

insufficiency caused by presence APS associated with herpetic infection as etiopathogenetic factor these complications.

Keywords: *antiphosphotide syndrome, thrombophilia, anticoagulating therapy.*

УДК 617.55-007.43-089.844-[547.962.9(043.3)]

**ПРО МОЖЛИВІСТЬ ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ
АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ ШЛЯХОМ ВПЛИВУ НА ФОРМУВАННЯ
СПОЛУЧНОТКАНИННИХ СТРУКТУР**

Б.С.Запорожченко, І.Г.Холодов *, В.В.Колодій

Одеський національний медичний університет

*Клінічний госпіталь ДПС України **

Резюме. *У період з 2012 до 2015 р. на базі госпіталю ДПСУ прооперовано 57 пацієнтів (36 чоловіків, 21 жінок) з вентральними грижами різної локалізації, яким виконано грижерозтин, алопластику сітчастим каркасним протезом sub lay. 1-ша група - 31 хворий отримували препарат колаген 8 грамів щоденно протягом 1,5 місяця, 2-а група - 26 хворих - контрольна. Віддалені результати хірургічного лікування і використання препарату колаген вивчались у період від 6 місяців до 2 років. Серед пацієнтів 1 групи рецидив виявлений у 1 (3,2%) хворого, в 2-й групі – у 2 (7,7%) хворих. При УЗ-дослідженні товщини сітчастого протеза з сполучнотканинним компонентом через 1, 6 і 12 місяців встановлено, що в 1-й групі середня товщина комплексу сітчастого протезу з сполучнотканинним шаром через 1 місяць склала $1,0 \pm 0,11$ мм, у 2-ій групі – $0,8 \pm 0,19$ мм ($p < 0,05$), через 6 місяців – $0,9 \pm 0,32$ мм і $0,8 \pm 0,51$ мм відповідно, що свідчить про позитивний вплив препарату колаген на товщину сполучнотканинного компоненту у зоні поліпропіленового протезу в ранньому післяопераційному періоді.*

Ключові слова: *венральні грижі, сітчасті імпланти, колаген.*

Актуальність. Одними з найбільших проблем у хірургічному лікуванні гриж живота є рецидиви гриж та проблеми приживлення імплантів. Рецидив грижі після імплантації пов'язують з недостатньою інтеграцією протезу, з кількісною або якісною патологією утворення сполучної тканини. Хоча ряд робіт підкреслюють патологію, у т.ч. генетично детерміновану, сполучної тканини та порушення синтезу колагену як предикторів розвитку рецидиву гриж, процес інтеграції імплантів у сполучну тканину вивчений не повністю. Незважаючи на гарні найближчі результати, оперативне втручання із

застосуванням герніопротезу часто не усуває рецидиву, а лише затримує його виникнення [1,2].

Мета. Дослідити у хворих після алогерніопластики вплив препарату колаген на перебіг післяопераційного періоду. Поліпшити результати лікування хворих на вентральні грижі за рахунок використання препарату колаген.

Матеріали та методи. В основі роботи результати лікування 57 хворих, які були прооперовані з приводу зовнішніх гриж черевної порожнини з використанням каркасних поліпропіленових сітчастих протезів, розташованих «sub lay». З загальної кількості хворих на зовнішні вентральні грижі чоловіків було 36 (71,3%), жінок 21 (28,7%). Середній вік пацієнтів склав $57 \pm 12,2$ роки. Наймолодшому пацієнтові було 23 роки, найстаршому - 87 років. Найбільша кількість хворих - це пацієнти у віці від 41 до 70 років. Хворі були госпіталізовані в клініку з діагнозом «пахвинна грижа, пупкова грижа, вентральна грижа, післяопераційна вентральна грижа», який був встановлений при профілактичному обстеженні, а також з появою клінічної симптоматики основного захворювання. Загальний стан хворих був від задовільного при відсутності супутньої патології, до середньої важкості при наявності таких супутніх захворювань.

Для проведення порівняльного аналізу хворі були поділені на 2 групи: 1-ша група – основна, кількістю 31 хворий, що отримували після операції препарат колаген 8 грамів щоденно протягом 1,5 місяця, і 2-а група кількістю 26 хворих без його вживання.

Таблиця 1

Частота виявлення супутньої патології у пацієнтів обох груп

Характер супутньої патології	Основна	Контрольна
Ішемічна хвороба серця	12 (33,3%)	6 (15,0%)
Гіпертонічна хвороба	6 (16,7%)	14 (35,0%)
Ожиріння	8 (22,2%)	12 (33,3%)
Цукровий діабет	2 (5,6%)	2 (5,0%)
Хронічне обструктивне захворювання легень	3 (8,3%)	1 (2,5%)
Варикозна хвороба і ППФС нижніх кінцівок	3 (8,3%)	2 (5,0%)
Захворювання нирок і сечовивідних шляхів	1 (2,8%)	-
Хвороби органів травлення	1 (2,8%)	1 (2,5%)
Інші	-	2 (5,0%)

Оперативні втручання виконувалися після доопераційного обстеження і відповідного лікування основного захворювання та супутньої патології.

Таблиця 2

Розподіл хворих в залежності від локалізації грижевих воріт

Локалізація грижки	Основна	Контрольна
Пахвина	19 (61,3%)	9 (34,6%)
Пупкова	3 (9,7%)	6 (23,1%)
Вентральна	1 (3,2%)	2 (7,7%)
Післяопераційна	8 (25,8%)	9 (34,6%)
Всього	31 (100%)	26 (100%)

Таблиця 3

Розподіл хворих по розміру грижевих воріт

Розмір грижевих воріт	Основна	Контрольна
розміром до 2 см	5 (16,1%)	1 (3,8%)
розміром до 4 см	17 (54,8%)	16 (61,5%)
розміром більше 4 см	9 (29,0%)	9 (34,6%)
Всього	31 (100%)	26 (100%)

Таблиця 4

Розподіл хворих по розміру грижевого мішка

розмір грижевого мішка	основна	Контрольна
розміром до 5 см	10 (32,3%)	11 (42,3%)
розміром від 6 до 15 см	21 (67,7%)	12 (46,2%)
розміром від 16 до 25 см	-	3 (11,5%)
Всього	31 (100%)	26 (100%)

В 1-й і 2-й групах хворих виконувалась алопластика сітчастим поліпропіленовим протезом різних певних форм і розмірів, по периметру якого фіксований металевий замкнутий гнучкий каркас із сплаву нікеля і титана - нітінол, якому властиво значна гнучкість і «пам'ять форми», що сприяє постійній розправленості сітки, незмінності її площі, повному приляганню до щільних шарів черевної стінки. Обов'язкова умова при встановленні сітчастого поліпропіленового протеза – розташування його в передочеревинному шарі – sub lay. Розташування і форму сітчастого протеза в післяопераційному періоді контролювали шляхом рентгенографії органів черевної порожнини.

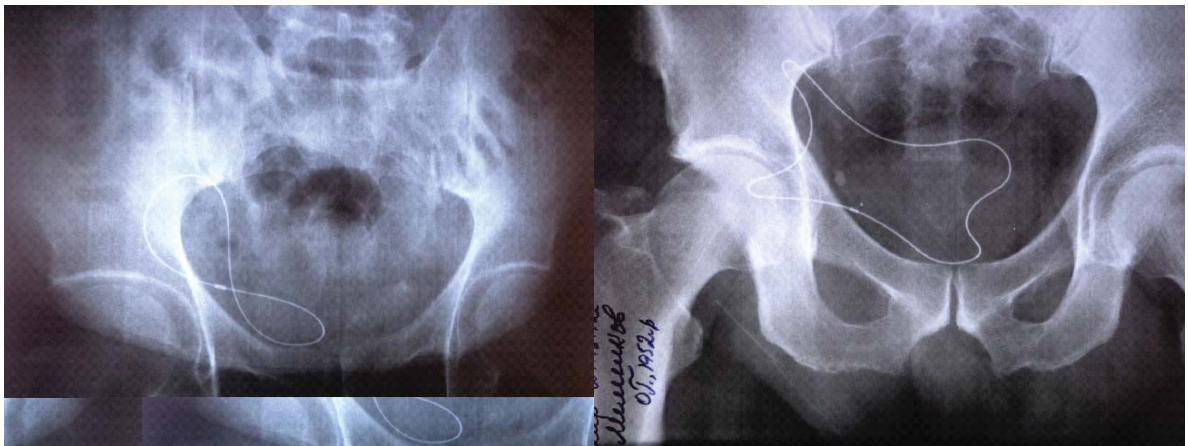


Рис. 1. Рентгенограми хворих, оперованих із застосуванням поліпропіленових сіток з нітіоловим каркасом

Використовувались протези:

OVL-S (овальна мала сітка) розміром 7,2 x 8,88 см,

OVL-M (овальна середня сітка) розміром 9,37 x 11,28 см,

SLD-S (мала сітка у формі щита) розміром 10,31 x 14,94 см,

SLD-M (середня сітка у формі щита) розміром 11,58 x 16,66 см,

SLD- L (велика сітка у формі щита) розміром 13,61 x 18,5 см,

HYB-S (комбінована мала сітка) розміром 8,81 x 11,28 см.

Всім хворим проводилась стандартна профілактика інфекційних ускладнень.

Результати. Безпосередні результати хірургічного лікування зовнішніх гриж живота показали, що загальних ускладнень та летальних випадків в першій та другій групі не було. Серед ускладнень з боку післяопераційної рани серому спостерігали у 1 (3,2%) хворого 1-ї групи і у 2 (7,7%) пацієнтів 2-ї групи, запальний інфільтрат, який розрішився консервативно у 1 (3,8%) хворого 2-ї групи.

Таблиця 5

Характер та частота розвитку ускладнень в досліджуваних групах

Характер ускладнень	основна група (n=31)	контрольна група (n=26)	Рівень достовірності (p)
серома	1(3,2%)	2(7,7%)	p>0,05
запальний інфільтрат	-	1(3,8%)	p>0,05
рецидив грижі	1(3,2%)	2(7,7%)	p<0,05
гіпертрофічні рубці	2 (6,5%)	5 (19,2%)	p<0,05

Віддалені результати хірургічного лікування і використання препарату колаген вивчались у період від 6 місяців до 2 років. Серед пацієнтів 1 групи рецидив виявлений у 1 (3,2%) хворого, в 2-й групі – у 2 (7,7%) хворих. При виконанні УЗ-діагностики за допомогою апарату TOSHIBA NEMIO MX з лінійним датчиком PLM503AT частотою 6 МГц імплантованих сітчастих протезів через 1, 6 і 12 місяців після операції вимірювалась товщина сітчастого протеза з сполучнотканинним компонентом. Встановлено, що в 1-ій групі середня товщина комплексу сітчастого протезу з сполучнотканинним шаром через 1 місяць склала $1,0 \pm 0,11$ мм, у 2-ій групі – $0,8 \pm 0,19$ мм ($p < 0,05$), через 6 місяців – $0,9 \pm 0,32$ мм і $0,8 \pm 0,51$ мм відповідно. Через 12 місяців товщина комплексу сітчастого протезу з сполучнотканинним шаром в обох групах була приблизно однаковою і коливалася в межах 0,6-0,7 мм, що корелює з даними експериментальної роботи по вивченню впливу препарату колаген на формування сполучнотканинних структур у щурів [5, 6].

Таблиця 5

Товщина комплексу сітчастого протезу з сполучнотканинним шаром ($p < 0,05$)

групи хворих	Терміни спостереження		
	через 1 місяць	через 6 місяців	через 12 місяців
основна	$1,0 \pm 0,11$ мм	$0,9 \pm 0,32$ мм	$0,6 \pm 0,16$ мм
контрольна	$0,8 \pm 0,19$ мм	$0,8 \pm 0,51$ мм	$0,6 \pm 0,12$ мм

Частота розвитку гіпертрофічних рубців помітно нижче в основній групі – 2 (6,5%) випадки, ніж в контрольній – 4 (15,4%) ($p < 0,05$). Середня тривалість перебування хворих в стаціонарі суттєво не відрізнялась – відповідно 4,4 і 4,1 дні.

Висновки

Використання препарату колаген в післяопераційному періоді позитивно впливає на товщину сполучнотканинного компоненту у зоні поліпропіленового протезу в ранньому післяопераційному періоді.

Зниження частоти рецидивів та ранніх післяопераційних ускладнень диктує необхідність подальшого вивчення проблеми колагеноутворення в зоні розташування імпланта.

Література

1. Егиев В. Н., Чижов Д. В., Филаткина Н. В. Взаимодействие полипропиленовых эндопротезов с тканями передней» брюшной стенки. // Герниология. 2005. - № 2. - С. 41-49.

2. Дубова Е.А., Чекмарева И.А., Щеголев А.И., Филаткина И.В., Чижов Д.В. Морфологические изменения в зоне имплантации сетчатых эндопротезов «Prolen» и «Эсфил». // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 2006; - Т. 141. - № 5. - С. 590-595:.
3. Шехтер А.Б., Серов В.В. Воспаление, адаптивная регенерация и дисрегенерация (анализ межклеточных взаимодействий). // Арх. Патологии. 1991. - №7. - С.7 - 14.
4. Четвериков С.Г., Роша Л.Г., Атанасов Д.В., Михайлов О.С. Місцеве використання та роль клітинних факторів росту у тканинній інтеграції композитного двокомпонентного сітчастого імплантат (експериментальна модель) // Матеріали ІХ науково-практичної конференції «Сучасні способи та технології у хірургічному лікуванні гриж живота» с.71-73
5. Запорожченко Б.С., Холодов І.Г., Роша Л.Г., Кіпрічникова Е.П. „Використання препарату «колаген» для впливу на формування функціонально адекватних сполучнотканинних структур в експерименті”. Науково-практичний журнал «Хірургія України» додаток 3(51) за 2014 р. с
6. Запорожченко Б.С., Холодов І.Г., Колодій В.В., Бондарець Д.А., Роша Л.Г. «Експериментальне дослідження впливу препарату колаген на формування сполучнотканинних структур в зоні імплантації сітчастого протеза». «Український журнал хірургії» № 1(32) 2017 р. с
7. Gonzalez R, Fugate K, McClusky D III, et al. Relationship between tissue ingrowth and mesh contraction. World J Surg. 2005;29:1038–1043.
9. Schwab R, Schumacher K, Junge K, et al. Biomechanical analyses of mesh fixation in TAPP and TEP hernia repair. Surg Endosc. 2008;22(3):731–738.

Резюме. В период с 2012 до 2015 г. на базе госпиталя ГПСУ прооперировано 57 пациентов (36 мужчин, 21 женщин) с вентральными грыжами различной локализации, которым выполнено грижесечение, аллопластика сетчатым каркасным протезом *sub lay*. 1-я группа - 31 больной получали препарат коллаген 8 граммов ежедневно в течение 1,5 месяца, вторая группа - 26 больных - контрольная. Отдаленные результаты хирургического лечения и использования препарата коллаген изучались в период от 6 месяцев до 2 лет. Среди пациентов 1 группы рецидив выявлен у 1 (3,2%) больного, во 2-й группе - у 2 (7,7%) больных. При УЗ-исследовании толщина сетчатого протеза с соединительнотканым компонентом через 1, 6 и 12 месяцев установлено, что в 1-й группе средняя толщина комплекса сетчатого протеза с соединительнотканым слоем через 1 месяц составила $1,0 \pm 0,11$ мм, в второй группе - $0,8 \pm 0,19$ мм ($p < 0,05$), через 6 месяцев - $0,9 \pm 0,32$ мм и $0,8 \pm 0,51$ мм соответственно, что подтверждает положительное влияние препарата коллаген на толщину

соединительнотканного компонента в зоне полипропиленового протеза в раннем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: *вентральные грыжи, сетчатые импланты, коллаген.*

Summary. *In the period from 2012 to 2015, 57 patients (36 men, 21 women) with ventral hernias of different localization were operated on the basis of the STSU hospital, which performed herniasin, alloplasty with a sub-layered mesh prosthesis. 1st group - 31 patients received the drug collagen 8 grams daily for 1.5 months, 2nd group - 26 patients - control. Long-term results of surgical treatment and use of the drug collagen were studied in the period from 6 months to 2 years. Among patients in group 1, recurrence was detected in 1 (3.2%) patient, in the 2nd group - in 2 (7.7%) patients. In ultrasound, the thickness of the mesh prosthesis with the connective tissue component after 1, 6 and 12 months found that in group 1, the average thickness of the complex of the mesh prosthesis with connective tissue layer in 1 month was 1.0 ± 0.11 mm, in the 2nd In the group - $0,8 \pm 0,19$ mm ($p < 0,05$), after 6 months - $0,9 \pm 0,32$ mm and $0,8 \pm 0,51$ mm respectively. The use of the drug collagen positively affects the thickness of the connective tissue component in the area of polypropylene prosthesis in the early postoperative period.*

Key words: *ventral hernia, mesh implants, collagen.*

УДК 616.36-001-089

НАШ ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВІДКРИТИХ ТА ЗАКРИТИХ ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ПЕЧІНКИ МИРНОГО ЧАСУ

О. В.Капшигар, О.О.Капшигар

Запорізький державний медичний університет

КП «Міська клінічна лікарня № 2»

Резюме. *Вивчені результати хірургічного лікування у 27 постраждалих на травму печінки (поранення печінки-20, закрита травма печінки-7). Рани печінки виявлені під час лапаротомії, показанням до якої був проникний характер рани, встановлений після первинної хірургічної обробки рани. Закриті пошкодження печінки діагностовані з урахуванням даних оглядової рентгенографії органів черевної порожнини, ультразвукового дослідження, лапароцентезу, лапароскопії. Після лапаротомії і хірургічної корекції пошкоджень печінки та інших органів релапаротомія знадобилась у 3 (11,1%) пацієнтів. Померли 2 (7,4%) постраждалих від геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому.*

Ключові слова: *відкрита та закрита травма печінки, хірургічне лікування, досвід мирного часу.*