



МОЗ УКРАЇНИ  
Національний медичний  
університет ім. О.О.Богомольця  
Київський центр хірургії гриж живота  
Клінічна лікарня № 15 м.Києва

# МАТЕРІАЛИ

І ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ  
В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ  
ГРИЖ ЖИВОТА

Київ, 18 квітня 2003

внести ясність в патогенез первинної грижі черевної стінки, а з іншого, розробити заходи профілактики рецидиву грижі шляхом стимуляції місцевого синтезу колагену у пацієнтів цієї вікової категорії.

Кількісне визначення колагену в м'язово-апоневротичних тканинах передньої черевної стінки та оцінка морфологічного стану цих тканин були проведені у 44 пацієнтів віком від 61 до 80 років (середній вік  $64,8 \pm 2,6$ ) з первинними грижами живота (пахвинні, пупкові, білої лінії живота, стегнові). Контрольну групу склали 32 пацієнти, які були прооперовані в зв'язку із різними захворюваннями органів черевної порожнини. Розподіл хворих за віком та статтю в основній та контрольній групах був порівняним. Критерієм відбору хворих була відсутність патології сполучної тканини. Оперативне втручання з приводу гриж передньої черевної стінки у пацієнтів основної групи виконувалась з використанням автопластичних операцій власної розробки. Пацієнти основної групи після виконання операцій були розподілені на дві підгрупи по 22 в кожній. В одній із підгруп (друга) в якості міри для стимуляції місцевого синтезу колагену була використана короткохвильова (КХВ) терапія на ділянку післяопераційної рани за власною методикою із використанням апарата "Політон" (Україна), експозиція по 20 хвилин 1 раз на добу впродовж 5 днів.

Результати проведених досліджень показали, що вміст колагену у м'язово-апоневротичних тканинах передньої черевної стінки у пацієнтів похилого та старечого віку з грижами живота в два рази менший ніж у пацієнтів контрольної групи (  $p < 0,001$ ) це значно ослаблює механічну міцність тканин та є основною ланкою в патогенезі первинних гриж живота.

При вивченні безпосередніх післяопераційних результатів в підгрупі пацієнтів, які не отримували КХВ-терапію, у 2 (9,1%) мав місце запальний інфільтрат на ділянці післяопераційної рани. В підгрупі пацієнтів, яким проводилась КХВ-терапія, ранній післяопераційний період перебігав без ускладнень із боку рани. Віддалені результати були проаналізовані в строки від 1 до 5 років охолодження. Вони свідчать про те, що в підгрупі пацієнтів, які не отримували КХВ-терапію, рецидив гриж мав місце у 1 (4,5%) хворого; в підгрупі пацієнтів із КХВ-терапією рецидивів не спостерігалось.

Таким чином, місцеве застосування КХВ-терапії в післяопераційний період стимулює місцевий синтез колагену і сприяє формуванню механічно міцного післяопераційного рубця, що є ефективною профілактикою рецидиву грижі у пацієнтів похилого та старечого віку.

## **ОПЕРАЦІЯ ЗА DESARD - АЛЬТЕРНАТИВА ДО СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ**

**Лерчук О.М. Павловський М.П. (м.Львів)**

### **DESARD'S OPERATION AS AN ALTERNATIVE TO CURRENT METHODS IN THE TREATMENT FOR INGUINAL HERNIAS**

**O.M.Lerchuk and M.P.Pavlovsky (Lviv)**

Пластичні матеріали і техніка „вільного натягу", завдяки добрим результатам, щораз ширше застосовуються у хірургічному лікуванні пацієнтів із пахвинними грижами (ПГ). Проблемою є висока вартість сучасних пластичних матеріалів. Тому хірурги продовжують пошуки нових методів пластики ПГ. Тепер основним принципом хірургічного лікування ПГ є метод „вільного натягу", який покращує перебіг післяопераційного періоду, скорочує термін перебування хворого у стаціонарі, значно зменшує відсоток рецидиву захворювання.

Цей принцип є збережений при автопластиці задньої стінки пахвинного каналу, яку запропонував індійський хірург Desard. Автор застосував цей метод у 400 хворих. Більшість пацієнтів потребувала госпіталізації протягом 3-4 днів. До активного життя поверталися через 1-2 тижні. У післяопераційному періоді в одного хворого виникла гематома, у чотирьох - нагноїлась післяопераційна рана. Рецидив грижі наступив у одного хворого.

Для пластики задньої стінки пахвинного каналу методом „вільного натягу”, Desard пропонує використовувати клапоть апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота. Доступ до передньої стінки пахвинного каналу та зовнішнього пахвинного кільця, є типовим. Пахвинний канал розкривається уздовж волокон апоневрозу, ближче до верхнього краю зовнішнього пахвинного кільця. Сім'яний канатик звільняють від задньої стінки пахвинного каналу і відводять у бік. Виділяють грижовий мішок. У залежності від розміру та вмісту, його висікають або вправляють. Верхній край апоневрозу зовнішнього косоного м'яза, пришивають вузловими швами до лонного горбика та пахвинної зв'язки, формуючи нове внутрішнє пахвинне кільце. Лігатури проводять послідовно через пахвинну зв'язку, поперечну фасцію, верхній край апоневрозу зовнішнього косоного м'яза. Відступивши на 1-1,5 см догори від лінії швів, паралельно пахвинній зв'язці, викроюють клапоть апоневрозу. Дистальний край клаптя є фіксований до пупартової зв'язки, а проксимальний без натягу пришивають до краю внутрішнього косоного м'яза. На новосформованій задній стінці пахвинного каналу розміщують сім'яний канатик, над яким зшивають краї апоневрозу зовнішнього косоного м'яза. Щоби уникнути натягу передньої стінки пахвинного каналу, слід звільнити верхній та нижній краї апоневрозу від зрощень з підшкірною жировою клітковиною. При застосуванні цього методу ліквідуються причини виникнення косої та прямої ПГ.

Ми застосували пластику за Desard у 9 пацієнтів з ПГ. Усі хворі були чоловіки віком 48 - 64 р. З них коса грижа була у 7, пряма - у 2 хворих. Місцеву анестезію застосували у 5, загальне знеболення - у 4 пацієнтів. У післяопераційному періоді не було ускладнень. Хворі практично не потребували знеболення, перебували у стаціонарі після операції 2 - 3 дні.

Усі оперовані знаходяться на нашому спостереженні. Через 2-3 місяці після операції стан пацієнтів задовільний.

Запропонований Desard метод є, дешевим та простим у виконанні. Він потребує подальшого вивчення.

Збереження сучасних принципів хірургічного лікування ПГ, які покращують життя пацієнта та зменшують відсоток рецидиву захворювання, дозволяють хірургам ширше застосовувати герніопластику з використанням власних тканин хворого.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С УЧЁТОМ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХО-ЛЁГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

А.Г. Лунин, Ф.Н. Ильченко (г.Симферополь)

## DIAGNOSIS OF AND TREATMENT FOR GIANT VENTRAL HERNIAS WITH AN ACCOUNT FOR RISK OF THE DEVELOPMENT OF BRONCHO-PULMONARY COMPLICATIONS

A.G.Lunin & F.N.Ilchenko (Simferopol)

Актуальность проблемы хирургического лечения больных с гигантскими вентральными грыжами (ВГГ) подчёркивается во многих работах, так как пути её решения выходят за рамки традиционных представлений о лечении многочисленной группы грыж живота.