

чаев). Согласно рекомендациям GINA, 2016 г. наибольшая эффективность базисной терапии для достижения контроля над БА констатируется при использовании комбинированного препарата симбикорт 160/4,5 мкг с достижением быстрого контроля над астмой (увеличение АСТ-теста с $9,08 \pm 4,03$ до $21,47 \pm 1,03$, $p < 0,05$) при использовании SMART терапии «по требованию» в режиме единого ингалятора.

3. Для оценки эффективности терапии и достижения контроля при различных фенотипах БА впервые использован мониторинг ЭЗВД плечевой артерии и определение ЭТ-1 в плазме крови, повышение которого свидетельствует о наличии системного воспаления и отсутствие контроля над астмой, особенно при наличии сопутствующей патологии, что требует коррекции проводимой терапии и ЭД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Легочная гипертензия и диастолическая дисфункция сердца у больных бронхиальной астмой и ХОБЛ пожилого возраста / С. А. Прибылов [и др.] // Человек и его здоровье. — 2009. — № 4. — С. 80–89.
2. Прусакова, О. Ю. Коррекция эндотелиальной дисфункции, легочной гипертензии у больных с артериальной гипертензией в сочетании с бронхиальной астмой [Электронный ресурс] / О. Ю. Прусакова // Современные проблемы науки и образования: электрон. науч. журн. — 2011. — № 6. — URL: <http://www.science-education.ru/100-4957>.
3. Современный подход к оценке контроля и терапии различных фенотипов бронхиальной астмы по данным показателей эндотелиальной дисфункции / С. А. Прибылов [и др.] // Архив внутренней медицины. — 2017. — Т. 7, № 1 (33). — С. 35–40.
4. Бронхиальная астма: возрастные, гендерные и терапевтические аспекты по материалам регистра Курской области / С. А. Прибылов [и др.] // Возраст-ассоциированные и гендерные особенности здоровья и болезни: сб. матер. Междунар. науч.-практ. конф.; отв. ред.: Н.К. Горшунова. — Курск, 2016. — С. 288–299.
5. Распространенность, особенности клинического течения и лечения, фенотипы бронхиальной астмы в Курской области по данным регистра / С. А. Прибылов [и др.] // Современные проблемы науки и образования. — 2016. — № 5. — URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25321>.

УДК 616-007.43-089

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

*Призенцов А. А.¹, Кошмар Е. А.², Кошмар А. С.²,
Скуратов А. Г.¹, Цитко Е. Л.¹, Осипов Б. Б.¹*

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь,

²Учреждение здравоохранения

«Буда-Кошелевская Центральная районная больница»

Уваровичская районная больница

гп. Уваровичи, Республика Беларусь

Введение

После лапаротомного доступа послеоперационные вентральные грыжи развиваются в 3–19 % случаев [2]. Результаты лечения послеоперационных грыж характеризуются довольно высоким числом рецидивов — от 4,3 до 46 % [5]. В современных условиях в лечении пациентов с грыжами брюшной стенки широко используются принципы ненатяжной пластики [1, 6]. Пластика сетчатым протезом значительно сокращает количество рецидивов и способна обеспечить достойное качество жизни [4]. В то же время с применением имплантатов увеличилось количество инфекционных осложнений. Таким образом, лечение послеоперационных вентральных грыж в настоящее время остается актуальной проблемой хирургии [1, 3, 4].

Цель

Оценить ближайшие результаты герниопластики сетчатым имплантатом у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, а также качество жизни в отдаленном периоде.

Материал и методы исследования

Методом сплошной выборки проведен ретроспективный анализ 204 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении № 1 Го-

мельской городской клинической больницы № 3 в период 01.01.2014–31.12.2016 гг. В работе использовалась классификация послеоперационных вентральных грыж Chevrel-Rath, которая включает три позиции — S, W, R, где S — локализация грыжи: срединная (M), боковая (L) и сочетанная (ML); W — ширина грыжевых ворот: W1 — до 5 см, W2 — от 5 до 10 см, W3 — от 10 до 15 см, W4 — свыше 15 см; R — наличие рецидива: R1, R2, R3 и т.д. [5]. Для изучения качества жизни проведено анкетирование 30 отобранных в случайном порядке пациентов. Оценку качества жизни проводили при помощи опросника SF-36. Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ Microsoft Excel и «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium). Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm SD$).

Результаты исследования и обсуждение

За указанный период было пролечено 204 пациента с послеоперационными, в том числе рецидивными вентральными грыжами. Из них женщин было 136 (66,7 %), мужчин — 68 (33,3 %). Средний возраст пациентов составил $57 \pm 10,8$ лет.

Сопутствующая соматическая патология встретилась у 186 (91,2 %) пациентов. В большинстве случаев (70,9 %) преобладала патология сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, облитерирующие заболевания периферических сосудов, аритмии), второе место (11,8 %) заняла эндокринная патология (ожирение, сахарный диабет, гипотиреоз, узловой зоб). У 8,1 % пациентов имелась патология пищеварительной системы (язвенная болезнь, хронический панкреатит), у 5,4 % — мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь), у 3,8 % — дыхательной системы (бронхиальная астма).

Анамнез грыженосительства до оперативного лечения в среднем составил $35,9 \pm 15,7$ месяцев. Срединные грыжи (M) имели место у 159 (77,9 %) пациентов, боковые (L) — у 42 (20,6 %), ML — у 3 (1,5 %) пациентов.

По размерам грыжевых ворот пациенты распределились следующим образом: W1 — у 60 (29,4 %) пациентов, W2 — у 100 (49,1 %), W3 — у 28 (13,7 %), W4 — у 16 (7,8 %). У 165 (80,9 %) человек операция по поводу вентральной грыжи была выполнена впервые, у 30 (14,7 %) пациентов отмечался рецидив вентральной грыжи после оперативного лечения (R1), у 8 (3,9 %) человек в анамнезе было 2 операции (R2), у 1 (0,5 %) пациента 3 операции (R3).

Все пациенты в анамнезе были оперированы. После нижнесрединного доступа грыжи возникли у 68 (42,8 %) пациентов (в анамнезе были экстирпация матки, кесарево сечение, кистэктомия, тубэктомия, резекция толстой кишки, аденомэктомия). После верхнесрединной лапаротомии грыжи развились у 91 (57,2 %) пациентов (в анамнезе операции на желчном пузыре, желчевыводящих путях и поджелудочной железе, желудке, операции при травмах органов брюшной полости).

У пациентов с L-локализацией грыжи в анамнезе отмечены следующие оперативные вмешательства: аппендэктомия — 21 (50 %) человек, операции на почках — 6 (14,3 %), холецистэктомия — 6 (14,3 %), другие операции (операции на поджелудочной железе, операция Гартмана, операция по поводу аневризмы аорты) — 9 (21,4 %) человек.

Среднее пребывание пациентов в отделении составило $12,2 \pm 3,3$ койко-дней. Швы снимались в среднем на $10,4 \pm 1,7$ сутки.

Послеоперационные осложнения встретились у 19 (9,3 %) пациентов. В ближайшем периоде это были серомы послеоперационной раны в 12 случаях, в 3 случаях в сочетании с краевыми некрозами раны. У 7 пациентов осложнения развились в период $4,9 \pm 4,4$ мес после операции. Это были лигатурные свищи и инфильтраты послеоперационного рубца.

Все осложнения были купированы перевязками и консервативными мероприятиями, пациенты выписаны с выздоровлением на $21,1 \pm 9,7$ сутки. Иссечения протеза не потребовалось.

Для изучения качества жизни проведено анкетирование 30 отобранных в случайном порядке пациентов, оперированных по поводу послеоперационных вентральных грыж $2,8 \pm 0,4$ года назад. Оценку качества жизни проводили при помощи опросника SF-36. Результаты анкетирования и расчета показателей отражены на рисунке 1.

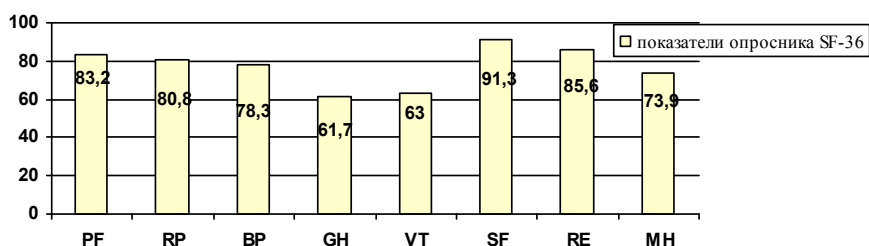


Рисунок 1 — Результаты показателей, оценивающие качество жизни пациентов после хирургического лечения

Выводы

Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж остается актуальной проблемой современной хирургии. Ближайшие результаты применения сетчатых имплантов соответствуют литературным данным и могут быть признанными удовлетворительными. Качество жизни пациентов в послеоперационном периоде после ненатяжной герниопластики по результатам опросника SF-36 характеризуется как «хорошее».

ЛИТЕРАТУРА

1. Подергин, А. В. Неудачи грыжесечений с пластикой полипропиленовой сеткой / А. В. Подергин, В. Л. Хальзов // Вестник герниологии. — 2006. — № 2. — С. 149–152.
2. Цверов, И. А. Хирургическое лечение больных с вентральными грыжами: современное состояние вопроса / И. А. Цверов, А. В. Базаев // Современные технологии в медицине. — 2010. — № 4. — С. 122–127.
3. Михин, И. В. Послеоперационные вентральные грыжи: учеб. пособие / И. В. Михин, Ю. В. Кухтенко. — Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2013. — 80 с.
4. Rath, A. M. Classification of incisional hernias of the abdominal / A. M. Rath, J. P. Chevrel // Hernia. — 2000. — Vol. 4, № 1. — P. 1–7.
5. Snyder, C.W. Patient satisfaction, chronic pain and quality of life after incisional hernia repair: effects of recurrence and repair technique / C. W. Snyder, L. A. Graham, C. C. Vick // Hernia. — 2011. — № 15. — P. 123–129.

УДК 611.9:616.711

ВЛИЯНИЕ КРЮЧКОВИДНЫХ ОТРОСТКОВ НА ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗМЕР ВЕРХНЕЙ ВЫРЕЗКИ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ

Приставка И. В., Денисов С. Д., Маркауцан П. В.

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

В шейном отделе позвоночника межпозвоночные диски не достигают бокового края позвонка. Здесь приподнятые края тел за счет крючковидных отростков (КО) образуют с нижнебоковым краем вышележащего позвонка унковертебральное соединение [1, 2]. Задний край крючковидного отростка образует переднюю стенку межпозвоночного отверстия, в котором располагается спинномозговой нерв (СМН).

Среди дегенеративных процессов, поражающих структуры шейного отдела позвоночника (ШОП), первое место занимают спондилострофия и спондилоартроз. Эти поражения обнаруживаются при рентгенографии шейного отдела у 50 % лиц старше 50 лет и у 75 % — старше 65 лет [2].

Включение защитных механизмов при развитии дегенеративных изменений приводит к формированию патологической биомеханики в ШОП, что приводит к микро- и макроструктурным изменениям позвонков. В результате этого тела позвонков деформируются, костные структуры изменяют свою внутреннюю архитектуру путем ремоделирования костной ткани с формированием остеофитов, сдавливающих рядом расположенные нервно-сосудистые образования и элементы связочного аппарата [1, 3]. Для ШОП, как наиболее подвижного, а следовательно и чаще подверженного дегенеративным заболеваниям, наиболее характерны