

УЗД пухлиноподібного утвору: в правій аксілярній ділянці наявний вузол із чіткою капсулою, інтенсивним кровопостачанням, щільно прилягає до підключичної артерії.

Після тижневого курсу загальноукріплюючої терапії під загальним знечуженням проведено оперативне видалення пухлини. Двома півмісяцевими розрізами довкола пухлини розкрито шкіру і підшкірно-жирову клітковину. Пухлина розміщена під великим грудним м'язом, частково розшарувала широкий м'яз спини. Капсула вростає в плечову артерію і вени, верхівка її сягає плечово-лопаткового суглобу. Пухлина рясно кровоточить, пронизана норицями, із яких виділяється кров'янисто-гнійна маса. Тупим та гострим шляхом Гемостаз проводився по ходу операції прошиванням і перев'язкою судин. Частково проведена резекція грудного і широкого спинного м'яза.

Макропрепарат (пухлина) розміром 35x25x20 см. вагою 850 г.

При гістологічному дослідженні новоутвору виявлено гіперкератоз, акантом, вакуольну дистрофію клітин мільпігівового шару епідермісу, помірно виражену періваскулярну лімфоцитарну інфільтрацію дерми. Навколо волосяних фолікулів та сальних залоз – масивні запальні інфільтрати переважно з нейтрофілів. Значно рідше в інфільтратах виявляються еозинофіли, гістіоцити, лімфоїдні елементи. У місцях розпаду тканин наявні плазматичні, епітеліоїдні та гігантські клітини. При зафарбуванні за методом Мак-Мануса виявлені спори і міцели гриба *Trichophyton rubrum* у всіх шарах епідермісу, дерми і гіподерми.

Післяопераційний період протікав без ускладнень, післяопераційна рана зажила первинним натягом. У зв'язку з порушенням лімфовідтоку тривалий час, понад 2 місяці зберігся набряк за рахунок лімфостазу.

Хвора продовжує отримувати системно антимікотики (спорогол), вітаміно- і загальноукріплюючу терапію, дренажування фістул інших пухлин. На уражену шкіру грибок – креми, спреї Ламікон, мікофін, ексифін. Після одно-двох місячної підготовки планується подальше оперативне видалення новоутворів.

Мета нашого повідомлення - зосередити увагу практичних

лікарів на агресивності і атипичності мікотичної інфекції, вказати на діагностичні помилки. Лікування глибоких мікозів повинно бути комплексним: на фоні системного тривалого прийому антимікотиків, провести оперативне широке висічення інфільтратів.

Література

1. Церандис Г.С., Федотов В.П., Дюдоц А.Д. и др. Гистопатология и клиническая характеристика дерматозов. – Днепропетровск, 2004. – 536с.
2. Дерматовенерология: навч. посіб. За ред. В.П.Федотова. – К.-Дніпропетровськ. – 2008.- 600с.
3. Кожные и венерические болезни: руковод. Для врачей. В 2-х т. Под ред. Ю.К. Скриннина, В.Д. Мордовцева. – М.: Медицина, 1999. – 800 с.
4. Машкилесон Л.М. Инфекционные и паразитарные болезни кожи. – М. Медгиз. – 1960. – 352 с.
5. Романенко И.М., Кулата В.В., Афонин С.С. Грибковые болезни и их осложнения. Руковод. для врачей. – Луганск, 2006. – 519 с.
6. Успехи медицинской микологии. Под ред. Ю.В. Сергеева. В 2-т.-т-2. – М. Национальная академия микологии, 200. – 336 с.
7. Von Agathol M. Diagnose und behandlung von micosen //MMW – Fortsehr med. – 2000. - №44. – S. 38-39.

Пуптюк А.В., Богущ А.Е., Ткач В.Е., Мотуляк А.П., Гафійчук С.М., Назирняк Д.С., Богущ Н.А., Горбаль Б.Г.

Комплексное хирургическое лечение глубокого микоза

Резюме. Представлены случаи комплексного хирургического лечения генерализованного узловато-гранулематозного рубромикоза.

Ключевые слова. генерализованный узловато-гранулематозный рубромикоз.

Руптіук О.В., Богущ А.Е., Ткач В.Е., Мотуляк А.П., Гафійчук С.М., Назирняк Д.С., Богущ Н.А., Горбаль Б.Г.

Complex Surgical Treatment of Deep Mycosis

Summary: Presented by the case of complex surgical treatment of generalized granulomatous rubromikozu-knotted.

Keywords. generalized knotted-granulomatous rubromikoz.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616-089+616-007.43+617.55+008.331.1

Пуптюк О.В., Фелештинський Я.П., Гончар М.Г., Мельник І.В., Скрипник Н.В.

Значення корекції метаболічного синдрому при хірургічному лікуванні защемлених гриж передньої черевної стінки

Кафедра хірургії стоматологічного факультету

Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Обстежено 57 хворих із защемленими грижами живота, яким виконана пластика грижевого дефекту поліпропіленовою сіткою Лінтекс-Есфіл і діагностовано метаболічний синдром. Хворі поділені на 2 клінічні групи. Хворі 1 клінічної групи (20) в післяопераційному періоді отримували традиційне консервативне лікування, 2 клінічної групи (37) – отримували 2,5% розчин тіотріазоліну по 2 мл до м'язево та метформін по 500 мг/добу для корекції метаболічного синдрому. У 59,2% хворих 2 клінічної групи на 7 добу покращувалися показники ліпідного обміну, 1 клінічної групи – у 15%. Середній термін перебування в стаціонарі становив 8,6 дня.

Ключові слова: защемлені грижі, оперативне лікування, метаболічний синдром, алопластика черевної стінки.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. В Україні щорічно виконується 90000 грижесічень, з них 13000 операцій з приводу защемлених гриж черевної стінки [1, 2]. Велика кількість рецидивів (від 4 до 35%) після герніопластики в ургентних умовах пов'язана із морфо-функціональною недостатністю місцевих тканин, відсутністю патогенетично обґрунто-

ваного підходу для вибору методу пластики [3]. А наявність гриж разом із супутнім ожирінням призводить до збільшення розміру грижевого дефекту, зростання кількості рецидивів, інвалідизації хворих. Технічне виконання оперативного втручання також викликає труднощі [4]. Ожиріння найчастіше є ініціюючим фактором розвитку метаболічного синдрому, що призводить до розвитку артеріальної гіпертензії і викликає зниження чутливості периферичних тканин до інсуліну з подальшим збільшенням надлишкової маси тіла [5]. В літературі зустрічаються повідомлення про застосування поліпропіленової сітки при защемлених грижах у хворих на ожиріння [6]. Але не вивчено результати комплексного лікування хворих із метаболічним синдромом та виконаною алопластикой при защемлених грижах передньої черевної стінки.

Мета. Для покращення результатів алопластики защемлених гриж передньої черевної стінки у хворих із метаболічним синдромом вивчали ефективність примінення медикаментозної корекції порушень ліпідного, вуглеводного обміну.

Матеріал і методи дослідження

Проведений аналіз результатів комплексного хірургічного лікування 57 хворих із защемленими грижками живота, яким виконана пластика грижевого дефекту поліпропіленовою сіткою Лінтекс-Есфіл і діагностовано метаболічний синдром. Чоловіків було 18, жінок - 39. Вік хворих коливався від 36 до 89 років. Защемлені інцвизійні грижі спостерігалися у 25 хворих, пупочні - у 14, пахові - у 15, стегнові - у 3. До 12 годин від моменту захворювання поступило 38 хворих (66,7%), до 24 годин - 12 хворих (21%), через добу і більше - 7 хворих (12,3%). Хворим проводили стандартне обстеження до операції, а також УЗД грижевого дефекту та вмісту грижі поверхневим датчиком. Для діагностики ознак метаболічного синдрому визначали індекс маси тіла (ІМТ) або індекс Кетле, який розраховують як відношення маси тіла до зросту та округність талії:

$$\text{ІМТ} = \text{Маса тіла (кг)} / \text{Зріст (м}^2\text{)}$$

Порушення ліпідного обміну виявляли за допомогою лабораторного визначення рівня загального холестерину (ХС), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) і тригліцеридів (ТГ), аналізували показники глюкози крові у оперованих пацієнтів та ознаки гіпертензії. За критерії метаболічного синдрому ми брали «Рекомендації Національного Інституту здоров'я США (2001) і Української асоціації кардіологів (2004)»: а) Надлишкова маса тіла або ожиріння: об'єм талії >102 см у чоловіків і >88 см у жінок; б) Артеріальна гіпертензія: АТ ≥ 130/85 мм рт.ст.; в) Дисліпідемія: рівень ТГ ≥ 1,7 ммоль/л; рівні ХС ЛПВЩ < 1,04 ммоль/л для чоловіків і 1,29 ммоль/л для жінок.

Хворі поділені на 2 клінічні групи. Хворі 1 клінічної групи (20) після оперативного лікування отримували традиційне консервативне лікування, а 2 клінічної групи (37) - отримували 2,5% розчин тіотриазоліну по 2 мл дом'язево та метформін по 500 мг/добу для корекції метаболічного синдрому.

Результати дослідження та їх обговорення

Усім хворим після ліквідації защемленої грижі виконана алопластика грижевого дефекту. У 54,3% пацієнтів під час операції виявлений випіт у грижевому мішку, спостерігалися загальні явища, що проявлялося набряком, інфільтрацією стінок грижевого мішка.

У 3,5% випадках імплантацію поліпропіленової сітки проведено після санації серозно-фібринозного перитоніту. Вмістом грижевого мішка у 61,4% хворих було пасмо великого сальника, у 33,4% - петля тонкого кишечника, у 5,2% - товстого кишечника. Пластику пахових і стегнових гриж в пацієнтів проводили за методом Ліхтенштейна, пупкових, інцвизійних, гриж білої лінії - за методами "onlay" - в 8,7%, "sublay" - в 87,8%, "inlay" - в 3,5%. Рани активно дренивали вакуумною системою типу "Redon". Середня вага тіла хворих становила від 87 до 138 кг. ІМТ складав $33,63 \pm 3,55$ кг/м² для жінок і $35,47 \pm 4,25$ кг/м² для чоловіків. В 97,5% хворих виявлено лабораторні порушення ліпідного спектру крові. Зокрема, під час оперативного втручання у 18 (31,5%) хворих обох клінічних груп виявлено ознаки абдомінального ожиріння, що створювало труднощі при закритті черевної порожнини. Враховуючи наявність абдомінального ожиріння, з метою профілактики розвитку компартмент-синдрому у післяопераційному періоді була вибрана методика «inlay» для алопластики грижевого дефекту.

У 9 (15,7%) хворих 2 групи діагностовано цукровий діабет. Отже в комплекс консервативного лікування призначали препарати для корекції артеріальної гіпертензії, показників цукру крові, ліпідного обміну. Для корекції згаданих відхилень обов'язково призначалася спеціальна дієта, рання активність пацієнтів. У 16 (59,2%) хворих 2 клінічної групи знизилися показники холестерину, ХЛПНЩ і ЛПВЩ, в 1 клінічній групі - тільки у 15%. Середня тривалість дренивання рани становив 5-8 днів. У 7 хворих через інтенсивні серозні виділення з рани дренаж використовували протягом 8 днів. Ускладнення з боку післяопераційної рани у вигляді сером, інфільтратів розвинулися у 6,3% пацієнтів, які усунені за допомогою консервативних ме-

тодів лікування. Пацієнти 2 клінічної групи краще переносили післяопераційний період, швидше відновлювали працездатність. Середній термін перебування в стаціонарі пацієнтів 2 клінічної групи становив 8-6 днів. Наші результати співпадають із попередніми дослідженнями, де було доказано, що сітка із поліпропілену найбільш стійка до інфікування і може примінятися в ургентній хірургії гриж живота [7], а медикаментозна корекція ознак метаболічного синдрому покращує перебіг післяопераційного періоду.

Вплив порушень ліпідного, вуглеводного обміну, зокрема абдомінального ожиріння на покращення результатів алопластики защемлених гриж потребує подальшого вивчення.

Висновки

1. Використання поліпропіленової сітки при защемлених грижах в умовах інфікування показує високу ефективність методу і його доцільно приміняти в ургентній хірургії гриж.
2. Лікування таких пацієнтів повинно бути комплексне із обов'язковою діагностикою метаболічного синдрому та медикаментозною корекцією.

Література

1. Жебровский В.В. Ущемленные послеоперационные грыжи / В.В. Жебровский, Э.Р. Джемилеева, Н.М. Торатадзе, П.А. Резанов // Сучасні способи хірургічного лікування гриж живота: матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, 14-15 квітня 2006 р.: тези доповідей. - Київ, 2006. - С.35-36.
2. Саенко В.Ф. Современные принципы открытой пластики послеоперационной грыжи брюшной стенки больших размеров / В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский, А.П. Мазур // Клінічна хірургія. - 2003. - №1. - С.27.
3. Андрущенко В.П. Принципы двухэтапного хирургического лечения защемленных грыж передней черевной стенки у хворих із підвищеним операційним ризиком / В.П. Андрущенко, Ю.Ф. Кушта // Нові технології в хірургічному лікуванні гриж живота: матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, 18 квітня 2003р.: тези доповідей. - Київ, 2003. - С.35-36.
4. Лаврик А.С., Усенко О.Ю., Тиванчук О.С., Мануйло М.В. та ін. Особливості хірургічного лікування рубцевих гриж у хворих ожирінням та надлишковою масою тіла / Український журнал хірургії. - 2011. - №4(13). - С.186-189
5. Diehl A.M. Nonalcoholic steatosis and steatohepatitis IV. Nonalcoholic fatty liver disease abnormalities in macrophage function and cytokines // Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol. - 2002. - Vol. 282, N 1. - P. G1-G5.
6. Наш досвід лікування післяопераційних вентральних гриж черевної стінки у хворих на ожиріння / О.В. Стороженко, О.В. Лігоненко, А.Б. Зубаха [і співав] // Ж. Хірургія України. - 2011. - №3(39). - С.103-104
7. Тимошин А.Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки / А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков. - М.: Триада X, 2003. - 144с.

Рупрук О.В., Feleshtynsky J.P., Gonchar M.G., Melnyk I.V., Skrynyuk N.V.

The Value of Correction of Metabolic Syndrome in the Surgical Treatment Pinched Hernia of Anterior Abdominal Wall

Summary. The study involved 57 patients with clamped abdominal hernia, which is made of plastic hernia defect by polypropylene mesh Linteks-Esfil and diagnosed metabolic syndrome. Patients are divided into two clinical groups. Patients of the 1st clinical group (20) in the postoperative period received traditional conservative treatment, the second clinical groups (37) - received 2.5% solution of 2 ml Thiotriazolin intramuscularly and metformin 500 mg / day for the correction of metabolic syndrome. In 59.2% patients of two clinical groups on the 7th day, improved lipid metabolism, the 1st clinical group - 15%. Average length of stay in a hospital was 8.6 days.

Keywords: pinched hernia, surgery treatment, metabolic syndrome, alloplastic of abdominal wall.

Надійшла 25.06.2012 року.