

2. Малоинвазивные хирургические вмешательства выполняются пациентам при невозможности внутреннего дренирования в связи с распространенностью опухоли («отключенный» ЖП), высокими показателями билирубина и крайне тяжелым состоянием пациентов.

3. Стойкое понижение уровня ОБ во всех исследуемых группах указывает на то, что все паллиативные вмешательства эффективны при лечении МЖ. Однако стоит обратить внимание на то, что наружное билиарное дренирование (НБД) не является предпочтительным методом паллиативного лечения МЖ, так как у пациентов возникают серьезные гомеостатические расстройства, связанные с потерей желчи. В случае установки чрескожного наружного дренажа желчных протоков показана реинфузия желчи в желудочно-кишечный тракт [2].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Механическая желтуха опухолевого генеза: обоснование выбора метода декомпрессии желчевыводящих протоков / П. Н. Ромашенко [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. 2020. № 25(2). С. 124–136.
2. Борисов, А. Е. Эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи / А. Е. Борисов, Н. А. Борисова, В. С. Верховский. СПб.: Эскулап, 1997. 152 с.

УДК 616.381-007.43-089.844

### АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ АЛЛОПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

*Молодой Е. Г.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Призенцов**

**Учреждение здравоохранения  
«Гомельская городская клиническая больница № 3»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Послеоперационные вентральные грыжи составляют 10–12 % всех грыж живота. Хирургическое лечение этих пациентов имеет большое социально-экономическое и практическое значение [1].

Традиционные методики оперативного лечения имеют высокую частоту рецидивов — по разным данным от 10 до 63 %. В современных условиях основным способом лечения таких пациентов стали различные виды эндопротезирования [2].

#### **Цель исследования**

Провести сравнительный анализ результатов методик эндопротезирования onlay и sublay в хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж.

#### **Материал и методы исследования**

Методом сплошной выборки изучены результаты хирургического лечения 163 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении № 1 ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» в период с 2018 по 2021 гг.

Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel». Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ( $M \pm SD$ ).

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Среди 163 пациентов мужчин было 49 (30,1 %), женщин — 114 (69,9 %). В возрастной структуре исследуемой выборки преобладали лица в трудоспособном возрасте (таблица 1).

Таблица 1 — Распределение пациентов по возрасту

21–30 лет	31–40 лет	41–50 лет	51–60 лет	61–70 лет	>70 лет
3 (1,8 %)	10 (6,2%)	37 (22,7 %)	51 (31,3%)	44 (27 %)	18 (11 %)

Возникновение послеоперационных вентральных грыж у пациентов отмечалось в сроки от 1 месяца до 5 лет после перенесенной операции на органах брюшной полости.

Всем пациентам произведено оперативное вмешательство: герниопластика сетчатым полипропиленовым эндопротезом. Принципиально использовалось 2 способа расположения эндопротеза по отношению к мышечно-апоневротическим слоям передней брюшной стенки: на апоневроз (onlay) и под апоневроз (sublay, включая ретромускулярную сепарационную пластику).

Из 163 проведенных вмешательств по поводу послеоперационных вентральных грыж методика onlay была применена у 114 (70 %) пациентов, в 49 (30 %) наблюдениях выполнена методика sublay, из них в 27 случаях произведена предбрюшинная, в 22 (44,9 %) случаях — сепарационная ретромускулярная пластика.

Пациенты были разделены на 2 группы сравнения. Первую группу составили пациенты с герниопластикой onlay (114), вторую — с герниопластикой sublay (49). В группах сравнения по поло-возрастным показателям, локализации и размерам грыжевого выпячивания статической разницы не выявлено ( $p > 0,05$ ).

Распределение пациентов по полу представлено в таблице № 2.

Таблица 2 — Распределение пациентов по полу

Пол	1-я группа (onlay), 114	2-я группа (sublay), 49
Женщины	80 (70,2 %)	35 (71,4%)
Мужчины	34 (29,8 %)	14 (28,6%)

В первой группе соотношение женщин и мужчин составило 2,4:1, а во второй — 2,5:1. Средний возраст пациентов 1 группы составил  $56,7 \pm 12,3$  лет, а во второй группе —  $56,5 \pm 12,1$  лет. Различия по возрасту статистически отсутствовали ( $p > 0,05$ ).

Характер грыж оценивали по их расположению и диаметру грыжевого выпячивания с использованием классификации SWR, предложенной Chevrel и Rath. В первой группе грыжи с шириной грыжевых ворот W1 составили 14 (12,3 %), W2 — 80 (70,2 %), W3 — 20 (17,5 %). Во второй группе данные показатели составили 10 (20,4 %), 28 (57,1 %) и 11 (22,4 %), соответственно. Различия по размеру выпячивания статистически отсутствовали ( $p > 0,05$ ).

В первой группе послеоперационные вентральные грыжи с локализацией M1 составили 7 (6,1 %), M2 — 42 (36,8 %), M3 — 46 (40,4 %), M4 — 9 (7,9 %), M5 — 3 (2,6 %), L1 — 4 (3,5 %), L2 — 2 (1,8 %), L3 — 1 (0,9 %). Во второй группе M1 — 4 (8,4 %), M2 — 16 (32,8 %), M3 — 19 (38,9 %), M4 — 7 (15,3 %), M5 — 1 (2,3 %), L1 — 0 (0 %), L2 — 2 (2,3 %), L3 — 0 (0 %).

Количество пациентов, впервые обратившихся по поводу рассматриваемого заболевания, составило 111 (97,4 %) в первой группе и 41 (83,7 %) во второй группе. Рецидивный характер грыжи носили у 3 (2,6 %) пациентов в первой группе и у 8 (16,3 %) во второй группе, причем все рецидивы были однократные.

При выполнении пластики onlay продолжительность оперативного вмешательства составила  $68,8 \pm 39,4$  мин, а при использовании пластики sublay  $98,2 \pm 35,5$  мин. Различия статистически достоверны при  $p < 0,05$ .

В раннем послеоперационном периоде после аллопластики onlay обезболивание наркотическими анальгетиками потребовалось в 16 (15,4 %) случаях, после пластики sublay — в 34 (89,5 %), ( $p < 0,05$ ).

Среднее пребывание пациентов в отделении после операции onlay составило  $8,6 \pm 2,6$  койко-дня, после пластики sublay  $5,5 \pm 2,3$  койко-дня. Различия статистически достоверны при  $p < 0,05$ .

Послеоперационные осложнения развились у 11 (9,6 %) пациентов, перенесших аллопластику onlay. Это были серомы послеоперационной раны. Заживление ран достигнуто пункциями и перевязками, оперативного лечения осложнений не потребовалось, пациенты выписаны с выздоровлением на  $11,7 \pm 2,7$  сут. Летальных исходов не было. После герниопластики sublay осложнений не зафиксировано.

#### **Выводы**

Расположение сетчатого эндопротеза на апоневрозе сопровождается более высоким риском послеоперационных осложнений. Способ аллопластики sublay имеет меньшее количество осложнений и пребывание пациента на койке, несмотря на большую продолжительность операции и потребность в раннем периоде в наркотических анальгетиках.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Послеоперационные грыжи живота: распространенность и этиопатогенез / А. С. Ермолов [и др.] // Хирургия. 2017. № 5. С. 76–82. Режим доступа: <https://doi.org/10.17116/hirurgia2017576-82> Дата доступа: 12.03.2022 г.

2. Функционально обоснованные методы аллопластики при лечении больших и гигантских срединных грыж / А. А. Ботезату [и др.] // Вестник Приднестровского университета. 2017. № 2(56). С. 12–18.

**УДК 616.147.3/.39-036.12-008.46-089**

### **АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Нариманидзе М. Д., Савченко Я. В.**

**Научный руководитель: ассистент Ю. К. Куликович**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) — это патологическое состояние, при котором нарушается венозный отток из нижних конечностей. По данным разных авторов, частота ХВН варьирует от 17,9 % в Азии до 28,9 % в странах Восточной Европы и в среднем составляет 24,3 % [1]. Основные факторы, способствующие развитию ХВН, являются снижение тонуса венозной стенки, патологические процессы в лимфатических сосудах и капиллярах, при которых формируется синдром лимфо-венозной недостаточности [2]. Для декомпенсированной стадии хронических заболеваний вен (ХЗВ) характерны прогрессирующие нарушения лимфоотока, которые усугубляют отек нижних конечностей. В хирургическом лечении ХВН выполняли следующие виды операций:

- ЭВАК (Эндовенозная лазерная коагуляция) — высокотехнологичный метод устранения патологического кровотока по магистральным подкожным венам, при помощи лазерного световода.

- Минифлебэктомия по Вареди — малоинвазивная методика лечения ХЗВ нижних конечностей, которая заключается в выведении и удалении варикозно расширенных венозных ветвей с помощью крючков Вареди из отдельных проколов кожи 1–2 мм.

- Флебэктомия по Бэбкокку — хирургическая методика лечения ХЗВ, заключающаяся в удалении стволов большой и малой подкожных вен зондом.

Вследствие прогрессирования хронических заболеваний вен, у пациентов развиваются трофические нарушения нижних конечностей [3]. Данное патологическое состояние является не только медицинской, но и важной социально-экономической проблемой по всему миру, поэтому проблема помощи данной