

грамме ОГП патологические изменений не было обнаружено. На мультискановой КТ у части из них выявлено незначительное снижение пневматизации в отдельных сегментах легких согласно локализации туберкулезного процесса в бронхах. КТ исследование оказалось наиболее значимым — патологические изменения были у 94,8 % обследованных детей с локальными формами ТБ.

Выводы

Среди всех обследованных в рамках данной работы детей, преобладали мальчики, которых было на 12 % больше чем девочек.

Чаще ВДТБ выявляли в возрасте 10–14 и 15–17 лет (по 34,5 %) и 5–9 лет — 25,9 %.

Наиболее часто локальный ТБ выявляли по обращаемости (51,7 %). В этой группе имели место дефекты в проведении профобследования с помощью пробы Манту по месту жительства. На втором месте — выявление по результатам плановой туберкулинодиагностики (29,3 %).

Выявление ТБ в связи с обследованием по контакту имело место только у 10,3 %. По результатам тщательного опроса и обследования фтизиатром членов семьи у 44,8 % детей был установлен контакт с пациентами с ТБ. То есть на первом уровне оказания медицинской помощи наличие контакта было известно только у 10,3 % детей.

Чаще находились на лечении городские дети (67,2 %), чем из сельской местности (32,8 %).

У половины детей 50,9 % имелись жалобы, в основном на снижение аппетита, слабость и потливость ночью (и другие симптомы интоксикации). Среди клинических форм ТБ чаще всего выявляли инфильтративный ТБ легких, туберкулезный плеврит и первичный туберкулезный комплекс. У 21,6 % пациентов наблюдалось бактериовыделение и у 25 % деструкция.

Изменения в общем анализе крови отмечались у 48,3 % детей, а в иммунологическом анализе крови — повышение уровня РБТЛ с БЦЖ было у 40,7 %, увеличение количества протитуберкулезных антител — у 38,9 %.

В целом следует отметить высокий процент детей, выявленных по обращаемости, что связано, в первую очередь, с дефектами проведения скрининговой туберкулинодиагностики среди детей в последнее время.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мишин, В. Ю. Выявление и диагностика туберкулеза легких в учреждениях первичной медико-санитарной помощи / В. Ю. Мишин // РМЖ. — 2013. — № 7. — С. 373–379.
2. An Activist's Guide to Tuberculosis Diagnostic Tools // Treatment Action Group. USA. — 2017. — 30 p. — URL: <http://www.treatmentactiongroup.org/tb/diagnostic-tools>.
3. Диагностика, лечение и профилактика туберкулеза у детей: пособие для врачей / П. С. Кривонос [и др.] // МОЗ РБ. — Минск: МОЗ РБ, 2012. — 160 с.
4. Tuberculosis infection in young children / N. A. Vasiliev [et al.] // Lechaschi Vrach. — 1998. — № 6. — URL: <https://www.lvrach.ru/1998/06/4527206/>.
5. Феценко, Ю. І. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу / Ю. І. Феценко, В. М. Мельник. — Київ: Знання, 2002. — 904 с.

УДК 616.34-007.43-031:611.957]:616.381-002

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ДИАЛИЗОМ

Берещенко В. В.¹, Ворущенко А. В.², Лызиков А. Н.¹

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гомельская областная специализированная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема лечения паховых грыж у пациентов, находящихся на перитонеальном диализе (ПД), является актуальной в связи с наличием у них основного заболевания в терминальной стадии. Распространенность образования грыж у пациентов с почечно-заместительной терапией с ПД составляет от 9 до 32 % [1]. В тоже время, своевременное выполнение оператив-

ных вмешательств при осложнениях грыж у пациентов, находящихся на ПД, представляет трудности, вследствие развития диализного перитонита, затрудняющего диагностику острой хирургической патологии органов брюшной полости [2, 3]. Кроме того, повышение внутрибрюшного давления и снижение мышечной массы при ПД приводит к образованию грыж передней брюшной стенки в ее слабых местах [4]. Выявление грыженосителей до или во время ПД, своевременно и качественно выполненная пластика грыжевых ворот позволяет снизить количество осложнений и повысить качество жизни данной категории пациентов [5].

Цель

Выполнение герниопластики паховых грыж у пациентов, находящихся на перитонеальном диализе, путем многослойного укрепления задней стенки пахового канала.

Результаты исследования и их обсуждение

В течение последних 5 лет на базе областного отделения нефрологии и гемодиализа в Гомельской областной специализированной клинической больнице (ГОСКБ) было оперировано 26 пациентов с паховыми грыжами с ХБП, находящихся на перитонеальном диализе методом многослойного укрепления задней стенки пахового канала.

В зависимости от основного заболевания, которое привело к хронической болезни почек 5 Д стадии распределение пациентов было следующим (таблицу 1).

Таблица 1 — Основные нозологические заболевания, явившиеся причиной ХБП 5Д стадии

Нозология	Количество пациентов
Сахарный диабет 1 или 2 тип, диабетическая нефропатия	12
Хронический гломерулонефрит с исходом в нефросклероз	7
Подагра. Подагрическая нефропатия	3
Артериальная гипертензия. Ишемическая нефропатия	4

Все пациенты находились на перитонеальном диализе или готовились к нему. Грыжи были выявлены в момент обращения пациентов или в течение первых шести месяцев проведения перитонеального диализа. Это были мужчины в возрасте от 41 до 66 лет, средний возраст которых составил 59 лет. У 24 (92,31 %) пациентов грыжи были правосторонние, одна — левосторонняя, и одна — двухсторонняя. Пахово-мошоночных грыж было 14 (53,85 %), прямых — 12 (46,15 %).

Оперативное вмешательство выполнялось под местной у 3 (11,54 %) пациента, спинномозговой — 12 (46,15 %) или общей анестезией — 11 (42,31 %). Основной задачей герниопластики являлось устранение грыжевого образования с сохранением герметичности брюшины и физиологическим и прочным укреплением задней стенки пахового канала.

После типичного рассечения кожи и подкожной клетчатки в паховой области, вскрывали паховый канал и выделяли грыжевой мешок до шейки. При прямой паховой грыже грыжевой мешок без вскрытия инвагинировали в брюшную полость, поперечную фасцию ушивали непрерывно полипропиленом. Заднюю стенку пахового канала дополнительно укрепляли полипропиленовым сетчатым эндопротезом по типу Лихтенштейна. Листки апоневроза наружной косой мышцы живота ушивали непрерывно полипропиленом. При косой паховой грыже после выделения из элементов семенного канатика грыжевой мешок вскрывали. Содержимое мешка погружали в брюшную полость. Отступая дистально от шейки на 1–1,5 см, его прошивали, перевязывали, а избыток иссекали. Культю перед погружением в брюшную полость дополнительно коагулировали по типу «запаивания». Для проверки герметичности брюшины на этом этапе проводили пробные заливки диализного раствора в брюшную полость. Поперечную фасцию так же ушивали непрерывно полипропиленом. Заднюю стенку пахового канала укрепляли полипропиленовым сетчатым эндопротезом аналогично, как и при прямой паховой грыже. Следует отметить, что эндопротез в области внутреннего пахового кольца отсекался для семенного канатика не по типу «ласточкин хвоста», а вниз к паховой связке, где и создавалась дубликатура. Листки апоневроза наружной косой мышцы живота ушивались непрерывно полипропиленом. В обоих случаях ушивание поперечной

фасции производят уменьшая внутреннее паховое кольцо до размера диаметра семенного канатика пациента. Подкожную клетчатку при необходимости активно дренировали по Редону на протяжении 1–2 дней.

При наличии транслокации постоянного перитонеального катетера выполнялась одномоментная лапароскопическая ревизия органов брюшной полости, устранение транслокации катетера или его замена на новый с дополнительной точкой фиксации дистального конца к париетальной брюшине с последующей герниопластикой.

Первый сеанс перитонеального диализа проводили сразу после операции без оставления раствора в брюшной полости. В послеоперационном периоде заливки диализного раствора выполняли ежедневно от 1 до 1,5 л без экспозиции в брюшной полости. Постоянный перитонеальный диализ в полном объеме начинали проводить на 7–10 сутки после герниопластики. Послеоперационных осложнений и летальности не было. Рецидивов грыж, выполненных данным методом, отмечено не было.

Выводы

1. Применение данного метода герниопластики позволяет многослойно укрепить заднюю стенку пахового канала, тем самым минимизировать рецидив грыжи при повышении внутрибрюшного давления.

2. Пациентам после выполненной многослойной пластики пахового канала выполняются сразу сеансы ПД, тем самым отсутствует перерывы в почечно-заместительной терапии основного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Abdominal wall hernias in end-stage renal disease patients on peritoneal dialysis / G. Martínez-Mier [et al.] // *Peritoneal Dialysis International*. — 2008. — Vol. 28, № 4. — P. 391–396.
2. Shrestha, B. M. Surgical peritonitis in patients on peritoneal dialysis / B. M. Shrestha, P. Brown, M. Wilkie // *Peritoneal Dialysis International*. — 2008. — Vol. 28, № 4. — P. 331–334.
3. Emergency laparotomy in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis / C. Carmeci [et al.] // *The American surgeon*. — 2001. — Vol. 67, № 7. — P. 615–618.
4. Impact of Hernias on Peritoneal Dialysis Technique Survival and Residual Renal Function / S. Balda [et al.] // *Peritoneal Dialysis International*. — 2013. — Vol. 33, № 6. — P. 629–634.
5. Sustaining continuous ambulatory peritonealdialysis after herniotomy / T. Mettang [et al.] // *Adv. Peritoneal Dialysis*. — 2001. — Vol. 17. — P. 84–87.

УДК 616.145.74-089

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Берещенко В. В.¹, Майоров В. М.², Желюк А. В.², Перлов Е. Г.², Крот С. Я.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гомельская областная специализированная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сегодня основными причинами развития синдрома портальной гипертензии у людей трудоспособного возраста является цирроз печени (ЦП), тромбоз воротной вены, хронический панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы. Наиболее тяжелым хирургическим осложнением данного синдрома является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП). Высокая смертность после эпизода кровотечения из вен, определяет актуальность профилактики данного осложнения. Сегодня основными методами паллиативной помощи для профилактики кровотечений из ВРВП являются трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование (TIPS), эндоскопическое лигирование и склерозирование ВРВП. Трансплантация печени является радикальной опера-