

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика
за сприяння
Української асоціації хірургів-герніологів

МАТЕРІАЛИ

ІХ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

«СУЧАСНІ СПОСОБИ ТА ТЕХНОЛОГІЇ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГРИЖ ЖИВОТА»



Коблеве 2016 р.

Клименко В.Н., Клименко А.В., Білай А.І.
**ОЦІНКА БЕЗПОСЕРЕДНІХ ТА ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ
ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНИХ ПЛАСТИК У ЛІКУВАННІ
ПАХВИННИХ ГРИЖ**

Запорізький державний медичний університет, Україна

За даними літератури рецидиви після пахвинних герніопластик складають 10-35% при використанні класичних методик, 3-5% при ненатяжних методиках. Після лапароскопічних способів частота рецидивів коливається від 0 до 0,1%, а рецидивних гриж - близько 3%. В той же час випадки хронічного больового синдрому складають від 9,7 до 51,6%. Не дивлячись на переваги преперитонеальних методик пахових пластик, структура і частоти ранніх та віддалених ускладнень різняться і спонукає до проведення глибокого аналізу ускладнень та оцінки якості життя пацієнтів у віддаленому періоді.

Мета роботи – оцінити результати відкритої та закритої преперитонеальних пластик.

Матеріали та методи. У дослідження включені 172 пацієнта з паховими грижами, яким за період з 2009 по 2016 роки виконані оперативні втручання в клініках факультетської та госпітальної хірургії ЗГМУ. І групу склали 67 (38,95%) хворих проперованих по методиці ТЕР-repair, II групу - 70 (40,69%) пацієнтів після методики TAPP-repair, а III групу - 35 (20,34%) хворих після відкритої преперитонеальної методики Rives. У 157 (91,28%) хворих виявлена первинна пахвинна грижа, у 15 (8,72%) – рецидивна. Чоловіків було 166 (96,51%), жінок – 6 (3,48%). Середній вік хворих склав $53,97 \pm 0,975$ років. Частота та особливості ускладнень у післяопераційному періоді вивчалися по записам в історії хвороби та протоколам оперативних втручань. Віддалені результати оцінювали шляхом активного виклику і огляду пацієнтів, анкетування поштою, УЗД, МРТ. Оцінку якості життя пацієнтів проводили за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ) та специфічного опитувальника Eura HS - QoL.

Результати. Середня тривалість знаходження пацієнта в стаціонарі після методики ТЕР склала $5,58 \pm 0,3$ ліжко-дня, після TAPP – $4,64 \pm 0,2$, після Rives – $5,91 \pm 0,4$ ліжко-дня. Кількість інтраопераційних та післяопераційних ускладнень після ТЕР методики становило 13 (19,4%) випадків, по методиці TAPP-repair – у 28 (41,79%), по методиці Rives – у 18 (51,42%). Інтраопераційні ускладнення в групі TAPP було відмічено у 1 (1,42%) пацієнта (перфорація тонкого кишківника). У групі ТЕР – у 3 пацієнтів, а саме кровотеча з нижніх епігастральних

судин. Гематома пахвинної ділянки та калитки з'явилася у 1 (після ТЕР – у 1,49%, TAPP – 1,42% та Rives – 2,85%) пацієнта. У 2 (2,98%) пацієнтів після ТЕР методики діагностовано серому в пахвинній області, у 5 (7,14%) після TAPP та у 3 (8,57%) хворих після методики Rives. Порушення чутливості, парестезії та невралгія в пахвинно-калітковій ділянці було відмічено у 4 (5,71%) пацієнтів після TAPP методики, у 4 (11,42%) після Rives і лише у 1 (1,49%) пацієнта після ТЕР герніопластики. Нагноєння п/о рани було відмічено по 1 випадку в групах порівняння у 1,42% та 2,85% хворих відповідно. У віддаленому післяопераційному періоді однією з основних причин обмеження руху був синдром хронічного пахвинного болю. Він виник у 6 (8,95) хворих після ТЕР методики, у 12 (17,14%) – після TAPP та у 7 (20%) пацієнтів після Rives методики. За ВАШ відсутність проявів хронічного больового синдрому було у 52 (77,61%) хворих після ТЕР. Аналіз результатів за опитувальником Eura HS – QoL показав статистично значущу перевагу методу ТЕР-repair перед методами TAPP та Rives за такими показниками якості життя, як біль в області грижі і обмеження рухливості через біль, що підкріплюються технічними моментами методик.

Висновки. Перевагами методики ТЕР перед TAPP та Rives є більш низький процент хронічного больового синдрому, ретенційних ускладнень та повна відсутність нагноєння п/о рани, перфорації порожнистих органів та рецидиву. За результатами аналізу якості життя пацієнтів перевагу методу ТЕР-repair перед методами TAPP та Rives відзначали за такими показниками якості життя, як біль в області грижі і обмеження рухливості через біль.

Мендель Н.А., Иващенко А.В., Павлович Ю.В.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ САМОФИКСИРУЮЩИХСЯ ПРОТЕЗНЫХ
МАТЕРИАЛОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ**

Универсальная клиника «Обериг», Киев, Украина

Лапароскопическая герниопластика стала одним из стандартных методов лечения паховых грыж в последние годы. Ее преимуществами являются: меньшая травматичность, лучшие косметические результаты, закрытие трансплантатом всех потенциальных мест выхода паховых грыж. В то же время эта методика имеет ряд недостатков: более высокая стоимость операции за счет необходимости наркоза и стоимости расходных материалов, в частности аппаратов для фиксации

трансплантатов, повышенный риск болевого синдрома после фиксации сетки, необходимость владения навыками лапароскопических вмешательств.

Цель работы – оценить первый опыт использования самофиксирующихся протезных материалов при различных видах лапароскопической герниопластики.

Материалы и методы. В медицинском центре «Универсальная клиника «Обериг» в 2015-2016 гг. выполнено 12 лапароскопических герниопластик с использованием самофиксирующихся протезных материалов Pro Grip (Covidien (Medtronic), США). У 9 больных использованы Covidien Pro Grip Parietene Mesh (15x9 см), у двух – Covidien Pro Griplaparoscopic Anatomical Mesh (15x10 см) – один правый, один левый, и у одного – Covidien Pro Grip Laparoscopic Self-fixating Mesh 15x10 см. У 3-х больных герниопластика выполнена слева, у 9 справа. У 6 пациентов использовали методику TAPP (трансабдоминальную преперитонеальную пластику) и у 6 – TEP (тотальную экстраперитонеальную пластику). Мужчин было 11, женщина – 1, средний возраст пациентов – 46,9 года (от 30 до 67 лет). Сетка ProGrip – это биокомпонентная сетка на основе монофиламентного полипропилена и монофиламентной полимолочной кислоты (PLA), одну из сторон которой покрывают микрокрючки, которые обеспечивают полноценную фиксацию сетки к тканям. Учитывая наличие микрокрючков, сворачивание сетки в рулон перед введением в троакар значительно усложняет ее разворачивание и дальнейшее манипулирование в брюшной полости. Поэтому применяли следующий способ свертывания сетки. Сетку сворачивали от нижнего и верхнего края к центру, делая по две складки с каждой стороны от края до центра, фиксирующим слоем наружу. Сетку после введения в брюшную полость в сложенном состоянии укладывали горизонтально по линии паховой связки и на уровне верхнего края лонной кости, при этом сетка фиксировалась к брюшной стенке и не смещалась. Затем разворачивали сетку сначала от центра вниз, затем верхней половиной вверх.

Результаты. Среднее время операции составило 71 мин, от 45 до 120 (на начальном этапе освоения методики). Срок пребывания в стационаре - 1 койко-день. Длительность болевого синдрома составила от 1 до 9 дней, в среднем 3,5 дня. Рецидивов за время наблюдения после операций не было. Стоимость самофиксирующейся сетки в сравнении с использованием обычной полипропиленовой сетки и степлера «Протак» была на 36% ниже.

Выводы. Использование самофиксирующихся протезных материалов при лапароскопической герниопластике является безопасным, увеличивает надежности фиксации сетки, снижая риск ее смещения, снижает стоимость операции в сравнении с традиционным способом фиксации, уменьшает длительность болевого синдрома.

Подпратов С.С., Салата В.В., Подпратов С.С.,

Иваха В.В., Белоусов И.О.,

Корчак В.П., Гонтаренко В.Р.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНОЇ ПАХОВОЇ ГРИЖІ

Київський міський центр електрозварювальної хірургії,
Київська міська клінічна лікарня №1, Україна

Діагностика та лікування рецидиву пахової грижі складні через наявність рубців в паховій ділянці, іноді відсутність грижового випинання.

Мета роботи – провести аналіз ефективності діагностики та лікування рецидиву пахової грижі з використанням передочеревинного доступу.

Матеріали та методи. З приводу рецидивної пахової грижі оперовано 16 пацієнтів, всі чоловіки в віці від 28 до 83 років. Одноразовий рецидив грижі був у 12 пацієнтів, дворазовий та триразовий – у 4. Грижове випинання було видиме у 11 пацієнтів, не видиме – у 5. Під час попередніх оперативних втручань пластика власними тканинами була виконана у 5 пацієнтів, з використанням сітчастого алотрансплантату за I.L. Lihtenstein – у 11. Оперативне втручання здійснювали під спинальною анестезією. Використовували доступ L.M. Nyhus

Результати. Клінічною ознакою розширення внутрішнього пахового кільця був біль в місці його проекції на черевну стінку, що посилювався при натисненні пальцем і під час напруження живота в наслідок підйому пацієнта з положення лежачи. За даними ультразвукового дослідження (УЗД) та комп'ютерної томографії (КТ) наявність кишки в паховому каналі встановили у 7 пацієнтів, зміщення сечового міхура як ймовірний наслідок слабкості стінки пахового проміжку у 3, потовщення та насичення рідиною сім'яного канатика у 2. За відсутності грижового випинання у 2 пацієнтів виявили зміщення сечового міхура, ще у 2 - потовщення та насичення рідиною сім'яного канатика за даними УЗД та КТ. Під час оперативного втручання у всіх 5

ЗМІСТ

ПАХВИННІ, СТЕГНОВІ ГРИЖІ

Березницький Я.С., Астахов Г.В., Землянский Д.Е. Особенности хирургического лечения паховых грыж с применением малоинвазивных технологий 3

Білянський Л.С., Кучер М.Д., Абу Шамсія Р.Н., Дубенко Є.М., Васильєв А.В., Кравченко Т.Г., Кальченко А.Д. Вдосконалення етапів ларароскопічного втручання при лікуванні хворих на пахвинну грижу 4

Білянський Л.С., М'ялковський Д.С. Клінічне значення та методи діагностики синдрому хронічного пахвинного болю 6

Бугридзе З.Д., Грубник В.В., Воротинцева К.О. Технічні аспекти попередження рецидивів при лапароскопічних герніопластиках пахвинних гриж 8

Воровський О.О., Шапринський В.О., Яцков Д.А. Сучасні способи лікування защемлених гриж у хворих похилого та старечого віку 9

Гончар М.Г., Пиптюк О.В., Кучірка Я.М., Мельник І.В. До модифікації пластики пахових гриж за Ліхтенштейном 11

Клименко В.Н., Клименко А.В., Білай А.І. Оцінка безпосередніх та віддалених результатів преперитонеальних пластик у лікуванні пахвинних гриж 12

Мендель Н.А., Иващенко А.В., Павлович Ю.В. Использование самофиксирующихся протезных материалов при лапароскопической герниопластике паховых грыж 13

Подпратов С.Є., Салата В.В., Подпратов С.С., Иваха В.В., Белоусов І.О., Корчак В.П., Гонтаренко В.Р. Діагностика та лікування рецидивної пахової грижі 15

Саволюк С.І., Крестянов М.Ю., Лисенко В.М., Потапов О.А., Глаголева А.Ю. Оптимізація лапароскопічної преперитонеальної алогерніопластики 16

Сивожелезов А.В., Сыкал Н.А., Чугай В.В., Смецков Д.А. Лапароскопическая пластика паховых грыж 19

Сопельняк В.П., Никонова О.А., Домахина А.М. Особенности лапароскопического лечения бедренных грыж (TAPP) 20

Усенко О.Ю., Ничитайло М.Ю., Тодуров І. М., Булик І.І., Косюхно С.В., Перехрестенко О.В., Калашиников О. О., Плегуца О.І., Косюк В.П. Порівняльний аналіз ендоскопічних способів преперитонеальної алопластики пахвинного каналу 22

Фелештинський Я.П., Ватаманюк В.Ф., Коханевич А.В., Сміщук В.В. Комбінована фіксація сітчастого імплантату при трансабдомінальній преперитонеальній алогерніопластичі у хворих з пахвинними грижами 24

Фелештинський Я.П., Свиридовський С.А., Ватаманюк В.Ф., Йосипенко М.О., Преподобний В.В., Сміщук В.В., Коханевич А.В. Місцева інфільтраційна анестезія лонгокаїном при хірургічному лікуванні хворих на пахвинні грижі методикою Ліхтенштейн 25

Харишин О.М. Аналіз лікування пахвинних гриж методом Дезарда: власний досвід 27

Харченко Д.А., Дубинський П.В., Коваленко Е.А., Чайка В.А., Хаджиг В.М., Тютюнник С.В. Способ аллопластики паховых грыж с сохранением

m.cremaster при переднем доступе 28

Шапринський В.О., Пашинський Я.М., Собко В.С. Ауто- та алогерніопластика у чоловіків віком до 40 років 29

ВЕНТРАЛЬНІ ГРИЖІ, ПУПКОВІ ГРИЖІ, ДІАСТАЗ ПРЯМИХ М'ЯЗІВ

Андрющенко В.П., Кушнірчук М.І. Предиктори вибору методу герніопластики післяопераційних вентральних гриж 32

Арсенюк В.В., Бартош А.М., Гринів О.В., Петрук Д.В. Недиференційована дисплазія сполучної тканини як предиктор виникнення вроджених гриж черевної стінки у дітей 34

Белянский Л.С. Технические особенности и клинический опыт применения задней компонентной сепаративной пластики передней стенки живота 35

Березницький Я.С., Астахов Г.В., Землянский Д.Е. Особенности хирургического лечения вентральных грыж с применением малоинвазивных технологий 37

Білянський Л.С., Абу Шамсія Р.Н., Дубенко Є.М., Кальченко А.Д., Луцки А.П. Вибір методики пластики великої післяопераційної вентральної грижі 39

Бойко В.В., Лыхман В.Н., Меркулов А.А., Меркулова Е.В., Волченко И.В., Арсений И.И. Профилактика формирования спаечного процесса в зоне герниопластики 40

Бойко В.В., Лыхман В.Н., Меркулов А.А., Мирошниченко Д.А., Ткач С.В. Диагностически значимые критерии резистентности в прогнозировании послеоперационных осложнений у больных с обширными и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами 42

Власов В.В., Харишин О.М., Калиновський С.В. До алгоритмів діагностики і лікування хворих на первинну грижу білої лінії живота 44

Грубник В.В., Воротинцева К.О. Комбінований метод лікування післяопераційних вентральних гриж 45

Грубник В.В., Парфентьева Н.Д., Парфентьев Р.С. Пластика срединных вентральных грыж с поновлением функции прямых м'язів 47

Дзюбановський І.Я., Пятночка В.І. Стан місцевих і системних показників цитокінів на імплантацію легких і важких сіток за умов ретромускулярної пластики у пацієнтів на післяопераційну вентральну грижу 48

Запорожченко Б.С., Холодов І.Г., Колодій В.В. Про можливості покращення результатів алогерніопластики шляхом впливу на формування сполучнотканинних структур 50

Юффе О.Ю., Тарасюк Т.В., Стеценко О.П. Можливості впровадження принципів Fast Track в хірургії післяопераційних вентральних гриж 52

Кутовой А.Б., Шкура М.Н., Гриценко П.А., Завизион Е.Н., Асляев А.А. Аллогерніоабдоминопластика при різних варіантах розміщення поліпропіленового сітчастого трансплантата 53

Лерчук О.М., Лукавецький О.В., Шаваров Ю.І., Порицький А.М. Комбінована пластика за Ramirez у хворих з великими та гігантськими післяопераційними грижами 55

Лерчук О.М., Лукавецький О.В., Федоров В.Ю., Порицький А.М. Симультанна горизонтальна абдомінопластика у пацієнток із пупковою грижею та