

А. Л. Федорович

Научный руководитель: старший преподаватель В. З. Анджум

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Введение

В настоящее время около 25% всех оперативных вмешательств в мире составляют операции по поводу грыж передней брюшной стенки [1].

Послеоперационная вентральная грыжа является одним из возможных осложнений ранее выполненной операции. Выделяют несколько групп факторов, способствующих возникновению грыжи. Все факторы, способствующие образованию послеоперационной грыжи, можно разделить на общие и местные.

Послеоперационную вентральную грыжу в настоящее время рассматривают не как локальный процесс, а как одну из форм грыжевой болезни, охватывающую все анатомические структуры передней брюшной стенки и внутренних органов, локализованных в грыжевом мешке. В совокупности это приводит к неуклонно прогрессирующим глубоким морфофункциональным изменениям в зоне вовлечения в единый патологический очаг.

Весь комплекс патологических изменений можно условно разделить на две составляющие части: изменения, происходящие в грыжевом мешке и прилежащих тканях, и изменения, происходящие в других тканях и органах, непосредственно не связанных с грыжей, но интимно прилежащих к основному патологическому очагу.

До недавнего времени основной и единственной методикой выполнения хирургической операции была пластика местными тканями в самых различных вариантах. В настоящее время наиболее часто используются методики Чарльз Хорас Мейо (1901 г.), К. М. Сапежко (1898 г.), Н. И. Напалкова (1909 г.). Суть всех таких операций сводится к закрытию грыжевого дефекта аутологичными тканями, непосредственно окружающими грыжевое выпячивание, с последующим созданием двух-, трехрядных швов для убедительной фиксации с последующим сохранением нативной морфофункциональной активности в зоне патологического очага.

Применение для пластики синтетических трансплантатов называется эксплантацией. Существуют три основных варианта расположения эксплантата: on-lay или поверх ушитых грыжевых ворот, sub-lay или под ушиваемыми грыжевыми воротами и in-lay, когда полное ушивание грыжевых ворот не производится и дефект в апоневрозе замещает эксплантат [2].

Одним из вариантов аллогерниопластики является расположение протеза в подкожной клетчатке – метод on-lay. При этом варианте производится пластика грыжевых ворот и поверх линии швов укладывается сетка. Для этого подкожная клетчатка предварительно отсепааровывается на 5–6 см в каждую из сторон, а протез подшивается к апоневрозу.

Особенностью аллогерниопластики с наапоневротическим размещением протеза является необходимость широкой отслойки подкожной жировой клетчатки с кожей от апоневроза. Это неизбежно приводит к пересечению кровеносных и лимфатических

сосудов, и, следовательно, к длительной экссудации из просвета раны: формированию сером, инфильтратов, гематом и краевых некрозов кожи, подкожной жировой клетчатки [3].

Таким образом, остается неизученным сравнение различных методик закрытия грыжевых дефектов у мужчин и женщин в зависимости от их антропометрических данных.

Цель

Оценить некоторые методы хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж у мужчин и женщин в зависимости от их антропометрических данных.

Материал и методы исследования

В ходе работы были изучены медицинские карты пациентов хирургического отделения №2 У «Гомельская областная клиническая больница» за 2024 г. В исследуемую группу вошло 82 пациента, из которых было 47 (57,3%) женщин и 35 (42,7%) мужчин. Возраст пациентов варьировал в диапазоне от 29 до 78 лет. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась в офисном пакете прикладных программ Microsoft Office: табличном процессоре Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

Максимальный возраст у мужчин составил 78,0 лет, минимальный – 29,0 лет. Среди женщин максимальный возраст – 78,0 лет, минимальный – 35,0 лет. Средний возраст женщин составил 57,1 года, мужчин – 52,6 года, из чего можно сделать вывод, что данная патология встречается у мужчин в более раннем возрасте, чем у женщин. Также подлежал исследованию индекс массы тела (ИМТ).

Сравнительная характеристика выполненных оперативных вмешательств представлена в таблице №1.

Таблица 1 – Сравнительная характеристика выполненных оперативных вмешательств у пациентов в зависимости от их пола

Метод операции	Sub-lay	On-lay	In-lay	Размер грыжи, см	Кол-во дней госпитализации	ИМТ, кг/м2
Количество женщин	34 [72,3%]	12 [25,5%]	1 [2,2 %]	8 [2–30]	16 [7–35]	34,1 [21,3–50]
Количество мужчин	28 [80,0%]	7 [20,0%]	–	7 [2–20]	16 [7–35]	28,9 [22,5–42]

Грыжесечение с последующей пластикой сетчатым протезом «sub-lay» было проведено у 72,3% женщин и у 80,0% мужчин. У 25,25 % женщин и 20,0% мужчин было проведено грыжесечение с пластикой сетчатым протезом по методике «on-lay». Также, у 2,2% женщин была выполнена операция с сетчатым протезом «in-lay».

Средний диаметр грыж с пластикой «on-lay» составлял 6,0 см. В среднем пациенты провели 15 [7;24] дней в стационарных условиях.

При грыжесечении с пластикой «sub-lay» средний диаметр грыж составил 8,0 см. При таком методе оперативного пособия пациенты находились в стационарных условиях 17 [7;35] дней.

Осложнения в виде серомы послеоперационной раны и келоидного рубца передней брюшной стенки встречались у 7 (8,5%) человек от общего количества исследуемых.

Также, после грыжесечения с пластикой «on-lay» были выявлены рецидивирующие грыжи (у 3,65% людей), которые были прооперированы методом «sub-lay».

Минимальное количество суток, проведенных в стационаре, у мужчин и у женщин составило 7, а максимальное количество – 35 суток. Такое длительное пребывание в стационаре обусловлено тем, что пациент предоставил недостаточно информации

непосредственно перед госпитализацией. Также, после проведения хирургического вмешательства у некоторых наблюдались симптомы острой респираторной вирусной инфекции. После выздоровления пациенты были выписаны на амбулаторный этап лечения.

Также сроки восстановления зависят от ИМТ. У мужчин среднее значение составляло – 28,9 кг/м², максимальное значение было равно 42,0 кг/м², а минимальное – 22,5 кг/м². У женщин среднее значение ИМТ составляло – 34,1 кг/м², когда минимальное значение было равным 21,3 кг/м², максимальное – 51,0 кг/м².

Выводы

Послеоперационные вентральные грыжи чаще встречаются у женщин в – 57,3% случаев, против 42,7% случаев у мужчин. Наиболее распространённым методом оперативного вмешательства при послеоперационной вентральной грыже является грыжесечение с пластикой «sub-lay». При грыжесечении с последующей пластикой «on-lay» выявлены случаи послеоперационных рецидивов. Методом «sub-lay» оперируют грыжи больших размеров: от 8,0 см., в сравнении с методом «on-lay»: 6,0 см. Однако, при грыжесечении с пластикой «on-lay» пациенты проводили в стационаре 15 [7;24] суток, что на 2 дня меньше, чем при грыжесечении с пластикой «sub-lay», при которой период госпитализации в среднем составлял 17 [7;35] суток.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Результаты оперативного лечения пациентов с грыжами передней брюшной стенки с применением сетчатых имплантов [сайт] / Е. Л. Артющков, Е. Ю. Дорошко, Е. А. Горелько. – URL: <https://elib.gsmu.by/bitstream/handle/GomSMU/15517/3-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. (дата обращения: 03.03.2025).
2. Послеоперационные вентральные грыжи – нерешённые проблемы / В. Г. Плешков [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2021. – Т. 2, № 3. – С. 248–255.
3. Непосредственные результаты аллогерниопластики послеоперационных вентральных грыж с применением современных технологий [сайт] / А. К. Мелоян [и др.] // Журн. ГомГМУ. – 2018. – № 3. – URL: <https://journal.gsmu.by/jour/article/view/734>. (дата обращения: 03.03.2025).

УДК 616.37-002-036.11-02-08

Е. И. Фетисова

Научный руководитель: старший преподаватель Д. М. Адамович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Введение

Острый панкреатит (ОП) представляет собой внезапное и лавинообразно нарастающее поражение поджелудочной железы, в основе которого лежит аутолитический ферментативный процесс. Заболеваемость ОП занимает третье место в структуре ургентной патологии органов брюшной полости. Поджелудочная железа, как орган забрюшинного пространства, не имеет фасциального покрытия, что способствует распространению панкреатической жидкости по забрюшинному пространству и в брюшную полость, а также развитию осложнений [1].

В 1992 г. группа экспертов по проблеме острого панкреатита приняла в г. Атланта (США) классификацию острого панкреатита, которая прошла ряд обновлений на сегодняшний день. В ней выделяют отечный и некротический панкреатит. На основании