

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ім.І.Я.ГОРБАЧЕВСЬКОГО

БІЦЬКА ІРИНА ВОЛОДИМИРІВНА

УДК 616.34-007+616.007.43+617-55

**ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ВЕНТРАЛЬНОЇ ГРИЖІ ПОЄДНОНОЇ
З СПАЙКОВОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ**

14.01.03. – хірургія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Тернопіль – 2004

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Івано-Франківській державній медичній академії МОЗ України.

Науковий керівник: Заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор **Василюк Михайло Дмитрович**, Івано-Франківська державна медична академія МОЗ України, завідувач кафедри факультетської хірургії.

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Дзюбановський Ігор Якович**, Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України, завідувач кафедри хірургії факультету післядипломної освіти;

доктор медичних наук, професор **Мільков Борис Олегович**, Буковинська державна медична академія МОЗ України, професор кафедри факультетської хірургії.

Провідна установа: Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України (м. Київ), кафедра хірургії.

Захист відбудеться 26 листопада 2004 р. о 14-00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради К 58.601.01 у Тернопільській державній медичній академії ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України (46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1).

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України (46001, м. Тернопіль, вул. Руська, 12).

Автореферат розісланий 22 жовтня 2004 р.

**Вчений секретар спеціалізованої
вченої ради професор**

Я.Я.Боднар

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Ріст оперативних втручань при хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини сприяв зростанню кількості ускладнень, одними з яких є післяопераційні вентральні грижі та спайкова кишкова непрохідність. Біля 20 млн. хворих щорічно оперуються з приводу гриж черевної стінки. З них 10% з приводу післяопераційних вентральних гриж (Саенко В.Ф., Белянський Л.С., 2003). Частота рецидивів даного виду гриж становить за даними різних авторів від 3 до 60% (Дмитриев Ю.Я., 1977; Бородин И.Ф. и соавт., 1986; Шапошников В.И., 2000; Черенко М. П., Фелештинский Я.П., 1991). Летальність при післяопераційній вентральній грижі становить 24,6%, і частіше спостерігається при поєднанні її з гострою спайковою кишковою непрохідністю (Черенко М.П., Валигура Я.С., Яцентюк М.М., 1995). Частота спайкової кишкової непрохідності складає від 50 до 93,3% від усіх видів механічної непрохідності непухлинного генезу (Полянський І.Ю., Мільков Б.О. і співавт., 1999, Власов В.В. і співавт., 2003).

Післяопераційна вентральна грижа великих і гігантських розмірів, яка поєднана із хронічною чи гострою спайковою кишковою непрохідністю, знижує якість виконаної операції та життя хворого. Часті рецидиви грижі і спайкової кишкової непрохідності приносять більше страждань ніж основне захворювання з приводу якого була виконана перша операція. Відомо, що багато хворих з хронічними проявами спайкової хвороби та великими післяопераційними вентральними грижами стають інвалідами, хворіють психоневрозами, наркоманією, виникають сімейні конфлікти, вони дають велику кількість днів непрацездатності та значний відсоток інвалідності (Власов В.В., Ахтемійчук Ю.Т., 2003; Тоскин К.Д., Жебровский В.В., 1982; Дзюбановський І.Я., П'ятночка В.І., 2003).

Єдиним і радикальним методом лікування післяопераційної вентральної грижі при наявності спайкової кишкової непрохідності є операція герніотомія, роз'єднання спайок, з наступною пластикою дефекту апоневрозу (Грубник В.В.и соавт., 2001; Астан Р.С., 1962). Для ліквідації післяопераційної вентральної грижі запропоновано біля 350 методів пластики. Така велика кількість методів і високий відсоток рецидивів гриж свідчать про недостатню ефективність жодного з них. Значну проблему в лікуванні післяопераційних вентральних гриж становлять грижі з великим дефектом апоневрозу, значною евітерацією внутрішніх органів, а також поєднання гриж з гострою спайковою кишковою непрохідністю, ожирінням, важкою супутньою патологією (Тоскин К.Д., Жебровский В.В., 1985). Лікування таких хворих є складною проблемою, так як реінверсія грижового вмісту в черевну порожнину приводить до підвищення внутрішньочеревного тиску, високого підняття діафрагми, що викликає порушення функції дихальної і серцево-судинної систем в післяопераційному періоді (Ороховский В.И. и соавт., 1992; Miranda M. E., at all, 1999).

Література, присвячена лікуванню після- операційних вентральних гриж, є достатньо поширеною, проте робіт, які висвітлюють грижу, поєднану із спайковою кишковою непрохідністю, дуже мало. У цих хворих не вивчені питання впливу ендотоксикозу, який має місце при гострій та хронічній спайковій кишковій непрохідності, на пластичні здатності тканин до загоєння в ділянці передньої черевної стінки, на виникнення функціональної недостатності печінки, порушення її білково-синтезуючої функції, зниження імунологічної реактивності організму, що приводить до зниження пластичних властивостей тканин. Недостатньо вивчені питання виникнення змін в черевній порожнині в результаті переміщення органів в грижовий мішок у хворих з післяопераційними вентральними грижами.

Наведені обґрунтування і послужили причиною виконання даного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами і темами. Робота є фрагментом комплексної роботи кафедри факультетської хірургії “Автоматична комп'ютерна розшифровка фракцій сироваткового білка при хірургічній патології органів черевної порожнини (№ держреєстрації 1. 03. 05699П). В комплексній науковій роботі дисертант виконала фрагмент “Діагностика і лікування післяопераційної вентральної грижі, поєднаної із спайковою кишковою непрохідністю”. Наведені матеріали висвітлюють діагностику і лікування післяопераційної вентральної грижі, поєднаної з спайковою кишковою непрохідністю.

Мета дослідження. Розробити методику оперативного лікування хворих з післяопераційною вентральною грижею, поєднаною із гострою спайковою кишковою непрохідністю для запобігання рецидивів їх, з врахуванням впливу ендотоксикозу та гіпогідратації тканин на функціональний стан печінки та імунологічну реактивність організму.

Задачі дослідження. 1. Вивчити зміни спектру фракцій сироваткового білка методом диск-електрофорезу в поліакриламідному гелі, кількісні і якісні зміни IgG, IgA, IgM в цих фракціях, та функціональну активність клітинного імунітету в динаміці гострої спайкової кишкової непрохідності у хворих з післяопераційною вентральною грижею, як важливого показника ураження функціонального стану печінки, прогнозування перебігу захворювання та ураження імунологічного статусу.

2. Встановити порушення показників пероксидного окиснення ліпідів мембран клітин, стану антиоксидантного захисту, металовмісних ферментів: церулоплазміну, трансферину, каталази, карбоангідрази; та деяких ферментів печінки: орнітинкарбомойлтрансферази, аргінази, сорбітолдегідрогенази, і їхнє значення в прогнозуванні виникнення гострої печінкової недостатності, визначенні ендотоксикозу та функціонального ураження печінки.

3. На основі отриманих даних встановити діагностичні критерії прогнозування гострої печінкової недостатності та рецидиву післяопераційної вентральної грижі.

4. Розробити та удосконалити методи хірургічного лікування і тактики при післяоперацій-

ній вентральній грижі, та методи профілактики спайкової кишкової непрохідності.

Об'єкт дослідження: хворі з післяопераційними вентральними грижами різних розмірів і локалізації, поєднаними з гострою спайковою кишковою непрохідністю.

Предмет дослідження: зміни спектру фракцій сироваткового білка диск-електрофореграми в поліакриламідному гелі, кількісний і якісний вміст Ig G, Ig A, Ig M в цих фракціях та факторів клітинного імунітету, порушення пероксидного окиснення ліпідів і рівень антиоксидантного захисту, активності металовмісних ферментів та деяких ферментів печінки, методи оперативного лікування післяопераційних вентральних гриж в поєднанні з спайковою кишковою непрохідністю.

Методи дослідження: фізикальне обстеження хворих, інструментальні – електрокардіографія, пневмотахометрія, рентгенографія, ультразвукове обстеження; лабораторні – вивчення загально-клінічних обстежень, вивчення спектру фракцій сироваткового білка, вмісту трансферину, церулоплазміну, карбоангідрази, каталази, орнітинкарбомойлтрансферази, сорбітолдегідрогенази, аргінази, продуктів пероксидного окиснення ліпідів та стану антиоксидантного захисту; імунологічні – вивчення факторів гуморального і клітинного імунітету; імунохімічні – визначення якісного і кількісного вмісту Ig G, IgA, IgM в фракціях сироваткового білка диск-електрофореграми в поліакриламідному гелі; хірургічні – методи усунення гострої спайкової кишкової непрохідності, методика деконтамінації кишечника, пластика дефекту апоневрозу передньої черевної стінки, тактичні прийоми попередження нагноєння післяопераційної рани; корекція функціональних порушень печінки і імунологічного статусу організму; статистична обробка отриманих даних.

Наукова новизна одержаних результатів. У хворих із гострою спайковою кишковою непрохідністю, поєднаною із післяопераційною вентральною грижею вперше вивчено спектр фракцій сироваткового білка методом диск-електрофорезу в поліакриламідному гелі, кількісний вміст IgG, IgA, IgM в цих фракціях, вміст і функціональну активність Т- і В- лімфоцитів, пероксидне окиснення ліпідів, стан антиоксидантного захисту, що вказує на порушення функціонального стану печінки та зниження імунологічної реактивності організму. Отримані дані лягли в основу розробки методів лікування гострої недостатності печінки, її білково-синтезуючої функції, та корекції імунних зрушень. Розроблені хірургічні методи усунення спайкової кишкової непрохідності, та профілактики нових спайок.

Встановлено прогностичні критерії гострої печінкової недостатності на основі змін спектру фракцій сироваткового білка, активності ферментів печінки, зміни пероксидного окиснення ліпідів та стану антиоксидантного захисту, факторів гуморального і клітинного імунітету, та розроблено методи консервативного лікування цих порушень.

Удосконалена також операція пластики дефекту апоневрозу за М.Д. Василюком, при якій проводили зшивання передніх листків піхв прямих м'язів живота зшиваючим апаратом фірми Е?

TICON і укріплення скобок вузловими швами.

Практичне значення отриманих результатів. Розроблена тактика хірургічного лікування і профілактики рецидиву спайкової кишкової непрохідності. Після проведення ретельного вісцеролізу зрошували черевну порожнину розчином лідази 640Д розведеної на 100мл 0,9% ізотонічного розчину хлориду натрію.

Запропонована оригінальна методика пластики дефекту апоневрозу передньої черевної стінки при великих і гігантських багаторецидивних вентральних грижах (деклараційний патент на винахід № 67580 по заявці № 2003109745 від 30.10.2003. Бюл. 2004, № 6), яка полягає у тому, що після висічення рубцевих тканин, старих лігатур, лігатурних гранульом, мікроабсцесів в ділянці країв дефекту апоневрозу, при розмірах грижевих воріт 20 і більше см в діаметрі, накладають по три вузлові шви по середній лінії у верхньому і нижньому кутах дефекту апоневрозу з наступним утворенням дублікатури шляхом підшивання нижнього краю апоневрозу до внутрішньої поверхні верхнього, а верхній до зовнішньої поверхні нижнього із закриттям при цьому вузлових швів нижнього кута рани, а вузлові шви верхнього кута рани закривають "П"- подібними швами передніх листків піхв прямих м'язів живота. Удосконалені інші методи пластики дефекту апоневрозу при післяопераційних вентральних грижах.

Для попередження нагноєння післяопераційної рани та рецидиву грижі всім хворим підчас операції довенно вводили 1,5 г зінацефу, або 200 мг цифрану, в ділянці грижевих воріт кропітливо висікали рубцево змінені тканини, старі лігатури, лігатурогенні гранульоми, мікроабсцеси, а після пластики дефекту апоневрозу частково видаляли підшкірну основу разом з шкірою, що ліквідувало кишеню на місці пластики апоневрозу і звислий живіт та наявного інфікування рани підчас операції, з наступним активним дренаванням протягом 3 – 5 діб.

У хворих з гострою спайковою кишковою непрохідністю проводили корекцію в післяопераційному періоді гострої печінкової недостатності і імунологічних порушень. Цим хворим призначали білкові препарати, розчини амінокислот, судинно-розширюючі препарати та дезагреганти (трентал, актовегін, реополіглюкін), комплекс вітамінів, ессенціале, ехінацею, Т-активін, тималін, та інші.

Особистий внесок здобувача в розробку основних положень дисертації. Розробка основних теоретичних і практичних положень дослідження проведена автором самостійно.

Біохімічні, імунологічні, імунохімічні, допоміжні методи обстеження та статистичний аналіз отриманих результатів здійснено спільно з старшим лаборантом гепатологічної лабораторії та працівниками кафедри факультетської хірургії Івано-Франківської державної медичної академії.

Провела обстеження хворих з післяопераційною вентральною грижею, поєднаною із спайковою кишковою непрохідністю, проводила передопераційну підготовку і консервативну терапію, направлену на ліквідацію кишкової непрохідності, була оператором, або асистувала на операціях,

вела хворих в післяопераційному періоді, що задекларовано актом перевірки первинної документації комісії Івано-Франківської державної медичної академії.

Узагальнення отриманих результатів, обґрунтування висновків і практичних рекомендацій проведено пошукачкою разом із науковим керівником.

В наукових журналах рекомендованих ВАК України опублікувала 8 робіт, з них 6 - у співавторстві разом з науковим керівником, де використано матеріали здобувача, самостійно писала статті. Автору надана консультативна допомога наукового керівника, що стосується практичних рекомендацій і висновків.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації оприлюднені на Всеукраїнській конференції хірургів з міжнародною участю “Гнійно-септичні ускладнення в хірургії, нові технології XXI ст.” Івано-Франківськ, (2002), на міжнародній науково-практичній конференції “Нерешенные и спорные вопросы хирургии гепатобилиарной зоны”, Одеса, (2003), “Деякі питання невідкладної хірургії”, Ужгород, (2003), “Актуальные проблемы современной герниологии”, Київ, (2003), на науково-практичній конференції “Актуальні питання невідкладної хірургії”, Харків (2004), на засіданні обласного товариства хірургів Івано-Франківської області (2003), та на спільному засіданні хірургічних кафедр та наукової комісії Івано-Франківської державної медичної академії, (2004).

Публікації. Результати роботи опубліковані в 12 наукових працях, в тому числі 8 – в фахових наукових журналах рекомендованих ВАК України, з них самостійних робіт 6, виконаних в співавторстві з науковим керівником – 6, в яких фактичний матеріал, основні положення належать здобувачу.

Структура і об’єм дисертації. Матеріали дисертації викладено разом з додатком на 195 сторінках машинописного тексту. Дисертація складається зі вступу, п’яти розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, додатків. Робота ілюстрована 21 рисунком і 22 таблицями. Список використаних літературних джерел включає 312 бібліографічних описів, серед них 204 кирилицею, і 108 латиною. Обсяг ілюстрацій, таблиць, бібліографічного опису та додатків становить 58 сторінок.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріал і методи дослідження. Нами піддано клінічному, інструментальному, лабораторному обстеженню та хірургічному лікуванню 132 хворих з післяопераційною вентральною грижею, поєднаною з спайковою кишковою непрохідністю, з них 21 чоловік і 111 жінок, віком від 16 до 82 років. Із 132 хворих у 82 спостерігалась гостра спайкова кишкова непрохідність, 45 із них були прооперовані у невідкладному порядку.

У 37 хворих гостра спайкова кишкова не-прохідність була ліквідована консервативними заходами, і у 50 пацієнтів на час поступлення клінічних проявів кишкової непрохідності не спостерігалось, хоча в анамнезі були приступи кишкової непрохідності, яку ліквідовували консервативними заходами. У більшості цих хворих під час операції виявили збільшення діаметру і гіпертрофію стінки проксимального відділу тонкої кишки, що вказувало на наявність хронічної спайкової кишкової непрохідності.

У 241 випадку спостерігались супутні захворювання. У всіх хворих проводили загальноклінічні лабораторні обстеження, ультразвукове сканування органів черевної порожнини, рентгенографію органів грудної клітки і шлунково-кишкового тракту, ЕКГ. По показаннях виконували спірометрію, проби Сообразе і Штанге.

У 66 хворих з гострою спайковою кишковою непрохідністю, і у 30, в яких на час поступлення явищ кишкової непрохідності не спостерігалось, вивчали спектр фракцій сироваткового білка методом диск-електрофорезу в поліакриамідному гелі, кількісний вміст Ig G, Ig A, Ig M в цих фракціях, фактори клітинного і гуморального імунітету, показники пероксидного окиснення ліпідів та рівень антиоксидантного захисту, внутріклітинні ферменти печінки – АсАТ, АлАТ, карбоангідразу, аргіназу, каталазу, сорбітолдегідрогеназу, орнітилкарбомойлтрансферазу. Дослідження проводили при поступленні, на 3-5 доби після ліквідації кишкової непрохідності оперативним шляхом, або консервативними заходами, і у пацієнтів контрольної групи в процесі підготовки до операції.

У хворих з гострою спайковою кишковою непрохідністю спостерігалась гіпопротеїнемія ($61,25 \pm 2,96$ г/л) при контролі ($80,00 \pm 2,60$ г/л), що було пов'язане з втратою білка і порушенням його синтезу внаслідок ураження гепатоцитів. При розшифруванні спектру фракцій сироваткового білка диск-електрофореграми в поліакриамідному гелі виявлено гіпоальбумінемію $42,65 \pm 2,80\%$ при контролі $52,50 \pm 2,05\%$, яка мала прямий зв'язок із тяжкістю патологічного процесу.

Білки фракції 4 зростали в 1,7 рази в порівнянні з контролем продовжували знаходитись на високому рівні після операції і при виздоровленні ($p < 0,05$).

У хворих, в яких вдалось консервативними заходами ліквідувати кишкову непрохідність, білки в даній фракції також були достовірно підвищеними ($p < 0,05$). Білки фракції 3 зникали, а фракція 5 мала тенденцію до зниження.

Зростав вміст церулоплазміну, трансферину, α_2 -макроглобулінів та β -ліпопротеїдів, відповідно: $2,65 \pm 0,24\%$, $13,72 \pm 0,22\%$, $3,75 \pm 0,18\%$, $4,82 \pm 0,34\%$, при контролі $-1,42 \pm 0,16\%$, $10,80 \pm 0,17\%$, $2,85 \pm 0,18\%$ і $2,10 \pm 0,24\%$, а також гостро фазних білків фракцій 17 і 19, відповідно: $2,80 \pm 0,22\%$ і $3,21 \pm 0,25\%$, при контролі $1,10 \pm 0,12\%$ і $1,85 \pm 0,18\%$. Як правило, ці зміни спостерігалися у всіх хворих з гострою спайковою кишковою непрохідністю, що вказувало на ураження гепатоцитів та ушкодження білковосинтезуючої функції печінки. Вміст білків цих фракцій сироваткового білка після операції і консервативної ліквідації непрохідності також був підвищений, і тільки з виздоро-

вленням поступово знижувався.

Паралельно наступали значні зрушення вмісту IgG, IgA, IgM. Вміст IgG становив $10,25 \pm 2,15$ г/л, що на 20-25 % нижче від показників контрольної групи. Спостерігалось збільшення імунних комплексів майже в 3 рази, які локалізувались в крупнопористому гелі $2,80 \pm 0,28$ г/л, в порівнянні з контролем $0,96 \pm 0,10$ г/л. А також зменшення Ig G в фракціях 23-21, в 23 – $0,62 \pm 0,12$ г/л, в 22 – $0,62 \pm 0,08$ г/л, і в 21 – $0,56 \pm 0,07$ г/л, при контролі відповідно: $1,30 \pm 0,13$ г/л, $1,66 \pm 0,12$ г/л, і $1,68 \pm 0,12$ г/л, що пов'язано з ослабленням імунного захисту організму, так як у цих фракціях знаходяться природні аутоантитіла. Після операції чи ліквідації гострої спайкової кишкової непрохідності консервативними заходами наступало зменшення Ig G в фракції 26-24, в зв'язку з утворенням імунних комплексів в патологічно змінених тканинах, куди перемістились Ig G, які локалізувались в фракції 26 - 24. Вміст IgA в сироватці крові хворих також зменшувався і становив $1,35 \pm 0,16$ г/л. У фракціях сироваткового білка спостерігалось зниження кількості Ig A, що пов'язано з переходом його в стінку ураженої кишки з утворенням секреторного Ig A, який визначався в крупнопористому гелі сироватки крові $0,32 \pm 0,08$ г/л при відсутності його в контролі. В ексудаті черевної порожнини Ig G дорівнював в крупнопористому гелі $1,10 \pm 0,15$ г/л і Ig A $0,56 \pm 0,10$ г/л, що вказувало на наявність імунних комплексів цих класів імуноглобулінів. Ig M у всіх хворих з гострою спайковою кишковою непрохідністю були підвищені, їх вміст переважав в крупнопористому гелі і зменшувався в фракціях 27-25.

У хворих з гострою спайковою кишковою непрохідністю спостерігалось абсолютне і відносне зниження у 2,5 рази вмісту лімфоцитів, при контролі $2,15 \pm 0,14 \cdot 10^9$ /л, і $27,50 \pm 2,50$ %.

Відмічалось підвищення у 3 рази О-лімфоцитів, та на 50 % - Д-лімфоцитів, в порівнянні з контролем, відповідно: $3,8 \pm 0,2$ % і $33,3 \pm 2,6$ %.

Кількість малонового диальдегіду у хворих основної групи підвищувалась до $(6,286 \pm 0,116$ нмоль/мл), в порівнянні з контролем $(3,15 \pm 0,15$ нмоль/л), дієнових кон'югат відповідно – $3,60 \pm 0,32$ Е/мл, при контролі $(1,20 \pm 0,10$ Е/мл). Аналогічно відмічались зміни інших показників пероксидного окиснення ліпідів.

Антиоксидантний захист організму був значно ослаблений.

Підвищення активності одних факторів антиоксидантного захисту (табл.1) та зниження інших свідчить про напруження антиоксидантної системи захисту, а прогресивне зниження активності всіх ферментів антиоксидантного захисту при гострій спайковій кишковій непрохідності є показником виснаження антиоксидантного захисту та дезадаптації компенсаторних механізмів.

У хворих з гострою спайковою кишковою непрохідністю спостерігалось значне підвищення активності ферментів, що свідчить про зниження функції гепатоцитів та виникнення їх апоптозу. Після проведеного лікування показники цих ферментів поступово мали тенденцію до нормалізації (табл.2).

Таблиця 1.

Активність деяких металоферментів у хворих з гострою спайковою кишковою непрохідністю, в поєднанню з післяопераційною вентральною грижею.

| Показники | Контрольна група | Хворі з гострою спайковою кишковою непрохідністю | | | | |
|------------------------|------------------|--|----------------------|---------------|-----------------|------------------------------------|
| | | До операції | 3-5 доба по операції | При видужанні | При поступленні | При ліквідації консерват. заходами |
| Трансферин, % | 10,80±0,17 | 13,72±0,22* | 12,85±0,22 | 12,04±0,28 | 12,60±0,23* | 11,20±0,26 |
| Церулоплазмін, % | 1,42±0,16 | 2,65±0,24* | 3,48±0,22* | 2,90±0,26* | 2,72±0,26 | 2,80±0,25 |
| Карбоангідраза, ум.од. | 1,25±0,05 | 0,78±0,06 | 0,82±0,04 | 1,06±0,05 | 0,72±0,08* | 0,91±0,05 |
| Каталаза, мгНО/мл | 18,80±0,45 | 6,26±0,42 | 8,48±0,29 | 10,90±0,41 | 8,24±0,32* | 9,36±0,28* |

- -дані достовірні по відношенню до контрольної групи

Таблиця 2.

Зміни активності деяких ферментів в сироватці крові у хворих із гострою спайковою кишковою непрохідністю, поєднанню з післяопераційною вентральною грижею

| Ферменти крові | Контрольна група | Хворі з гострою спайковою кишковою непрохідністю | | |
|-----------------------|------------------|--|---|---------------|
| | | До операції | 3-5 доба по операції чи консервативної ліквідації | При видужанні |
| АсАт, ммоль/л | 0,15±0,06 | 0,95±0,15* | 0,89±0,14* | 0,46±0,05 |
| АлАт, ммоль/л | 0,25±0,07 | 1,06±0,14* | 0,96±0,12* | 0,62±0,10 |
| Аргіназа, ммоль/год.л | 0,16±0,08 | 0,58±0,07* | 0,54±0,08* | 0,24±0,05* |
| Карбоангідраза, од | 1,260±0,019 | 0,86±0,08* | 0,78±0,06* | 0,92±0,08 |

| | | | | |
|------------------------------------|-------------|--------------|--------------|-------------|
| Сорбітолдегідрогеназа, ммоль/год.л | 0,014±0,004 | 0,090±0,040* | 0,068±0,015* | 0,016±0,003 |
| Орнітилкарбомоїлтрансфераза, мк/мл | 0,15±0,08 | 0,82±0,12* | 0,78±0,13* | 0,21±0,03 |

Виходячи з отриманих даних і аналізуючи клінічні прояви, нами були встановлені критерії прогнозування гепатоцелюлярної недостатності при гострій спайковій кишковій непрохідності:

- наявність в анамнезі перенесеного вірусного гепатиту, обтураційної жовтяниці, тривалого прийому медикаментозних і хіміотерапевтичних препаратів, контакт з отруйними хімічними речовинами, який пов'язаний з умовами праці;
- наявний ендотоксикоз та гіпогідратація клітин і тканин при гострій спайковій кишковій непрохідності з ураженням центральної нервової системи і виникненням поліорганної недостатності;
- дані достовірні по відношенню до контрольної групи
- гіпопротеїнемія, нижче 55 – 56%, гіпоальбумінемія з нижньою межею альбумінів 28 – 30 %, та диспротеїнемія фракцій посттрансферинової зони диск-електрофореграми в поліакриламідному гелі.
- підвищення вмісту церулоплазміну в 2—3 рази, та кількості трансферину до (13,5±0,32%).
- високий вміст α_2 – макроглобулінів (4,2±0,46%), та β - ліпопротеїдів (4,5±0,36%).
- підвищення кількості малонового диальдегіду до 5,90±0,18 нмоль/мл, та дієнових кон'югат до 3,60±0,32Е/мл, зниження рівня антиоксидантного захисту, та підвищення активності ферментів печінки – АсАТ, АлАТ, аргінази, сорбітолдегідрогенази, орнітилкарбомоїлтрансферази;
- гіпоімуноглобулінемія IgG, IgA, IgM, збільшення вмісту імунних комплексів IgG в 3,5 разів, різке зниження Ig G в фракціях 23 – 21, поява IgA в крупнопористому гелі.
- висока кількість імунних комплексів в ексудаті черевної порожнини;

Вибір методу оперативного лікування залежав від розмірів післяопераційної вентральної грижі, її локалізації, наявності хронічної чи гострої спайкової кишкової непрохідності, загального стану.

При підготовці до операції хворих з гострою спайковою кишковою непрохідністю, проводили корекцію наявних змін функції печінки для попередження виникнення гострої печінкової недостатності після операції, що включало введення довенно крапельно актовегіну або тренталу 5 мл на ізотонічному розчині, свіжозамороженої нативної плазми в кількості 100 – 200 мл, альбуміну 100 - 200 мл, 5% розчину глюкози з аскорбіновою кислотою 5% - 20 мл, комплексу вітамінів групи В, трисолу, калію хлориду 3% - 40 мл.

У 45 хворих з післяопераційною вентральною грижею, поєднаною із гострою спайковою кишковою непрохідністю в невіджданому порядку проведено оперативне лікування. Із наведеного числа хворих защемлення грижі спостерігалось у 8 хворих (17,7%), спайкова кишкова непрохідність -- у 37 (82,2%). У 11 хворих (24,4%) при ревізії органів черевної порожнини виявлено нежиттєздатні петлі тонкого кишечника, які були резектовані з накладанням ентоероанастомозу.

Інтенсивність спайкового процесу у всіх хворих була неоднаковою. У 11 хворих (24,4%) спайковий процес переважав у грижовому мішку, у 26 (57,7%) – у черевній порожнині, і у 8 (17,7%) – у грижовому мішку і у черевній порожнині. Проводили ретельний вісцероліз, так як залишення нероз'єднаних спайок між органами черевної порожнини є причиною виникнення ранньої спайкової кишкової непрохідності в післяопераційному періоді. Частково резекували склерозований, із запальними змінами великий сальник. Евакуювали кишковий вміст з проксимальних відділів кишечника. Для профілактики розвитку спайкового процесу у 14 хворих в черевну порожнину вводили 64 ОД лідази розведеної на 100 мл ізотонічного розчину. Операція вісцеролізу нами віднесена до корегуючих операцій. Паралельно виправляли деформацію органів шлунково-кишкового тракту, яка викликана спайками, що в певній мірі попереджувало рецидиви спайкової кишкової непрохідності і грижі.

Перед проведенням пластики дефекту апоневрозу у цих хворих, ретельно висікали старі рубцеві тканини, лігатурні гранульоми, мікроабсцеси, в яких знаходилася “дрімаюча” інфекція, яка сприяла інфікуванню тканин в місці пластики.

У 19 хворих із даної групи при великих і гігантських багаторецидивних післяопераційних вентральних грижах, ми використовували запропоновану нами оригінальну методику (деклараційний патент на винахід № 67580 по заявці № 2003109745 від 30.10.2003. Бюл. 2004, № 6). Після висічення рубцево змінених країв грижевих воріт накладали по три повздовжні шви по середній лінії у верхньому і нижньому кутах рани, з наступною пластикою грижевих воріт в поперечному напрямку із створенням дублікатури, так що нижній край апоневрозу підшивали до внутрішньої поверхні верхнього, а верхній до зовнішньої поверхні нижнього із закриттям повздовжніх швів нижнього краю рани, а повздовжні шви верхнього краю закривали “П”- подібними швами передніх листків піхв прямих м'язів живота.

У 4 хворих при локалізації післяопераційної вентральної грижі в правій здохвинній ділянці, пластику проводили власними тканинами, шляхом створення дублікатури.

У 6 хворих цієї групи при багаторецидивуючих гігантських післяопераційних вентральних грижах, ожирінні та супутній патології, пластику проводили з використанням поліпропіленової сітки.

У решти хворих пластику проводили за Мейо та Сапежко в нашій модифікації.

Операцію закінчували висіченням клаптів шкіри разом з підшкірною жирОВОЮ клітковиною, що дозволяло ліквідувати кишеню над місцем пластики апоневрозу та звислий живіт.

Протягом 2 – 4 діб після операції проводили активне вакумне дренажування підшкірної основи направлене на відсмоктування тканинного ексудату та крові з дна рани.

Підчас операції всім хворим вводили довенно 1,5 г зінацефу. В післяопераційному періоді призначали не менше двох антибіотиків широкого спектру дії. Застосовували синтетичні пеніциліни, цефалоспорини III і IV покоління, аокремим хворим призначали довенно абактал 5 мг на 5% -- 200 мл розчині глюкози, або метрогіл.

У 11 хворих, у яких при обстеженні виявили критерії прогнозування ураження печінки, розвинулись клінічні прояви гострої печінкової недостатності. У цих хворих спостерігалась артеріальна гіпотонія, пригнічення рефлексів, збільшення частоти серцевих скорочень, емоційно-психічна неврівноваженість, порушення сну, зниження пам'яті, пригнічення рефлексів, як прояви енцефалопатії. У тяжких випадках спостерігалась олігоурія. Лабораторні дослідження вказували на гіпербілірубінемію, зростання активності цитолітичних ферментів, гіпер- і диспротеїнемію фракцій сироваткового білка, дисімуноглобулінемію, гіперглікемію, зростання кількості сечовини, креатиніну. У цих хворих була діагностована I або II стадія печінкової недостатності за Гольперіном. Одна хвора померла від супутньої патології.

У 37 хворих гостру спайкову кишкову непрохідність ліквідували консервативними заходами (проведенням сифонної клізми, довенним введенням спазмолітиків, новокаїну). Як правило, ці хворі були оперовані в плановому порядку після відповідного обстеження та передопераційної підготовки, разом з 50 хворими, в яких явищ непрохідності кишечника на день поступлення в клініку не спостерігалось. У даних хворих були виконані різні оперативні втручання. Ми дотримувалися принципу “кожному хворому своя операція”. Так, у 4 хворих паралельно проведена холецистектомія, і у 1 хворої – холецистектомія, холедохотомія, видалення конкрементів з холедоха з дренажуванням його за Вишневським, у 1 хворої видалення кисти ячника, і у 1 – апендектомія, внаслідок різко зміненого апендикса, і наявності спайок. У 1 хворої лапароскопічним методом проведена холецистектомія. Ми вважаємо, що виконання симультанних операцій у таких хворих є виправданим, так як ми піддаємо їх певному ризику, коли в черевній порожнині залишається той чи інший патологічно змінений орган.

У 42 хворих зрошували черевну порожнину розчином лідази (64 ОД розведеної в 100 мл ізотонічного розчину натрію хлориду), що дозволило зменшити утворення нових спайок. Свідченням цього була відсутність ознак гострої кишкової непрохідності у цих хворих у віддалені терміни після операції. Протипоказом для введення лідази в черевну порожнину було ушкодження стінки кишки при розділенні спайок, великі площі десеризації петель кишок, та резекція їх.

Після виконання корегуючих і симультанних операцій в черевній порожнині, ми виконува-

ли пластику дефекту апоневрозу найчастіше власними тканинами. Важливою умовою операції було не зменшити об'єм черевної порожнини і створити мінімальний натяг тканини на місці пластики.

При епігастральних, умбілікальних і параумбілікальних грижах малих і середніх розмірів у 8 хворих була виконана типова операція Сапежко.

У 7 хворих з гігантськими рецидивними післяопераційними вентральними грижами була виконана операція М.Д.Васильюка, суть якої полягає в наступному. Для збільшення площі апоневрозу проводили розсічення піхв прямих м'язів живота зліва по задній поверхні і справа по передній поверхні. Першим рядом швів проводили зшивання розширених задніх листків піхв прямих м'язів, після чого кетгуттовими нитками зшивали прямі м'язи між собою, а потім зшивали зовнішні листки прямих м'язів живота. У 6 хворих ми внесли певні зміни при зшиванні передніх листків піхв прямих м'язів – використовували зшиваючий апарат. Для цього краї передніх листків піхв прямих м'язів живота брали на держалки і зшиваючим апаратом з'єднували краї. Для попередження розгинання скобок і розходження країв, їх додатково укріплювали окремими вузловими швами.

У 29 хворих була виконана операція пластики апоневрозу передньої черевної стінки за Мейо в нашій модифікації.

У 24 хворих з багаторецидивними гігантськими і великими грижами, із звислим животом була виконана запропонована нами операція, яка була описана.

Дефекти апоневрозу у 12 хворих, які виникли після апендектомії і нефректомії та інших операцій, ушивали шляхом створення м'язево-апоневротичної дублікатури.

У 5 хворих з великими дефектами апоневрозу передньої черевної стінки при багаторецидивних грижах після зшивання дефекту апоневрозу місце пластики укріплювали накладанням поліпропіленової сітки, яку пришивали герніостеплером, або лавсановою ниткою надапоневротичним способом (onlay). Ретельне прикріплення сітки до зовнішньої поверхні апоневрозу є дуже важливим, так як ми зустрічали клінічні випадки, коли наступало розходження швів апоневрозу, а петлі кишок розміщувалися в кишені між сіткою і апоневрозом, що сприяло постійному ущемленню їх.

Висічення старих рубців, мікроабсцесів, та лігатурогенних гранульом з апоневрозу в ділянці грижових воріт сприяє значному зменшенню інфікування тканин в місці пластики і післяопераційної рани в цілому. Як показали наші дослідження, проведені у 32 хворих, посів старих лігатур і гранульом у 20 хворих (62%) дав ріст патогенної гноєрідної мікрофлори.

В післяопераційному періоді особливого догляду потребували хворі, оперовані в ургентному порядку з клінікою гострої спайкової кишкової непрохідності поєднаної з післяопераційною вентральною грижею. Як правило, ці хворі перебували в палаті інтенсивної терапії. У них наступало порушення функції печінки внаслідок наявної інтоксикації та гіпогідратації тканин. Для

корекції цих змін, хворим призначали довенні введення спазмолітичних препаратів (папаверин 2 мл, платифілін 2 мл, або но-шпи 2 мл), одночасно довенно вводили альбумін, розчини амінокислот, нативну або свіжозаморожену плазму, комплекс вітамінів групи В, у великих дозах довенно аскорбінову кислоту –5%-10-20 мл на добу. Хворим призначали також довенно 5% розчин глюкози, есенціале 5 мл, вітамін Е, полівітаміни, тималін, настойку ехінацеї. При вивченні спектру фракцій сироваткового білка у таких хворих на 3 – 5 доби після операції, було виявлено тенденцію до нормалізації показників. У зв'язку із зневодненням організму даній групі хворих призначали довенно 800 – 1200 мл натрію хлориду, трисоль – 400 мл, 6% - 400 мл розчину рефортану або стабізолу.

Хворим з ознаками дихальної і серцево-судинної недостатності призначали вдихання зволоженого кисню, надавали в ліжку положення Фовлера, проводили дихальну гімнастику, призначали: муколван, бронхолітин, сульфокамфокаїн, серцеві глікозиди, рибоксин, поляризуючу суміш, АТФ.

Хворих з цукровим діабетом вводили інсулін згідно рекомендацій ендокринолога.

У хворих із артеріальною гіпертонією призначали дом'язево 25% - 10 мл сульфату магnezії, дібазол, папаверин та інші препарати.

Вводили назогастральний зонд для промивання шлунку, а на другу добу призначали препарати для стимуляції перистальтики кишечника.

Поряд із ліквідацією больового синдрому хворим уже на наступну добу після операції дозволяли вставати, і ходити.

У 20 хворих в лікувальний комплекс включали фраксипарин по 0,3 мл 1 раз на добу протягом 5 діб з переходом на аспірин по 325 мг 1 раз на добу. При наявності варикозного розширення підшкірних вен нижніх кінцівок проводили їх бинтування еластичним бинтом протягом всього післяопераційного періоду. У 57 хворих використовували пристрій Г. Малиновського, який дозволяв проводити імітоване ходіння і забезпечував пришвидшення кровотоку у венах нижніх кінцівок у 2 – 3 рази.

Віддалені результати були вивчені від 6 місяців до 5 років. Всім оперованим хворим було відправлено запрошення з'явитись в клініку для перевірки стану їхнього здоров'я.

При неможливості з'явитися у клініку разом із заповненням була відправлена анкета. Із 132 хворих – 62 з'явилися в клініку і були обстежені нами особисто. 42 – відповіли на поставлені запитання і прислали заповнену анкету, 4 – поступили в клініку на лікування в зв'язку з іншим захворюванням, і були нами обстежені, 6 пацієнтів ми обстежили на дому і по місцю праці. Таким чином було обстежено 114 пацієнтів.

Результати оцінювали за п'ятибальною системою. До відмінних результатів віднесено 32 пацієнтів, які не пред'являли скарг і були здоровими. До пацієнтів з добрими результатами віднесено 42 хворих, у

яких періодично спостерігалися прояви часткової спайкової кишкової непрохідності. Задовільні результати відмічено у 37 хворих, у яких спостерігали приступи спайкової кишкової непрохідності, які були ліквідовані консервативними заходами, рецидиву грижі не було.

У 3 пацієнтів був рецидив грижі, вони піддані повторному оперативному лікуванню. Віддалені результати лікування у них розцінено як незадовільні.

Таким чином, проведене комплексне обстеження і оперативне лікування хворих з післяопераційною вентральною грижею поєднаною з спайковою кишковою непрохідністю дозволило досягти позитивних результатів у 97,5 % пацієнтів.

ВИСНОВКИ

В дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення наукового завдання, що виявляється у встановленні особливостей хірургічного лікування хворих на післяопераційну вентральну грижу, поєднану із спайковою кишковою непрохідністю, і прогнозування виникнення гострої печінкової недостатності, яка вирішена шляхом індивідуального підходу до пластики грижевих воріт, розроблення методики для попередження рецидивів грижі і спайкової кишкової непрохідності на основі вивчення функціонального стану печінки та імунної реактивності організму та зроблено висновки:

1. Причиною утворення післяопераційної вентральної грижі є нагноєння післяопераційної рани, наявність гнійного процесу в черевній порожнині, розвиток печінкової недостатності, при поєднанні грижі з гострою спайковою кишковою непрохідністю, яка знижує пластичні властивості тканин після операції; ослаблення імунної реактивності організму; порушення обміну речовин; реакція тканин на шовний матеріал; недостатня поширена адаптація тканин передньої черевної стінки, що сприяє інтерпозиції їх; перерозтягнення тканин апоневрозу, що веде до ішемії їх, недотримання хворими умов праці і відпочинку після операції.

2. Для попередження нагноєння післяопераційної рани та рецидиву грижі у даних хворих при повторних операціях слід проводити, кропітливе висічення старих рубців, лігатурних гранульом, мікроабсцесів, в ділянці грижових воріт, які в 62% випадків містять латентну гноєрідну мікрофлору, а також видаляти клапті надлишкової шкіри і підшкірної клітковини, для зменшення кишені над місцем пластики апоневрозу, і ліквідації звислого живота, з активним дренажуванням післяопераційної рани, доведенням введення під час операції 1,5 г зінацефу (цефуроксиму), або 200 мг цифрану з обов'язковим призначенням після операції не менше двох антибіотиків широкого спектру дії.

3. При великих і гігантських багаторецидивуючих післяопераційних вентральних грижах пластику дефекту апоневрозу необхідно проводити власними тканинами по запропонованій нами оригінальній ме-

тодиці, яка не приводить до натягу тканин апоневрозу, а також пластику з використанням поліпропіленової сітки.

4. При виборі методу пластики дефекту апоневрозу передньої черевної стінки при грижах малих і середніх розмірів, необхідно використовувати спосіб Мейо та інші, в нашій модифікації.

5. Найявний ендотоксикоз, порушення водно-електролітного обміну та гіпогідратація клітин та тканин при гострій спайковій кишковій непрохідності, поєднаній з післяопераційною вентральною грижею, приводить до зростання показників пероксидного окиснення ліпідів: малонового диальдегіду $6,286 \pm 0,116$ нмоль/мл, дієнових кон'югат $3,60 \pm 0,32$ Е/мл ($P < 0,05$); зниження рівня антиоксидантного захисту: підвищення трансферину та церулоплазміну, зниження рівня каталази у 3 рази ($P < 0,05$); ураження білково-синтезуючої функції печінки, що проявлялось гіпопротеїнемією $62,60 \pm 2,85$ г/л, гіпоальбумінемією $42,65 \pm 2,80$ г/л, диспротеїнемією швидких і повільних посттрансферинів, підвищення вмісту гострофазних білків фракцій 1, 14, 22, 25, що є критеріями прогнозування виникнення гострої печінкової недостатності, і сприяло зниженню пластичних властивостей тканин в післяопераційному періоді.

6. Найявний ендотоксикоз та порушення функції печінки при гострій спайковій кишковій непрохідності, поєднаній з післяопераційною вентральною грижею, приводить до кількісних змін IgG, Ig A, Ig M в фракціях сироваткового білка, зокрема збільшення імунних комплексів майже в 3 рази, зниження Ig G в фракціях 21 – 23 ($P < 0,05$), що вказує на пригнічення природного імунного захисту; низький вміст Ig A в сироватці крові виникає внаслідок перерозподілу його з утворенням секреторного IgA, про що свідчить зростання кількості імунних комплексів в ексудаті черевної порожнини цього класу імуноглобуліну. Наведені показники є прогностичними критеріями виникнення печінкової недостатності в післяопераційному періоді та зниження імунного статусу організму.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для прогнозування виникнення гострої печінкової недостатності у хворих з післяопераційною вентральною грижею, поєднаною з спайковою кишковою непрохідністю необхідно встановити критерії виникнення її на основі визначення показників пероксидного окиснення ліпідів та рівня антиоксидантного захисту, спектру фракцій сироваткового білка методом диск-електрофорезу в ПААГ, факторів клітинного і гуморального імунітету, активності ферментів крові, та проводити відповідне лікування.

2. Для попередження рецидиву грижі необхідно проводити ретельне висічення рубцево-змінених тканин апоневрозу, лігатурних гранульом, мікроабсцесів у ділянці воріт апоневрозу з обов'язковим вісцеролізом, проведенням симультанних операцій; висіченням підшкірної основи

та шкіри над місцем пластики, що зменшує кіншею над апоневрозом, з наступним її активним дрениванням; інтраопераційним введенням довенно 1,5 г зінацефу (цефуроксиму), або 200 мг цифрану, з наступною пластикою дефекту апоневрозу, вибір якої проводять індивідуально для кожного хворого.

3. При великих і гігантських багаторецидивуючих грижах необхідно застосовувати запропоновану нами оригінальну методику пластики дефекту апоневрозу передньої черевної стінки, яка полягає у накладанні по три вузлові шви у верхньому і нижньому кутах дефекту апоневрозу з наступною дублікатурою апоневрозу в поперечному напрямку, яка дозволяла закрити шви у нижньому куті рани, а у верхньому куті - шви закривали шляхом накладання "П" - подібних швів на передні листки піхв прямих м'язів живота, а при виражених рубцевих змінах апоневрозу проводити пластику з використанням поліпропіленової сітки.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:

1. Біцька І.В. Спайкова кишкова непрохідність, поєднана з післяопераційною вентральною грижею, і її хірургічне лікування // Шпитальна хірургія. – 2003. - № 1. – С. 52 – 55.

2. Біцька І.В. Зміни деяких показників гуморального імунітету у хворих на спайкову кишкову непрохідність, поєднану з вентральною грижею // Шпитальна хірургія. –2003. - № 4 . – С. 15 – 18.

3. Василюк М.Д., Біцька І.В. Хірургічне лікування гострої злукової непрохідності кишок у хворих з великими і гігантськими вентральними грижами // Харківська хірургічна школа. –2004. - №1—2. – С. 83 – 84. (Проведено обстеження і лікування хворих, зібрано клінічний матеріал, літературний огляд за темою, написана робота і висновки).

4. Василюк М.Д., Біцька І.В. Новий підхід до лікування злукової кишкової непрохідності, поєднаної з післяопераційною вентральною грижею // Науковий вісник Ужгородського університету, серія медицина. – 2003.--№ 20. – С. 104 – 106. (Проведено обстеження і лікування хворих, зібрано клінічний матеріал, написана робота і висновки).

5. Біцька І.В., Василюк М.Д. Профілактика рецидивів післяопераційних вентральних гриж // Галицький лікарський вісник. – 2002.--№3 – С. 20 – 21. (Зібрано матеріал, проведені обстеження, огляд літератури за темою, написана робота і висновки).

6. Василюк М.Д., Біцька І.В. Пластика дефекту апоневрозу передньої черевної стінки при післяопераційній вентральній грижі, поєднаній з гострою спайковою кишковою непрохідністю // Клінічна хірургія. –2003.-- № 11.– С. 9 – 10. (Обстежено хворих, написано роботу і висновки, зроблена доповідь на міжнародній конференції).

7. Василюк М.Д., Біцька І.В. Пероксидне окиснення ліпідів, стан антиоксидантного захисту та активність деяких ферментів печінки в крові хворих на спайкову кишкову непрохідність // Буковинський медичний вісник. --2004.--Т. 8. -- № 1. – С.36 – 40. (Проведено обстеження і лікування хворих, вивчено зміни стану пероксидного окислення ліпідів та рівня антиоксидантного захисту, виконана статистична обробка матеріалу, написано роботу і висновки).

8.Біцька І.В., Василюк М.Д. Порушення білковосинтезуючої функції печінки при гострій спайковій кишковій непрохідності, поєднаній з післяопераційною вентральною грижею // Вісник морської медицини. – 2003.--№ 2 .– С.29—31. (Обстежувала і лікувала хворих, вивчала зміни спектру фракцій сироваткового білка в динаміці захворювання і лікування, провела статистичну обробку отриманих даних, написала роботу і висновки).

9. Василюк М.Д., Біцька І.В. Спосіб пластики грижі передньої черевної стінки // Декларативний патент на винахід № 67580 по заявці № 2003109745 від 30.10.2003. Бюл. 2004, №6 (Запропоновано спосіб пластики дефекту апоневрозу передньої черевної стінки, прооперовано з застосуванням даного методу 18 хворих, проведено опис і подано заявку).

10.Біцька І.В. Злукова кишкова непрохідність у хворих літнього і старечого віку з післяопераційними вентральними грижами // Матеріали IV української конференції молодих вчених, присвячена пам'яті академіка В.В. Фролькіса . – Київ. -- 2003. – С. 22 – 23.

11.Біцька І.В. Зміни гуморального імунітету у хворих літнього і старечого віку з гострою спайковою кишковою непрохідністю, поєднаною з післяопераційною вентральною грижею // Матеріали V конференції молодих вчених, присвяченої пам'яті академіка В.В. Фролькіса. – Київ. – 2004. – С.18.

12.Біцька І.В. Післяопераційна вентральна грижа і хірургічне лікування злукової кишкової непрохідності // Перша всеукраїнська науково-практична конференція “Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії”. – Львів.—2004. – С. 87.

АНОТАЦІЯ

Біцька І.В. Хірургічне лікування післяопераційної вентральної грижі, поєднаної з спайковою кишковою непрохідністю. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03. – хірургія. – Тернопільська державна медична академія імені І.Я. Гобачевського МОЗ України, Тернопіль, 2004 р.

Проведено комплексне клінічне, лабораторне і інструментальне обстеження і хірургічне лікування 132 хворих з післяопераційною вентральною грижею, поєднаною з спайковою кишковою непрохідністю. У 82 хворих спостерігалась гостра спайкова кишкова непрохідність, і у 50 – на

час поступлення клініки кишкової непрохідності не спостерігалось.

У 66 хворих з гострою спайковою кишковою непрохідністю, і у 30, у яких на час поступлення не спостерігалось явищ кишкової непрохідності, було вивчено спектр фракцій сироваткового білка методом диск-електрофорезу в поліакриламідному гелі, вміст Ig G, Ig A, Ig M в цих фракціях, фактори клітинного імунітету, показники пероксидного окиснення ліпідів, рівень антиоксидантного захисту, активність ферментів печінки.

Встановлено виражені зміни білкового спектру, факторів гуморального і клітинного імунітету, показників пероксидного окиснення ліпідів та рівня антиоксидантного захисту, які вказують на значне ураження печінки внаслідок ендотоксикозу. Виділено прогностичні критерії розвитку гострої печінкової недостатності, запропоновані методи її профілактики та лікування.

При багаторецидивних гігантських післяопераційних вентральних грижах запропонована оригінальна методика пластики дефекту апоневрозу передньої черевної стінки. Внесено модифікації операцій Мейо, Сапежко, Василюка.

Запропонована хірургічна тактика та методи лікування дозволили досягти позитивних результатів у 97,5% пацієнтів у віддалені терміни.

Ключові слова: післяопераційна вентральна грижа, гостра спайкова кишкова непрохідність, фракції сироваткових білків, імуноглобуліни, дієнові кон'югати, продукти антиоксидантного захисту.

АННОТАЦИЯ

Бицкая И.В. Хирургическое лечение послеоперационной вентральной грыжи, сочетанной с спаечной кишечной непроходимостью.- Рукопись.

Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03. – хирургия. – Тернопольская государственная медицинская академия имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины, Тернополь, 2004г.

Проведено комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование и хирургическое лечение 132 больных с послеоперационной вентральной грыжей разной величины, сочетанной с спаечной кишечной непроходимостью. Среди обследованных 82 больных были с острой спаечной кишечной непроходимостью, и 50 больных, у которых на период поступления в стационар клинических проявлений кишечной непроходимости не было.

У 66 больных с острой кишечной непроходимостью, и у 30 больных при отсутствии кишечной непроходимости, наряду с общеклиническими исследованиями был изучен спектр фракций сывороточного белка методом диск-электрофореза в полиакриламидном геле, содержание Ig G, Ig A, Ig M в его фракциях, показатели клеточного иммунитета, состояние пероксидного окисления

липидов и антиоксидантной защиты, активность отдельных ферментов печени.

При анализе спектра фракций сывороточного белка обнаружено гипопроотеинемию, гипоальбуминемию, увеличение содержания церулоплазмينا, трансферина, α_2 - макроглобулина, и β - липопротеидов, а также острофазных белков фракций 4, 17 и 19, что указывало на поражение гепатоцитов и нарушение белковосинтезирующей функции печени. Отмечалось увеличение содержания иммунных комплексов Ig G, Ig A в сыворотке крови и экссудате брюшной полости, локализующихся в крупнопористом геле диск-электрофореграммы в полиакриламидном геле, и уменьшение Ig G в фракциях 23 – 21, где содержатся естественные антитела.

У больных с острой спаечной кишечной непроходимостью отмечено абсолютное и процентное снижение у 2,5% раза содержания лимфоцитов. Отмечено у 3 раза повышение О-лимфоцитов и на 50% Д-лимфоцитов. Количество малонового диальдегида повышалось у 2 раза и диеновых конъюгат у 3 раза. Антиоксидантная защита организма была снижена. Отмечалось напряжение антиоксидантной системы. Параллельно отмечено повышение активности ферментов крови, что указывало на снижение функции гепатоцитов и возникновение апоптоза. После лечения данные показатели имели тенденцию к нормализации.

Установлено критерии прогнозирования острой печеночной недостаточности, предложено консервативное профилактическое лечение ее и комплексное лечение в случае возникновения осложнения.

45 больных были прооперированы urgently с острой спаечной кишечной непроходимостью. У 37 больных кишечная непроходимость была ликвидирована консервативными средствами, и они вместе с 50 больными были оперированы в плановом порядке.

В зависимости от особенностей патологического процесса, мы при выборе метода пластики у всех больных придерживались принципа «каждому больному своя операция».

У 43 больных urgentных и плановых после висцеролиза и коррекции локализации внутренних органов была выполнена предложена нами оригинальная операция пластики дефекта апоневроза передней брюшной стенки. У 11 - пластику проводили полипропиленовой сеткой. У 16 больных при грыжах правой позадочной или люмбальной областей, пластику проводили путём создания мышечно-апоневротической дубликатуры. У 62 больных выполняли модифицированные операции Мейо, Сапежко, Василюка и другие.

При изучении отдаленных результатов от 6 месяцев до 5 лет у 32 больных отмечены отличные результаты, у 42 – хорошие, у 37 – удовлетворительные. У этих больных отмечались явления кишечной непроходимости, которые были ликвидированы консервативно. У 3 пациентов наступил рецидив грыжи и они были оперированы повторно.

Таким образом, предложенная тактика операций и методика пластики дефекта апоневроза позволила у 97,5 % больных получить положительные результаты.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, острая спаечная кишечная непроходимость, фракции сывороточных белков, иммуноглобулины, диеновые конъюгаты, продукты антиоксидантной защиты.

SUMMARY

Bitska I.B. Surgical Treatment of Postoperative Ventral Hernia Combined with Commissural Intestinal Obstruction. – Manuscript.

Dissertation for the scientific degree of the Candidat of Medicine by speciality 14.01.03. – Surgery. – I.Ya. Horbachevsky State Medical Academy, Health Ministry of Ukraine, Ternopil, 2004.

It was carried out complex clinical, laboratory and instrumental examination and surgical treatment of 132 patients suffering from postoperative ventral hernia combined with commissural intestinal obstruction acute, commissural intestinal obstruction was observed in 82 patients, and, on admission, acute intestinal obstruction was not observed in 50 patients.

In 66 patients suffering from acute commissural intestinal obstruction, and in 30, in which the phenomenon of intestinal obstruction was not observed on admission, the spectrum of serum protein fractions by means of disk-electrophoresis in polyacrylamid gel, the contents of Ig G, Ig A, Ig M in these fractions, the cellular immunity factors, peroxid oxidation lipids indexes, antioxidation defence level, liver enzymes activity have been studied. It has been determined the expressed changes of protein spectrum, humorale and cellular immunity factors, peroxid oxidation lipid indexes, and the antioxidation defence level, which points on significant impairment of the liver due to endotoxycosis. Prognostic criteria of acute liver failure development have been distinguished, and methods of its prevention and treatment have been proposed.

The factual methods of recurrence hernia prevention has been worked out. In recurrence of large postoperative ventral hernia has been proposed the methods of defectoplasty of front abdominal wall aponeurosis which is proted by the declarative patent. The modifications of Meyjo, Sapezhko, Vasylyuk operations have been proposed. The using of proposed surgical policy and treatment methods permitted to achieve positive results in 97,5 % patients in the later terms.

Key words: postoperative ventral hernia, acute commissural intestinal obstruction, fractions of serum proteins, immunoglobulin, dien conjugate, products of antioxidation protection.