

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Яцкевич А. В.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: Оганесян А. А.

Актуальность. Диафрагмальная грыжа – патологическое состояние, при котором органы из брюшной полости проникают в грудную через дефект диафрагмы и иногда приводящее к угрожающим жизни осложнениям в результате некроза ущемленного органа и следующего за ним гнойно-воспалительного процесса. Причина поздней и ошибочной диагностики заключается в многообразии симптомов, возникающих при осложнённой диафрагмальной грыже (ОДГ).

Цель. Анализ случаев и уточнение тактики хирургического лечения пациентов с ОДГ.

Методы исследования. Пластика диафрагмы по поводу ОДГ выполнена в УЗ «Гродненская университетская клиника» осенью 2024 г. 3 пациентам. Пациентка М. 41 г. поступила с жалобами на боль вверху живота, тошноту, рвоту. КТ: дефект в задних отделах диафрагмы слева до 42 мм, через который пролабируют растянутый желудок, селезенка, петли кишечника. ФГДС: пищевод для аппарата не проходим. Диагноз: травматическая грыжа левого купола диафрагмы с ущемлением.

Пациент Р. 59 л. госпитализирован в ОАР с жалобами на боль в грудной клетке, кашель, одышку в покое. R-ОГК: компрессионный ателектаз правого легкого. МРТ: через дефект 56x26 мм правого купола диафрагмы в грудную клетку выходят сальник и петли тонкой кишки. Диагноз: травматическая грыжа правого купола диафрагмы, осложненная компрессионным ателектазом правого легкого.

Пациент Б. 65 л. поступил с жалобами на боль за грудиной и в эпигастрии, изжогу, отрыжку воздухом, рвоту. КТ: дислокация желудка, раздутых петель тонкой и поперечно-ободочной кишок с уровнями жидкости. Диагноз: фиксированная параэзофагеальная хиатальная грыжа, тип 4, ст.3.

Результаты и их обсуждение. Пациентке М. выполнена торакотомия в 7 межреберье слева. В плевральной полости раздутый, с цианотичными пятнами желудок, левый фланг ободочной кишки, селезенка, сальник. Попытки декомпрессии желудка безрезультатны. Торакофренолапаротомия: после рассечения переднего ската купола диафрагмы до грыжевых ворот освобождены

дислоцированные органы. Желудок признан жизнеспособным. Дефект диафрагмы около 7 см. Пластика купола диафрагмы с созданием дупликатуры.

Пациенту Р. выполнена торакотомия по 8 межреберью с переходом ниже реберной дуги, вскрыта плевральная полость. В передне-латеральном отделе правого купола диафрагмы имеется дефект 6 см с выходом в плевральную полость петель тонкой кишки и сальника – содержимое вправлено в брюшную полость. Дефект диафрагмы ушит с наложением дупликатуры.

Пациенту Б. выполнена лапароскопия, при ревизии: расширение хиатального окна до 14 см. Грыжа фиксирована, содержимое: желудок, сальник, раздутые петли тонкой и поперечно-ободочной кишок. Поэтапная мобилизация и низведение органов в брюшную полость. Выполнена передняя крурорафия с укреплением линии шва сетчатым трансплантатом 4*7см.

Пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы.

1. При выявлении травматической диафрагмальной грыжи с ущемлением органов брюшной полости рекомендуется торакофренолапаротомия, оценка жизнеспособности ущемленных органов и пластика диафрагмы.

2. Минимально инвазивный доступ не является приоритетным при диафрагмальных грыжах, требующих экстренного хирургического вмешательства, однако может быть использован при достаточной квалификации операционной бригады.

ЛИТЕРАТУРА

1. Coco, D. Giant hiatal hernia/ D.Coco, S.Leanza // Pan Afr Med J.- 2020 Sep 24 – 37:86

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДАМИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ С МОДЕЛИРОВАННОЙ ИНТЕНСИВНОСТЬЮ ПОД ВИЗУАЛЬНЫМ КОНТРОЛЕМ

Яцук И. В.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд. мед. наук Лещук Т. Ю.

Актуальность. Рак предстательной железы (РПЖ) является одной из самых распространенных онкологических заболеваний у мужского населения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), количество новых случаев РПЖ за 2022 год составило 1,5 млн (7,3% от общего количества случаев