

Однако и при применении его в послеоперационном периоде отмечаются такие осложнения как несостоятельность швов (4,1%), возникновение абсцессов и инфильтратов брюшной полости.

Послеоперационная летальность составила 2,1%.

Список литературы

1. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему выбора метода оперативного лечения / П. В. Гарелик, О. И. Дубровщик, И. С. Довнар, И. Т. Цилиндз // Новости хирургии. – 2014. – Т. 22, № 3. – С. 321-325.

2. Гринев, М. В. Конференция "Состояние экстренной хирургической помощи в Санкт-Петербурге" / М. В. Гринев, Ю. В. Плотников // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2012. – Т. 171, № 3. – С. 102-105.

3. Гостищев, В. К. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев, Р. А. Головин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2009. – № 3. – С. 10-16.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Шило Р.С.¹, Карпович В.Е.², Юсафзай Н.А.¹, Болдак Е.А.¹

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Гродненская университетская клиника,
Республика Беларусь, г. Гродно

Актуальность. Более 20% всех операций, осуществляемых в общехирургических стационарах, связаны с пластикой грыж передней брюшной стенки. Пластика паховой грыжи является наиболее распространенным видом вмешательств в абдоминальной хирургии по всему миру [1].

Укрепление задней стенки пахового канала в лечении паховой грыжи стало бесспорным стандартом среди хирургов и считается необходимым элементом в современной герниологии.

Метод герниопластики Лихтенштейна, впервые описанный в 1989 году, является широко признанным стандартом в хирургическом лечении паховых грыж благодаря высокой эффективности и низкой частоте рецидивов. Однако хронический болевой синдром остается значимым осложнением данной методики. Согласно данным S. Alfieri et al. (2011) послеоперационная боль различной интенсивности отмечается у значительной части пациентов, достигая 63%, при этом выраженный болевой синдром, существенно снижающий качество жизни, встречается в 0,5-6% случаев [2].

Несмотря на статус «золотого стандарта», одним из недостатков операции

Лихтенштейна является отсутствие достаточной защиты семенного канатика, который контактирует с имплантируемой сеткой. Это может приводить к формированию грубых рубцовых изменений, ухудшению кровоснабжения тканей яичка и потенциальным нарушениям половой функции [3].

Цель. Анализ клинических результатов применения комбинированной пластики в хирургическом лечении паховых грыж.

Методы исследования. В УЗ «Гродненская университетская клиника» была внедрена методика хирургического лечения паховой грыжи, сочетающая использование полипропиленовой сетки и укрепление задней стенки пахового канала за счёт апоневроза наружной косой мышцы живота. Эту операцию провели у 23 пациентов с первичными паховыми грыжами. Все оперированные – мужчины в возрасте от 31 до 69 лет, у 17 из них диагностировали канальную форму грыжи, а у 6 – пахово-мошоночную. Вмешательства выполнялись в плановом порядке, после одобрения локальным этическим комитетом и получения информированного согласия пациентов.

В ходе операции использовали полипропиленовую сетку размером 6×13 см, которую размещали под апоневроз наружной косой мышцы живота. Верхний слой апоневроза рассекали параллельно, начиная от точки, расположенной в 1 см латеральнее проекции лонного бугорка, и до точки, находящейся в 1 см латеральнее наружного края глубокого пахового кольца, создавая таким образом полосу ткани на двух ножках. Нижний край полученной полосы вместе с нижним краем сетчатого импланта фиксировали к паховой связке обвивным швом. Верхнюю часть полосы закрепляли аналогичным способом, пришивая к сетке и внутренней косой мышце живота. В результате этих действий формировалась прочная задняя стенка пахового канала, усиленная сетчатым материалом, при этом семенной канатик не контактировал непосредственно с сеткой, что минимизировало риск специфических осложнений.

Дополнительно верхний и нижний края апоневротического лоскута сшивали между собой встык, двигаясь в сторону лобкового бугорка, что позволило сформировать поверхностное паховое кольцо.

Результаты и их обсуждение. Продолжительность оперативного вмешательства составила 75 минут. Отеков, сером и гематом в области раны выявлено не было. Яичко на стороне грыжи с первых суток сохраняло нормальные размеры, при пальпации оставалось безболезненным.

При опросе пациентов перед выпиской специфических жалоб (чувство дискомфорта в паху, покалывание, ощущение инородного тела в паху при ходьбе, физической нагрузке, в покое и при максимальном сгибании в тазобедренном суставе) зафиксировано не было.

Во время перевязок у всех пациентов операционная рана заживала первичным натяжением, гематом и инфекционных осложнений не отмечалось. Смещения сетчатого трансплантата в раннем послеоперационном периоде не наблюдалось. На шестые сутки пациенты были выписаны на амбулаторное лечение.

Выводы.

1. Комбинированная пластика задней стенки пахового канала у пациентов с паховыми грыжами продемонстрировала отсутствие ранних послеоперационных осложнений.

2. Данный метод операции сохраняет все преимущества сетчатой пластики пахового канала, при этом минимизирует негативное воздействие эндопротеза на семенной канатик.

3. Отсутствие специфических жалоб у пациентов, включая дискомфорт, покалывание или ощущение инородного тела, указывает на удовлетворительные функциональные результаты операции и потенциально более низкий риск рубцовых изменений, ухудшения кровоснабжения тканей яичка и потенциальных нарушений половой функции пациентов.

Список литературы

1. Безводицкая, А. А. ТЭП-методика лечения паховых грыж / А. А. Безводицкая, И. Д. Семенчук, А. Н. Нехаев // Хирургия Беларуси на современном этапе : материалы XVI съезда хирургов Респ. Беларусь и Респ. науч.-практ. конф. «Хирургия Беларуси на современном этапе» (Гродно, 1-2 ноября 2018 года) : в 2-х ч. / под ред. Г. Г. Кондратенко. – Гродно, 2018. – Ч. 1. – С. 101-103.

2. Профилактика послеоперационного хронического болевого синдрома после герниопластики по Лихтенштейну / А. В. Юрий, Д. С. Тевс, Н. Р. Коптеев [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2023. – Т. 182, № 5. – С. 29-35. – doi: 10.24884/0042-4625-2023-182-5-29-35.

3. Сахабетдинов, Б. А. Сравнительный анализ герниопластики по Лихтенштейну и «Plug and Patch» при прямых паховых грыжах / Б. А. Сахабетдинов // Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. – 2023. – Т. 13, № 2. – С. 241-241.

СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС (СП) У ДЕТЕЙ. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ

**Шмаков А.П.¹, Зуев Н.Н.¹, Седлавский А.П.¹, Осочук А.С.¹, Кузьменко Т.В.¹,
Питкевич А.Э.², Литвяков М.А.², Подолинский Ю.С.², Сайковская О.Н.²,
Старикович Т.Е.²**

¹Витебский государственный медицинский университет

²Витебский областной детский клинический центр («ВОДКЦ»)
Республика Беларусь, г. Витебск

Актуальность. Значительный рост в последние десятилетия СП у детей требует привлечения к нему внимания педиатров и проведения анализа ошибок оказания помощи. Операции при СП в неотложной торакальной хирургии составляют около 50% [1, 2, 3].