

Не обов'язково бути переконаним прибічником лапароскопічної екстирпації або ЛАВГ, щоб збагнути, наскільки краще пацієнтки переносять цю операцію. Вона технічно проста та надійна, адже матку видаляють без розтину черевної порожнини. При цьому кишечник не займають, черевна порожнина залишається інтактною. Всі "несподівані знахідки" оцінюють-ся візуально. Набагато рідше виникають ранні

та віддалені ускладнення, особливо, спайки. Матка після її мобілізації лапароскопом легко виводиться в піхву, що особливо технічно важливо для хірурга, коли немає повного випадіння матки. І, нарешті, для багатьох жінок дуже важлива відсутність післяопераційного рубця.

Висновок. Лапароскопічно асистована вагінальна гістеректомія в нашій модифікації може використовуватися в оперативній гінекології.

Література

1. Ищенко А.И., Кудрина Е.А., Красников Д.Г., Слободян А.И. Лапароскопическая гистерэктомия. – М., 1999. – 80 с.
2. Юзько О.М., Лаптева Т.А., Польова С.П. Лапароскопична оперативна гінекологія та гістероскопія. – Чернівці: Медакадемія, 2002. – 92 с.
3. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эндоскопия в гинекологии: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – 384 с.

НАШ ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНО АСИСТОВАНОЇ ЕКСТИРПАЦІЇ МАТКИ

О.М.Юзько, Т.А.Юзько, Махер Аль Абуд

Резюме. Аналіз 50 лапароскопічно асистованих вагінальних гістеректомій у жінок засвідчив переваги даного методу екстирпації матки, розглянуті нові можливості проведення даної операції та її ефективність.

Ключові слова: лапароскопічно асистована вагінальна гістеректомія (ЛАВГ).

OUR EXPERIENCE OF LAPAROSCOPIC ASSISTED HYSTERECTOMY

O.M.Yuz'ko, T.A.Yuz'ko, Maher Al Abud

Abstract. The authors have carried out an analysis of 50 laparoscopically assisted vaginal hysterectomies in women with various pathology of the uterus. The chief advantages of this method of hysterectomy have been adduced, new possibilities of making such an operation and its efficacy have been considered.

Key words: laparoscopically assisted vaginal hysterectomy (LAVH).

Bukovinian State Medical University (Chernivtsy)

Надійшла в редакцію 02.06.2004 р.

© Власов В.В., Мартинюк В.Г.

УДК 617.55-007.43-89

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГРИЖІ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПУ McBURNEY-ВОЛКОВИЧА

В.В.Власов, В.Г.Мартинюк

Кафедра хірургії факультету післядипломної освіти (зав. – д.м.н. А.І.Суходоля) Вінницького національного медичного університету ім.М.І.Пирогова, Хмельницька обласна лікарня

Щорічно в країнах СНД виконується понад 1 млн. апендектомій (АЕ) з приводу гострого апендициту (ГА), що становить 21-25% всіх операцій у стаціонарах загальнохірургічного профілю [1, 2]. При простих формах ГА гнійно-септичні ускладнення з боку рани виникають у

2,2% випадків [3], при деструктивних формах ГА – 9,2% [4]. Однією з причин виникнення гнійних ранових ускладнень при лікуванні ГА є нехтування особливостями анатомічної будови передньобокової стінки живота [5]. Інколи після нагноєння рани при лікуванні ГА виникає

післяопераційна вентральна грижа (ПВГ), що становить 11-30% у структурі ПВГ [6, 7]. До грижonoсіїв належить близько 2-4 % населення світу [8], в Україні їх число досягає більше половини мільйона чоловік [9].

Застосування традиційних методів герніопластики при боковій грижі призводить до її рецидиву у 31,2%. Основним принципом лікування грижі на сучасному етапі є пластика без натягу (*tension-free repair*), проте навіть використання даної методики в 5,4-11,6 % призводить до рецидиву ПВГ [10].

Мета дослідження. Покращити наслідки хірургічного лікування великої грижі після оперативного доступу *McBurney-Волковича*.

Матеріал і методи. Проліковано 80 хворих з ПВГ після АЕ з оперативним доступом *McBurney-Волковича*, серед яких більше було жінок (62%). Вік хворих становив 41-73 роки. Хворим проводили загальноклінічне обстеження. Усі хворі прооперовані. Більшості хворим (90%) хірургічне лікування проведено під загальним знеболенням з використанням міорелаксантів.

Хворим на операційному столі надавали положення *Тренделенбурга* з одночасним поворотом тіла на лівий бік. Інтраопераційно за допомогою динамометра визначали величину опору країв грижового дефекту (ГД), що було враховано у виборі способу пластики ПВГ.

Результати дослідження та їх обговорення. У всіх пацієнтів появи грижі передувало гнійне запалення післяопераційної рани, зумовлене деструктивним процесом у червоподібному відростку, технічними і тактичними помилками в лікуванні ГА. Протягом першого року грижа утворилася у 64 хворих (80%), з них більше ніж у половини пацієнтів (55%) – упродовж перших 6 місяців після операції. Рецидив грижі спостерігався у 18 хворих (22,5%), з них більше одного разу оперувалися з приводу ПВГ 5 хворих. 24 хворих (30%) мали великі за розмірами грижі. Гігантські розміри ПВГ спостерігалися у 18,7% пацієнтів. Розміри ГД коливалися від 3x2 см до 15x10 см.

До факторів, які суттєво впливали на вибір методу пластики, відносили величину ГД, рецидиви грижі в анамнезі і дані динамометрії країв рани ГД в момент їх зведення. Необхідно зазначити, що перед пластикою грижі, що виникла після оперативного доступу *McBurney-Волковича*, ми маємо два ГД. Зовнішній ГД розташований в апоневрозі зовнішнього косоного м'яза

живота (ЗКМЖ), внутрішній – у м'язово-апоневротичній частині внутрішнього косоного м'яза живота (ВКМЖ) і поперечного м'яза живота (ПоМЖ). За розмірами і топічно грижові дефекти часто не збігаються. При зашиванні грижі цієї локалізації обов'язковим є відновлення анатомо-функціональної цілісності стінки живота з врахуванням напрямку волокон структур, що зшиваються.

ГД великих і гігантських розмірів закривали із застосуванням різних латок. У цих випадках ми спостерігали певну (іноді значну) протидію з боку країв ГД, примусове їх зведення призводило до прорізування швів. Діастаз між краями ГД становив від 1,0 до 4,0 см. При значному дефіциті власних тканин використовували поліпропіленову сітку або автодермальну депітелізовану латку (В.Н.Янов, 1975). Насильне зведення країв ГД призводить до значного травмування зшитих тканин, некрозу, створює різке підвищення внутрішньочеревного тиску з розвитком рецидиву грижі в майбутньому.

Техніка операції (рисунок). Двома огинальними розрізами видаляють післяопераційний рубець, надлишок шкіри з грижовим мішком. Із видаленої шкіри за методикою Янова виготовляють автодермальну латку (АЛ). Край ГД в апоневрозі ЗКМЖ відокремлюють від ВКМЖ та ПоМЖ. В результаті післяопераційна грижа має два ГД, які мають різні розміри і просторове положення відносно довжини рани. Змістивши апоневроз ЗКМЖ (А, 1), АЛ (А, 2) лавсановими нитками підшивають до внутрішнього ГД (А, 3), відступивши 2-3 см від краю ГД. Незав'язані нитки беруть на затискачі. На край внутрішнього ГД (Б, 3) накладають вісімкоподібні шви і зв'язують з помірним натягом, максимально зменшуючи внутрішній ГД. Потім зав'язують нитки, накладені на АЛ. Остання закриває внутрішній ГД і заходить за його край на 2-3 см. Аналогічно підшивають другу АЛ (В, 4) під ГД в апоневрозі ЗКМЖ. При можливості з апоневроза ЗКМЖ формують дуплікатуру за методикою Сапежко або максимально зменшують розміри зовнішнього ГД, після чого до нього фіксують другу АЛ (Г, 4). Рану дрениують поліхлорвініловими трубками.

Профілактику ускладнень з боку рани проводили призначенням антибіотиків (метрит, цефобід, уназин), при загрозі гнійних ускладнень післяопераційну рану пошарово дрениували із

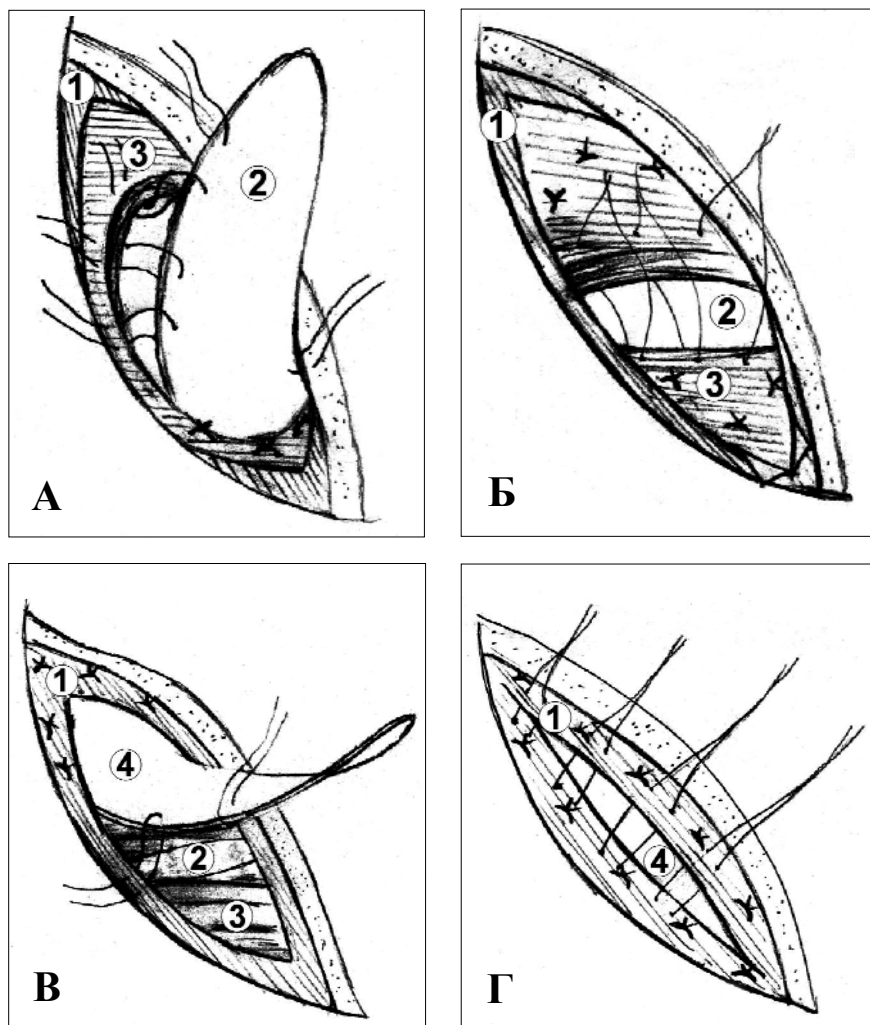


Рис. Схема герніопластики (пояснення в тексті).

застосуванням активної аспірації або з використанням поліетиленоксидних мазей (діоксизоль, левосин тощо). Підшкірну жирову клітковину зашивали безпервним швом.

Профілактику тромбоемболічних ускладнень проводили призначенням рекомендованих доз фраксипарину або ацелізіну. Хворим з хронічною венозною недостатністю призначали еластичний компресійний трикотаж та активний ранній післяопераційний період.

Хворі оглянуті в період від 1 до 10 років, рецидив грижі виник у хворої, якій виконана пластика з натягом.

Висновки. 1. Хірургічне лікування великої грижі на місці доступу McBurney-Волковича повинно бути індивідуальним, диференційованим, із застосуванням пластики без натягу. 2. Усунення грижового дефекту після доступу McBurney-Волковича повинно передбачати анатомо-функціональне відновлення черевної стінки.

Література

1. Джумабаев Э.С., Ахлиддинов О.А. Острый катаральный аппендицит: нужна ли аппендектомия? // Хирургия. – 2004. – № 2. – С. 69-72.
2. Белов С.Г., Захарчук О.П. Дискусійні питання стандарту тактики лікування гострого апендициту // Матер. Першої Всеукраїнської науково-практ. конф. "Акт. пробл. стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії" (Львів, 18-19 березня 2004 року). – Львів: ПП "Кварт", 2004. – С. 169-170.
3. Lord R.V., Sloane D.R. Early discharge after open appendicectomy // Aust. N. Z. J. Surg. – 1996. – V. 66, № 6. – P. 361-365.
4. Бондаренко Н.М., Новиков А.И., Бондаренко Ю.Н. Пути оптимизации программы лечения острого аппендицита // Клін. хірургія. – 2003. – № 3. – С. 33-35.
5. Мішалов В.Г., Храпач В.В., Балабан О.В. та ін. Анатомічні особливості передньої черевної стінки // Клін. хірургія. – 2003. – № 11. – С. 25-26.
6. Ващук В.В., Курдибан М.І., Кордоба Б.М. та ін. Досвід лікування післяопераційних вентральних гриж // Харківська

хірургічна школа. – 2004. – № 1-2. – С.85-87. 7. Мизаушев Б.А., Эфендиев И.Х., Кубалов И.А. и др. Аутодермальная погрузная пластика лоскутным методом при больших послеоперационных грыжах живота // Вестник хирургии. – 2003. – Т. 162, № 3. – С. 95-96. 8. Kingsnorth A.N., Porter C., Bennett D.H. The benefits of a hernia service in a public hospital // Hernia. – 2000. – N 4. – P. 1-5. 9. Тутченко М.І., Слонецький Б.І., Лисенко В.М. та ін. Місце герніопластики без натягу в хірургії защемленої грижі черевної стінки // Клін. хірургія – 2003. – № 11. – С. 32. 10. Саенко В.Ф., Белянский Л.С. Актуальные проблемы современной герниологии // Клін. хірургія. – 2003. – № 11. – С. 3-5.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГРИЖІ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПУ МcBURNЕY-VOLKOVYCH'S OPERATIVE ACCESS

В.В.Власов, В.Г.Мартинюк

Резюме. Вивчено результати лікування грижі, що виникла після оперативного доступу McBurney-Volkovich у 80 хворих віком 41-73 роки. Причиною виникнення грижі було гнійне запалення рани. Пластику великих і гігантських гриж доцільно виконувати без натягу із застосуванням різноманітних латок.

Ключові слова: оперативний доступ McBurney-Volkovich, післяопераційна грижа, аутодермопластика, алопластика.

PECULIARITIES OF TREATING HERNIA OF LARGE SIZES AFTER McBURNЕY-VOLKOVYCH'S OPERATIVE ACCESS

V.V.Vlasov, V.G.Martiniuk

Abstract. The authors have studied the results of treating hernia that developed after McBurney-Volkovich's operative approach in 80 patients aged 41-73. A suppurative inflammation was the cause of the development of hernia. It is advisable to perform hernioplasty of large and giant hernias without intention, using various flaps.

Key words: McBurney-Volkovich's access, post-operative hernia, autodermoplasty, alloplasty.

M.I.Pyrohov National Medical University (Vinnytsia),
Regional Hospital (Khmelnits'kyi)

Надійшла в редакцію 04.08.2004 р.

© Власов В.В., Суходоля А.І., Ахтемійчук Ю.Т., Микитюк С.Р.

УДК 616.34-007.43-089

СПОСІБ РОЗШИРЕННЯ ПАХВИННОЇ ГЕРНІОЛАПАРОТОМІЇ

В.В.Власов, А.І.Суходоля, Ю.Т.Ахтемійчук, С.Р.Микитюк

Кафедри хірургії факультету післядипломної освіти (зав. – д.м.н. А.І.Суходоля) Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, топографічної анатомії та оперативної хірургії (зав. – проф. Ю.Т.Ахтемійчук) Буковинського державного медичного університету, Хмельницька обласна лікарня

Стегнова грижа (СГ) защемлюється частіше у людей літнього і старечого віку, що негативно впливає на прогноз та наслідки лікування [1]. Збільшення кількості випадків пізньої госпіталізації хворих на защемлену стегонову грижу (ЗСГ) спричинює зростання резекцій тонкої кишки (ТК) до 10,8 % [2, 3]. Летальність при ЗСГ становить 2,3-6,4 %, а у людей літнього і старечого віку – до 8,9 % [4]. Тому при лікуванні ЗСГ у цієї

категорії хворих важливу роль відіграє адекватність вибору оперативного доступу (ОД).

Широкого розповсюдження при лікуванні СГ отримав "пахвинний спосіб". Пахвинний доступ безпечний, анатомічно обґрунтований, дозволяє високо перев'язати і видалити грижовий мішок (ГМ), сприяє надійному закриттю грижових воріт (ГВ) з боку глибокого стегонового кільця.