускладненнях алогерніопластики, показання та профілактика / Я.П. Фелештинський, В.Ф. Ватаманюк, В.О. Свиридовський [та ін.] // Львівський медичний часопис. – 2009.- Т. XV, №2. - С. 61-64.
3. Amid P.K. Complications of the use of prostheses: Part I / P.K. Amid // Abdominal wall hernias: principles and management. - New York, Springer-Verlag, 2001.- P. 707-712.
4. Losanoff J. Entero-colocutaneous fistula: a late consequence of polypropylene mesh abdominal wall repair: case report and review of the literature / J. Losanoff, B. Richman, J. Jones // Hernia. – 2002. - Volume 6, Issue 3. - P. 144-147.

Реферат

ОСОБЕННОСТИ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОСЛЕ АЛЛОПЛАСТИКИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Лысенко Р.Б., Подлесный В.И.

Ключевые слова: повторные хирургические вмешательства, аллопластика, передняя брюшная стенка.

В работе проведен ретроспективный анализ результатов оперативных вмешательств у 517 больных с грыжами передней брюшной стенки, которым выполнена аллопластика, и изучены основные причины неудовлетворительных результатов их лечения. В работе приведен ретроспективный анализ результатов повторных оперативных вмешательств у 624 больных, перенесших аллопластика перед-

ней брюшной стенки и изучены основные причины неудовлетворительных результатов их лечения. Повторные оперативные вмешательства после применения сетчатых имплантатов выполнены у 24 пациентов. Операции носили плановый (в 19 (79,2%) больных) и отсроченный характер (5 (20,8%) пациентов). Осложнения, требующие выполнения повторных оперативных вмешательств в раннем послеоперационном периоде были у 3 (12,5%) человек: перфорация острой язвы двенадцатиперстной кишки - 1 (0,2%), кровотечение в послеоперационную рану - 1 (0,2%), абдоминальный компартмент-синдром 3-4 ст - 1 (0,2%) случай. В отдаленном послеоперационном периоде осложнения наблюдали у 21 (87,5%) пациента в виде: рецидива грыжи - 8 (1,6%) случаев, отторжения сетчатого имплантата с рецидивом грыжи - 3 (0,6%), флегмоны передней брюшной стенки с лигатурными свищами - 2 (0,4%), затянувшейся субмукулярной серомы зоны имплантации - 2 (0,4%), ограниченного инфицирования раны в зоне имплантации - 2 (0,4%), абсцесса зоны имплантации - 2 (0,4%), миграции сетки в брюшную полость с формированием кишечных свищей, абсцессов брюшной полости и перитонита - у 2 (0,4%) человек. Летальные последствия имели место у 3 (0,6%) больных. Улучшение результатов лечения данной категории больных должно базироваться на индивидуальной оценке состояния больного и дифференцированном выборе оптимальной технологии лечения в каждом конкретном случае.

Summary

CHARACTERISTICS OF REPEAT SURGERIES AFTER ALLOPLASTY ON ANTERIOR ABDOMINAL WALL

Lysenko R.B., Podliesnyi V.I.

Key words: repeated surgery, alloplasty, anterior abdominal wall.

This paper presents the retrospective analysis of surgical interventions in 517 patients with hernias of the anterior abdominal wall subjected to alloplasty and the main causes of unsatisfactory outcomes. Repeated surgery after using mesh implants was performed in 24 patients. These operations were elective and postponed in 19 (79.2%) patients, and 5 (20.8%) patients had emergencies. Complications requiring repeated surgery in the early postoperative period were observed in 3 (12.5%) patients. They included acute perforated duodenal ulcer - 1 (0.2%), postoperative bleeding wound - 1 (0.2%), abdominal compartment syndrome - 1 (0.2%) case. In the late postoperative period complications were seen in 21 (87.5%) patients. These complications related to hernia recurrence registered in 8 (1.6%) cases, rejection of mesh implant with recurrent hernias seen in 3 (0.6%) cases, phlegmone of the anterior abdominal wall with ligature fistulas were registered in 2 (0.4%) cases, as well s submuscular seroma - 2 (0.4%), wound infection limited to the area of implantation - 2 (0.4%), abscess of implant - 2 (0.4%), mesh migration into the abdominal cavity with the formation of intestinal fistula, abscess and peritonitis abdominal cavity - in 2 (0.4%) patients. There were 3 lethal cases (0.6% of patients). The approaches in improving surgical outcomes should be based on a thorough assessment of the patient's condition and patient-centered selection of optimal mode in each case.

УДК 616.124-008.46-072.7

Мороз М. Н., Трёмбовецкая Е.М., Ювчик Е.В.

ОСОБЕННОСТИ ПРОДОЛЬНОГО СМЕЩЕНИЯ СТенок ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АНЕВРИЗМАХ

ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н.М. Амосова НАМН» (г. Киев)

Целью работы было изучение особенностей продольного смещения стенок левого желудочка у больных с аневризмами различной локализации. Обследовано 141 пациент с аневризмами левого желудочка и 35 пациентов без сердечной патологии, которым была проведена спекл-трекинг эхокардиография. Полученные данные позволили определить факторы, влияющие на продольное смещение миокарда ЛЖ у данной категории больных. В дальнейшем это даст возможность правильно оценить функциональное состояние больного и выбрать необходимую тактику хирургической коррекции.

Ключевые слова: аневризма левого желудочка, эхокардиография, продольное смещение.

Работа является фрагментом НИР «Деформация, ротация и смещение миокарда при различного вида постинфарктных аневризмах левого желудочка».

Сердце представляет собой объемную трёхмерную структуру. Сокращением левого желудочка (ЛЖ) является одновременная деформация в трёх различных направлениях - продольном, циркулярном и радиальном. Результатом продольной и циркулярной деформации является продольное смещение. Многочисленными исследованиями доказано, что максимальная деформация происходит на уровне

верхушечных сегментов. [7, 8, 9]. Верхушечные отделы, оставаясь практически неподвижными, подтягивают срединные, а те в свою очередь подтягивают базальные отделы [3]. В результате получается, что базальные отделы, сравнительно меньше деформируясь в продольном и циркулярном направлении, претерпевают максимальное смещение вниз к верхушке сердца. Такое движение атриовентрикулярного кольца и