

ISSN 1818-5398

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України
Асоціація кардіологів, судинних та серцевих хірургів м. Києва
Асоціація хірургів-гепатологів України

ХІРУРГІЯ УКРАЇНИ

ХИРУРГИЯ УКРАИНЫ
SURGERY OF UKRAINE

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ
SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

3 (51) / 2014, ДОДАТОК

Заснований у червні 2001 року

Виходить чотири рази на рік

Київ
2014

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України
Українська асоціація хірургів-герніологів
Український центр хірургічного лікування гриж живота

**МАТЕРІАЛИ
VIII НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ
У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ
ГРИЖ ЖИВОТА**

25—26 ВЕРЕСНЯ 2014 РОКУ, КИЇВ

За редакцією професора Я. П. Фелештинського,
доцента М. О. Йосипенка, професора В. Г. Мішалова

деноскопії (ЕФГДС), рентгеноскопії шлункво-кишкового тракту та грудної клітки. Всю операції проведено відеолапароскопічним способом.

Результати. Найбільш характерним симптомом був біль за грудиною після вживання їжі, що зустрічався у 94,3 % хворих. У 86,2 % пацієнтів зустрічалась печія, у 78,2% — відрижка кислим, у 72,4% — дисфагія, у 19,5 % — кардіалгія. Ковзну грижу стравохідного отвору діафрагми діагностовано у 86,1 % хворих, параезофагальну — у 2,2 %, змішану — у 11,7 % пацієнтів. Середніх розмірів — у 33,9% пацієнтів, великих — у 47,2%, гігантську ≤ 8 см — у 18,9 % оперованих. Специфічність ЕФГДС становила 90–92%, рентгеноскопія ШКТ зі сульфатом барію — 94–96 %. Всіх хворих було поділено на 4 групи залежно від типу операції. Перша група — 137 хворих, у яких виконано віделапароскопічну крурорафію, фундоплікацію за Ніссеном, друга група (15 пацієнтів) — віделапароскопічну крурорафію, фундоплікацію за Ніссен-Розетті, третя група (23 хворих) — віделапароскопічну крурорафію, фундоплікацію за Тупе, четверта група (5 пацієнтів) — віделапароскопічну крурорафію, фундоплікацію за Дором. У першій групі хворих середня тривалість операції становила 120 ± 15 хв. Серед інтраопераційних ускладнень карбокситорак

діагностовано у 2 (1,45 %) хворих. У другій групі пацієнтів серед інтраопераційних ускладнень мало місце ушкодження селезінки з кровотечею в 1 (6,6 %) хворого. Середня тривалість операції 90 ± 15 хв. У третій та четвертій групах не було інтраопераційних ускладнень. Тривалість операції в середньому становила 100 ± 15 хв. Тривалість перебування пацієнтів в стаціонарі для всіх груп становила від 3 до 5 діб. Не було жодного випадку міграції антирефлюксної манжети, післяопераційних гнійно-септичних чи тромбоемболічних ускладнень. Усім пацієнтам проводилась антибіотикопрофілактика, профілактика ТЕЛА, противиражкова і протизапальна терапія, знеболення після операції.

Висновки. Найбільш частим симптомом був біль за грудиною після вживання їжі, що зустрічався у 94,3 % хворих. У 86,2 % пацієнтів зустрічалась печія, у 78,2 % — відрижка кислим, у 72,4 % — дисфагія, у 19,5 % — кардіалгія. Ковзну грижу стравохідного отвору діафрагми діагностовано у 86,1 % усіх оперованих. Специфічність ЕФГДС становила 90–92%, рентгеноскопія ШКТ зі сульфатом барію — 94–96%. Віделапароскопічні операції при ГСОД — ефективні у відновленні цілісності механічного бар'єру, вони безпечні, сприяють поліпшенню якості життя пацієнтів.

О. П. Москалюк, І. В. Шкварковський

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

ПОКАЗНИКИ РЕПРОДУКЦІЇ В ЧОЛОВІКІВ ПІСЛЯ ПАХВИННОЇ ГЕРНЮПЛАСТИКИ

Пахвинні грижі становлять від 75 % до 80 % від усіх гриж живота. Найчастіше на пахвинну грижу хворіють чоловіки репродуктивного віку, в якому вже саме гриженість приводить до виражених морфологічних змін і порушення функції яєчка. Також збільшується кількість наукових повідомлень, що пахвинна алогерніопластика може привести до безпліддя внаслідок прямого контакту полімерного імплантата із сім'яним канатиком.

Мета роботи — вивчення показників репродуктивної функції в чоловіків, прооперованих за розробленою методикою, яка виключає контакт імплантата й сім'яного канатика.

Матеріали і методи. Прооперовано 59 хворих за запропонованою методикою (патент України на корисну модель №60210). Контрольну групу становили 44 хворих, яким було виконано пластику пахвинних гриж за методом І. Б. ЦсМепвієіп.

Результати. Об'єм яєчка на ураженій стороні до операції був достовірно нижчим у хворих обох груп і становив $(18,51 \pm 0,36)$ см³ ($p < 0,05$) в контрольній групі та $(18,21 \pm 0,29)$ см³ ($p < 0,05$) — в основній. Даний показник на неураженій стороні становив $(21,57 \pm 0,44)$ та $(21,39 \pm 0,41)$ см³ відповідно. Наведені дані підкреслюють негативний вплив пахвинної грижі на стан яєчка. Об'єм яєчка на неураженій стороні майже не змінювався в післяопераційний період. На 10-ту добу після операції об'єм яєчка на оперованій стороні збільшувався в хворих обох груп, що можна пояснити набряком тканин яєчка як реакції на операційну травму, і становив $(24,88 \pm 0,96)$ та $(25,13 \pm 0,18)$ см³ в контрольній та основній групі відповідно. Через 3 міс після операції об'єм яєчка в хворих

контрольної групи становив $(18,41 \pm 0,28)$ см³. Отримані результати свідчать про ішемію яєчка в хворих основної групи в післяопераційний період, що можна пояснити втягненням сім'яного канатика в післяопераційний рубець. Даний показник повертався до норми і був достовірно вищим в осіб основної групи і становив $(20,81 \pm 0,38)$ см³ ($p < 0,05$), що свідчить про збереження кровотоку в хворих основної групи в післяопераційний період. При дослідженні гормонального фону вивчався рівень загального тестостерону (ЗТ), рівень секс-зв'язувального білка (СЗБ) та індекс вільного тестостерону (ІВТ). До операції рівень ЗТ становив $(14,72 \pm 0,28)$ нмоль/л в хворих контрольної групи та $(15,14 \pm 0,16)$ нмоль/л — основної; рівень СЗБ — $(23,46 \pm 0,31)$ та $(23,12 \pm 0,44)$ нмоль/л відповідно; ІВТ — $(62,74 \pm 3,42)$ та $(65,48 \pm 4,16)$ %. Через 6 міс після операції показник ЗТ достовірно не відрізнявся в хворих контрольної та основної груп: $(18,34 \pm 0,21)$ та $(19,14 \pm 0,19)$ нмоль/л відповідно ($p > 0,05$). Також достовірно не відрізнявся і рівень СЗБ через 6 міс після операції: $(25,51 \pm 0,46)$ нмоль/л в контрольній групі та $(23,22 \pm 0,38)$ нмоль/л — в основній ($p > 0,05$). Натомість ІВТ, що є більш чітким критерієм порушення гормонального фону чоловіків, був достовірно вищим в осіб основної групи — $(82,42 \pm 5,17)$ % порівняно з $(70,30 \pm 4,18)$ % в хворих контрольної групи ($p < 0,05$).

Висновки. Відсутність контакту полімерного імплантата з елементами сім'яного канатика зменшує вплив запальних реакцій на структури пахвинного каналу, що запобігає негативному впливу на репродуктивну функцію прооперованих чоловіків.

Матвійчук Б. О., Стасишин А. Р., Гурасвський А. А., Сафонов А. С., Сухолювий Т. В., Фуртак Б. Н., Шарафан Н. В., Шевченко М. С. ГРИЖІ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА СПОСОБИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ	35
Москалюк О. П., Шкварковський І. В. ПОКАЗНИКИ РЕПРОДУКЦІЇ В ЧОЛОВІКІВ ПІСЛЯ ПАХВИННОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ.	36
Мусієнко А. В., Піотрович С. М., Коломієць П. В., Васильчук О. В., Яцентюк В. Г. ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ЗАПАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ВЕЛИКИМИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМИ ВЕНТРАЛЬНИМИ ГРИЖАМИ	37
Нестеренко О. Л., Кордяк В. Д., Волошин О. М., Кордяк Д. В. ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНИХ ПАХОВИХ ГРИЖ.	37
Ничитайло М. Ю., Огородник П. В., Загрійчук М. С., Булик І. І., Коритко І. П., Гоман А. В. ТРОАКАРНІ ГРИЖІ. ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА	38
Паламарчук В. І., Крестянов М. Ю., Лисенко В. М., Балацький Р. О. ТРАНСАБДОМІНАЛЬНА ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНА БЕЗФІКСАЦІЙНА ТА БЕЗШОВНА ГЕРНІОПЛАСТИКА ПАХВИННИХ КИЛ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДУ ЗВАРЮВАННЯ ЖИВИХ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН	39
Паламарчук В. І., Шуляренко В. А., Сіряченко В. Г., Ігнатів І. М., Шуляренко О. В. ТОТАЛЬНА ЕКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНА ПЛАСТИКА ПАХВИННОЇ ГРИЖІ БЕЗ ФІКСАЦІЇ СІТКИ	40
Панікова Т. М., Митрохіна О. С., Волікова О. О., Петулько А. П. КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ГРИЖ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ ПІД ЧАС КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.	41
Панікова Т. М., Панікова Н. Ю., Волікова О. О., Петулько А. П., Митрохіна О. С. АНАЛІЗ РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ПАХВИННОЇ АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ.	41
Парфентьєва Н. Д., Грубнік В. В., Парфентьєв Р. С. ПЛАСТИКА ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ, ЩО ВІДНОВЛЮЄ ФУНКЦІЮ М'ЯЗІВ ЧЕРЕВНОЇ СТІNKИ	41
Пепенин А. В., Иоффе И. В., Алексеев А. В., Пепенин Н. А. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИРОМ ТРОАКАРНЫХ ПАРАУМБИЛИКАЛЬНЫХ ГРЫЖ	42
Петулько А. П., Панікова Т. М., Волікова О. А., Митрохіна О. С., Петрашенко І. І. ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З ПУПКОВОЮ ГРИЖЕЮ	43
Пиптюк О. В., Мельник І. В., Пасько А. Я., Мельник Р. І. ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РАНОВИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ В УРГЕНТНІЙ ХІРУРГІЇ.	44
Піотрович С. М., Васильчук О. В., Яцентюк В. Г., Дубенець В. О., Чиньба О. В., Мамонов О. В., Кузнецов О. О., Сможенко В. І. ДЕСЯТИРІЧНИЙ ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМИ ГРИЖАМИ ЖИВОТА.	45
Подлесний В. І., Лисенко Р. Б., Рибалка Я. В. ПОВТОРНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ ПІСЛЯ АЛОПЛАСТИКИ ЧЕРЕВНОЇ СТІNKИ	46
Подпратов С. Є., Іваха В. В., Подпратов С. С., Гичка С. Г., Корчак В. П., Салата В. В., Маринський Г. С., Ткаченко В. А. ПЛАСТИКА БОКОВОЇ ГРИЖІ ЖИВОТА З ВИКОРИСТАННЯМ ТЕХНОЛОГІЇ ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ	46
Polyuyu V. P., Sydorhuk R. I., Knut R. P., Volyanyuk P. M., Palianytsia A. S., Karlychuk O. O. HERNIA TISSUES MORPHOLOGY IN PATIENTS WITH CHRONIC INGUINAL HERNIAS	47
Польовий В. П., Кнут Р. П., Сидорчук Р. І., Паляниця А. С., Білик І. І., Мипковський Ю. М. СИНДРОМ ХРОНІЧНОГО ПАХВИННОГО БОЛЮ В ПЛАСТИЦІ ПАХВИННИХ ГРИЖ	48
Пругула В. П., Сільченко М. І., Голік О. С., Грішин О. О., Хусейні С. Ф., Жежера Р. В., Соручан В. П., Мірочник І. Н., Носенко І. В. ЕНДОХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ У ДІТЕЙ.	48
Сивожелезов А. В., Чугай В. В. ЛАПОРОСКОПИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	49
Сміщук В. В. ВИКОРИСТАННЯ ІНТРААБДОМІНАЛЬНОГО СІТЧАСТОГО ІМПЛАНТАТУ ПРИ АЛОГЕРНІОПЛАСТИЦІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ ВЕЛИКИХ ТА ГІГАНТСЬКИХ РОЗМІРІВ	50