

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев, В. С. Сочетанная травма селезенки / В. С. Алексеев, Е. С. Катанов // Вестник Чувашского университета. — 2013. — № 3. — С. 341–346.
2. Blunt Spleen and Liver Trauma / B. G. A. Dalton [et al.] // Journal of Pediatric Intensive Care. — 2015. — № 4 (1). — P. 10–15.
3. Масляков, В. В. Диагностическая ценность основных клинических симптомов при закрытых травмах селезенки / В. В. Масляков, А. В. Авраменко // Политравма. — 2013. — № 2. — С. 52–57.
4. Повреждения печени и селезенки у пострадавших с сочетанной автодорожной травмой / А. В. Базаев [и др.] // МедиАль. — 2014. — № 1. — С. 17–19.
5. Рагимов, Г. С. Выбор хирургической тактики при повреждении селезенки / Г. С. Рагимов // Казанский медицинский журнал. — 2009. — Т. 90, № 6. — С. 831–835.
6. Чикаев, В. Ф. Особенности инфузионно-трансфузионной терапии в комплексном лечении пострадавших с сочетанной травмой / В. Ф. Чикаев, В. А. Вдовин, Ф. Ш. Галяутдинов // Казанский медицинский журнал. — 2015. — Т. 96, № 3. — С. 448–451.
7. Чарышкин, А. Л. Хирургическое лечение больных с травматическими повреждениями селезенки / А. Л. Чарышкин // Ульяновский медико-биологический журнал. — 2015. — № 3. — С. 66–72.

УДК 616.34-007.43-031:611.957-08

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ**

Скрипачева Д. А.

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

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

Введение

На сегодняшний день операция Лихтенштейна является «золотым» стандартом в лечении паховых грыж во всем мире [1]. В то же время показан ряд достоинств методов преперитонеального протезирования [2]. Вопрос о преимуществах того или иного метода операции остается дискуссионным и по сей день.

Цель

Сравнить результаты хирургического лечения паховых грыж методами классической герниопластики по Лихтенштейну и трансабдоминальной преперитонеальной (ТАРП) герниопластики.

Материал и методы исследования

Методом сплошной выборки изучены результаты хирургического лечения 326 пациентов с паховыми грыжами, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении № 1 ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» в период с 01.01.2019 по 31.12.2019 гг.

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 их обсуждение

Среди 326 пациентов было 12 (3,7 %) женщин, 314 (96,3 %) мужчин. Средний возраст пациентов составил $57,7 \pm 12,9$ лет (минимальный возраст — 22 года, максимальный — 85 лет).

В 312 (95,7 %) случаях выявлена первичная грыжа, в 14 — рецидивная (4,3 %).

В 325 (99,7 %) случаях грыжа была свободной, невправимость выявлена лишь в 1 случае.

Правосторонняя локализация грыжи отмечена у 161 (49,4 %) пациента, левосторонняя — у 128 (39,3 %) пациентов, двусторонняя — у 37 (11,3 %).

Косая паховая грыжа при односторонней ее локализации диагностирована в 186 (64,4 %) случаях, прямая — в 103 (35,6 %).

При двухсторонней локализации (37 пациентов) было выявлено косых 9 (24,3 %), 23 (62,2 %) прямых, сочетание косой и прямой — 5 (1,5 %) случаев.

У женщин (12) левосторонняя локализация грыжи отмечена у 3 (25 %) пациенток, правосторонняя — у 8 (66,7 %), двусторонняя паховая грыжа встретилась в 1 (8,3 %) случае. При односторонней локализации косых грыж было 7 (58,3 %), прямых — 5 (41,7 %).

У мужчин (314) правосторонняя локализация грыжи отмечена у 125 (39,8 %) пациентов, левосторонняя — у 153 (48,7 %), двусторонняя — у 36 (11,5 %). При односторонней локализации косых грыж было 179 (64,4 %), прямых — 99 (35,6 %).

В анамнезе средняя длительность грыженосительства до операции составила $22,1 \pm 7,9$ мес (при минимуме 1 месяц и максимуме 60 лет). При этом у 203 (62,3 %) пациентов грыжа в анамнезе была до 1 года, у 52 (15,9 %) — от 1 года до 5 лет; у 71 — более 5 лет (21,8 %).

В качестве предоперационной подготовки проводились стандартные мероприятия. Всем пациентам при выполнении общепринятой премедикации за 30 мин до операции вводилось 2 г цефазолина или цефотаксима внутривенно. Операция по методу Лихтенштейна производилась под спинномозговой анестезией, лапароскопическая — под эндотрахеальным наркозом.

У 142 (43,6 %) пациентов произведена герниопластика по Лихтенштейну, средняя длительность операции составила $53,6 \pm 21,4$ мин (минимальная 20, максимальная 170). ТАРР-герниопластика произведена у 184 (56,4 %) пациентов, средняя длительность операции составила $80,5 \pm 32,4$ мин. При этом в 153 (83,2 %) случаях это было одностороннее вмешательство, в 31 (16,8 %) — двухстороннее. При односторонней ТАРР-герниопластике средняя продолжительность операции составила $76,6 \pm 30,8$ мин, при двухсторонней — $100 \pm 33,6$ мин (минимальная — 20 мин, максимальная — 170 мин). Средняя продолжительность ТАРР-герниопластики достоверно превышает таковую при операции Лихтенштейна ($p = 0,05$).

Совместно с герниопластикой проводились и симультанные операции (13 случаев, 3,9 %): пластика пупочной грыжи по Мейо (7 случаев), по Сапежко (1), «onlay» (2), удаление липомы (1), операция Винкельмана (1), лапароскопическая холецистэктомия (1).

Потребность в ненаркотических анальгетиках (анальгин и кеторолак) после герниопластики по Лихтенштейну была в течение $2,7 \pm 1,3$ дня, после ТАРР-герниопластики — в течение $1,8 \pm 0,8$ дня, что имело достоверное отличие ($p < 0,05$).

Потребность в наркотических анальгетиках (промедол) достоверных отличий не имела ($p > 0,05$).

Среднее пребывание пациентов в отделении после герниопластики по Лихтенштейну составило $5,4 \pm 2,2$ койко-дней, после односторонней ТАРР-герниопластики $4,9 \pm 1,9$ койко-дней, после двусторонней ТАРР-герниопластики — $5,2 \pm 2,1$ койко-дней. Достоверной разницы в продолжительности пребывания после различных видов пластики выявлено не было ($p > 0,05$).

Послеоперационные осложнения встретились у 13 (3,9 %) пациентов. 9 случаев осложнений пришлось на герниопластику по Лихтенштейну (инфильтрат раны — 3, отек мошонки — 3, острая задержка мочи — 1, серома раны — 1, гематома раны — 1), 4 — на ТАРР-герниопластику (отек мошонки — 3, инфильтрат послеоперационной раны — 1).

Частота осложнений после герниопластики по Лихтенштейну составила 6,3 %, после ТАРР-герниопластики — 2,2 %, статистически разница достоверна ($p < 0,05$).

Все осложнения были купированы перевязками и консервативными мероприятиями, пациенты выписаны с выздоровлением на $11,6 \pm 2,6$ сутки. Удаления имплантата не потребовалось. Летальных исходов не было.

Выводы

Таким образом, при герниопластике по Лихтенштейну наблюдалось большее число ранних послеоперационных осложнений. Также отмечена более высокая потребность в ненаркотических анальгетиках. Вместе с тем преимущества лапароскопической операции нивелируются большей продолжительностью вмешательства и необходимостью эндотрахеального наркоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асутаев, Ш. Д. Оценка эффективности паховой герниопластики на основе анализа «затраты-полезность» / Ш. Д. Асутаев, А. Н. Поборский // Сибирский научный медицинский журнал. — 2018 — № 2. — С. 27.
2. Сравнительный анализ оперативного лечения рецидивной паховой грыжи: использование лапароскопической герниопластики и методики Лихтенштейна / М. А. Абдуллаев [и др.] // Вестн. Северо-Западного ГМУ, 2016. — С. 36.

УДК616.379-008.64-06:617.586-008.6

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Федорцова Т. П.

Научный руководитель: к.м.н. С. А. Абрамова

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образовательного
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

Сахарный диабет (СД) — это «пандемия» XXI в., им страдают около 10 млн человек. Он нередко ведет к формированию поздних осложнений, одним из которых является синдром диабетической стопы (СДС). В нашей стране от 90 до 200 тыс. больных СД страдают СДС. Существует несколько форм СДС: ишемическая, нейропатическая, остеоартропатическая и смешанная. Операции по поводу разрешения диабетической гангрены составляют около 40 % от всех ампутаций конечностей. Согласно статистике, после проведенной первой ампутации в течение следующего года риск рецидива гнойно-некротических осложнений составляет в среднем 26,1 % (для нейропатической формы 25,3 %, для ишемической — 26,9 %).

Цель

Проанализировать проводимую консервативную терапию и оценить объем оперативного лечения СДС.

Материал и методы исследования

Статистический анализ историй болезни пациентов, прошедших лечение на базе ОБУЗ «Курская городская клиническая больница № 4». Были изучены 27 историй болезни хирургического отделения за период 2018 г. Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на две группы: 1-я группа (n = 14) — пациенты, которым проводилась только консервативная терапия и 2-я группа (n = 13) — пациенты, которым был показан оперативный метод лечения. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Из таблицы 1 видно, что среди исследуемых пациентов преобладали женщины от 45 до 65 лет (29,6%), причем 18% из них была показана консервативная терапия, а 11,6% — оперативное лечение. Среди мужчин преобладали пациенты в возрасте 66-70 лет (14,8%), из которых 11,1% получали только консервативную терапию, а 3,7% был показан хирургический метод лечения.