

15. Польша Н. С. Проблемы збереження довкілля і здоров'я нації у матеріалах XV з'їзду гігієністів України / Н. С. Польша, В. І. Федоренко, Б. А. Пластунов // Довкілля та здоров'я. – 2013. - № 2. – С. 68-80.

Реферати

КАЧЕСТВЕННАЯ И КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ГИДРОЛИТИЧЕСКОЙ ДЕСТРУКЦИИ И ТРАНСФОРМАЦИИ ПРОСТЫХ ОЛИГОЭФИРОВ

Кучеренко В.П., Жуков В.И., Щербань Н.Г., Безродная А.И.

Целью работы является определение качественного и количественного состава продуктов гидролитической деструкции и трансформации простых олигоэфиров технической марки «Лапролы» Л-2101, Л-3603-2-12, и обоснование степени их потенциальной опасности. Простые олигоэфиры (ПОЭ) - это существенные загрязнители водных объектов, которые широко используются в народном хозяйстве. Установлено, что продукты гидролитической деструкции олигоэфиров в некоторых случаях могут быть более токсичными, чем исходные вещества. Это важное обстоятельство обуславливает необходимость проведения дальнейших исследований по токсикологической оценке метилкарбитола и 2-метоксиетанола.

Ключевые слова: простые олигоэфиры, деструкция, трансформация, токсичность метаболитов.

Стаття надійшла 2.09.2015 р.

QUALITATIVE AND QUANTITATIVE ASSESSMENT OF THE DEGREE HYDROLYTIC DEGRADATION AND TRANSFORMATION SIMPLE OLIGOESTERS

Kucherenko V.P., Zhukov V.I., Shcherban M.G., Bezrodnaya A.I.

The aim is to determine the qualitative and quantitative composition products hydrolytic degradation and transformation oligoesters simple technical mark "Laprolly" -L-2101, L-3603-2-12, and justification of their degree of potential danger. Simple Oligoesters (SOE) - a significant polluters of water bodies, which are widely used in the economy. It is established that the products hydrolytic degradation oligoesters in some cases may be more toxic than the original substance. This important fact necessitates further research of toxicological evaluation of metylkarbitol and 2-metoksyetanol.

Key words: simple Oligoesters, destruction, transformation, toxic metabolites.

Рецензент Катрушов О.В.

УДК 617.55-007.43-080.844-03:616-056.52

Л. О. Лавренко

В ДНЗ України „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

ОПТИМІЗАЦІЯ ВИБОРУ МЕТОДА ПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ

В умовах хірургічного відділення багатопрофільного лікувального закладу за період з 2010 по 2015 рік проліковано 146 хворих з вентральними грижами у поєднанні з ожирінням. З них кількість чоловіків становила 24 (16,4%), жінок 122 (83,5%). Хворі були у віці від 25 до 82 років. Середній вік пацієнтів складав 53 роки. Встановлено що вибір тактики хірургічного лікування хворих з вентральними грижами та ожирінням повинен плануватися в залежності від результатів доопераційних обстежень. У процесі проведення багатофакторних досліджень були встановлені критерії для вибору використання різних видів пластики черевної стінки. Відповідно методу аутопластики варто застосовувати при пластичі малих гриж. При виконанні аллогерніопластики перевагу варто надавати методу "sublay", метод "inlay" – змушено використовувати при дефіциті тканин у ділянці грижового дефекту.

Ключові слова: вентральні грижі, ожиріння, внутрішньочеревний тиск.

Рівень післяопераційної летальності при хірургічному лікуванні вентральних гриж у поєднанні з ожирінням за останні роки залишається досить високим. Головним чином це пов'язане з виникненням ранніх післяопераційних ускладнень, серед яких провідне місце займає дихальна недостатність (ДН) на фоні внутрішньочеревної гіпертензії (ВЧГ) [4, 7, 10, 11, 12]. Розвиток ДН пов'язаний з тим, що при неадекватній абдомінопластичі, за рахунок зменшення об'єму черевної порожнини, виникає підвищення внутрішньочеревного тиску (ВЧТ), що особливо актуально при ожирінні [7, 8, 13, 14]. Саме тому багато хірургів при найменшій загрозі розвитку дихальних ускладнень у хворих із ВГ та ожирінням відмовлялися від оперативного лікування, остерігаючись проявів ранніх післяопераційних ускладнень. Хворі з ВГ поєднаними з ожирінням формують постійний контингент хірургічних стаціонарів і їх кількість постійно збільшується [1, 3, 9, 13, 16]. Лікування і реабілітація таких хворих дотепер представляє досить складну і актуальну проблему в хірургії [2, 6, 8, 15, 17].

Метою роботи було покращити результати лікування хворих з ВГ та ожирінням за рахунок достовірного відображення рівня ВЧТ, що дозволяє визначати адекватний спосіб хірургічного лікування без можливого виникнення в післяопераційному періоді внутрішньочеревної гіпертензії, що в свою чергу запобігає виникненню післяопераційних ускладнень та покращує результати лікування цієї категорії хворих.

Матеріал та методи дослідження. В умовах хірургічного відділення багатопрофільного лікарняного закладу за період 2010 – 2015 років проаналізовано результати лікування 146 хворих. Чоловіків було 24 (16,4%), жінок - 122 (83,5%). Хворі були у віці від 25 до 82 роів. Середній вік пацієнтів становив 53 роки. Головним етіологічним критерієм появи ВГ були оперативні втручання: на органах системи травлення 35 (23,9 %); гінекологічні операції 52 (35,6%); урологічні операції 5 (3,4%); операції з приводу онкопатології 14 (9,6%); лапаротомія (діагностична, травма живота) 7 (4,8%); первинні операції з приводу первинних гриж (пупочні, білої лінії живота) 12 (8,2%); а також операції з приводу рецидивних вентральних гриж 21 (14,3%). У 26 (17,8%) хворих діагностовано злукову хворобу, яка супроводжувалася явищами часткової кишкової непрохідності. У 84 (57,5%) осіб діагностовано супутню патологію: фонові дихальна недостатність (ДН): ДН-I 28 (33,3%), ДН-II 18 (21,4%); фонові серцева недостатність (СН): СН-ІА 16 (19,0%), СН-ІБ 7 (8,3%), СН-ІІА 10 (11,9%), СН-ІІБ 5 (5,9%). У всіх хворих спостерігалася ожиріння різних ступенів. Для визначення ступеню ожиріння використовували класифікацію за індексом маси тіла (ІМТ) – індекс Кетле. Таким чином: I ст.- 72 (49,3%) хворих, II ст.-49 (33,5%), III ст.- 25 (17,1%). Для адекватного розподілу хворих за розмірами та локалізацією грижового дефекту, враховуючи частоту рецидивів, використовували міжнародну класифікацію Chevrel J.P., Rath A.M (SWR-classification), 1999 (Мадрид- Іспанія). Згідно цієї класифікації грижі серединні малого розміру мали місце у 15 (10,2%), серединні середнього розміру у 27 (18,5%), серединні обширні - у 58 (39,7%), серединні велетенські грижі - у 40 (27,4%) госпіталізованих. Грижа бокового відділу живота середнього розміру була у 1 (0,7%), обширні у 2 (1,3%), та велетенські – 2 (1,3%). Сочетана грижа спостерігалася у 1(0,7%) хворого. Невправима грижа діагностована у 96 (65,7%) чоловік.

Для виявлення внутрішньочеревної гіпертензії (ВЧГ) і контролю внутрішньочеревного тиску (ВЧТ), у хворих використовували непрямий метод вимірювання тиску в сечовому міхурі [6, 9, 10, 13]. У всіх хворих визначався індекс дефекту передньої черевної стінки (ІДПЧС) по запропонованій нами методиці (патент України на корисну модель № 30403), що дозволяє достовірно відображати дефіцит передньої черевної стінки в залежності від розміру грижового дефекту.

Всі хворі в обов'язковому порядку були обстежені в доопераційному періоді за розробленою нами схемою. Окрім традиційного обсягу загальноклінічних та лабораторних досліджень, включаючи оцінку фонові патології та рівня її компенсації, додаково проводили визначення розміру грижового дефекту за допомогою УЗ-апарату, моніторинг ВЧТ, показників зовнішнього дихання в динаміці, призначали УЗД, КТ черевної порожнини з метою виявлення супутньої патології та передбачення можливих симультанних втручань. Операції виконували під ендотрахеальним знеболенням. Вибір розтину для проведення пластики обирався в залежності від рівня розвитку підшкірножирової клітковини за умов необхідності проведення абдомінопластики у вигляді дермоліпектомії. Повну і остаточну характеристику грижового дефекту отримували на операційному столі. Виділяли грижовий мішок, виконували герніолапаротомію з послідуною ревізією органів черевної порожнини. Особливого значення надавали визначенню стану грижового мішка, можливості його використання для відокремлення аллотрансплантату. Всім хворим інтраопераційно проводили моніторинг ВЧТ за допомогою уретрального катетеру, що дало змогу адекватно оцінити і запобігти виникненню внутрішньочеревної гіпертензії в залежності від обраного методу пластики.

Результати дослідження та їх обговорення. Визначаючи рівень ВЧТ в міліметрах ртутного стовпчика, при умові інтраопераційного зведення країв апоневрозу, ми отримали систематизовані показники залежності внутрішньочеревного тиску від індексу дефекту передньої черевної стінки (ІДПЧС), що наглядно демонструє нижчеприведена таблиця № 1.

Згідно з отриманих показників, спостерігається залежність рівня ВЧТ від показнику ІДПЧС. Виходячи з отриманих результатів, визначення ІДПЧС дозволяє прогностично оцінити рівень внутрішньочеревного тиску без використання інвазивного методу катетеризації сечового міхура, тим самим об'єктивізує вибір методу пластики з виключенням ризику виникнення ВЧГ в післяопераційному періоді.

Всім 146 хворим виконані радикальні хірургічні втручання з використанням як аутогерніопластики так і аллогерніопластики, які були поєднані з дермоліпектомією при умові наявності на це показників (ІМТ > 35) та з урахуванням косметичного фактору.

Виконані наступні хірургічні втручання: аутопластика – 47 (32,2%) хворих; аллогерніопластика з розташуванням ендопротезу "sublay" – 78 (53,4%); "inlay" – 21 (14,4%). При

поперекових грижах завжди використовували аллогерніопластику з розташуванням поліпропіленової сітки з фіксацією до широких м'язів спини, до нижнього краю реберної дуги, до медіального краю прямих м'язів живота, на рівні верхньої ості здухвинної кістки. Розмір імплантанту визначали по загальноприйнятій методиці – з розрахунку що протез повинен перекивати дефект грижових воріт на 5 см.

Таблиця 1

Залежність рівня внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) від показника індексу дефекту передньої черевної стінки (ІДПЧС)

ІДПЧС (%)	Кількість хворих (n=146)		ВЧТ (мм.рт.ст)
	абс	%	
до 10	26	17,8	9 ± 0,7
від 10 до 15	31	21,2	12 ± 0,3
від 15 до 20	41	28,1	23 ± 1,1
від 20 до 25	37	25,3	26 ± 1,4
від 25 до 30	7	4,8	29 ± 0,3
30 і >	4	2,7	36 ± 0,8
Всього	146	100%	

У хворих з ІДПЧС до 15% ми використовували аутогерніопластику, за умов зростання ВЧТ згідно таблиці № 1 до 12 мм.рт.ст., при інтраопераційному зведенні грижових воріт. Такий метод пластики був максимально адекватним у використанні, що дало змогу уникнути в післяопераційному періоді наявності ВЧГ яка б потребувала декомпресії. При ІДПЧС від 15% до 25% використовували аллогерніопластику з ретромускулярним розміщенням протезу "sublay", оскільки цей варіант найбільш фізіологічний і забезпечує надійну пластику передньої черевної стінки при середніх та обширних розмірах грижового дефекту (від 5 до 15 см в d) без змін ВЧТ.

Решта хворих у яких ІДПЧС становив 25 і > % були прооперовані по методиці "in lay". Цей метод застосовували при складних пластиках, за умов наявності грижового дефекту гігантського розміру. Даний вид пластики є вимушеним і використовувався при відсутності достатнього обсягу власних тканин черевної стінки та грижового мішка, для розташування імплантанту "sublay", за умов герметизації органів черевної порожнини.

Висновок

Запропонований метод прогнозування рівня ВЧТ в залежності від показника ІДПЧС, при хірургічному лікуванні вентральних гриж з ожирінням, дозволяє об'єктивізувати вибір методу пластики грижового дефекту, за умов виключення розвитку в післяопераційному періоді абдомінального компартмент-синдрому. Таким чином, вибір методу пластики черевної стінки при ВГ з ожирінням повинен залежати від прогнозування рівня внутрішньочеревної гіпертензії, та розміру дефекту черевної стінки.

Список літератури

- Андрущенко В. П. Досвідклініки в хірургічному лікуванні гриж черевної стінки / В.П. Андрущенко, В.А. Мельников, А.С. Дворчин // Хірургія України. - 2008, № 2 (26).-С. 4- 6.
- Афанасьев С. В. Позитивні і негативні наслідки герніопластик "важкими" сітчастими трансплантатами / С.В. Афанасьев, Д.І. Дзевіцький, А.В. Снігар// Хірургія України. - 2008, № 2 (26). - С. 9 - 32.
- Грубник В.В. Сучасні методи пластики вентральних гриж із застосуванням синтетичних протезів / В.В.Грубник, Парфентьев, Н.Д. Венгер // Хірургія України.-2008, № 2 (26). - С. 22 - 24.
- Даценко Б. М. Особенности диагностики и технология аллогерниопластики рецидивных вентральных грыж / Б. М. Даценко, Е. В. Кутелова // ХірургіяУкраїни.-2008, № 2 (26). - С. 25 - 26.
- Жебровский В. В. Атлас операций при грыжах живота / В.В. Жебровский, Ф.Н. Ильченко // Симферополь. - 2005. - 315 с.
- Жебровский В. В. Основные принципы лечения гигантских вентральных грыж / В.В.Жебровский, А.В. Косенко, Е.Б.Чемоданов // Хірургія України. -2008, №2(26).-С. 30-33.
- Усенко А.Ю. Хирургическое лечение послеоперационных и паховых грыж с использованием полипропиленовых сеток / А.Ю.Усенко, А.С.Лаврик, Н.В.Мануйло [и др.] // Хірургія України. - 2008, № 2 (26). - С. 123.
- Саенко В.Ф. Выбор метода лечения грыжи брюшной стенки / В.Ф.Саенко, Л.С. Белянский, Н.В.Манойло // Клін. хірургія. - 2002. - №1. - С.5-9.
- Яцентюк М.Н. Влияние комплексной предоперационной подготовки на функцию дыхания у больных с большими и огромными грыжами / М.Н. Яцентюк, Я.П. Фелештинский // Клін. хірургія. - 1989. - № 2. - С. 6-9.
- Amendolara M. Inguinal hernioplasty: current trends / M.Amendolara, S. Perri, E. Breda // J. di Chirurgia. - 1995. - Vol.16. - N5. - P.239-244.
- Bang R.L. Repair of large, multiple, and recurrent ventral hernias an analysis of 124 cases / R.L. Bang, A.I. Behbehani // Europ. J. Surg. - 1997. - Vol.163 - № 2. - P.107-114.
- Bauer J.J. Rives-Stoppa procedure for repair of large incisional hernias: experience with 57 patients / M.T. Harris, S.R. Gorfine, I. Kreeel // Hernia. - 2002. - Vol. 6, N 3. P. 120-123.

13. Garcia C. Abdominal compartmental syndrome in non-injured patients / C. Garcia, F. Parramon, F. Delas [et al.] // Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. – 2000. - №3. – P.126-129
14. Grubben A. Pathophysiology and clinical significance of the abdominal compartment syndrome / A. Grubben, A. Van Baardwijk, D. Broering [et al.] // Zentralbl. Chir. – 2001. - №8. - 605-609
15. Myers B. Use of laparoscopic instrumentation to quickly stretch the abdominal wall in repair of giant inguinal hernias / B. Myers // Surgery. – 1997. - №4. - P.477-479.
16. Saiz A. Laparoscopic ventral hernia repair / A. Saiz, I.H. Wills // J. Laparoendosc. Surg. - 1994. - Vol. 4. — N 5. -P. 365-367.
17. Schumpelick V. Retromuscular mesh repair for ventral incision hernia in Germany / K. Junge, R. Rosch [et al.] // Chirurg. - 2002. - Vol. 73, N 9. P. 888-894.
18. Sanchez L. J. Recurrences after laparoscopic ventral hernia repair: Results and critical review / L.J. Sanchez, L. Bencini, R. Moretti // Hernia. - 2004. - N 8. - P. 234.

Реферати

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА МЕТОДА ПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Лавренко Д.А.

В условиях хирургического отделения многопрофильного лечебного учреждения за период с 2010 по 2015 год пролечено 146 больных с вентральными грыжами и ожирением. Из них 24 (16,4%) мужчины, 122 (83,5%) женщины. Больные были в возрасте от 25 до 82 лет. Средний возраст пациентов составил 53 года. Выбор тактики хирургического лечения планировался в зависимости от результатов дооперационных обследований. В процессе проведения многофакторных исследований были установлены критерии для выбора герниопластики, среди которых доминирующими являются показатель внутрибрюшного давления и размер грыжевого дефекта. Таким образом методику аутопластики следует применять при пластике малых грыж. При выполнении аллогерниопластики преимущество следует предоставлять методу "sublay", метод "inlay" – вынуждено использовать при дефиците тканей в участке грыжевого дефекта.

Ключевые слова: вентральные грыжи, ожирение, внутрибрюшное давление.

Стаття надійшла 23.09.2015 р.

OPTIMIZATION OF THE METHODS CHOICE OF PLASTICS VENTRAL HERNIA REPAIR IN PATIENTS WITH OBESITY

Lavrenko D. A.

In the context of the surgical department of a multi-hospital between 2010 and 2015, 146 patients were treated with ventral grizhami and obesity. Of these, 24 (16.4%) men and 122 (83.5%) women. Patients ranged in age from 25 to 82 years. The average age of patients was 53 years. Selection of surgical treatment was planned based on the results of preoperative examinations. In the process of multi-factor studies have established criteria for selecting hernia repair, among which are the dominant component of intra-abdominal pressure and the size of the hernia defect. Thus autoplasty methodology should be applied in plastic small hernias. When the allogernioplastiki advantage should be given to the method of "sublay", the method "inlay" - forced to use a deficiency of tissue at the site of the hernia defect.

Key words: ventral hernia, obesity, abdominal pressure.

Рецензент Ляховський В.І.

УДК 616-053

З. Ф. Мехтиева, Э. К. Гасымов, Л. М. Рзакулиева, Ф. Г. Рзаев
Азербайджанский Государственный Институт усовершенствования врачей им. А. Алиева,
Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

СВЕТОВОЕ И ЭЛЕКТРОННО - МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУР, УЧАСТВУЮЩИХ В ФОРМИРОВАНИИ ПЛАЦЕНТАРНОГО БАРЬЕРА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Обследованы 93 беременные женщины в возрасте от 19 до 37 лет; из них в 43 случаях диагностирован синдром задержки роста плода (СЗРП). Изучены клеточные и неклеточные структуры зрелых промежуточных и терминальных ворсин. Электронно-микроскопическое исследование последов с внутриутробной задержкой плода показало, что в межворсинчатом пространстве выявляются бугорки, напоминающие апоптотические пузырьки. Выявленные признаки нарушения целостности синцитиотрофобласты (СЦТБ) характерны не для апоптоза, а для некроза. Тесное прилипание ворсин друг к другу, происходящие деструктивные изменения в клетках, принимающих участие в трофобластической оболочке ворсин и в построении стенок внутренних сосудов, и внеклеточных элементах, а также поступление в материнскую кровь кусочков СЦТБ, в основном, некротического генезиса, возникшие внутриутробные патологические состояния у матери наряду с внутриутробной задержкой развития плода, в том числе, способствующие развитию преэклампсии, все это причины, которые можно оценить как морфологические проявления.

Ключевые слова: световое и электронно - микроскопическое исследование, плацентарный барьер, преэклампсия, апоптоз

Работа выполнена при финансовой поддержке Фонда Научного Развития при Президенте Азербайджанской Республики. Грант № EIF-2011-1(3)-82/44/3-M-6.

Преэклампсия - осложнение беременности, точная этиология которой до конца не выяснена. По данным ВОЗ преэклампсия встречается в среднем у 10% беременных женщин [23]. В 8-10% случаев она является причиной высокой материнской смертности и гибели плода, задержки внутриутробного развития плода и преждевременных родов [5]. Среди причинных