

флюктуация в области копчика — 9 (19,6 %). У 22 (47,8 %) пациентов по данным общего анализа крови отмечался лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг. Из инструментальных исследований ультразвуковое исследование (УЗИ) копчико-крестцовой зоны проведено 3 (6,6 %) пациентам, рентгеновская компьютерная томография (РКТ) — 2 (4,4 %), магнитно-резонансная томография (МРТ) — 1 (2,2 %). По данным УЗИ в двух случаях на момент обследования патологического образования в области копчика не выявлено. У третьего пациента в области копчика справа имеется округлая структура, размером 18×7×13 мм. По данным РКТ у одного из пациентов костно-травматической, костно-деструктивной патологии на уровне исследования не выявлено. Проведена фистулография: в свищевой ход на уровне копчика введено контрастное вещество. Свищевой ход V-образной формы, размерами до 13×24×3 мм (свищевой мешок 7×6 мм) расположен по заднесрединной линии в толще подкожно-жировой клетчатки по направлению к копчику. Также отмечается умеренно выраженная инфильтрация прилежащей подкожно-жировой клетчатки. Изменений со стороны копчика не выявлено. У другого пациента по данным РКТ костно-травматической, костно-деструктивной патологии на уровне исследования не выявлено. В жировой клетчатке копчиковой области по средней линии определяется законтрастированный ЭКХ, идущий косо справа налево, протяженностью до 12 мм и шириной около 1,5×3 мм, окружающая его ткань фиброзно уплотнена, связь с мышцами, костями и невральными структурами отсутствует. По данным МРТ у одного пациента в подкожной жировой клетчатке правой ягодицы, от кожи ягодичной складки до уровня копчико-прямокишечной связки, в сообщении с правым контуром неизмененного копчика имеется образование неправильной линейной формы длиной до 3–4 см, шириной до 5–9 мм, без четких наружных контуров за счет инфильтрации, что может свидетельствовать о наличии эпителиального копчикового хода. В 27 (58,7 %) случаях проводилась радикальная операция — иссечение ЭКХ, в 19 (41,3 %) случаях эпителиальная копчиковая киста (ЭКК) вскрыта и дренирована. Исходы заболевания: 42 (91,3 %) пациента выписаны с выздоровлением, 4 (8,7 %) — с улучшением.

Выводы

Данная патология характерна преимущественно для детей старшего школьного возраста. В летний и осенний периоды отмечается самая высокая заболеваемость. Обращаемость за медицинской помощью в сельской местности ниже, чем в условиях города. Проведение УЗИ и РКТ всем пациентам с определением размера инфильтрата способствует определению оптимальных сроков оперативного лечения.

УДК 616.381-007.43-089.844

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Гапоненко А. И.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хирургическое лечение пациентов с послеоперационными вентральными грыжами имеет большое социально-экономическое и практическое значение. Данная патология составляет 10–12 % всех грыж живота [1].

Традиционные методики оперативного лечения имеют высокую частоту рецидивов — от 10 до 63 %. На современном этапе основным способом лечения таких пациентов стало эндопротезирование в различных модификациях [2].

Цель

Провести сравнительный анализ эффективности различных способов эндопротезирования в хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж.

Материал и методы исследования

Методом сплошной выборки изучены результаты хирургического лечения 142 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении № 1 ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» в 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

Среди 142 пациентов мужчин было 42 (29,6 %), женщин — 100 (70,4 %). В возрастной структуре исследуемой выборки преобладали лица в трудоспособном возрасте. Распределение пациентов по возрасту показано в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов по возрасту

21–30 лет	31–40 лет	41–50 лет	51–60 лет	61–70 лет	>70 лет
2 (1,4 %)	9 (6,3 %)	28 (19,7 %)	48 (33,8 %)	38 (26,8 %)	17 (12 %)

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 ретромукулярную сепарационную пластику).

Из 142 проведенных вмешательств по поводу послеоперационных вентральных грыж методика onlay была применена у 104 (73,2 %) пациентов, в 38 (26,8 %) наблюдениях выполнена методика sublay, из них в 16 случаях произведена предбрюшинная, в 22 (57,9 %) случаях — сепарационная ретромулярная пластика.

Пациенты были разделены на 2 группы сравнения. Первую группу составили пациенты с герниопластикой onlay (104), вторую — с герниопластикой sublay (38). 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 группа (onlay), 104	2 группа (sublay), 38
Женщины	73 (70,2 %)	27 (71,1 %)
Мужчины	31 (29,8 %)	11 (28,9 %)

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 10 (9,6 %), W2 — 78 (75 %),

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].