

некротического панкреатита в виде псевдокист и абсцессов, которые до госпитализации не были диагностированы и характеризовались асимптоматичным течением. Из анамнеза установлено, что все описанные больные в прошлом лечились и были выписаны из хирургических стационаров с диагнозом "острый панкреатит".

Акцентируется внимание на возможность неконтролируемого асимптоматичного развития поздних осложнений острого панкреатита, которые в дальнейшем проявляются как фоновая патология и отягощают течение других заболеваний.

Ключевые слова: острый панкреатит, осложнение острого панкреатита.

D.M Bidiuk, A.I. Furtak, A.M. Mykush

Rare Combinations of Late Complications of Acute Pancreatitis and Other Diseases

Department of General Surgery, Danylo Halatsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine, Clinical Municipal Communal Emergency Hospital, Lviv, Ukraine, E-mail: dariy.bidyuk@gmail.com

Abstract. Acute pancreatitis is a severe surgical disease which can be accompanied by gastrointestinal bleeding and bleeding from

pancreatic pseudocysts, bowel obstruction, and perforations of peptic ulcers. The cases in which the aforementioned pathological processes were the main cause of hospitalization and lesions of the pancreas (abscess, pseudocyst) were diagnosed during treatment as a background disease are noteworthy. Clinical development and treatment of the disease were analyzed in 5 patients with the following basic pathologies: perforations of peptic ulcers (2 patients), ulcerous bleeding (1 patient), adhesive bowel obstruction (1 patient), myelofibrosis, splenomegaly (1 patient). During treatment, all the patients developed symptoms of late complications of necrotizing pancreatitis in the form of pseudocysts and abscesses which were not diagnosed before hospitalization and were characterized by an asymptomatic course. Based on the anamnesis it was revealed that all the patients were previously treated in surgical department with the diagnosis of acute pancreatitis. The possibility of an uncontrolled asymptomatic development of late complications of acute pancreatitis which further manifest themselves as background pathology and aggravate the course of other diseases was emphasized.

Keywords: acute pancreatitis; complication of acute pancreatitis

Надійшла 06.06.2016 року.

УДК 617.557-007.43

Білянський Л. С., Абу Шамсія Р. Н., Дубенко С. М., Васильєв А. В., Кравченко Т. Г., Кальченко А. Д.

Удосконалення технічних прийомів лапароскопічної герніопластики

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, кафедра хірургії №1, Київська міська клінічна лікарня №18

Резюме. Мета. Поліпшити результати лікування пацієнтів на первинну пахвинну грижу шляхом вдосконалення технічних прийомів виконання лапароскопічного хірургічного втручання.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 125 відеолапароскопічних операцій з приводу пахвинної грижі у 112 (89,6%) чоловіків і 13 (10,4%) жінок, віком 17 – 84 (57±19,8) років за методикою трансабдомінальної преперитонеальної пластики (ТАПП) за період з 2013 по 2015 роки. Досліджувалися місце та довжина розрізу очеревини, якість гемостазу при використанні енергії монополярних інструментів та біполярних, використовуючи енергію електроварювання живих тканин обладнанням «Патонмед», техніка та повнота виділення грижового мішка, вибір типу протеза, його розміри, спосіб фіксації сітки та зашивання очеревини.

Висновки: 1. Застосування для мобілізації та відновлення цілісності очеревини біполярних ножиць з енергією електроварювального обладнання «Патонмед» дозволяє виконати мінімальний розріз очеревини, практично виключити геморагічні ускладнення та прискорити етап відновлення очеревини. 2. Виникнення хронічного післяопераційного пахвинного болю пов'язане з методикою фіксації протезу за допомогою стиплерів. 3. Використання самофіксуєючих сіток при лапароскопічній протезній пластичі за методикою ТАПП дозволяє уникнути гематом, знизити кількість сером, не викликає хронічного пахвинного болю в післяопераційному періоді. 4. Методика електроварювання м'яких тканин та сучасних протезних матеріалів дозволяє зменшити матеріальні витрати на операцію, що сприяє більшій популяризації лапароскопічного втручання.

Вступ. Щорічно у світі виконується понад 2 млн. хірургічних втручань з приводу гриж черевної стінки, з них з приводу пахвинної грижі – 80%, що складає 10 - 15% всіх оперативних втручань [1]. В Україні щорічно виконується понад 90 тис. операцій з приводу гриж, з них з приводу пахвинної грижі - 65-70% [2]. Слід відзначити, що вартість витратних матеріалів для лапароскопічної герніопластики в умовах сучасної економічної ситуації залишається досить

високою, що пов'язано з необхідністю застосування сучасних сітчастих протезів, стиплерів та шовного матеріалу. Використання новітніх технологій, а саме, самофіксуєючих протезів та технології електроварювання м'яких тканин дають можливість зменшити витрати на лапароскопічну герніопластику, не втрачаючи якості, що може сприяти її більшій популяризації. Однією з актуальних проблем трансабдомінальної преперитонеальної пластики (ТАПП) пахвинного каналу є вдосконалення техніки розсічення та мобілізації очеревини, досягнення надійного гемостазу, вибір типу протезу, його фіксація та методика зашивання очеревини.

Мета роботи: поліпшення результатів лікування пацієнтів на первинну пахвинну грижу шляхом вдосконалення технічних прийомів виконання лапароскопічного хірургічного втручання.

Матеріали і методи

Проведено ретроспективний аналіз 125 відеолапароскопічних операцій з приводу пахвинної грижі у 112 (89,6%) чоловіків і 13 (10,4%) жінок, віком 17 – 84 (57±19,8) років за методикою ТАПП на базі кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця за період з 2013 по 2015 роки. Предметом дослідження були місце та довжина розрізу очеревини, якість гемостазу при використанні енергії монополярних та біполярних інструментів, техніка та повнота виділення грижового мішка, яка передбачала б мінімізацію травми елементів сім'яного канатика при пахвино-каліткової грижі та максимальне збереження очеревини, вибір типу протеза та його розміри, спосіб фіксації сітки та зашивання очеревини.

Для виконання пластики у 80 пацієнтів проводився горизонтальний, або напівовальний розріз очеревини над латеральною і медіальною пахвинними ямками, довжиною від 10 до 14 см за допомогою лапароскопічного гачка, чи монополярних ножиць. Формувалося ложе протезу шляхом препарування очеревини за традиційною методикою до рівня стегової ямки і

Таблиця 1. Способи фіксації сітки і відновлення очеревини по групах дослідження

Використовуваний протез та методика його фіксації		Полегшена поліпропіленова монофіламентна сітка	Важка самофіксуєча сітка	Легка самофіксуєча сітка
Всього	125	66 (52,8%)	31 (52,5%)	28 (47,5%)
Метод фіксації сітки	стиплер	66	-	-
Метод відновлення очеревини	вікрил	54 (81,8%)	19	8
	Електрозварка	12 (18,2%)	13	19

виявлення лонного горбка.

У 45 пацієнтів препарування очеревини здійснювалось за допомогою біполярних ножиць, використовуючи енергію електрозварювального обладнання «Патонмед».

Для фіксації полегшених поліпропіленових монофіламентних протезів у 66 пацієнтів (52,8%) використовували герніостеплери. Відновлення очеревини над протезом у 54 випадках (81,8%) здійснювалось плетеною вікриловою ниткою, а у 12 випадках (18,2%) – за допомогою технології електрозварювання м'яких тканин. Використання різних методик фіксації сітки і відновлення очеревини по групах наведено в таблиці 1.

У 59 пацієнтів (47,2%) використовувалися напіврозсмоктуючі композитні самофіксуєчі протези. З них, у 31 хворого (52,5%) – важку сітку з монофіламентного поліестеру, а у 28 (47,5%) випадках – полегшену поліпропіленову. В цій групі пацієнтів цілісність очеревини в 27 випадках (45,8%) відновлювали вікриловою ниткою, в 32 випадках (54,2%) – за допомогою технології електрозварювання м'яких тканин.

Ширина сітчастих імплантатів у всіх випадках складала не менше 10 см, а довжина визначалась індивідуально з метою профілактики рецидиву грижі. Це було обумовлено необхідністю зміцнення сітчастим імплантатом всіх слабких місць пахвинної ділянки – латеральної, медіальної ямки, внутрішнього стегнового кільця. Імплантат перекривав їх як мінімум на 3-5 см по периметру, що обумовлено доведеною контракцією сітчастого імплантату з поліпропілену на 20% протягом 10 місяців після операції [3,4]. Операція завершувалася відновленням цілісності очеревини плетеною вікриловою ниткою 3-0 або 4-0, або ж за допомогою технології електрозварювання м'яких тканин. Цей етап вважали обов'язковим, тому що він забезпечує надійну ізоляцію протеза від порожнистих органів черевної порожнини.

У післяопераційному періоді принципи ведення хворих були ідентичні, всім пацієнтам призначалися нестероїдні знеболюючі, проводилася антибактеріальна профілактика, рання активізація.

Результати дослідження і їх обговорення

Застосування для препарування очеревини біполярних ножиць з енергією електрозварювального обладнання «Патонмед» продемонструвало можливість виконання втручання практично в «сухому» операційному полі, завдяки високій якості гемостазу. Відомо, що такі умови виконання втручання забезпечують високу якість зображення, дають можливість для прецизійного виділення елементів сім'яного канатика та судинних структур пахвинної ділянки. Це особливо важливо при виділенні грижового мішка за умови пахвинокалиткової грижі. Так, при порівнянні можливостей рутинного виділення грижового мішка у 12 пацієнтів за допомогою монополярних інструментів та у 9 пацієнтів за допомогою біполярних ножиць встановлено високу якість гемостазу, візуалізації та практично уникнення травматизації очеревини, судин і протоків, саме при застосуванні енергії електрозварювання. Цей ефект був застосований при виборі довжини розрізу очеревини – застосування біполярних ножиць дозволило зменшити довжину розрізу очеревини до 8 см, що

прискорювало етап завершення оперативного втручання.

Ускладнення, виявлені при ретроспективному аналізі виконаних лапароскопічних герніопластик в трьох групах, наведені в таблиці 2.

У першій групі хворих рецидиви виявлено у 3. На нашу думку, причиною їх виникнення були недостатні розміри, сітчастого матеріалу. Надалі, при використанні протезів, шириною не менше 10 см, рецидивів не спостерігалось.

Виявленні гематоми евакуювали за допомогою пункції під контролем УЗД. У 2-х випадках гематоми виникли після використання звичайних поліпропіленових сіток і були обумовлені недостатнім гемостазом. При використанні важких самофіксуєчих сіток з монофіламентного поліестеру у 4 хворих також були виявлені гематоми. При використанні легких самофіксуєчих сіток гематом не було виявлено.

Сероми виявлялися на 5-7 добу при УЗД-контролі зони операції. При об'ємі сероми понад 60,0 мл виконували евакуацію за допомогою пункції під контролем УЗД.

Хронічний персистуючий пахвинний біль відзначався у 5 пацієнтів першої групи, де імплант фіксували герніостеплером. Самофіксуєчі сітки не викликали сильного болю, хоча в 2 випадках використання важкої сітки больовий синдром був наявним, але пройшов протягом менше 3 місяців.

Висновки

1. Застосування для мобілізації та відновлення цілісності очеревини біполярних ножиць з енергією електрозварювального обладнання «Патонмед» дозволяє виконати мінімальний розріз очеревини, практично виключити серомагічні ускладнення та прискорити етап відновлення очеревини.

2. Виникнення хронічного поопераційного пахвинного болю пов'язане з методикою фіксації протезу за допомогою стиплерів.

3. Використання самофіксуєчих сіток при лапароскопічній протезній пластичці за методикою ТАПП дозволяє уникнути гематом, знизити кількість сером, не викликає хронічного пахвинного болю в післяопераційному періоді.

4. Методика електрозварювання м'яких тканин та сучасних протезних матеріалів дозволяє зменшити матеріальні витрати на операцію, що сприяє більшій популяризації лапароскопічного втручання.

Література

1. В. Ф. Саєнко та співавт., 2003; В. Н. Егієв, 2003; А. Д. Тимошин із співавт., 2003; Л. С. Білянський, Н. В. Манойло, 2008; А. Mcintosh, 2005; G. Campanelli і співавт., 2006
2. Современные методы лечения брюшных грыж /В. В. Грубник, А. А. Лосев, Н. Р. Баязитов, Р. С. Парфентьев. – К.: Здоровье, 2001. – 279 с.
3. Biomechanical analyses of overlap and mesh dislocation in an incisional hernia model in vitro / M. Binnebosel, R. Rosch, K. Junge [et al.] // Surgery. – 2007. – Vol. 142, N 3. – P. 365 – 371.
4. Evaluation of new prosthetic meshes for ventral hernia repair /

Таблиця 2. Післяопераційні ускладнення лапароскопічної герніопластики

Ускладнення	Полегшена поліпропіленова монофіламентна сітка (n=66)		Важка самофіксуєча сітка (n=31)		Легка самофіксуєча сітка (n=28)		Всього (n=125)	
	К-кість	%	К-кість	%	К-кість	%	К-кість	%
Рецидив	3	4,5	--	--	--	--	3	2,4
Гематома	2	3	24	80,1	--	--	26	20,8
Серома	8	12,1	2	6,5	--	--	10	8
Хронічний біль	9	13,6	2	6,5	--	--	11	8,8

J. W. A. Burger, J. A. Halm, A. R. Wijsmuller [et al.] // Surg. Endosc. – 2006. – Vol. 20. – P. 1320 – 1325.

Белянский Л.С., Абу Шамсия Р.Н., Дубенко Е.М., Васильев А.В., Кравченко Т.Г., Кальченко А.В.

Усовершенствование технических приёмов лапароскопической герниопластики.

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, кафедра хирургии №1, Киевская городская клиническая больница №18

Резюме. Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с первичной паховой грыжей путем усовершенствования технических приёмов выполнения лапароскопического хирургического вмешательства.

Материалы. Проведен ретроспективный анализ 125 видеолaparоскопических операций по поводу паховой грыжи у 112 (89,6%) мужчин и 13 (10,4%) женщин в возрасте 17 - 84 (57±19,8) лет по методике трансбdomинальной преперитонеальной пластики (ТАПП) за период с 2013 по 2015 годы. Исследовались место и длина разреза брюшины, качество гемостаза при использовании энергии монополярных инструментов и биполярных, используя энергию электросварки живых тканей оборудованием «Патонмед», техника и полнота выделения грыжевого мешка, выбор типа протеза, его размеры, способ фиксации сетки и зашивания брюшины.

Выводы: 1. Применение для мобилизации и восстановления целостности брюшины биполярных ножниц с энергией электросварочного оборудования «Патонмед» позволяет выполнить минимальный разрез брюшины, практически исключить геморрагические осложнения и ускорить этап восстановления брюшины. 2. Возникновение хронической послеоперационной паховой боли связано с методикой фиксации протеза с помощью степлера. 3. Использование самофиксирующихся сеток при лапароскопической протезной пластике по методике ТАПП позволяет избежать гематом, снизить количество сером, не вызывает хро-

нической паховой боли в послеоперационном периоде. 4. Методика электросварки мягких тканей и современных протезных материалов позволяет уменьшить материальные затраты на операцию, что способствует большей популяризации лапароскопического вмешательства.

Ключевые слова: лапароскопическая герниопластика, TAPP, самофиксирующаяся сетка, электросварка.

L.S. Bilianskyi, R.N. Abu Shamsieh, Ye.M. Dubenko, A.V. Vasilyev, T.G. Kravchenko, A.D. Kalchenko

Improvement of Techniques in Laparoscopic Hernioplasty

Department of Surgery No 1

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine
Kyiv City Clinical Hospital No 18, Kyiv, Ukraine

Abstract. The objective of the research was to improve the results of treatment of patients with primary inguinal hernia through the improvement of laparoscopic technologies.

Materials and methods. A retrospective analysis of 125 videolaparoscopic surgeries for inguinal hernia in 112 (89.6 %) men and 13 (10.4 %) women at the age of 17-84 (57±19.8) years using trans-abdominal preperitoneal repair during 2013-2015 was made.

Results and discussion. In our opinion, 3 cases of the recurrence registered in Group I occurred due to insufficient size of mesh material. Hematoma was detected with ultrasound. In 2 cases, when using conventional polypropylene mesh, hematoma occurred due to inadequate hemostasis. Heavy-weight monofilament polyester mesh damaged the prosthesis surface and muscular aponeurotic "platform" to which it was fixed. So when using lighting grids there was no bruising at all.

Keywords: laparoscopic treatment of hernia; TAPP; electric welding of soft tissues.

Надійшла 23.06.2016 року.

УДК 616.345-089.844

Білянський Л. С., Пойда О. І., Мельник В. М., Кучер М. Д., Жельман В. О., Криворук М. І.

Пріоритетні напрямки відновних операцій на товстій кишці

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Український колопроктологічний центр, міська клінічна лікарня № 18, Київ, Україна

Резюме. Мета. Покращити результати хірургічного лікування хворих на захворювання товстої кишки шляхом удосконалення тактики виконання відновних операцій.

Матеріали. Проведено ретроспективний аналіз лікування 398 пацієнтів протягом 2006 – 2015 рр. на клінічній базі кафедри хірургії №1. З них: 283 (71,1%) були оперовані з приводу раку товстої кишки, а 115 (28,9%) з приводу виразкового коліту, хвороби Крона, родинного аденоматозного поліпозу, хронічного декомпенсованого колостазу, ускладненого перебігу дивертикулярної хвороби товстої кишки.

Результати. Автори надають перевагу виконанню первинно-відновних втручань. Первинні відновні операції були виконані у 301 (75,6%) хворого, вторинні - 97(24,4%). Протекуючу ілео-коlostому формували при субкомпенсованій обтураційній непрохідності товстої кишки, а також з метою протекції найбільш технічно складних анастомозів.

Висновки. 1. Розроблена тактика відновних операцій на товстій кишці передбачає пріоритет первинно відновних операцій, використання протипоказань до їх виконання, вибір типу, способу формування анастомозу, прогнозування та цілеспрямовану профілактику ускладнень, їх діагностику та лікування. 2. Використання розробленої тактики відновних операцій на товстій кишці сприяє зменшенню частоти виникнення ускладнень, зумовлених формуванням і загоєнням міжкишкових анастомозів до 2,3%, летальних наслідків до 0,2%.

Ключові слова. Відновні операції, міжкишкові анастомози,

товста кишка.

Вступ. Висока актуальність проблеми відновних операцій на товстій кишці зумовлена медико-соціальними і хірургічними аспектами, зокрема, значним рівнем захворювань, особливо у пацієнтів соціально-активної вікової групи до 60 років, частим виконанням резекцій обструктивного типу в межах 20-92% [5], ускладненнями загоєння анастомозів у 5,3-17,6% та летальними наслідками у 11,2-14,8% випадків [5-8]. Незадовільні результати відновних операцій на товстій кишці у більшості випадків зумовлені недотриманням окремих положень, або відсутністю тактики їх виконання [5].

Мета дослідження. Покращити результати хірургічного лікування хворих на захворювання товстої кишки шляхом удосконалення тактики виконання відновних операцій.

Виконання відновних операцій виключає необхідність формування довічної ілео-коlostоми, за виключенням тимчасової, протекуючої і попереджує, таким чином, важку інвалідизацію оперованих хворих.

Матеріали та методи.

Протягом 2006 – 2015 рр. на клінічній базі кафедри – Республіканському проктологічному центрі України було