

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  $1.0 \pm 0.11$  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.

Із травм паренхіматозних органів черевної порожнини травма печінки займає 1-е місце та є найбільш складною для діагностики та лікування [1, 6, 9]. Це пов'язане з особливістю анатомічної будови та розташування печінки: велика маса та об'єм, щільність фіксації, невідповідність зв'язочного апарату та ніжної паренхіми, значна площа дотику з грудною кліткою [8, 9]. В нинішній час частота пошкоджень печінки складає 7,2 – 56% та відмічається тенденція до її зростання [2, 7]. Сполучена травма печінки зустрічається частіше ніж ізольована та за даними більшості авторів коливається в межах від 66 до 85% [1, 3, 9]. В структурі травм мирного часу ізольовані пошкодження печінки складають лише 19,2 - 20,0%, а сполучені пошкодження печінки з травмою інших топографо-анатомічних областей – 80-85% [7, 10]. Закриті пошкодження печінки спостерігаються у 30 – 90% постраждалих, а відкриті пошкодження печінки у вигляді колото-різаних ран – у 22,6 – 69% [4, 10]. За даними різних авторів летальність у постраждалих на травму печінки коливається від 4,6 до 81,0% [3, 7, 8, 9]. Такі великі розбіжності у відсотках летальності мають багатофакторне пояснення. Цифри летальності залежать від термінів з моменту отримання травматичних пошкоджень печінки до отримання хірургічної допомоги, масштабу пошкоджень печінки, об'єму крововтрати, ступеню шока та інших ускладнень травматичної хвороби, важкості множинних та сполучених пошкоджень, розвитку небезпечних післяопераційних ускладнень, супутніх захворювань [3, 7, 8, 9].

**Мета дослідження:** провести аналіз надання хірургічної допомоги постраждалим на відкриту та закриту травму печінки.

**Матеріал та методи дослідження.** У клініці хірургії та анестезіології ФПО, що розташована у 1-му загальнохірургічному відділенні КП „Міської клінічної лікарні № 2” м. Запоріжжя, з 1981 по 2010 роки на лікуванні знаходились 166 пацієнтів на різноманітні відкриті та закриті травматичні пошкодження органів черевної порожнини, яким була виконана невідкладна серединна лапаротомія з послідувочою корекцією виявлених пошкоджень.

Травматичні пошкодження печінки діагностовано у 27 (16,3%) постраждалих. Із цього пулу колото-різані рани печінки зустрічались найчастіше з локалізацією вхідних отворів ранових каналів в верхній половині живота, у 20 (74,1%) пацієнтів. З них у 13 (65%) постраждалих вони локалізувались у правому підребер'ї, у 6 (30%) – у ямці під грудьми та у 1 (5%) – у лівому підребер'ї. Закрита травма печінки виявлена у 7 (25,9%) пацієнтів. Обставинами, за яких були отримані закриті пошкодження печінки, у 2 (28,6%) постраждалих стали шляхо-транспортні пригоди, у 3 (42,8%) – побутові травми, а у 2 (28,6%) – сам факт травми пацієнтами був прихований.

Із усіх 27 обстежених постраждалих на травматичні пошкодження печінки чоловіків було 23 (85,2%), жінок – 4 (14,8%) у віці від 17 до 68 років. У гострому

алкогольному отруєнні, з коливанням алкоголю в крові від 1,0 до 4,5 г/л, знаходились 12 (44,5%) пацієнтів, у шоці – 9 (33,3%). Ізольовані пошкодження печінки діагностовано у 12 (44,5%) травмованих, множинні – у 7 (25,9%) та сполучені – у 8 (29,6%).

**Результати та їх обговорення.** Діагностика травми печінки та тактичні підходи для встановлення показань до невідкладної лапаротомії у постраждалих на колото-різані рани печінки та закриті травматичні розриви печінки були різні.

Проникаючий характер рани у черевну порожнину встановлений у процесі первинної хірургічної обробки рани в усіх 20 (74,1%) поранених, що стало абсолютними показаннями до екстреної верхньої серединної лапаротомії. В процесі операції поранення лівої долі печінки виявлені у 15 (75%) пацієнтів та правої долі – у 5 (25%). Із цих постраждалих, поряд з пораненнями печінки, у 9 (45%) пацієнтів додатково діагностовано поранення інших органів, що дозволило віднести їх до групи осіб з множинними пораненнями.

До операційна діагностика закритих пошкоджень печінки представляла значні труднощі. З додаткових методів дослідження використовували лабораторно-біохімічні методи, рентгенологічні, УЗД, лапароцентез. Втім, найбільш інформативною серед них була лапароскопія.

Із усіх 27 постраждалих з травмою печінки після верхньої серединної лапаротомії у 26 (96,3%) пацієнтів з метою покращення оперативного доступу до правих відділів печінки використовували ретрактори Сігала-Кабанова РСК-10, з яких у 7 (26,9%) – додатково мобілізували праву долю печінки з пересіченням правої трикутничкової зв'язки та вінцевої зв'язки. Експозиція лівої печінки при її пошкодженні для виконання хірургічного втручання була достатньою, що не потребувало мобілізації лівої долі печінки. Після цього травматичні пошкодження печінки у 15 (57,5%) постраждалих зашивали П-подібними або вузловими швами кетгуттом чи вікрилом та у 8 (30,8%) – розробленим у клініці швом (Патент України № 36944), у 2 (7,7%) – виконана атипова резекція печінки та у 1 (3,8%) – гепатопексія за Алферовим-Хіарі-Миколаєвим. Із міні-доступу в правому підребер'ї паралельно реберній дузі у 1 (3,7%) пацієнта з травматичним розривом печінки, завдяки пізньому зверненні за медичною допомогою, розкрили велику гематому піддіафрагмального простору, що нагноїлася.

Корегували також і пошкодження інших органів черевної порожнини та за очеревинного простору з верхнього серединного лапаротомного доступу. За наявності множинної травми печінки, поряд з травмою печінки, у 2 (28,6%) постраждалих виявлені пошкодження малого сальника, у 1 (14,3%) – дванадцятипалої кишки, брижі поперечної ободової кишки з некрозом

сегмента цієї кишки, у 1 (14,3%) – жовчного міхура, ободової кишки, правої нирки, у 1 (14,3%) – жовчного міхура, підшлункової залози, у 1 (14,3%) – поперечної ободової кишки та у 1 (14,3%) – діафрагми.

Із сполучених пошкоджень печінки та органів інших анатомо-функціональних областей у 4 (50%) пацієнтів діагностовані переломи VIII-IX ребер справа (пошкодження нирки-1), у 2 (25,0%) – проникні поранення у грудну порожнину (поранення шиї-1, підшлункової залози, поперечної ободової кишки, брижі кишечника, X ребра-1), у 1 (12,5%) – поранення лівого передпліччя з пошкодженням сухожилків згиначів, тонкого кишечника, брижі висхідного відділу ободової кишки та у 1 (12,5%) – тяжке поранення кисті. Торакотомія, видалення гемоторакса та дренування плевральної порожнини за Бюлау проведено у 2 (7,4%) постраждалих. Реінфузія крові здійснена у 7 (25,9%) пацієнтів.

Вимушена релапаротомія виконана 3 (11,1%) постраждалих на поранення печінки. Показанням до повторної операції у двох (66,7%) пацієнтів поспіль 13 годин стало виділення жовчі та крові по дренажам з черевної порожнини після діагностичного перитонеального лаважу. Із них у 1 (50%) пораненого під час релапаротомії зашита рана за очеревинної частини дванадцятипалої кишки, встановлений назо-дуоденальний зонд та у 1 (50%) – виконана правостороння геміколектомія з первинним ілео-трансверзоанастомозом у зв'язку з розвитком гангрені правої половини ободової кишки, перитоніта, гемоперитонеума на фоні поліорганної недостатності та синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання (ДВЗ-синдром). Третього (33,3%) постраждалого оперували на 4 добу після операції за наявності некорегуємої паралітичної кишкової непрохідності, виконана назоінтестинальна інкубація тонкого кишечника.

Із усіх 27 пацієнтів померли 2 (7,4%) (геморагічний шок-1, ДВЗ-синдром-1).

### **Висновки**

1. Встановлення проникного характеру поранення в черевну порожнину було показанням до серединної лапаротомії, ревізії органів черевної порожнини, під час якої діагностували поранення печінки та інших органів.

2. Обґрунтування діагнозу закритої травми печінки є результатом отриманих даних апаратних та інвазивних інструментальних методах дослідження, пріоритет з яких належав лапароскопії.

3. Екстрена діагностика та оптимізація вибору об'єму хірургічного втручання поліпшують результати лікування різних пошкоджень печінки.

### **Література**

1. Абакумов М.М. Диагностика и лечение поврежденных живота / М.М. Абакумов, Н.В. Лебедев, В.И. Малярчук // Хирургия. – 2001. - № 6. – С. 24 - 28.



2. Бабур А.О. Сучасні методи діагностики і лікування травматичних ушкоджень печінки / А.О. Бабур, А.Л. Зимовський, О.В. Іванько // Одеський медичний журнал. – 2004. - № 4. – С. 16 - 17.
3. Кареев Д. В. Применение хирургической тактики „damage control” при проникающих ранениях живота / Д.В. Кареев // Вестник хирургии. – 2000. - № 5. – С. 104 - 107.
4. Курбонов К.М. Современные подходы диагностики и лечения повреждений печени / К.М. Курбонов, Н.М. Даминава, М.К. Гулов // Харківська хірургічна школа. – 2007. - № 2. – С. 120 – 122.
5. Лечебно-диагностическая тактика при проникающих ранениях в брюшную полость с повреждением печени / А.А. Чумаков, В.Н. Малашенко, Н.Н. Углев [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2003. - № 2. – С. 163.
6. Особенности хирургической тактики и коррекция развившихся осложнений у пострадавших с травмой печени / В.И. Перцов, Н.С. Кравец, А.И. Рылов, В.С. Прудюс // Харківська хірургічна школа. – 2005. - № 2. – С. 18 – 19.
7. Удербаев Н.Н. Диагностика повреждений печени / Н.Н. Удербаев // Ліки України. – 2005. - № 12. – С. 106 - 107.
8. Хирургия печени и желчевыводящих путей / А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Ничитайло, Б.В. Доманский. – К.: Здоровье, 1993. – 512 с.
9. Хирургия повреждений печени / В.В. Бойко, П.Н. Замятин, Н.Н. Удербаев [и др.]. – Х.: СПД ФЛ Степанов В. В., 2007. – 240 с.
10. Эпидемиологические аспекты травматического повреждения печени / А.М. Тищенко, А.В. Малоштан, Н.Н. Удербаев, С.С. Дмитренко // Харківська хірургічна школа. – 2007. - № 2. – С. 74 – 76.

**Резюме.** *Изучены результаты хирургического лечения у 27 пострадавших с травмой печени (ранения печени-20, закрытая травма печени-7). Ранения печени определены во время лапаротомии, показанием к которой был проникающий характер раны, установленный после первичной хирургической обработки раны. Закрытые повреждения печени диагностировали с учётом данных обзорной рентгенографии брюшной полости, ультразвукового исследования, лапароцентеза, лапароскопии. После лапаротомии и хирургической коррекции повреждений печени и других органов релапаротомия потребовалась у 3 (11,1%) пострадавших. Умерли 2 (7,4%) пациентов от геморрагического шока и ДВС - синдрома.*

**Ключевые слова:** *открытая и закрытая травма печени, хирургическое лечение, опыт мирного времени.*

**Summary.** *The are results of surgical treatment of 27 patients with a closed liver damage (liver injury-20, closed so injury of the liver-7). The injuries of the liver were determined during the laparotomy, the indication was the penetrating nature of the wound, established after the primary surgical treatment wound. The closed of liver damage were diagnosed taking the results of the patients who were diagnosed by the survey radiography of the abdominal cavity, ultrasound, laparocentesis, laparoscopy. After laparotomy and surgical correction of damage to the liver and other organs, relaparotomy was required in 3 (11.1%) of the victims. Two (7.4%) patients died of hemorrhagic shock and DIC syndrome.*

**Key words:** *open and closed liver trauma, surgical treatment, peacetime experience.*

УДК 618.146-006.6-036.3-072.1.

## **ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ КОЛЬПОСКОПІЧНОГО ІНДЕКСУ РЕЙДА В ДІАГНОСТИЦІ ПЕРЕДРАКОВОЇ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ**

**І.З.Гладчук, Н.М.Рожковська, Н.М.Каштальян**

*Одеський національний медичний університет*

**Резюме.** *Проблемою ефективної кольпоскопічної діагностики передракової патології шийки матки є низька специфічність традиційної кольпоскопії, що обумовлена неспецифічним характером кольпоскопічних ознак і великою суб'єктивністю дослідження, що призводить до необґрунтованої лікувальної агресії.*

*Метою цього дослідження було вивчення діагностичної ефективності використання кольпоскопічного індексу Рейда (RCI) та оцінка достовірності кольпоскопії з розрахуванням кольпоскопічного індексу Рейда в порівнянні з гістологічним дослідженням.*

*Були проаналізовані дані 57 пацієнток з дисплазією шийки матки, яким було проведено ексцизійне лікування протягом 2015-2016 років.*

*Сумарна точність кольпоскопічного дослідження з розрахуванням RCI склала 56,14%, тобто більше, ніж у кожної другої жінки було проведено точне стадіювання ЦІН під час кольпоскопічного дослідження. Ступінь погодження між оцінкою кольпоскопії за допомогою RCI та результатами патогістологічного дослідження складав 0,400, що більше, ніж в 4 рази сильніше, ніж між цитоморфологічним та патогістологічним дослідженнями.*