

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



ЗБІРНИК ТЕЗ

**міжвузівської конференції молодих вчених та
студентів**

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків – 16-17 січня 2017 р.)

Харків - 2017

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків – 16-17 січня 2017 р.)
Харків, 2017. – 600 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

Затверджено Вченою радою ХНМУ
Протокол № 12 від 22 грудня 2016 р.

Sivozhelizov A.V., Sykal M.O., Chugay V.V., Kolesnik V.P., Olefir O.S.
COMPLICATION OF THE LAPAROSCOPIC HERNIA REPAIR
Department of Surgery №2

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Solving the problem of effective treatment of abdominal hernias currently relevant because of the prevalence of this disease among people of working age, and quite a high percentage of complications, relapse and mortality. The improvement in hernia surgery unfold the minimally invasive laparoscopic technique. Using laparoscopic techniques can significantly reduce postoperative complications and disability. However, this technique is not perfect and has a number of specific complications of this technique.

Objective: The impact of various method of laparoscopic plasty, using net implants, on result of abdominal hernias was studied in clinical investigation.

Materials and methods: since from 2011 started laparoscopic gernoalloplastik. During the period from 2011 to 2015 hernia repair with mash was performed in 1546 patients, aged 19-84 years with abdominal hernia. For the purpose of the survey was used ultrasound investigation and computer diagnostics of abdominal cavity. We use several methods of "first shot.". In all cases of adhesions in abdominal cavity, it is desirable to use either the optical trocar, or Hassan technique. The choice of method of laparoscopic plastic depended on the location and size of the hernia ring. In cases of inguinal hernia we performed – TAPP (transabdominal preperitoneal plastic), in cases of incisional and umbilical hernias was performed in accordance to the IPOM (intraperitoneal on lay mesh). For the implantation of mesh implants used ULTRAPRO (ETHICON) and PARIETEN LIGHT (COVIDIEN) with its fixation steplerom "Protak", as well as a self-PROGREEP (COVIDIEN) and restoration of the peritoneum with suturing. 20 patients underwent simultaneous operations on the abdominal organs.

Results and Discussion: Our findings suggest that using laparoscopic repair in the surgical treatment of abdominal hernias is an effective alternative to open operations. Of the intraoperative complications often met bleeding (trocar injuries, damage of inferior epigastric vessels in all cases occurred in patients with obesity), bruising groin, neuralgia and paresthesia, frozen shoulder pain, subcutaneous emphysema. We consider it essential to conduct a thorough hemostasis, even with little intensity and duration of bleeding. Hemostasis is achieved in all cases laparoscopically - stitching or coagulation. In the immediate postoperative period seroma was observed, marked bruising preperitonealnye, which were liquidated conservative by punctures. The average length of inpatient treatment was 2.4 days and ranged from 12 hours to 4 days.

Conclusions: Experience in the use of laparoscopic repair in the surgical treatment of abdominal hernias showed that it is an effective alternative to traditional operations. The advantages of laparoscopic hernia repair over traditional methods - it is possible to inspect the abdominal cavity, the simultaneous closure of the graft of all the weaknesses of the anterior abdominal wall, reducing the duration of hospital stay. Surgeries using laparoscopic techniques are effective,

pathogenetically justified in recurrent inguinal hernias and ventral hernias of medium size, whereas the large and giant hernias indicated for open technique.

Арутюнян А. Ю.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО БИЛИАРНОГО
СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ПОМОЩИ ПЛАСТИКОВЫХ И
САМОРАСШИРЯЮЩИХСЯ СТЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА**

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
хирургии №2, Харьков, Украина**

Научный руководитель: к. м. н. Свирепю П. В.

Актуальность. В настоящее время вопросы своевременной диагностики и рациональной тактики лечения механической желтухи (МЖ) являются наиболее сложными в абдоминальной онкологии. МЖ приводит к быстрому нарастанию печёночной недостаточности и возникновению других тяжелых осложнений, в том числе инфекционных. Ликвидация МЖ, особенно при развитии на её фоне интоксикации и печёночной недостаточности, является первоочередной задачей в тактике лечения данной категории пациентов (Гальперин Э. И., 2011 г.).

Цель исследования. Определение возможности эндоскопического ретроградного билиарного стентирования (ЭРБС) при опухолевой МЖ и сравнение результатов стентирования при помощи пластиковых и саморасширяющихся металлических стентов (СМС).

Материалы и методы. В период с 2013 по 2015 гг. в клинике выполнено ЭРБС как окончательное лечение у 64 неоперабельных пациентов с 3-4 стадией злокачественных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнённых МЖ. Все пациенты были разделены на 2 группы по 32 человека. В первой группе пациентам устанавливали пластиковый стент диаметром 8,5-10 Fr. Во второй группе были использованы покрытые СМС диаметром 10 Fr. Средний возраст пациентов составил $67,3 \pm 8,1$ лет. Женщин – 47 (73,4%), а мужчин – 17 (26,6%). Комплексное обследование позволило выявить, что причиной механической желтухи была опухоль головки поджелудочной железы у 29 (45,4 %) пациентов, опухоль большого дуоденального сосочка у 9 (14%), опухоль жёлчного протока у 9 (14%), опухоль жёлчного пузыря - 7 (11%), метастатическое поражение лимфоузлов гепатодуоденальной связки со сдавлением жёлчного протока - у 10 (15,6%). При определении стадии опухолевого процесса руководствовались классификацией ТМN в редакции 2009 г. Диагностика характера желтухи, уровня и причины окклюзии желчевыводящих путей выполненная в течение первых двух суток от поступления. Оценка печёночной недостаточности проводилась по классификации Чайлд-Пью (1972 г.). 57 (89%) пациентов имели субкомпенсированную и компенсированную степень печёночной недостаточности.