

stoyanie vazoaktivnykh mediatorov u bol'nykh s metaboli-cheskim sindromom. Byul. SO RAMN. 2010;1:9-13. Russian.

15. Agostoni C. Role of long-chain polyunsaturated fatty acids in the first year of life. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2008;47:41-4.

16. Stransky K, Jursik T, Vitek A, Skorepa J. An improved method of characterizing fatty acids by equivalent chain length values. J. High. Res. Chromatogr. 1992;15:730-40.

17. Bligh EG, Dyer WJ. A rapid method of total lipid extraction and purification. Can. J. Biochem. Physiol. 1959;37(8):911-7.

18. Carrea JP, Duback JP. Adaptation of a macroscale method to the microscale for fatty acid methyl transesterification

of biological lipid extract. J. Chromatogr. 1978;151(3):384-90.

19. Tapiero H, Ba GN, Couvreur P, Tew KD. Polyunsaturated fatty acids (PUFA) and eicosanoids in human health and pathologies. Biomed Pharmacother. 2002;56(5):215-22.

20. Soberman RJ, Christmas P. The organization and consequences of eicosanoid signaling. Clin. Invest. 2003;111(8):1107-13.

21. Tremblay AJ, Despres JP, Piche ME. Associations between the fatty acid content of triglyceride, visceral adipose tissue accumulation, and components of the insulin resistance syndrome. Metabolism. 2004;53:310-7.

УДК 617.55-007.43-06:616.34-007.272-089

ГИГАНТСКИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВЕНТРАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ, ОСЛОЖНЕННЫЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, – СЛОЖНЫЙ ВОПРОС УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ И ПУТИ ЕГО РЕШЕНИЯ (случай из практики)

Д.В. КАРАПЫШ

Тульский государственный университет, пр-т Ленина, д. 92, г. Тула, Россия, 300012

Аннотация. В хирургии грыж передней брюшной стенки, обширные и гигантские послеоперационные вентральные грыжи, осложненного течения, составляют наиболее сложную группу, что связано с тяжестью пациентов, 80-85% из которых имеют тяжелые сопутствующие заболевания, причем у 70-90% из них наблюдается ожирение. Летальность в данной нозологии достигает по некоторым данным 7-10%, а при осложненном течении 25-30% случаев. Использование традиционных методов лечения имеет явные ограничения в возможностях, что выражается в частоте рецидивов 20-50%. Наметившийся прогресс в лечении послеоперационных вентральных плановых грыж с использованием синтетических имплантатов ни коем образом не продвинул вопроса лечения их осложненных форм, а в особенности обширных и гигантских послеоперационных грыж. В виду отсутствия эффективных способов закрытия грыжевых ворот без натяжения собственных тканей, исключающих повышение внутрибрюшного давления в условиях острой кишечной непроходимости. Окончательно остается нерешенным вопрос классификации послеоперационных вентральных грыж. Когда речь идет, как в описанном клиническом наблюдении, о множественных грыжевых выпячиваниях по ходу срединного послеоперационного рубца. Предложенный «оригинальный метод» аутопластики грыжевых ворот в совокупности с назоинтестинальной интубацией и интраоперационной декомпрессией тонкой кишки, в сочетании с лаважем в раннем послеоперационном периоде можно рассматривать, как эффективный способ лечения.

Ключевые слова: гигантские грыжи, пластика послеоперационных грыж, осложненные грыжи, классификация грыж.

GIANT INCISIONAL HERNIAS, COMPLICATED BY ACUTE ILEUS AS THE MOST DIFFICULT ISSUE OF URGENT SURGERY AND THE WAYS OF ITS SOLUTION (the case from the practice)

D.V. KARAPYSH

Tula State University, 300012, Russia, Tula, Lenin Avenue, 92

Abstract. In the surgery of the anterior abdominal wall hernias, large and giant postoperative complicated hernias are referred to the most difficult group that is associated with the severity of the patients' state, 80-85% of which have severe co-morbidities and 70-90% of them are obesity. The lethality in these patients is 7-10%, and 25-30 for complicated cases. Traditional methods of treatment have obvious limitations for use, it's reflected in the frequency of relapses about 20-50%. Recent progress in the treatment of post-operative ventral hernias, for example using of synthetic implants, doesn't improve the state of the problem and of large and giant postoperative hernias particularly, as well as there is the lack of effective ways of herniorrhaphy without tension own tissues, that excludes the increase in intra-abdominal pressure in the case of acute ileus. The question of classification of postoperative ventral hernias is still discussed. Especially as in the case of multiple hernias along the median postoperative scar, as described in the clinical observation, represented below. The original method of herniorrhaphy in association with nasointestinal intubation and intraoperative decompression of small intestine, in combination with the lavage in the early postoperative period can be considered an effective way of treatment.

Key words: giant hernia, plastic postoperative hernia, acute hernia, classification of hernias.

Актуальность. Быстрое развитие хирургии, активная хирургическая тактика, рост числа операций определяет увеличение частоты послеоперационных вентральных грыж. По статистике послеоперационные вентральные

грыжи возникают в 7,5-24% случаев от общего числа операций на органах брюшной полости [6]. Особую озабоченность и даже тревогу у хирургов вызывают обширные и гигантские послеоперационные грыжи, составляющие от 8 до

25% наблюдений от общего числа послеоперационных вентральных грыж [5]. Здесь трудности и опасности хирургии послеоперационных грыж достигают своего апогея. Это в равной степени касается тяжести больных, 80-85% из которых имеют тяжелые сопутствующие заболевания в виду преобладания лиц среднего, пожилого и старческого возраста. Причем, в этой группе у 70-90% пациентов наблюдается ожирение [2]. Данная нозология сопряжена с высокой летальностью, которая достигает по некоторым данным 7-10%, а при осложненном течении 25-35% случаев [5]. При этом основной причиной смерти является развитие тяжелой сердечно-легочной недостаточности в ближайшем послеоперационном периоде, что связано с перемещением в брюшную полость из грыжевого мешка органов, это меняет равновесие в системе дыхания и кровообращения. Экскурсия диафрагмы ограничивается, вследствие этого при дыхании в легкие попадает количество воздуха, недостаточное для адекватного газообмена. Гиповентиляция и гипоксия усугубляет парез кишечника и прогрессирующие повышению внутрибрюшного давления.

В связи с этим в последние годы ведется поиск способов закрытия грыжевых ворот без натяжения собственных тканей, при которых исключается повышение внутрибрюшного давления [1]. Использование традиционных методов пластики местными тканями послеоперационных обширных и гигантских вентральных грыж имеет явные ограничения в возможностях, что выражается в частоте рецидивов после аутопластики 20-50%. С появлением новых сетчатых имплантатов наметился некоторый прогресс в лечении больных с обширными и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами, это не относится к их осложненным формам. Появившиеся в литературе отдельные высказывания об использовании полипропиленовых сеток для пластики грыжевых ворот в условиях осложненного течения грыж (острой кишечной непроходимости, ущемления, перитонита) больше является исключением, чем правилом, в виду развития множества осложнений [4].

Другим не менее актуальным вопросом остается отсутствие единой общепринятой классификации вентральных грыж. Большинство классификаций, основанных на определении размеров грыжевого мешка и дефекта апоневроза, не являются исчерпывающими, так как в них не учитывается соотношение грыжевого выпячивания и объема брюшной полости. Другие же классификации, включающие данные соотношения, зачастую громоздки или требуют дополнительных дорогостоящих методов исследования и поэтому редко применяются.

Все это определяет сложность и актуальность вопроса, лечение обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж, а в особенности, необходимость поиска решений лечения их осложненных форм.

Цель исследования – улучшение результатов лечения, осложненных, обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж путем оптимизации современных классификаций грыж передней брюшной стенки, внедрения в клиническую практику «оригинальной» ненатяжной аутопластики дефектов передней брюшной стенки, а также тактического алгоритма ведения больных.

Материалы и методы исследования. Приводим собственное наблюдение успешного использования комплексного лечения – «алгоритм лечения» и «оригинальную методику» пластики передней брюшной стенки, больной с множеством послеоперационных вентральных грыж по типу «Швейцарского сыра», осложненных острой кишечной

непроходимостью, находящегося на лечении в «ГУЗ Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина». Послеоперационное наблюдение и обследование больной в динамике, проводилось через один, три и шесть месяцев физикальными методами и методом УЗИ диагностики на аппарате «Toshiba Nemio SSA-550A».

Результаты и их обсуждение. Больная К., 74 лет была доставлена бригадой СМП во 2-ое хирургическое отделение БСМП города Тулы 03.11.12 в 23:15. При поступлении предъявляла жалобы на наличие огромного выпячивания передней брюшной стенки, боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота, тошноту, рвоту.

Из анамнеза заболевания известно, что 26 часов назад отметила внезапно возникшие боли в животе, вздутие живота, тошноту, однократно была рвота съеденной пищей. В динамике состояние ухудшалось, боли в животе усилились, тошнота, неоднократная рвота. Самолечение спазмолитиками и анальгетиками не принесло ощутимого эффекта.

В анамнезе жизни у больной три операции: аппендэктомия, в 1995 г. удаление матки с придатками по поводу рака Т3NxM0 с последующей лучевой терапией, в 2000 г. была оперирована по поводу срединной послеоперационной вентральной грыжи, производилась пластика местными тканями традиционным способом. Через 12 месяцев от операции больная самостоятельно выявила рецидив срединной вентральной грыжи, к врачу не обращалась, носила бандаж. Кроме того, общее состояние больной было отягчено хроническими заболеваниями: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, церебросклероз, артериальная гипертензия 3 ст., 3 ст., 4 риск; Сахарный диабет 2 типа с инсулин потребностью тяжелого течения; ЖКБ: хронический калькулезный холецистит; МКБ, хронический пиелонефрит; Ожирение 2 ст.

При поступлении в стационар общее состояние оценивалось как среднетяжелое. Больная находилась в ясном сознании, кожные покровы телесного цвета, АД=160/90 мм.рт.ст., ЧСС=90 в мин., ЧДД=19 в мин.

При осмотре живота: местно обращало на себя внимание гигантское объемное образование, занимающее нижние, средние и частично верхние отделы живота. Данное образование представлено множеством (5) грыжевых мешков локализованных в области послеоперационного рубца. Размер грыжевых выпячиваний от 15 см до 5-7 см. Согласно классификации вентральных грыж (К.Д. Тоскина и В.Д. Жебровского, 1980 г.) данное состояние было отнесено к гигантским послеоперационным грыжам.

Грыжевые выпячивания мягко-эластической консистенции, малоболезненны при пальпации, в брюшную полость полностью не вправляются. Во всех отделах живота выслушивается шум плеска, ампула прямой кишки не расширена, содержит кал. Признаки раздражения брюшины не определяются. В клинических анализах крови, мочи, биохимическом анализе крови явных патологических изменений обнаружено не было. Глюкоза крови 13,9 ммоль/л, что потребовало ее коррекции. На рентгенографии органов брюшной полости: определяются арки и тонкокишечные узоры в мезогастральной области. У больной диагностирована острая кишечная непроходимость, гигантская срединная послеоперационная вентральная грыжа. Начата консервативная терапия.

С целью декомпрессии желудочно-кишечного тракта и уменьшения внутрибрюшного давления был установлен зонд в желудок, удалено и отмыто около 300 мл желтого

отделяемого с кишечным запахом. Начата инфузионная терапия. После кратковременной (в течение 3,5 часов) консервативной терапии состояние без динамики. Были поставлены показания для оперативного лечения с целью разрешения острой кишечной непроходимости, от которого больная временно отказалась, терапия была продолжена. Ввиду явного ухудшения состояния и после многократных уговоров хирургов больная 5.11.12 в 9:00 дала согласие на оперативное лечение (через 60 часов от заболевания и 34 часа от поступления).

Больная была оперирована 05.11.12 под общим обезболиванием. Интраоперационно (из протокола операции): в брюшной полости, выраженный спаечный процесс, петли тонкой кишки на всем протяжении раздуты, заполнены жидкостью и газом. Содержимое грыжевых мешков: петли тонкой кишки и большой сальник. Множественные грыжевые дефекты располагаются по ходу послеоперационного рубца как «дырки в Швейцарском сыре», расстояние между дефектами от 3 до 5 см. Величина грыжевых ворот соответствует размерам, определенным до операции (от 15 до 5 см в диаметре). Суммарно размер грыжевых ворот составил 26 см в диаметре. Спаечный процесс в брюшной полости частично разделен, кишечная проходимость восстановлена. Интраоперационно тонкий кишечник на всем протяжении интубирован назогастро-интестинальным зондом, проведена декомпрессия тонкого кишечника.

«Оригинальная методика» грыжесечения с ненатяжной аутопластикой грыжевых ворот: после стандартного иссечения окаймляющими разрезами послеоперационного рубца с истонченной кожей, грыжевые мешки полностью не выделялись из подкожной клетчатки, а выделялись лишь те фрагменты грыжевых мешков, которые подлежали к линии разреза. После вскрытия брюшной полости проводилась ревизия органов с устранением причины, послужившей поводом для операции (острая спаечная кишечная непроходимость). Обязательным считаем, как описано ранее, интубацию тонкой кишки с последующей её декомпрессией. Пластика грыжевых ворот начинается с иссечения наиболее измененной верхней части грыжевого мешка – «покрышки». Технически это осуществимо, если корнцангом со стороны брюшной полости подцепить грыжевой мешок и электроножом иссечь наиболее измененные ткани – «покрышка» грыжевого мешка.

Оставшиеся ткани грыжевого мешка соединялись по принципу дубликатуры тканей мешка, атравматическим непрерывным обвивным возвратным швом, нитью «Пролен» 3-0. Шов раны послойно с обязательным дренированием брюшной полости, а по необходимости, и дренированием подкожной клетчатки по Редону. В конкретном случае дренаж подкожной клетчатки не устанавливался, обошлись дренированием резиновым выпускником, который был удален на вторые сутки.

Длительность операции составила 90 минут, что на порядок отличается от времени, которое было бы затрачено при пластике с использованием сетчатого имплантата в плановом порядке.

В раннем послеоперационном периоде считаем обязательным однократный интестинальный лаваж. Лаваж осуществляется через установленный ранее (в операционной) назогастроинтестинальный зонд полийонными растворами по типу раствора «Рингер» в объеме 3-5 литров.

В остальном интенсивная терапия общепринятая, включает инфузионно-детоксикационный компонент, антибиотикотерапию и терапию, направленную на поддер-

жание функции внутренних органов. Послеоперационный период у больной протекал гладко, недостаточности внутренних органов, дыхательной, сердечно-сосудистой системы нами не наблюдалось. Назоинтестинальный зонд был удален на 5 сутки при полном прекращении отделяемого из него и выслушивании активной кишечной перистальтики, что отвечает времени снижения внутрибрюшного давления [3]. Дренаж из брюшной полости был удален на 9-е сутки, швы сняты на 10 сутки. Рана зажила первичным натяжением. Больная в удовлетворительном состоянии была выписана из отделения 17.11.12, на 14-е сутки от поступления.

В динамике больная обследовалась спустя один, три и шесть месяцев. Проводилось клиническое обследование, ультразвуковое исследование передней брюшной стенки и органов брюшной полости, патологии не обнаружено. Это время выбрано не случайно, так как на образование грыжи в течение первого месяца указывают многие зарубежные авторы.

Выводы:

1. Таким образом, считаем целесообразным использование отечественной классификации послеоперационных вентральных грыж (К.Д. Тоскина и В.Д. Жебровского, 1980 г.), когда речь идет, как в описанном клиническом наблюдении, о множественных грыжевых выпячиваниях по ходу срединного послеоперационного рубца.

2. Считаем, что на данном этапе технического развития единственно возможным и оправданным операционным доступом в лечении осложненных вентральных, а в особенности обширных и гигантских грыж, является лапаротомный доступ. Он позволяет с наибольшей тщательностью провести ревизию органов брюшной полости с разрешением того состояния, которое вынудило прибегнуть к экстренной операции, а также осуществить трансназальную интубацию тонкой кишки с последующей интраоперационной декомпрессией.

3. Использование оригинальной методики грыжесечения с ненатяжной аутопластикой грыжевых ворот позволило вылечить больную с гигантской послеоперационной вентральной грыжей, осложненной спаечной кишечной непроходимостью и может быть рекомендовано как один из вариантов окончательного или этапного лечения осложненных обширных или гигантских послеоперационных вентральных грыж.

4. Несомненно, что использование интестинального лаважа в раннем послеоперационном периоде является обоснованной профилактикой пролонгации внутрибрюшной гипертензии и вторичного инфицирования.

Литература

1. Белоконев, В.И. Пластика брюшной стенки при вентральных грыжах комбинированным способом / В.И. Белоконев, С.Ю. Пушкин, З.В. Ковалева // Хирургия.– 2000.– № 8.– С. 24–26.
2. Гербали, О.Ю. Актуальные аспекты лечения послеоперационной грыжи живота у больных с ожирением / О.Ю. Гербали // Клінічна хірургія.– 2010.– №3.– С.45–49.
3. О хирургической тактике при ущемленных грыжах / В.В. Рыбачков [и др.] // Хирургия.– 2011.– №12.– С.55–58.
4. Применение рассасывающихся полимеров для пластики послеоперационных вентральных грыж / И.М. Рольшиков [и др.] // Хирургия.– 2001.– № 4.– С. 43–45.
5. Роль назоинтестинальной декомпрессии в лечении гигантских Comparison of ultrasonography with computed tomography in the diagnosis of incisional hernias / D. den Har-

tog [et al.] // Hernia.– 2009.– Vol. 13.– № 1.– P. 45–48.

6. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia / J.W. Burger [et al.] // Ann Surg.– 2004.– Vol. 240.– № 4.– P. 578–583.

Reference

1. Belokonev VI, Pushkin SYu, Kovaleva ZV. Plastika bryushnoy stenki pri ventral'nykh gryzhakh kombinirovannym sposobom. Khirurgiya. 2000;8:24-6. Russian.

2. Gerbali OYu. Aktual'nye aspekty lecheniya posleoperatsionnoy gryzhi zhivota u bol'nykh s ozhireniem. Klinichna khirurgiya. 2010;3:45-9. Russian.

3. Rybachkov VV, Kabanov EN, Tevyashov AV, Abakshin NS. O khirurgicheskoy taktike pri ushchemlennykh gryzhakh. Khirurgiya. 2011;12:55-8. Russian.

4. Kovalev VA, Grigoryuk AA, Rol'shchikov IM, Sichinava ZA, Kravtsov YuA. Primenenie rassasyvayushchikhsya polimerov dlya plastiki posleoperatsionnykh ventral'nykh gryzh. Khirurgiya. 2001;4:43-5. Russian.

5. Den Hartog D, Dur AH, Kamphuis AG, Tuinebreijer WE, Kreis RW. Comparison of ultrasonography with computed tomography in the diagnosis of incisional hernias. Hernia. 2009;13(1):45-8.

6. Burger JW, Luijendijk RW, Hop WC, Halm JA, Verdaasdonk EG, Jeekel J. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. Ann Surg. 2004;240(4):578-83.

УДК 612.821

КЛИНИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ (обзор литературы)

М.Н. ПАНКОВ, А.В. ГРИБАНОВ, И.С. ДЕПУТАТ, Л.Ф. СТАРЦЕВА, А.Н. НЕХОРОШКОВА

ФГАОУ ВПО «Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова»,
наб. Северной Двины, 17, каб. 1328, г. Архангельск, Россия, 163002

Аннотация. В обзоре представлен современный взгляд на этиологию и патогенез синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей. Дана характеристика генетических, нейроморфологических, биохимических, нейрофизиологических, социально-психологических факторов, влияющих на формирование клинической картины синдрома. Рассмотрены возрастная динамика клинических проявлений невнимательности, гиперактивности и импульсивности, вопросы дифференциальной диагностики. Показана взаимосвязь коморбидных состояний и нарушений социальной адаптации у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Обобщены результаты нейробиологических исследований, отражающих часто выявляемые особенности центральной нервной системы у детей с данным синдромом. Показано, что у детей с дефицитом внимания и нарушениями поведения страдают система селекции программы действий; реактивность к внешним и внутренним стимулам (управляемая активация); у них часто выявляются дефицит управляющих функций и нарушения мотивационной регуляции. Незрелость фронто-таламических структур и дефицит неспецифической активации также негативно влияют на развитие познавательных функций и взаимодействие регуляторных мозговых систем у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. Состояние функционального напряжения головного мозга у детей с нарушениями внимания и поведения приводит к истощению функциональных резервов мозга и нарушениям нейроэнергетического метаболизма, а, в дальнейшем, к нарастанию клинических проявлений синдрома.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, дети.

CLINICAL AND PHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN THE CHILDREN (review)

M.N. PANCov, A.V. GRIBANOV, I.S. DEPUTAT, L.F. STARTSEVA, A.N. NEHOROSHKOVA

Federal State Autonomous Educational Institution of Higher professional Education M.V. Lomonosov Northern (Arctic) Federal University, 163002, Russia, Arkhangelsk, nab. Northern Dvina, 17, of. 1328.

Abstract. The article presents a modern view of the etiology and pathogenesis of attention deficit hyperactivity disorder in children. The characteristic genetic, neuromorphological, biochemical, neurophysiological, social and psychological factors that influence the formation of the clinical picture of the syndrome. Analyzes the age dynamics of clinical displays of inattention, hyperactivity and impulsivity, problems of differential diagnosis. The relationship of comorbid conditions and disorders of social adaptation of children with attention deficit hyperactivity disorder. The results of neurobiological studies, reflecting the often revealed features of the central nervous system in children with this syndrome. Children with attention deficit disorders and behavior disorders are affected system breeding program of action; reactivity to external and internal stimuli, they are often detected deficit control functions and violation of motivational regulation. The immaturity of the fronto-thalamic structures and the lack of non-specific activation also negatively affect the development of cognitive functions and interactions of regulatory brain systems in children with attention deficit hyperactivity disorder. The functional state of stress of the brain leads to depletion of the reserves of brain function and disorders energy metabolism, and, subsequently, to an increase in clinical manifestations of the syndrome.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, children.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)

является одним из наиболее распространенных детских пове-