

циента в межъягодичной складке в подкожной клетчатке в проекции копчика визуализируется линейной формы образование размером $1 \times 5,2$ мм, оканчивающееся округлым образованием размером $14,4$ мм, кровоснабжение в котором не визуализируется. У девятого пациента в верхней части межъягодичной складки визуализируется гипоехогенное образование с нечетким контуром размерами $6,4 \times 16,4$ мм. У десятого пациента в межъягодичной складке в подкожно-жировой клетчатке визуализируется неоднородное образование размерами $9,8 \times 11,8$ мм. У одиннадцатого пациента в верхней части межъягодичной складки в подкожно-жировой клетчатке визуализируется неоднородная структура размерами $4,7 \times 16$ мм, окружающие мягкие ткани обычной эхогенности. У двенадцатого пациента в межъягодичной складке в области копчика визуализируется линейное образование размерами $9,8 \times 1,4$ мм.

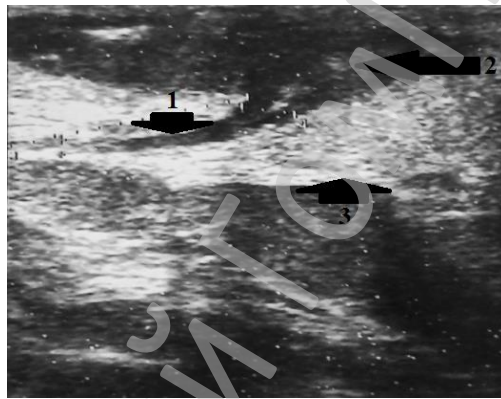


Рисунок 1 — Ультрасонография крестцово-копчиковой области (1 — эпителиальный копчиковый ход, 2 — пилонидальная киста, 3 — инфильтрация окружающих тканей)

Выводы

На УЗИ эпителиальный копчиковый ход определяется у 83,3 % больных. Визуализированы как копчиковая киста, так и эпителиальный копчиковый ход. По данным РКТ ЭКХ определен у 100 % пациентов. Проведение УЗИ и РКТ всем пациентам с определением размера инфильтрата способствует определению оптимальных сроков оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ленюшкин, А. И. Детская колопроктология: рук-во для врачей / А. И. Ленюшкин. — М.: Медицина, 1990. — 352 с.
2. Основы колопроктологии: учеб. пособие для мед. вузов / А. А. Благодарный [и др.] — Ростов н/Д: Феникс, 2001. — 414 с.

УДК 616.34-007.43-089.844

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГРЫЖАХ ЖИВОТА РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ МЕТОДАМИ НЕНАТЯЖНОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Артюшков Е. А., Сидоренко Ю. И.

Научный руководитель: д.м.н., профессор А. А. Лызиков

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
Республика Беларусь, г. Гомель**

Введение

Наружные грыжи живота являются одной из самых распространенных хирургических патологий, встречаясь у 3–7 % населения. Среди наружных грыж

до 80 % составляют паховые грыжи, затем следуют послеоперационные, пупочные, бедренные и грыжи белой линии живота [1]. Важнейшим недостатком аутопластических способов закрытия грыжевых дефектов, является натяжение тканей, которое приводит к нарушению кровообращения в зоне пластики с ишемией мягких тканей. Это приводит к развитию атрофической дегенерации сопоставленных в шов тканей и рецидиву грыжи [2]. В связи с этим на протяжении последних десятилетий начали использовать дополнительных синтетических материалов для закрытия грыжевых дефектов. Однако расширение показаний к аллопластическому протезированию брюшной стенки, использование в качестве протеза синтетических полимерных материалов отрицательно сказалось на клинических результатах и повлекло большое количество осложнений в послеоперационном периоде [3]. По данным разных авторов, частота возникновения сером после ненатяжной герниопластики варьирует от 2,0 до 19,1 %, краевой некроз кожи встречается у 0,5–2,7 % пациентов, гематомы — в 0,6 % случаев. Нагноение раны возникает у 3,0–4,3 % больных, инфаркт подкожной клетчатки — у 1,2 % пациентов [4].

Цель

Изучить структуру пациентов с грыжами живота, провести анализ результатов применения различных способов герниопластики при грыжах живота.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ по данным медицинских карт пациентов, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении № 1 Государственного учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в период с января 2019 по декабрь 2020 гг. Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью Microsoft Excel 2016, с применением методов непараметрического анализа, U-критерия Манна — Уитни, двустороннего точного критерия Фишера; данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха (Me (Q1; Q3)). Различие между группами считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Всего в исследование включено 80 пациентов, из них 37 (46,25 %) женского пола и 43 (53,75 %) мужского пола. Средний возраст пациентов составил 61 год (49; 71,75). Из них трудоспособного возраста 39 (48,75 %) человек, пенсионного — 41 (51,25 %) человек. Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре 11 койко-дней (9; 14).

С диагнозом послеоперационная вентральная грыжа поступил 21 (26,25 %) пациент, паховая грыжа — 24 (30 %) пациента, пахово-мошоночная грыжа — 8 (10 %) пациентов, пупочная грыжа — 13 (16,25 %) пациентов, бедренная грыжа — 3 (3,75 %) пациента; грыжа белой линии живота — 6 (7,5 %) пациентов, аксилярная грыжа — 5 (6,25 %) пациентов. Распределение пациентов по локализации грыж и полу представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов по локализации грыж и полу

Локализация грыж	Свободные		Ущемленные		Всего	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Послеоперационные вентральные	1 (4,76 %)	4 (19 %)	2 (9,52 %)	14 (66,72%)	3 (3,75%)	18 (22,5 %)
Паховые	21 (87,5 %)	1 (4,17 %)	2 (8,33 %)	—	23 (28,75 %)	1 (1,25 %)
Пахово-мошоночные	4 (50 %)	—	4 (50 %)	—	8 (10 %)	—
Пупочные	4 (30,77 %)	4 (30,77 %)	—	5 (38,46 %)	4 (5 %)	9 (11,25 %)
Бедренные	—	—	—	3 (100 %)	—	3 (3,75 %)
Белой линии живота	—	1 (16,67 %)	1 (16,67 %)	4 (66,66 %)	1 (1,25 %)	5 (6,25 %)
Аксилярные	5 (100 %)	—	—	—	5 (6,25 %)	—
Всего	35 (43,75 %)	10 (12,5 %)	9 (11,25 %)	26 (32,5 %)	80	

Паховых грыж выявлено больше у мужчин, чем у женщин (точный критерий Фишера; $p < 0,05$), а послеоперационных вентральных грыж выявлено больше у женщин (точный критерий Фишера; $p < 0,05$).

Из 80 пациентов, с грыжами различной локализации, операции провели 70 пациентам. В зависимости от выполненной герниопластики были сформированы две группы пациентов, первая группа — пациенты, у которых произведена герниопластика с использованием сетчатых полипропиленовых протезов (35 пациентов), вторая группа — пациенты, у которых произведена герниопластика местными тканями (35 пациентов).

В 1-й группе проводили грыжесечение с пластикой грыжевых ворот по Лихтенштейну у 18 (25,71 %) пациентов, и грыжесечение с пластикой грыжевых ворот пропиленовым эксплантатом у 17 (24,28 %) пациентов. Во 2-й группе выполнялось грыжесечение с пластикой грыжевых ворот по Сапежко у 12 (17,14 %) пациентов, грыжесечение с пластикой грыжевых ворот по Мейо — у 12 (17,14 %), грыжесечение с пластикой грыжевых ворот по Бассини — у 3 (4,3 %), грыжесечение с пластикой грыжевых ворот по Постемпскому — у 8 (11,43 %) пациентов.

Средняя продолжительность операций в 1-й группе составило 85 мин (65; 110), во 2-й группе — 60 мин (40; 80). Различия по длительности оперативного вмешательства являлись статистически значимыми (критерий Манна — Уитни, $p < 0,001$).

В 1-й группе были прооперировано с послеоперационными вентральными грыжами — 13 (37,14 %) пациентов, пахово-мошоночными грыжами — 3 (8,57 %) пациента, паховыми грыжами — 18 (51,43 %) пациентов, грыжей белой линии живота — 1 (2,86 %) пациент. Во второй группе было прооперировано с вентральными послеоперационными грыжами — 5 (14,28 %) пациентов, пахово-мошоночными грыжами — 6 (17,14 %); паховыми грыжами — 4 (11,43 %), пупочными грыжами — 12 (34,29 %), грыжей белой линии живота — 5 (14,28 %); бедренными грыжами — 3 (8,57 %) пациента.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре в 1-й группе составило 11 койко-дней (10; 15), во 2-й — 11 койко-дней (9; 15).

Распределение пациентов в зависимости от локализации и вида грыж, а также методов выполненной герниопластики представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение пациентов в зависимости от локализации грыжи и вида герниопластики

Локализация грыж	1-я группа		2-я группа	
	свободная грыжа	ущемленная грыжа	свободная грыжа	ущемленная грыжа
Послеоперационные вентральные	8	5	—	5
Паховые	18	—	2	2
Пахово-мошоночные	3	—	2	4
Пупочные	—	—	7	5
Бедренные	—	—	—	3
Белой линии живота	—	1	—	5
Всего	35		35	

Послеоперационный период в 1-й группе протекал без осложнений у 33 (94,28 %) пациентов, у 2 (5,72 %) пациентов возникли осложнения в виде серомы послеоперационного рубца, инфильтрата послеоперационного рубца. Послеоперационный период во 2-й группе протекал без осложнений у 31 (88,57 %) пациента, у 4 (11,43 %) пациентов возникли осложнения в виде лигатурного абсцесса послеоперационного рубца, серомы послеоперационного рубца, гематомы мошонки, гематомы послеоперационной раны.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре у пациентов с осложнениями после герниопластики составила 27 койко-день (18,5; 38), что значительно больше, чем после герниопластики без осложнений, где продолжительность

11 койко-день (9; 14). Различия по продолжительности пребывания в стационаре являлись статистически значимыми (критерий Манна — Уитни, $p < 0,001$).

Распределение количество и частоты ранних послеоперационных осложнений после различных методов герниопластики представлено в таблице 3.

Таблица 3 — Количество и частота ранних послеоперационных осложнений после герниопластики

Метод герниопластики	Число проведенных операций	Количество и частота осложнений					
		абс.			%		
		мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины	всего
1-я группа	35	1	1	2	2,86	2,86	5,72
2-я группа	35	1	3	4	2,86	8,57	11,43

Выводы:

1. Грыжи различной локализации чаще встречаются у мужского пола.
2. Паховых грыж выявлено больше у мужчин, чем у женщин, а послеоперационных вентральных грыж выявлено больше у женщин.
3. Средняя продолжительность операций в 1-й группе — 85 мин (65; 110), больше, чем у пациентов 2-й группы — 60 мин (40; 80).
4. Средняя продолжительность пребывания в стационаре у пациентов после герниопластики с осложнениями составила 27 койко-день (18,5; 38), что значительно больше, чем без осложнений, где продолжительность составила 11 койко-день (9; 14).
5. В послеоперационном периоде наблюдались осложнения в виде лигатурного абсцесса послеоперационного рубца, двух сером послеоперационного рубца, гематомы мошонки, гематомы послеоперационной раны, инфильтрата послеоперационного рубца. Частота осложнений после герниопластики в 1-й группе составила 5,75 %, а в 2-й группе — 11,4 %.
6. Проблема послеоперационных осложнений после герниопластики актуальна. Необходимо дальнейшее изучение и разработка новых типов сетчатых протезов, совершенствование профилактики, диагностики и лечения осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жебровский, В. В. Хирургия грыж живота / В. В. Жебровский. — М.: Медицинское информационное агентство, 2005. — 384 с.
2. Выбор способа пластики послеоперационных грыж живота полипропиленовыми эндопротезами / А. С. Ермолов [и др.] // Хирургия. — 2005. — № 8. — С. 16–21.
3. Ягудин, М. К. Прогнозирование и профилактика раневых осложнений после пластики вентральных грыж живота / М. К. Ягудин // Хирургия. — 2003. — № 11. — С. 54–60.
4. Белоконев, В. И. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж / В. И. Белоконев. — Самара: Перспектива, 2005. — 156 с.

УДК 615.35-002.3-052:[615.281:615.454.1]

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ МАЗЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Батт Т. А.¹, Нариманидзе М. Д.¹, Савченко Я. В.¹,
Бонда Н. А.², Кривостаненко М. В.¹

Научные руководители: старший преподаватель А. А. Мисевич,
к.м.н., доцент В. В. Берещенко

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

²Государственное учреждение

«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии
и общественного здоровья»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Раневая инфекция после операций на дистальном отделе прямой кишки, анальном канале и промежности составляет по данным различных авторов 5,0–