

с колостомой, что существенно повышало риск гнойных осложнений со стороны ран.

**Выводы:**

1. Реконструктивно-восстановительные операции после обструктивных резекций сопряжены с определенными техническими трудностями и высоким риском послеоперационных осложнений.

2. При выполнении реконструктивных операций после обструктивных резекций ободочной кишки при наличии технической возможности и отсутствии противопоказаний параректальный доступ с одновременным иссечением колостомы и формированием термино-латерального анастомоза послойным непрерывным инвертированным швом позволяет снизить риск послеоперационных осложнений, сократить продолжительность операции на этапе ушивания раны.

## **РОЛЬ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ РЕЦИДИВА ПАХОВОЙ ГРЫЖИ**

*Володькин В.В.<sup>1</sup>, Харкевич Н.Г.<sup>2</sup>*

УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»<sup>1</sup>

УО «Витебский государственный медицинский университет»<sup>2</sup>

Витебск, Беларусь

**Актуальность.** О причинах рецидива при паховых грыжах написано немало статей. Одни хирурги видят причину рецидива в тактических и технических ошибках оперирующих хирургов, к которым относят: необоснованные способы операций, травматизация п. inguinalis и другие дефекты хирургической техники; анатомические особенности строения паховой области (высокий паховый промежуток); пожилой возраст пациентов; гипоплазия соединительной ткани.

Процент рецидива грыжи при стандартном подходе оперирования достигает 10%, а у пациентов с рецидивными грыжами этот результат ещё хуже и доходит до 35%. Неудовлетворительные результаты лечения побуждают исследователей искать причины и возможные пути решения этой проблемы.

**Цель.** Исследовать фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у пациентов-грыженосителей.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 39 пациентов с паховыми грыжами, средний возраст которых составил 56,3 года

(M 12,6). До настоящего времени диагностика недифференцированной дисплазии соединительной ткани представляет трудную задачу. Поэтому основным способом является выявление фенотипических маркёров дисплазии соединительной ткани. К ним относятся различные локомоторные проявления, характеризующие состояние скелета, мышц, кожи и других органов. Диагностику различных проявлений ДСТ осуществляли на основании общепринятого обследования. Оценивалось состояние костных структур грудной клетки, верхних и нижних конечностей, мышц передней брюшной стенки и кожных покровов. Деформацию грудной клетки (воронкообразная, килевидная) определяли визуально. Патологию позвоночника (сколиоз, «прямая спина», гиперкифоз, гиперлордоз) диагностировали клинически и с помощью пробы с отвесом. Долихостеномелию выявляли при измерении «кисть/рост» в норме менее 11%, «стопа/рост» в норме менее 15%, разность «размах рук-рост» менее 7,6 см. Для диагностики арахнодактилии использовались «тест большого пальца» и «тест запястья». При первом тесте положительным результатом считается, если большой палец легко укладывается поперёк ладони и в этом положении выступает за её ульнарный край. При втором тесте положительный результат считался в случае, если пациент легко охватывает запястье мизинцем и большим пальцем. Локтевые и коленные суставы оценивали путём выявления их гипермобильности, которая устанавливалась в случаях возможности переразгибания суставов более чем на 10 градусов. Деформацию нижних конечностей и наличие продольного или поперечного плоскостопия выявляли визуально. Состояние кожи оценивали как «тонкая кожа» при наличии видимого сосудистого рисунка, как «вялая» – снижение её упругости и эластичности, и как «растяжимая», если безболезненно оттягивалась на 2–3 см в области тыла кисти.

**Результаты и обсуждение.** Считается, что у здоровых лиц количество выявляемых маркёров варьирует от 0 до 4, а при наличии более 4 фенотипических признаков можно говорить о синдроме дисплазии соединительной ткани у обследуемого пациента.

При подсчете фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани у пациентов с паховыми грыжами была выявлена закономерность. Наибольшее количество фенотипических признаков было у пациентов с пахово-мошоночными грыжами, у таких пациентов среднее количество признаков 7 (M +1,7). На втором месте были пациенты с прямыми и рецидивными паховыми грыжами 6 (M+1,6) и 5,8 (M+1,6) признака, соответственно. На третьем месте были пациенты с косыми паховыми грыжами, среднее количество фенотипических признаков составило 4,7 (M+1,7).

### **Заключение**

1. Полученные данные свидетельствуют о наличии признаков дис-

плазии соединительной ткани у лиц, имеющих паховые грыжи.

2. Наиболее выражены эти изменения у пациентов с пахово-мошоночными грыжами и у пациентов с прямыми паховыми грыжами.

Для профилактики рецидива грыжи у пациентов с количеством признаков дисплазии соединительной ткани более 5 целесообразно выполнять ненатяжную пластику пахового канала.

## СИНДРОМ МИРИЗЗИ (ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА)

*Батвинков Н.И.<sup>1</sup>, Васильчук Л.Ф.<sup>2</sup>, Шило Р.С.<sup>1</sup>, Давыдов Ю.В.<sup>1</sup>, Сыч Т.Ю.<sup>1</sup>*  
УО «Гродненский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>  
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»<sup>2</sup>  
Гродно, Беларусь

Впервые указанный синдром описан в 1948 году аргентинским хирургом Pablo Luis Mirizzi. Заболевание объяснялось спазмом и воспалительными изменениями стенок общего печеночного протока в ответ на вколоченный конкремент в области шейки желчного пузыря. В 1982 году Mc Sherry выделил второй тип синдрома, при котором наблюдается образование пузырно-гепатикохоледохеального свища. A. Gsendes et al (1989) уточнил классификацию синдрома Мириizzi, согласно которой имеется четыре его типа в зависимости от степени разрушения стенки гепатикохоледоха. Классификация В.С. Савельева и В.И. Ревякина (2003) наиболее полно отражает анатомические и клинические варианты указанного заболевания. Распространенность этого серьезного осложнения желчно-каменной болезни варьирует от 0,2 до 2,7%. Отсутствие характерной симптоматики вызывает затруднение при постановке диагноза, поэтому синдром Мириizzi чаще всего диагностируют во время операции.

**Материалы и методы.** Анализируемый материал обобщает опыт лечения 18 пациентов с синдромом Мириizzi. Во всех случаях заболевание было верифицировано во время оперативного вмешательства. Женщин было 16, мужчин – 2. Возраст пациентов варьировал от 35 до 79 лет. В большинстве случаев (11) отмечалась желтуха с признаками острого холангита. Тяжелые сопутствующие заболевания имели место у 8 пациентов. Среди методов дооперационного исследования применялись: УЗИ, ЭРХПГ, МРТ. В последние годы используются также рентгенохирургические методы диагностики и лечения.