

УДК 616-001.4-089.168.1-084:[617.55-007.43+016-056.52]

Д. О. Лавренко

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

### ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ РАНОВИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ВЕНТРАЛЬНИМИ ГРИЖАМИ ПОЄДНАНИМИ З ОЖИРІННЯМ

В умовах хірургічного відділення багатoproфільного лікувального закладу проведено аналіз результатів лікування 166 пацієнтів з ВГ та ожирінням. Хворих поділено на 2 групи: 30 хворих які лікувались за запропонованою методикою (основна група, період 2012-2015 роки), та 136 хворих, які лікувались за традиційною лікувальною тактикою (група порівняння, період 2009-2012 роки). Для покращення результатів хірургічного лікування хворих з венральними грижами та ожирінням було запропоновано та використано методику, яка базується на комплексній профілактиці післяопераційних ранових ускладнень на всіх етапах периопераційного періоду. Згідно проведенного аналізу перебігу післяопераційного періоду у хворих основної групи, вдалося досягти зниження кількості ранових ускладнень.

**Ключові слова:** венральна грижа, ожиріння, ранові ускладнення, профілактика післяопераційних ускладнень.

В сучасних умовах у світі проблема ожиріння набула характеру медико-соціальної епідемії. За різними даними, на ожиріння страждають майже 30% працездатного населення України [4, 8, 9, 12]. Хворі з венральними грижами (ВГ) поєднаними з ожирінням формують постійний контингент хірургічних стаціонарів і їх кількість постійно збільшується [1, 2, 9, 10]. Лікування і реабілітація таких хворих дотепер представляє досить складну і актуальну проблему в хірургії [2, 8, 9, 14]. Кількість операцій у даній категорії пацієнтів постійно зростає [3, 5, 9, 14]. Для таких хворих є характерною висока загроза виникнення післяопераційних ранових ускладнень, частота яких значно вища, ніж у пацієнтів з нормальною масою тіла, і становить 1,3-35%. Численні заходи профілактики ранової інфекції, розроблені дотепер, не дозволяють цілком їх уникнути [5, 6, 10, 11, 13].

**Метою** роботи було покращення результатів хірургічного лікування хворих з ВГ у поєднанні з ожирінням шляхом визначення оптимальних заходів профілактики післяопераційних ранових ускладнень.

**Матеріал та методи дослідження.** в умовах хірургічного відділення багатoproфільного лікувального закладу проведено аналіз результатів лікування 166 пацієнтів з ВГ та ожирінням. Хворих поділено на 2 групи: 30 хворих які лікувались за запропонованою нижченаведеною методикою (основна група, період 2012-2015 роки), та 136 хворих, які лікувались за традиційною лікувальною тактикою (група порівняння, період 2009-2012 роки).

**Результати дослідження та їх обговорення.** ІМТ в середньому становив-  $37.8 \pm 6.2$  кг/м<sup>2</sup>; вік хворих 27-77 років, в середньому – 66 років; жінок – 139, чоловіків – 27. За віком, статтю, тяжкістю загального стану при надходженні в стаціонар досліджувані групи були співставимі. Структура хірургічних втручань наведена в табл. 1

Таблиця 1

#### Структура виконаних оперативних втручань

Операція	Кількість хворих			
	Група порівняння		Основна група	
	Абс.	%	Абс.	%
Аллогерніопластика великих післяопераційних ВГ	83	61,0	18	60,0
Аллогерніопластика набутих гриж передньої черевної стінки	53	38,9	12	40,0
Всього	136	100.0	30	100.0

Усі заходи щодо профілактики післяопераційних ранових ускладнень розподілили на наступні етапи.

Амбулаторно-поліклінічний етап починався зазвичай за 4-5 тижнів до майбутнього оперативного втручання. Протягом цього етапу проводилась санація хронічних вогнищ інфекції, яка передбачала огляд стоматолога з наступним, за необхідності, курсом лікування. За наявності піодермій проводилась консультація дерматолога, посів на мікрофлору і чутливість до антибіотиків, місцева терапія.

Хворі оглядалися лікарем ЛФК із призначенням курсу лікувальної фізкультури та дихальної гімнастики. Хворим з великими ВГ проводилась дозована пневмокомпресія шляхом

носіння бандажів або часткового бинтування живота із дозованими фізичними навантаженнями, що поступово збільшуються.

Рекомендувались консервативні заходи, спрямовані на зниження маси тіла - протягом 3 - 4 тижнів помірні фізичні навантаження, дотримання гіпокалорійної дієти. Добова калорійність раціону розраховувалась індивідуально, виходячи із маси тіла, статі, рівня фізичної активності. Для цього використовувалась формула, розроблена ВОЗ [6, 12]. 35 хворих (83.3 %) проспективної групи дотримувались вищенаведеної дієти протягом 2-5 тижнів. Середнє зниження маси тіла склало  $2,37 \pm 1,22$  кг.

Важливу роль серед профілактичних заходів відіграє ретельна завчасна підготовка шкіри в ділянці майбутнього оперативного втручання. Беручи до уваги, наявність у хворих з ВГ та ожирінням вираженість поперечної складки живота та підгрудних шкірно-жирових складок із схильністю до мацерацій, які, зазвичай погано доступні проведенню буденних гігієнічних заходів і можуть бути хронічними вогнищами інфекції, ми рекомендували щоденний душ із щіткою та милом, двічі на день, із наступною обробкою бетадином, хлоргексидином, етиловим спиртом 70°, протягом 7- 9 діб перед майбутньою операцією. За неможливості самостійного адекватного проведення гігієнічних заходів залучалась допомога медичного персоналу, родичів пацієнта. Також протягом цього періоду пацієнтам призначається УФО шкіри. Ділянки мацерацій перед операцією ізолювались бактерицидним пластирем. Гоління проводилось безпосередньо в день операції, за 2-3 години.

З метою профілактики післяопераційної внутрішньочеревної гіпертензії проводилась підготовка кишечника, яка передбачає безшлакову дієту протягом 3-5 діб. Також, для більш повного очищення кишечника, застосовували послаблюючі лікарські засоби (бісакоділ, сеннадексін) та очисні клізми щоденно. Ввечері, напередодні хірургічного втручання, в стаціонарі проводилась додаткова очистка кишечника за допомогою препарату Фортранс або очисної клізми.

З метою корекції метаболічних порушень застосовувався препарат Метформін (препарат із групи бігуанідів, який підвищує печінкову і периферійну чутливість до ендогенного інсуліну, не впливаючі на його секрецію). Також ми враховували наявність у метформіну не тільки антигіперглікемічної, але й протективної кардіоваскулярної, антитромботичної, антиоксидантної та протизапальної дії, а також його здатність зменшувати ендотеліальну дисфункцію та глікозильовання білків, що в комплексі протидіє процесам атерогенезу і покращує мікроциркуляцію, тобто обумовлює ангіо- і кардіопротекторні ефекти [11, 12]. Схема використання Метформіну передбачала прийом 500 мг 2 рази на добу. Через 10 - 15 днів доза препарату може бути поступово підвищена до 1,5 - 2 г на добу (500 мг 3-4 рази на добу).

Важливою складовою комплексної профілактики ускладнень у даній категорії хворих є антибіотикопрофілактика хірургічної інфекції. Введення антибіотику з метою профілактики здійснювали за 30-40 хвилин до початку оперативного втручання внутрішньовенним шляхом. Доза антибіотику призначалась за розрахунками в залежності від маси тіла хворого, зазвичай у подвійній середній терапевтичній дозі. Вибір емпіричної антибактеріальної терапії залежав від конкретної клінічної ситуація з урахуванням виду та особливостей оперативного втручання (зокрема тривалості, травматичності операції, наявності розкриття просвіту кишечника, перебігу анестезіологічного забезпечення); наявності у хворого факторів ризику і супутніх захворювань; мікробного "пейзажу" відділення. Пріоритетними вважаєм  $\beta$ -лактами (цефалоспорини III-IV генерації), фторхінолони III-IV генерації, а також метронідазол. Перевага надавалась «надкороткій» або «короткочасній» схемі.

2. Інтраопераційно, розглядаючи питання закриття і дренивання рани, ми виходили із наступних принципів: мінімізація наявності в порожнині рани чужорідних тіл, застосування сучасного атравматичного гіпорективного шовного матеріалу, повна адаптація стінок і дна рани, ліквідація порожнин та «кишень» в рані, забезпечення відтоку ексудату протягом перших післяопераційних діб, попередження порушення мікроциркуляції шкіри та підшкірного прошарку внаслідок надмірної компресії тканини лігатурою.

Ушивання апоневрозу м'язів передньої черевної стінки, фіксацію поліпропіленових ендопротезів, проводили за допомогою монофіламентного шовного матеріалу, який не розсмоктується.

Після герметизації черевної порожнини проводилась ретельна санація порожнини рани розчином антисептика (хлоргексидин, декасан). При цьому намагались досягти візуально повного



10. Alexander J. Prevention of deep wound infection in morbidly obese patients by infusion of an antibiotic into the subcutaneous space at the time of wound closure. / J. Alexander, R. Rahn. // *Obes Surg.* – 2004. – Vol. 14 – P. 970–974.
11. De Aquiar L.G. Metformin improves endothelial vascular reactivity in first-degree relatives of type diabetic patient with metabolic syndrome and normal glucose tolerance. / L.G. De Aquiar, L.R. Bahia., N. Villela // *Diabetes Care.* – 2006. – Vol. 29 (5). – P. 1083–1089.
12. Sirtori C.R. Re-evaluation of a biguanide, metformin: mechanism of action and tolerability / C.R. Sirtori, C. Pasik. // *Pharmacol Res* – 1994. –Vol. 30– P. 197–228.
13. Vastine V. Wound complications of abdominoplasty in obese patients. / V. Vastine, R. Morgan, G. Williams [et al.] // *Ann Plast Surg* – 1999. - Vol.42 – P. 34-39.
14. Wilson J. Obesity: impediment to wound healing. / J. Wilson, J. Clark. // *Crit Care Nurs Q* – 2003. – Vol. 26 - P. 119-132.

### Реферати

#### ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ И ОЖИРЕНИЕМ

Лавренко Д. А.

В условиях хирургического отделения многопрофильного лечебного учреждения проведен анализ результатов лечения 166 пациентов с вентральными грыжами и ожирением. Пациенты были разделены на 2 группы: 30 больных лечившихся по предложенной нами методике (основная группа, период 2012-2015 года), и 136 больных, которые лечились по традиционной лечебной схеме (группа сравнения, период 2009-2012 года). Для улучшения результатов хирургического лечения больных с вентральными грыжами и ожирением было предложена и использована методика, основанная на комплексной профилактике послеоперационных раневых осложнений на всех этапах периоперационного периода. Согласно проведенного анализа течения послеоперационного периода у больных основной группы, удалось добиться снижения количества раневых осложнений.

**Ключевые слова:** вентральная грыжа, ожирение, раневые осложнения, профилактика послеоперационных осложнений.

Статья надійшла 19.05.2015 р.

#### PREVENTION OF POSTOPERATIVE WOUND COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH VENTRAL HERNIAS AND OBESITY

Lavrenko D. A.

In conditions of the surgical department of a multitype medical facility the results of the treatment of 166 patients with ventral hernias and obesity have been analysed. Patients were divided into 2 groups: 30 patients were treated by our proposed method (study group, the period of 2012-2015), and 136 patients who were treated by traditional medical scheme (the comparison group, the period of 2009-2012 years). To improve the results of surgical treatment of patients with ventral hernias and obesity a methodology based on comprehensive prevention of postoperative wound complications at all stages of the perioperative period have been proposed and used. According to the analysis of postoperative period it was managed to reduce the number of wound complications in patients from the main group.

**Key words:** ventral hernia, obesity, wound complications, prevention of postoperative complications.

Рецензент Ляховський В.І.

УДК 616.1/9-05 : 616.89-008.441./454

В. М. Корнацький, Д. М. Мороз

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М. Д. Стражеска» НАМН України», м. Київ

#### СТРАТЕГІЯ ЦІЛІСНОГО ПІДХОДУ У ВЕДЕННІ СОМАТИЧНОГО ПАЦІЄНТА З ТРИВОГОЮ ТА ДЕПРЕСІЄЮ

Мультиморбідний пацієнт на сьогодні є найбільш складною та важливою проблемою системи охорони здоров'я, особливо в умовах хронічного стресу, що є передумовою порушень психічного здоров'я. При веденні соматичного хворого недооцінюється психологічна складова, як можлива причина незадовільного стану здоров'я, відсутня модель інтегрованої медико-психологічної допомоги населенню.

**Ключові слова:** психічні порушення, пацієнт, тривога, депресія, лікування.

В липні 2015 року ВООЗ опублікувала «Глобальну стратегію людино-центрованої та інтегрованої системи медичної допомоги» [11], що передбачає цілісний та гуманістичний її напрямок свідомий підхід до потреб індивіда та залучення його до покращення стану свого здоров'я, як відповідального за свої потреби, в реалізації якої виділено основні принципи: всеосяжність і простота у підході до потреб здоров'я; доступність та досяжність для всіх; координована система послуг навколо потреб людини; цілісний підхід, що охоплює фізичне, соціально-економічне, психічне та емоційне благополуччя людини; профілактика хвороб через дотримання здорового способу життя та мінімізацію чинників негативного впливу на здоров'я; Система інтегрованої медичної допомоги почала своє становлення в США у відповідь на проблему фрагментованої моделі [9] та у країнах з розвинутою конкуренцією в галузі страхування [10]. Починаючи з раннях 1990-х подібна ініціатива у інтегрованому підході виникла і в країнах з державною моделлю системи охорони здоров'я. В розумінні інтегрованого підходу, розуміється структурна інтеграція послуг та постачальників (лікарня – поліклініка), у вертикальному