

W3 — 16 (15,4 %). Во второй группе данные показатели составили 6 (15,8 %), 25 (65,8 %) и 7 (18,4 %), соответственно. Различия по размеру выпячивания статистически отсутствовали ( $p > 0,05$ ).

В первой группе послеоперационные вентральные грыжи с локализацией M1 составили 5 (4,9 %), M2 — 42 (40,4 %), M3 — 43 (41,3 %), M4 — 6 (5,8 %), M5 — 3 (2,9 %), L1 — 2 (1,9 %), L2 — 2 (1,9 %), L3 — 1 (0,9 %). Во второй группе M1 — 3 (7,9 %), M2 — 13 (34,3 %), M3 — 16 (42,1 %), M4 — 4 (10,5 %), M5 — 1 (2,6 %), L1 — 0 (0 %), L2 — 1 (2,6 %), L3 — 0 (0 %).

Количество пациентов, впервые обратившихся по поводу рассматриваемого заболевания, составило 101 (97,1 %) в первой группе и 36 (94,7 %) во второй группе. Рецидивный характер грыжи носили у 3 (2,9 %) пациентов в первой группе и у 2 (5,3 %) во второй группе, причем все рецидивы были однократные.

При выполнении пластики onlay продолжительность оперативного вмешательства составила  $69,3 \pm 39,2$  мин, а при использовании пластики sublay  $99,3 \pm 36$  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 10 (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  $11,8 \pm 2,8$  сут ( $p < 0,05$ ). Летальных исходов не было. После герниопластики sublay осложнений не зафиксировано.

#### **Выводы**

Надапоневротическое расположение сетчатого эндопротеза сопряжено с более высоким риском послеоперационных осложнений. Способ аллопластики sublay, несмотря на большую продолжительность операции и потребность в наркотических анальгетиках, имеет меньшее количество осложнений и пребывание пациента на койке.

#### **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: 12.03.2020.
2. Функционально обоснованные методы аллопластики при лечении больших и гигантских срединных грыж / А. А. Ботезату [и др.] // Вестник Приднестровского университета. Серия: Медико-биологические и химические науки. — 2017. — № 2(56). — С. 12–18.

**УДК 617.55-007.43-052**

### **СТРУКТУРА ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ**

**Гапоненко А. И., Молодой Е. Г.**

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

К настоящему времени проблема хирургического лечения грыж передней брюшной стенки различных локализаций остается весьма актуальной. Операции по их поводу составляют 10–25% от всех хирургических вмешательств в стационарах [1].

Основным этапом операции является пластика грыжевых ворот. Применение различных способов пластики с использованием синтетических материалов стало «золотым стандартом» в лечении больных с грыжами [2].

Для представления общей картины внимания заслуживает оценка всего спектра герниологических вмешательств, выполняемых в общехирургическом отделении.

### Цель

Изучить нозологический и половозрастной состав пациентов с грыжами передней брюшной стенки в общехирургическом отделении.

### Материал и методы исследования

Методом сплошной выборки изучены результаты хирургического лечения 1058 пациентов с грыжами передней брюшной стенки, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении № 1 ГУЗ «ГГКБ № 3» за период с 2018 по 2019 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

Всего за период исследования были оперированы 1058 пациентов с грыжами передней брюшной стенки, что составило 33,1 % от всех плановых операций отделения. Среди них было 271 (25,6 %) женщина и 787 (74,4 %) мужчин (соотношение 1:2,9). Возраст осмотренных жителей колебался от 17 до 92 лет (средний возраст  $55,7 \pm 14,6$  года). Пациенты трудоспособного возраста составили 647 (61,2 %) человек. Распределение пациентов по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов по полу и возрасту

До 20 лет		21–30 лет		31–40 лет		41–50 лет		51–60 лет		61–70 лет		>70 лет	
8 (0,8 %)		44 (4,2 %)		118 (11,2 %)		197 (18,6 %)		280 (26,5 %)		256 (24,2 %)		155 (14,7 %)	
м	ж	м	ж	М	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
8	0	37	7	86	32	148	49	213	67	186	70	109	46

Чаще всего за хирургической помощью обращались пациенты с паховыми и пупочными грыжами в 660 (59,9 %) и 180 (16,3 %) случаях соответственно. Послеоперационная вентральная грыжа диагностирована у 163 (14,8 %) человек.

Грыжи белой линии живота и свободные вентральные грыжи обнаружены в 70 (6,4 %) и 17 (1,5 %) случаях соответственно. Бедренные грыжи были выявлены у 11 (1 %) пациентов. Грыжа спигелиевой линии была подтверждена в 1 (0,1 %) случае.

Число случаев грыж передней брюшной стенки превышает общее число пациентов, это связано с тем, что в 44 случаях у одного пациента оперированы одновременно два различных вида грыж. Распределение грыж передней брюшной по полу и нозологии представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение грыж передней брюшной по полу и нозологии представлены

Вид грыжи	Мужчины (n = 787)		Женщины (n = 271)		Всего (n = 1058)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Паховые	628	77,4	32	9,8	660	59,9
Пупочные	92	11,3	88	27,0	180	16,3
Послеоперационные	50	6,2	113	34,7	163	14,8
Свободные вентральные	7	0,9	10	3,1	17	1,5
Белой линии живота	32	3,9	38	11,7	70	6,4
Бедренные грыжи	2	0,2	9	2,8	11	1
Спигелиевой линии	—	—	1	0,3	1	0,1
Количество случаев	811		291		1102	

Наиболее распространенным видом грыжи оказалась паховая: в анамнезе выявлена у 628 (77,4 %) мужчин и 32 (9,8 %) женщин ( $p = 0,0001$ ). Чаще всего, в 608 (92,1 %) случаях, встречали односторонние паховые грыжи (правосторонние — в 352 случаях из 660 (53,3 %) наблюдений и левосторонние обнаружили у 256 (38,8 %) пациентов). Двусторонние грыжи были выявлены у 52 (7,9 %) человек. В 22 (3,3 %) наблюдениях грыжа была пахово-мошоночной. За период исследования первичная паховая грыжа была диагностирована у 597 (90,5 %) пациентов, а рецидивная — у 63 (9,5 %).

Пупочные грыжи встречались в 16,3% случаев от общего числа пациентов с грыжей (180 из 1058 пациентов). Первичная пупочная грыжа была выявлена в 120 (66,7 %) случаев, рецидивная — у 12. Грыжу этой локализации выявили у 87 (48,3 %) мужчин и 93 (51,7 %) женщин ( $p = 0,069$ ). Чаще всего в 60 % случаев обнаруживали малую пупочную грыжу ( $W1 < 4$  см), реже всего — большую ( $W3 > 10$  см) — в 10 % случаев.

Особой формой грыж являются послеоперационные вентральные грыжи, выявленные у 163 (14,8 %) человек, среди которых было 50 мужчин и 113 женщин (6,2 и 34,7 % от общего числа;  $p = 0,153$ ). У 158 (96,9 %) человек грыжа была первичной, у 5 (3,1 %) пациентов — рецидивной. У 161 пациента грыжи располагались по срединной линии (M), у 2 выявлена боковая грыжа (L). Размер п/о вентральных грыж по ширине грыжевых ворот составил:  $W1$  — 24 (14,7 %),  $W2$  — 102 (62,6 %),  $W3$  — 37 (22,7 %).

Оперативное вмешательство было выполнено в плановом порядке всем пациентам. Герниопластика местными тканями проведена в 128 (12,1 %) случаях, в 930 (87,9 %) случаях применены различные модификации аллопластики.

Среднее пребывание пациентов в отделении после пластики местными тканями составило  $4,7 \pm 2,2$  койко-дня, а после аллопластики —  $5,9 \pm 2,0$  койко-дня.

Осложнения послеоперационном периоде развились у 28 (2,6 %) пациентов. Это были серомы послеоперационной раны, оперативного лечения их не потребовалось. Летальных исходов не было.

#### **Выводы**

Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки сохраняет актуальность в современных условиях. На герниопластику приходится 33,1 % объема всех плановых операций, выполняемых в хирургическом отделении. Наиболее частым видом грыж, поступающих для плановой операции в общехирургическое отделение, являются паховые (59,9 %). Мужчины преобладают в структуре паховых грыж (95,1 %) и пупочных грыж (51,1 %). Другие виды грыж чаще встречаются у женщин. Ближайшие результаты лечения соответствуют литературным данным.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Измайлов, А. Г. Подбор пациентов для хирургического лечения грыж передней брюшной стенки с использованием способов профилактики послеоперационных раневых осложнений / А. Г. Измайлов, С. В. Доброквашин, Д. Е. Волков // Вестник современной клинической медицины. — М., 2019. — Т. 12, Вып. 5. — С. 30–34.
2. Белоконов, В. И. Передняя протезирующая герниопластика комбинированным способом при больших и гигантских вентральных грыжах / В. И. Белоконов, С. Ю. Пушкин, З. В. Ковалева // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2018. — № 5. — С. 45–50.

**УДК 616.334-007.271-053.1**

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА И ПИЛОРОСПАЗМА**

**Гнедова А. В.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент В. М. Шейбак**

**Учреждение образования  
«Гродненский государственный медицинский университет»  
г. Гродно, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Врожденный пилоростеноз занимает одно из ведущих мест в детской хирургии. Частота пилоростеноза составляет 0,5–3 на 1000 новорожденных [1]. Врожденный