

го шва по Холстеду. Второй группе, состоящей из 6 крыс, закрытие первой раны осуществлялось с помощью тканевого адгезива, второй — с помощью комбинации внутрикожного шва по Холстеду и клея (рисунок 1, справа).



Рисунок 1 — Способы закрытия операционных ран

Результаты исследования и их обсуждение

Закрытие простого узлового шва происходит между 7 и 14 сутками; внутрикожного шва по Холстеду (как в комбинации с тканевым адгезивом, так и без него) — на 7 сутки. Закрытие раны при использовании тканевого адгезива происходит на 7 сутки.

В результате визуальной оценки послеоперационной раны на 21 сутки все использованные способы закрытия ран демонстрируют схожий результат. Применение тканевого адгезива показало себя как максимально быстрый и удобный для хирурга способ закрытия раны.

Выводы

Таким образом, сравнение реакции тканей при закрытии первичной асептической раны с использованием различных видов кожных швов, кожного клея и их комбинации в эксперименте показало, что наиболее быстрым и удобным для хирурга является использование тканевых адгезивов, оптимальным с точки зрения скорости заживления раны, возможных осложнений и эстетичности послеоперационного рубца — комбинация внутрикожного шва и тканевого адгезива.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сравнение вариантов закрытия первичных асептических ран на шее / В. А. Кривенчук // Хирургия. Восточная Европа. — 2017. — Т. 6, № 2. — С. 276–285.
2. Swenson, C. Dee Fenner Randomized Trial of 3 Techniques of Perineal Skin Closure During Second-Degree Perineal Laceration Repair / C. Swenson, L. Low, K. Kowalk // Journal of Midwifery & Women's Health. — 2019. — № 2. — P. 1–10.
3. Natural healing-inspired collagen-targeting surgical protein glue for accelerated scarless skin regeneration / Eun Young Jeon [et al.] // Biomaterials. — 2017. — № 4. — P. 142–168/
4. Glue versus Staples versus Sutures in Elective Wound Closures: A 3 years Comparative Study / T. G. Chitrabalam [et al.] // International Journal of Scientific Study. — 2016. — Vol 4, Is. 8. — P. 53–56.

УДК 616-007.43/47-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ

Левковский В. С.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

За 2017 г. в Республике Беларусь проведено 25452 плановых и экстренных операций по поводу грыж, и 7,7 % из них являлись ущемленными [1]. Актуальность пробле-

мы лечения ущемленных грыж передней брюшной стенки заключается в опасности возможных осложнений, а также в увеличении числа экстренных операций, которые выполняются спустя более 24 ч от момента ущемления [1, 2].

Встречаемость первичных и послеоперационных грыж в человеческой популяции в целом не имеет тенденции к уменьшению и до сих пор находится среди женщин на уровне 2,5 %, среди мужчин — 6–7 %, а у лиц пожилого возраста возрастает до 15–17 % [2].

Цель

Оценить ближайшие результаты хирургического лечения ущемленных грыж передней брюшной стенки.

Материал и методы исследования

Методом сплошной выборки проведен ретроспективный анализ 40 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении № 1 Гомельской городской клинической больницы № 3 в период 01.01.2017 – 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 пациентов было 17 (42,5 %) женщин и 23 (57,5 %) мужчины. Средний возраст составил $63 \pm 16,4$ лет. Ущемленных паховых грыж было 12 (30 %), пупочных и бедренных по 7 (17,5 %), белой линии живота — 4 (10 %), послеоперационных ventральных — 10 (25 %). Первичные грыжи диагностированы у 38 (95 %) пациентов, рецидивные — у 2 (5 %). Анамнез ущемления в среднем составил $26,7 \pm 12,1$ ч, анамнез грыженосительства — $28,7 \pm 14,9$ месяцев.

В стационар в первые 6 ч от начала заболевания поступили 13 (32,5 %) пациентов, от 6 до 12 ч. — 8 (20 %) пациентов, от 12 до 24 ч — 2 (5 %) пациента, более 24 ч — 17 (42,5 %) пациентов.

Сопутствующая соматическая патология встретилась у 34 (85 %) пациентов. Это были артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, облитерирующие заболевания периферических сосудов, аритмии, ожирение, сахарный диабет, хроническая болезнь почек.

Средний уровень лейкоцитов в общем анализе крови составил $9,9 \pm 2,8 \times 10^9$ /л.

У 4 (10 %) пациентов произошло самопроизвольное разущемление грыж (по одному случаю паховой, пупочной, ventральной и грыжи белой линии живота). Это были возрастные пациенты с выраженной сопутствующей патологией, в связи с чем от плановой операции было решено воздержаться. После периода динамического наблюдения указанные пациенты были выписаны.

Экстренное оперативное лечение проведено 36 (90 %) пациентам. В 32 (80 %) случаях диагностировано ущемление петли тонкой кишки. После устранения ущемления, согревания петли, введения новокаина в брыжейку во всех случаях петля кишки была признана жизнеспособной, резекция не потребовалась. У 3 (7,5 %) пациентов была ущемлена прядь сальника, в одном случае с ее некрозом, в связи с чем произведена резекция сальника. Еще у 1 (2,5 %) пациента с грыжей белой линии живота выявлено ущемление предбрюшинной липомы.

Произведены следующие виды пластики грыжевых ворот: по Лихтенштейну (4 случая), по Постемпски (6), по Жирану-Спасокукоцкому со швом Кимбаровского (1), по Мейо (5), по Сапежко (4 %), по Бассини (7 %), аллопластика onlay (2), аллопластика sublay (1), местными тканями (6).

Средняя продолжительность операции составила $64,3 \pm 27,1$ мин, среднее пребывание пациентов в отделении — $6,7 \pm 3,7$ койко-дней.

Послеоперационных осложнений выявлено не было, все пациенты выписаны с выздоровлением.

Выводы

Таким образом, проблема ущемленных грыж остается актуальной в современных условиях. Средний уровень лейкоцитов в периферической крови неспецифичен и составляет $9,9 \pm 2,8 \times 10^9/\text{л}$. В подавляющем большинстве случаев (80 %) ущемленной оказывается петля тонкой кишки, что требует принятия экстренных мер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2017 г. — Минск : ГУ РНМБ, 2018. — 274 с.
2. Райляну, Р. И. Концепция наружных брюшных грыж как формы соединительнотканной дисплазии для поиска эффективных способов хирургического лечения / Р. И. Райляну, Г. И. Подолынский // Исследования и практика в медицине. — 2019. — № 6(4). — С. 138–150.

УДК 616.33/342-02.45(476.2)

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ В УЧРЕЖДЕНИИ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» ЗА 2017–2018 ГГ.

Мироненко Е. С.

Научный руководитель: ассистент В. В. Лин

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

Введение

Острая и хроническая или неуточненная язва желудка с прободением (К25.1, К25.5) или язва двенадцатиперстной кишки (ДПК) с прободением (К25.5, К26.5), которые будут рассмотрены в данной статье — острое хирургическое заболевание, возникающее в результате сквозного разрушения стенки желудка или ДПК в зоне язвы.

Прободная язва (ПЯ) развивается у 2–10 % больных язвенной болезнью (ЯБ). На протяжении последних 20 лет заболеваемость прободной язвой колебалась от 11,7 до 25,9 на 100 тыс. населения. Такая ситуация сохраняется на фоне возросшей эффективности противоязвенной терапии 4 при хроническом течении заболевания. В Европе заболеваемость ПЯ за последний 10-летний период снизилась с 9,7 до 5,6 на 100 тыс. населения [2].

Факторы риска развития прободной язвы многообразны, но не всегда имеют доказательную базу.

Характерными клиническими признаками прободной язвы является: острое начало заболевания с «кинжальной» болью в животе; «доскообразное» напряжение мышц живота, боль при пальпации живота, предшествующий язвенный анамнез [1].

Цель

Проанализировать истории болезни пациентов и выявить встречаемость прободной язвы желудка и 12-перстной кишки, виды хирургического вмешательства, используемые при ее лечении.

Материал и методы исследования

Материалами исследований явились литературные источники и данные историй болезни учреждения «Гомельская областная клиническая больница».

Выборка включала всех пациентов, прооперированных по поводу прободной язвы в хирургическом отделении № 1 УГОКБ за 2017–2018 гг., их количество составило 37.

Данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного интервала (25;75). Сравнение двух независимых групп по количественным признакам проводили