

востей АОЗ, посиленню процесів запалення, і, в результаті, до розвитку післяопераційних ускладнень.

**Ключові слова:** рак ободової кишки, гост-

ра кишкова непрохідність, післяопераційні ускладнення, загальні ліпіди, перекисне окислення ліпідів.

UDC 616.348-006.6+616.34-007.272

*THE LIPID PEROXIDATION AND ADIPOSE ACIDS OF COMMON LIPIDS IN ERYTHROCYTES AT ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION OF A COLON CANCER PACIENTS*

*SOLOVYOV I.E., YURZHENKO N.N., BRYUZGINA T.S., TCHUMAK P.J., KUZNETZOV A.A., RUDOY M.A., NEMTCHENKO I.I., LYSENKO R.B., BERTCHUN V.V.*

The study of lipid peroxidation (LPO) in 15 colon cancer patients III-IV stage complicated by acute intestinal obstruction during surgical treatment has shown, that on a background of an initial activation LPO and the oppressions of antioxidant protection an operational trauma and anaesthesia boost exuberant of LPO. The level of an arachidonic acid in structure of common lipids of membranes of erythrocytes at the patients was

increased in 2,6 times. It promotes strengthening of the endogenic intoxication, failure of compensator capabilities of antioxidant protection, and, in the total, to lowering a resistance of the organism and development of postoperative complications.

**Key words:** colon cancer, acute intestinal obstruction, postoperative complications, common lipids, lipid peroxidation.

УДК 617.55-06-089

**СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЮ ВЕНТРАЛЬНОЮ ГРИЖЕЮ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ ТА ОЖИРІННЯМ**

*СТОРОЖЕНКО О.В.*

*(Стаття представлена д.м.н. професором Б.П. Лисенком)*

В останні роки зріс інтерес хірургів до симультанних операцій (СО) [12]. Розширення діагностичних можливостей, обумовлених впровадженням нових методів дослідження, удосконалення хірургічної техніки, методів анестезії та інтенсивної терапії дозволи проводити СО хворим з поєднаною хірургічною патологією [11,9]. СО – це одночасне виконання двох або кількох самостійних операцій з приводу різних захворювань, при яких призначене оперативне лікування [12]. З віком збільшується кількість різних захворювань, часто конкуруючих за важкістю патологічних змін. Погіршення екологічної ситуації, матеріальних та соціальних умов життя, обумовило більш

агресивне протікання захворювань та частіше виявлення кількох захворювань у пацієнтів різного віку. В останні роки у 20-30% хворих, які поступають у хірургічні стаціонари, виявляють поєднані захворювання органів черевної порожнини [1]. У більшості таких пацієнтів можуть бути встановлені показання до симультанного виконання оперативних втручань. Нині багато хірургів визнають доцільність виконання СО. Частота їх по відношенню до загальної кількості оперативних втручань дорівнює від 1 до 6% [4,7,10]. СО виконують 1,5-5% пацієнтів [8,11]. Перевага таких оперативних втручань беззаперечна. Вони позбавляють хворого відразу від кількох захворювань, від

ризик повторних операцій та пов'язаних з ними ускладнень, психологічних травм, скорочують час сумарного перебування хворого в стаціонарі та наступного лікування. Питання про необхідність СО, як правило, стоїть дуже гостро, так як проводячи операцію в два етапи, вимушує руйнувати результати проведеної раніш герніопластики, що вкрай небажано. Також небажано проводити в якості першого етапу тільки одну операцію на органах черевної порожнини і при цьому не ліквідувати грижу. Виконання планових СО дозволяє раніше включити в операційну бригаду хірурга, здатного виконати втручання в повному обсязі. Важливо і те, що до операції є можливість вирішити юридичні аспекти (отримати згоду хворого або родичів на виконання другого втручання) [4]. За останні роки в літературі почастішали повідомлення про застосування СО у хворих із ПОВГ [1]. Значна кількість пацієнтів із ПОВГ великих розмірів хворіє на ожиріння (48-78%) [2,5,6]. У такій ситуації перед хірургом з'являється дилема: розділити хірургічне втручання на окремі етапи, чи виконати СО [3].

**Метою** роботи було дослідження і аналіз результатів виконаних симультанних хірургічних втручань у хворих з ПОВГ великих розмірів та ожирінням з розширеного оперативного доступу.

**Об'єкт і методи дослідження.** За період із 1989 по 2001 роки в хірургічних клініках м.Полтави прооперовано 210 хворих із ПОВГ великих розмірів та ожирінням. Вік хворих – від 27 до 85 років, більшість з яких працездатного віку. Серед хворих превалювали жінки – 195 (93%), чоловіки – 15 (7%). У плановому порядку прооперовані 180 (86%) хворих, 30 (14%) прооперовані за екстремими показаннями. Супутні захворювання (гіпертонічна хвороба, кардіосклероз, цукровий діабет та інш.) діагностовані у 136 (65%) хворих. Цим хворим необхідно було провести індивідуальну передопераційну підготовку. Найчастіше виявляли ПОВГ в поєднанні з ожирінням та захворюваннями серцево-судинної системи. Ожиріння

I ст. виявлено у 22 (11%) хворих, II ст. – 80 (38%), III ст. – 70 (33%), IV ст. – 38 (18%) хворих.

**Результати дослідження.** Нами проаналізований досвід виконання СО у 155 (74%) хворих з ПОВГ та ожирінням. Одночасно із грижосіченням 155 хворим були виконані 182 операції з приводу поєднаних з основним захворюванням. Слід зазначити, що частота СО в останні роки значно зросла. Так, виходячи із наших спостережень, за період з 1989 по 1996 роки в хірургічних клініках м.Полтави було виконано 90 СО у хворих із ПОВГ та ожирінням, а вже за 1997-2001 – 92. Частота СО залежить, по-перше, від ставлення оперуючого хірурга до необхідності СО, по-друге, від виявлення поєднаної хірургічної патології. СО виконаних у плановому порядку було 165 (91%), в екстремому – 17 (9%). Дані про характер СО, видах застосованої герніопластики і кількості планових та ургентних втручань представлені в таблиці.

Для підвищення ефективності хірургічного лікування хворих із ПОВГ великих розмірів та ожирінням і одночасним виключенням естетичних недоліків, у 148 (70%) хворих використовували розширені оперативні доступи до грижових воріт. Найчастіше грижові ворота локалізувалися у мезогастрії (навколорічкову ділянку) – 74 (35%) спостережень та гіпогастрії (серединні) – 63 (30%). У 34 (16%) хворих виявлено 2 та більше грижових дефектів. У більшості з них – тільки під час операції із розширеного доступу. Майже всі хворі з гіпогастральною локалізацією грижових воріт, та значна частина – з мезогастральною, мали підвищене відкладання жирової клітковини у нижній частині живота, що мало форму “висячого фартуха”, або так званого “відвислого живота”, який можна вважати як депо жиру. Всі ці хворі оперовані за методикою нашої клініки, що включала абдомінопластику з дерматоліпектомією та герніопластику. На нашу думку, оперативний доступ визначає значну частину успіху операції. Суттєва особливість СО при ПОВГ та ожирінні пов'язана з

вибором доступу. Вибір доступу при виконанні СО у хворих із ПОВГ та ожирінням у більшості випадків диктується інтересами герніопластики та якісними характеристиками результатів лікування, такими як задоволеність пацієнта життям у психоемоціональному та соціальному аспектах. 110 хворих із ПОВГ і наявністю "відвислого живота" значних розмірів виконана абдомінопластика з використанням розрізів за Фернадесом (104 хворих – 50%), та Берсоном (6 хворих – 3%). У хворих без наявності значних розмірів "відвислого живота" та серединною мезогастральною локалізацією грижі (38 спостережень – 18%), особливо після попередньої герніопластики пупкової грижі, застосовували оперативний доступ із дерматоліпектомією за Ватцелем. Слід зауважити, що застосування абдомінопластики з дерматоліпе-

ктомією у хворих із ПОВГ великих розмірів, мезо- та гіпогастральною локалізацією грижових воріт та ожирінням із використанням оперативних доступів за Фернадесом, Берсоном, Ватцелем забезпечує:

- більш широкий оперативний доступ, що дозволяє виконати оптимальну ревізію апоневроза;
- ізоляцію грижових воріт від шкіри рани на всьому протязі, що зменшує ризик вторинного інфікування;
- запобігання виникнення рецидивів завдяки видаленню "вісячого фартуха" живота, що є важливим етіопатогенетичним фактором розвитку грижі;
- значний косметичний ефект;
- певною мірою і соціальну реабілітацію цієї категорії хворих.

Таблиця

СО при втручанні з приводу ПОВГ

Операції поєднанні з грижосіченням	Спосіб герніопластики		Кількість операцій		
	Аутопластика	за Яновим	всього	Планово	ургентно
Холецистектомія	2	-	2	2	-
Надпихова ампутація матки	6	-	6	6	-
Апендектомія	6	-	6	6	-
Видалення кісти яєчника	4	-	4	4	-
Резекція придатків матки	1	-	1	1	-
Дерматоліпектомія	136	12	148	131	17
Пупкова грижа	8	-	8	8	-
Параумбілікальна грижа	1	-	1	1	-
Резекція тонкої кишки	1	-	1	1	-
Екстирпація матки	1	-	1	1	-
Товстокишкова непрохідність	1	-	1	1	-
Пахвинна грижа	1	-	1	1	-
Грижа спігелієвої лінії	1	-	1	1	-
ПОВГ після апендектомії	1	-	1	1	-
<b>Всього</b>	<b>170</b>	<b>12</b>	<b>182</b>	<b>165</b>	<b>17</b>

Для виявлення поєднаної з грижами патології ми застосовували усі можливі методи клінічної та інструментальної діагностики. Обстеження хворих до операції не виключало виконання інтраопераційної ревізії черевної порожнини, щоб не пропустити супутні захворювання. Слід зауважити, що ці операції майже весь час мають характер повторних на органах черевної порожнини, і всіма витікаючими звідси наслідками. У хворих з післяопера-

ційними та рецидивними грижами ревізія може бути ускладнена за рахунок злукового процесу, але, незважаючи на це, обов'язковим етапом операції вважаємо розділення злук між органами в грижовому мішку та його стінками і краями грижових воріт, а також роз'єднання злучених між собою органів черевної порожнини для усунення ознак хронічної кишкової непрохідності. Переважній більшості хворих – 174 (83%) – виконаний вісцероадгезіолізис.

Але при великих ПОВГ слід акцентувати увагу на доопераційну діагностику, тому що внаслідок великої кількості зрощень ревізії під час операції часто буває ускладнена і без достатніх підстав небажана через збільшення травматичності і ризику втручання. Великий сальник, а конкретно його частина нижче поперечної ободової кишки, що вільно звисає у вигляді "фартуха" та містить значну кількість відкладень жирової тканини, є основним депо жиру черевної порожнини, і у хворих із ожирінням (особливо ожиріння III, IV ст.) має значні розміри (до 30 см довжини та 45 см ширини), й відповідно об'єм та масу. Як відомо, одним із методів хірургічного лікування хворих із ожирінням є видалення депо жиру [3,8]. Часто в грижовому мішку фіксується частина великого сальника, яка рубцево змінюється, інколи запалена, тому в більшості випадках виконували субтотальну резекцію вільної частини великого сальника. Видаляючи великий сальник у хворих із ожирінням та ПОВГ, ми досягаємо відразу дві мети: ліквідується одне з основних депо жиру, що має суттєве значення для хворих із ожирінням, та значно збільшується вільний простір черевної порожнини, що дозволяє зменшити натяг тканин при пластиці та кількість післяопераційних ускладнень. Тому вважаємо особливо доцільним видалення всього "фартуха" великого сальника у хворих із ПОВГ великих розмірів та значним ступенем ожиріння як профілактичний засіб, що до підвищення внутришкоочеревинного тиску в ранньому та пізньому (особливо при прогресуванні ожиріння) післяопераційних періодах. Деякі автори до СО з приводу ПОВГ відносять також роз'єднання злук та резекцію великого сальника [1]. Однак ми не схильні подібні операції вважати симультанними, за виключенням тих випадків, коли хворих ургентно оперують з приводу злукової хвороби. СО на органах черевної порожнини виконувались через герніолапаратомний отвір, а окремий оперативний доступ для кожного етапу СО використовували тільки при поєднанні гриж. Основні етапи СО виконані за стандартними методика-

ми, специфічних ускладнень під час їх виконання не спостерігали. Апендектомія виконувалася тільки за наявності явних макроскопічних змін у апендиксі, чи його травматизації в процесі ревізії. Пластика пупкового кільця виконувалася за способом Лекснера в модифікації нашої клініки. Пластику грижових воріт у 192 (91%) хворих в основному виконували, використовуючи м'язово-апоневротичні тканини. При цьому враховували вид та локалізацію гриж, розмір грижових воріт та стан тканин передньої черевної стінки, вік та конституцію пацієнта, наявність супутньої патології. У 18 (9%) хворих великий розмір грижових воріт, атрофія м'язів примусили нас виконати аллопластику – аутодермальний лоскут, оброблений по Янову. Безпосередні результати СО при ПОВГ великих розмірів та ожирінні не відрізнялись від результатів звичайних операцій.

Після виконання великих за об'ємом операцій з відділенням шкірно-жирового "фартуха" на значній ділянці, виникає великий ризик розвитку місцевих ускладнень: серома виявлена у 6; гематома операційної рани у 3; інфільтрат рани у 1; частковий краєвий некроз шкіри у 2; нагноєння рани у 4 хворих. Із загальних ускладнень у 5 хворих у ранньому післяопераційному періоді виникла гостра серцево-легенева недостатність, у 2 хворих гострий тромбофлебіт вен нижніх кінцівок, у 2 хворих динамічна кишкова непрохідність. Лікування цих хворих проводили консервативними методами. У профілактиці післяопераційних ускладнень важливим є правильне обґрунтування показань до виконання СО, щадяче виконання усіх етапів, проведення адекватної післяопераційної терапії.

#### **Висновки.**

1. Необхідною умовою виконання таких хірургічних втручань, як СО, вважаємо високу кваліфікацію хірурга. Застосування сучасних лікувальних технологій, що враховують хірургічне, реанімаційне та реабілітаційне забезпечення.

2. При виконанні кожної СО необхідний індивідуальний підхід. Переоцінку показань та

своїх можливостей, як і відмова від виконання СО, недопустимі.

3. Аргументоване виконання СО не призводить до збільшення частоти післяопераційних ускладнень та летальності.

4. Симультанне виконання оперативних втручань суттєвого не впливає на середню тривалість лікування хворого у стаціонарі, дозволяє зменшити загальну тривалість періоду тимчасової непрацездатності хворого та значно зменшити витрати на лікування.

5. Ми вважаємо особливо доцільним одномоментну корекцію косметичних дефектів та анатомо-функціональної недостатності перед-

ньої черевної стінки, а також виконання СО у хворих із ПОВГ при всебічному обстеженні до операції, та відсутності ускладнень. Це покращує якість життя хворих та виключає в подальшому необхідність відстрочених оперативних втручань особливо у хворих з загрозою виникнення рецидиву грижі.

6. Результати дослідження свідчать про доцільність виконання операцій із застосуванням розширеного оперативного доступу за методикою нашої клініки у хворих з ПОВГ та ожирінням.

7. Абдомінопластику з дерматоліпектомією треба відносити до СО.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян А.А., Накашидзе Д.Х., Чернышова Л.М. Лечение послеоперационных вентральных грыж, сочетающихся с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости//Хирургия.-1994.-№7.-С.45-47.

2. Антропова Н.В., Ах Эль – Саид. Причины рецидивов послеоперационных вентральных грыж//Хирургия.-1990.-№7.-С. 127-128.

3. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия.-Спб:Гипократ, 1998.-704 с.

4. Брагин В.В., Борзенко Б.В. Выполнение симультантных операций при сочетании желчнокаменной болезни с другими заболеваниями органов брюшной полости//Клин. хир.-1995.-№3.-С.11-13.

5. Дирюгина М.С. Отдаленные результаты лечения гигантских грыж после акушерско-гинекологических операций//Хирургия.-1997.-№6.-С.62-63.

6. Жебровский В.В., Тоскин К.Д., Ильченко Ф.Н. и др. Двадцатилетний опыт лечения послеоперационной вентральной гры-

жи//Вестник хирургии им. И.И. Грекова.-1996.-Т.155. — №2.-С.105-108.

7. Земляной А.Г., Малкова С.К. Симультантные операции на органах брюшной полости//Хирургия.-1986.-№3.-С.22-26.

8. Лаврик А.С. Хирургия морбидного ожирения//В кн: Актуальные вопросы неотложной хирургии органов брюшной полости. Харьков.-1998.-С.106-107.

9. Магдиев Т.Ш., Северинко Н.В. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии//Хирургия.-1999.-№6.-С.54-55.

10. Сахаутдинов В.Г., Чанцев Ш.Х. Лечение сочетанных заболеваний брюшной полости//Хирургия.-1989.-№4.-С.80-84.

11. Ставицкий В.В., Пугач В.Г. Выполнение симультантных операций в условиях районной больницы //Клин.хир. -1995.-№1.-С.11-13.

12. Тоскин К.Д., Жебровский В.В., Землянкин А.А. Симультантные операции — название и определение//Вестник хирургии им. И.И. Грекова.- 1991.- №5.- с.3-9.