

Стадия II — Рецидивные абсцессы с образованием синусов (свищей) и рубцеванием, единичный или множественные отдельные поражение на расстоянии друг от друга.

Стадия III — Диффузные или почти диффузные поражения или множественные соединенные синусы (свищевые) ходы и абсцессы по всей области поражения.

Пациенты с третьей стадией заболевания встречаются редко, однако представляют собой сложную клиническую задачу. Основным методом лечения гнойного гидраденита третьей стадии является хирургический. Используют следующие методы лечения: дренирование; "снятие крыши" (unroofing); лазерное лечение; экстериоризация; коретаж; электрокоагуляция свищевых ходов; иссечение зон поражения с ушиванием; иссечение с пластикой местными кожными лоскутами, кожно—мышечными лоскутами, лоскутами на ножке, свободными кожными лоскутами или расщепленными кожными лоскутами; заживление вторичным натяжением.

До настоящего времени нет единого взгляда на выбор способа хирургического лечения.

Цель исследования: Обобщить опыт хирургического лечения пациентов с хроническим гнойным гидраденитом 3 стадии по Харли.

В медицинском центре "Универсальная клиника "Обериг" в 2014—2016 гг проходили обследование и лечение 7 пациентов с хроническим гнойным гидрадени-

том третьей стадии по Харли. Возраст пациентов был от 28 до 50 лет, мужчин было 5, женщин 2. Длительность заболевания от 5 до 30 лет. У всех пациентов было обширное поражение обеих подмышечных областей, у двух — мошонки, у одного обеих паховых областей, у двух пациентов ягодичных областей, у одной — складки под грудной железой.

Трое пациентов оперированы, один от оперативного лечения отказался, трое готовятся к операциям. Всем оперированным пациентам (2 мужчин и одна женщина) были проведены операции: одномоментное иссечение очагов гидраденита под наркозом. У одного пациента раны сведены наводящими швами, у второго ввиду большого объема раны она оставлена открытой с последующей через 1 месяц пластикой расщепленным кожным лоскутом, и еще у одной пациентки выполнена первичная кожная пластика перемещенными лоскутами. У всех пациентов наступило полное заживление дефектов, за время наблюдения рецидивов гидраденита не было. У одного пациента (с открытым ведением раны) на 9 день возникло аррозивное кровотечение из подкожной артерии, остановлено проживанием. Срок пребывания в стационаре составил от 1 до 4 дней, полное заживление ран от 14 до 93 дней.

#### *Вывод*

Методом лечения хронического гнойного гидраденита является полное иссечение очагов заболевания с одномоментной или отсроченной кожной пластикой.

## СРАВНЕНИЕ ПРОТЕЗНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ

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

Универсальная клиника "Обериг", Киев

Лапароскопическая герниопластика является одним из стандартных методов лечения паховых грыж в последние годы, так как обладает меньшей травматичностью, хорошими косметическими результатами, трансплантат закрывает все потенциальные места выхода паховых и бедренных грыж. В то же время единого стандарта выбора трансплантата и способа его фиксации нет.

Цель: сравнить опыт использования различных протезных материалов и способов их фиксации при лапароскопической герниопластике паховых грыж.

В медицинском центре "Универсальная клиника "Обериг" в 2012—2016 гг. выполнено 41 лапароскопических герниопластики при паховых грыжах. Пациенты разделены на 4 группы: Первая — 12 пациентов, у которых использованы комбинированные трансплантаты "Ульгтрапро" ("Ethicon", США) 10 × 15 см с фиксацией скобками "Protack" ("Covidien", США); Вторая — 4 пациента, у которых использовали сетки "Rebound" ("MMDI", США) с нитиновым каркасом; Третья — 11 пациентов,

у которых использовали анатомические сетки с фиксацией их в центральной точке одиночным интракорпаральным швом (6 — "Bard 3Dmax" ("Bard Medical", США), 5 — "Covidien Parietex Laparoscopic Anatomical Mesh" ("Covidien", США), 4 группа — 14 пациентов с использованием самофиксирующихся протезных материалов "ProGrip" ("Covidien" ("Medtronic", США). У 31 пациента использовали методику TAPP (трансабдоминальную преперитонеальную пластику) и у 10 — TEP (тотальную экстраперитонеальную пластику). Мужчин было 38, женщин — 3, средний возраст пациентов — 46,2 года (от 30 до 67 лет).

Достоверной разницы по времени операции в группах не было. Срок пребывания в стационаре — 1,1 койко—день (трое пациентов находились в стационаре больше одного дня по собственному желанию). Длительность болевого синдрома составила от 1 до 10 дней, средняя длительность достоверно не отличалась между группами (в первой группе 4,1 дня, во второй группе — 4,2 дня, в третьей 3,6 и в четвертой 3,5 дня). Возник один

рецидив в третьей группе, обусловленный подворотом нижнего края анатомического протеза. Суммарная стоимость протеза и средств фиксации была наивысшей в первой группе, на 36% выше, чем при использовании анатомических и самофиксирующихся протезов.

#### *Выводы*

При использовании всех исследованных протезных материалов и способов фиксации не выявлено достоверной разницы в длительности операции, длительности пребывания пациентов в стационаре, продолжительности болевого синдрома, количестве осложнений. Стоимость расходных материалов ниже при использовании анатомических и самофиксирующихся трансплантатов.

## ЕНДОСКОПІЧНЕ СТЕНТУВАННЯ ЖОВЧНИХ ПРОТОК

**І. Л. Насташенко, О. В. Довбенко, Е. В. Негря, Д. І. Хоменко**

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Мета — визначення показань до застосування ендобіліарного стентування із застосуванням стентів різних типів при біліарній обструкції з урахуванням характеру ураження жовчних проток (ЖП).

В 2013 році в Київському міському центрі хірургії печінки, підшлункової залози та жовчних проток стентування ЖП із застосуванням різних типів стентів виконано 63 пацієнтам: 42 (66,7%) — з приводу бластоматозної біліарної обструкції, 8 (12,7%) — при невидаленому холедохолітіазі (ХЛ), ускладненому гнійним холангітом, 11 (17,4%) — для закриття ятрогенних зовнішніх жовчних нориць (ЗЖН), 2 (3,2%) — при панкреатиті, ускладненому механічною жовтяницею.

Пластикові стенти використовували в 47 (74,6%) випадках за необхідності налагодження тимчасового дренирування ЖП при їх пухлинній обструкції, ХЛ, ускладненому холангітом, для закриття ЗЖН, і в 2 (3,2%) в якості самостійного, кінцевого методу лікування у пацієнтів з високим ризиком оперативних втручань.

У 38 (60,3%) хворих, яким було виконано стентування ЖП, відновлення природного пасажу жовчі сприяло зниженню рівня білірубінемії, явищ холангіту, покращенню функції печінки, що дозволило в подальшому виконати їм черевні оперативні втручання.

За наявності поширеного пухлинного ураження та віддалених метастазів в 14 (22,2%) випадках застосовували металеві стенти, що розправляються самостійно (СМС). При цьому перевагу надавали стентам без покриття, що унеможливило блокування ними дольових, сегментарних проток та протоки жовчного міхура з розвитком відповідних ускладнень.

Строки функціонування пластикових стентів обмежені через інкрустацію їх жовчними солями — в середньому 3,6 місяця. Обструкція 2 (14,3%) СМС через 4 та 6 місяців носила інший характер (рихлий детрит з фібрином), після ендоскопічної реканалізації функція стентів була відновлена.

#### *Висновки*

1. Показаннями для використання пластикових дренажів при стентуванні жовчних проток є: необхідність їх тимчасового дренирування при підготовці хворих до наступних, більш радикальних втручань; лікування зовнішніх жовчних нориць; довічне стентування при не усуненому холедохолітіазі.

2. При довічному стентуванні жовчних проток з приводу їх пухлинного ураження оптимальним є використання металевих стентів, що розправляються самостійно.

## ВПЛИВ ЗДІЙСНЕННЯ ІЛЕОДУОДЕНОПЛАСТИКИ НА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ДО ІНСУЛІНУ

**С. Є. Подпрятков, С. С. Подпрятков, І. О. Белоусов, В. П. Корчак, Т. А. Довгіч**

Київська міська клінічна лікарня № 1,  
Київський центр електрозварювальної хірургії та новітніх технологій

Оперували 6 пацієнтів, у яких інсулінорезистентність проявлялась високим рівнем інсуліну в крові,  $50,83 \pm 10,35$  мкМОд/мл при рівні норми 5,9—22,5 мкМОд/мл. Індекс маси тіла (ІМТ) у 2 пацієнтів був нижче за 29 кг/м<sup>2</sup>, у 4 вище за 40 кг/м<sup>2</sup>. Перед виконанням операції рівень С—пептиду у 3 хворих, група I, становив  $3920,46 \pm 716,41$  пмоль/л при рівні норми 295—1162 пмоль/л, у інших 3 хворих, група II, дорівнював  $802,52 \pm$

$353,92$  пмоль/л. Після здійснення хірургічного втручання, ілеодуоденопластики за ориганіальним способом, рівень інсуліну у всіх хворих знизився до  $15,50 \pm 6,02$  мкМОд/мл, рівень С—пептиду становив  $1448,75 \pm 260,59$  пмоль/л в I групі і  $1392,54 \pm 883,83$  пмоль/л в II групі.

Отримані дані свідчать про наявність різних механізмів розвитку інсулінорезистентності. Як до, так і після хірургічного лікування рівень інсуліну в крові у