

**ПЕРШИЙ ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ СІТКОЮ «PROCEED»  
В УМОВАХ ХІРУРГІЧНОЇ КЛІНІКИ М. СУМИ**

*Ситнік О.Л., Ніколаєнко Р.М.\* , Лукавенко І.М.\* , Язиков О.В., Чубун Д.В.\*\**

*СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології*

*\*Лікувально-діагностичний центр ДП «Сілмед», \*\*Сумська міська клінічна лікарня №1*

Післяопераційні вентральні грижі посідають одне з перших місць в спектрі патології, яка потребує хірургічного втручання. Поширеність цієї патології, можливість виникнення небезпечних ускладнень, та високий рівень рецидивів після операційного лікування гриж обумовили велику кількість досліджень в цій галузі на всіх етапах розвитку хірургії. Це сприяло отриманню нових знань у герніології, розробці та впровадженню нових хірургічних втручань, застосуванню нових синтетичних матеріалів та вдосконаленню оперативної техніки. Перспективний напрямок в розвитку герніології відкриває відеоендоскопічна хірургія. В результаті цього, за останні десятиріччя відбулися значні зміни в підходах до лікування хворих на післяопераційні вентральні грижі. Використання сучасного відеоендоскопічного обладнання дозволяє істотно оптимізувати результати хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж, знизити частоту рецидивів, скоротити термін перебування хворих в стаціонарі та терміни їх соціальної реабілітації. Хірургічна клініка «Сілмед» має досвід першої в Сумах лапароскопічної алогерніопластики з використанням багатошарової неадгезивної хірургічної сітки «Proceed». Перевагою даної сітки є можливість її інтраабдомінальної фіксації. Поліпропіленова матриця даної сітки проростає сполучною тканиною з боку черевної стінки, а шар окисленої регенованої целюлози протидіє утворенню злукового процесу між сіткою та органами черевної порожнини (чепець, кишківник). Оперативне втручання виконується під ендотрахіальним наркозом. Після накладання карбоксиперітонеуму та постановки 10-мм. порта виконується оглядова лапароскопія з метою діагностики вираженості злукового процесу після попереднього втручання. Це дає можливість визначитись в необхідності постановки одного чи двох додаткових 5-мм. портів для введення дисектора і, за необхідності, додаткових інструментів (затискач Граспера, біполярний чи монополярний коагулятор). Після ліквідації злукового процесу, під контролем лапароскопу за допомогою скорняжної голки дефект апоневрозу зшивається край в край матеріалом що не розсмоктується з екстракорпоральним розміщенням вузла (поліпропілен, капрон). На кути сітки накладуються превентивні шви-трималки і остання через 10-мм. порт вводиться в червну порожнину. Якісні характеристики імплантаційного матеріалу дозволяють без особливих труднощів укласти та фіксувати протез. Післяопераційний період протікав гладко. Ускладнень з боку органів і систем черевної порожнини не було. На 3 добу пацієнт виписаний з відділення на амбулаторне лікування. На підставі аналізу даних літератури щодо відкритої та лапароскопічної алогерніопластики можна відмітити наступні особливості. Застосування сучасних технологій лапароскопічної герніопластики з внутрішньоочеревинним розташування імпланту має цілий ряд переваг перед відкритими методиками: мінімальна травматизація тканин, що значно зменшує ризики розвитку ускладнень з боку післяопераційної рани, простота фіксації протезу, скорочення часу операційного втручання, менша вираженість больового синдрому в післяопераційному періоді, який не вимагає наркотичного знеболення, більш рання активізація пацієнтів і, як результат, пришвидшення їх реабілітації в післяопераційному періоді. Основним недоліком даної методики є висока вартість пластичного матеріалу, що обмежує широке використання його в герніології.