

пациентов с СРК изучалось наполнение петель тонкой и толстой кишки пероральным контрастным агентом, предполагая, что у них могут чаще встречаться спазмы и нарушение перистальтики. При стандартной подготовке (1 час) у 56,7% пациентов наблюдалось заполнение всех отделов тонкой и толстой кишки независимо от диагноза. В 10,6% случаев толстая кишка была резецирована, что делало невозможной оценку ее заполнения. В 45,8% случаев сигмовидная и ободочная кишка оставались незаполненными, контрастный препарат заполнял лишь тонкую кишку, слепую и начальные отделы восходящей ободочной кишки. Отсутствие наполнения терминального отдела подвздошной кишки на фоне заполненных отделов толстой кишки расценивалось как признак снижения перистальтики. Снижение перистальтики в терминальном отделе подвздошной кишки на фоне спазма было выявлено у 66,7% пациентов, из них у 25,8% пациентов был СРК.

Выводы. СРК остается распространенным функциональным заболеванием, значительно снижающим качество жизни пациентов. Диагностика СРК основывается на применении современных международных критериев. Рентгенография остается эффективным, доступным и быстрым методом для первичной диагностики, оценки динамики и контроля лечения. Наиболее частым вариантом течения в исследуемой группе был СРК с преобладанием СРК без диареи, что определяет особенности терапевтической тактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Милевски, И. Синдром раздраженного кишечника (СРК) – причины, признаки, лечение / И. Милевски. – URL: https://meduniver.com/Medical/Xirurgia/sindrom_razdragennogo_kishechnika.html/ (дата обращения: 03.12.2025).
2. Синдром раздраженного кишечника. – URL: <https://www.hadassah.moscow/gastroenterologia-gepatologia/sindrom-razdrzhennogo-kishechnika/> (дата обращения: 03.11.2025).

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ МЕТОДА ПАХОВОГО ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ

Смотрин С. М., Колоцей В. Н., Новицкая Э. Д.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В настоящее время применение эндопротезов для пластики грыжевых ворот считается «золотым стандартом» хирургического лечения наружных грыж живота. Так в Российской Федерации применение сетчатых имплантов при открытом методе лечения паховых грыж составила

66,58% [1]. Исследования И.А.Чекмарева с соавт. показали, что эндопротезы любого типа вызывают длительную персистирующую гранулематозную реакцию в зоне имплантации спустя 19 лет, что сопровождается избыточным образованием фиброзной ткани и травматизацией мягких тканей [2]. При паховом грыжесечении у мужчин с применением сетчатых имплантов в фиброзный процесс вовлекаются и элементы семенного канатик, что отрицательно влияет на функцию половой железы [3].

Цель – разработать метод выбора метода паховой герниопластика на основе метрической оценки мышечно-апоневротических структур пахового канала.

Методы исследования. Объектом исследования были 120 пациентов мужского пола с паховыми грыжами. Интраоперационная морфометрия проведена: 47 пациентам с паховыми грыжами II типа. Из них пациентов молодого возраста было 15 (31,9%), среднего возраста – 17 (36,2%), пожилого возраста – 15 (31,9%); 45 пациентам с грыжами IIIа типа. Пациентов молодого возраста было 15 (33,3%), среднего возраста – 15 (33,3%), пожилого возраста – 15 (33,3%) и 28 пациентам с паховыми грыжами IIIб типа. Из них пациентов молодого возраста было 9 (32,1%), среднего возраста – 10 (35,8%), пожилого возраста – 9 (32,1%). В работе использована Международная классификация паховых грыж по L. Nyhus и возрастная классификация населения ВОЗ. Метрическая оценка мышечно-апоневротических структур пахового канала проводилась с применением специальных линеек. Измеряли высоту пахового промежутка (ПП) и совокупную толщину мышц, образующих верхнюю стенку пахового канала (СТМ). Статистический анализ результатов исследования проводился в соответствии с требованиями, предъявляемыми в области медицины. Анализ полученных результатов выполнялся с помощью программ Statistica 10 (SN AXAR207F394425FA-Q) и R.Studio 1.1.461.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у лиц пожилого возраста имеет место увеличение высоты ПП и наблюдается уменьшение СТМ верхней стенки ПК по сравнению с аналогичными показателями у пациентов молодого и среднего возраста. Парные сравнения показателя высоты ПП между разными возрастными группами показали, что имеют место статистически значимые различия в данном показателе между пациентами пожилого и молодого возраста ($p=0,0034$), а также пожилого и среднего возраста ($p=0,039$). Парные сравнения показателя СТМ выявили статистически значимые различия между пациентами молодого и пожилого возраста, а также между пациентами пожилого и среднего возраста ($p<0,001$). При IIIа типе грыж у лиц пожилого возраста имело место увеличение высоты ПП и наблюдается уменьшение СТМ верхней стенки ПК по сравнению с пациентами молодого и среднего возраста. Выявлены различия в высоте ПП между пациентами молодого и пожилого возраста носят существенное различие ($p<0,005$). Парное сравнение СТМ верхней стенки ПК установило статистически значимые различия в данном показателе между пациентами среднего и пожилого возраста ($p<0,005$), а также между пациентами молодого и пожилого возраста ($p<0,001$). При IIIб типе грыж парное сравнение

показателя СТМ у пациентов молодого и пожилого возраста, среднего и пожилого возраста выявило существенные различия данного показателя в указанных группах в сторону его уменьшения у лиц пожилого возраста ($p < 0,05$). Наряду с этим установлены существенные различия в высоте ПП между пациентами молодого и пожилого ($p < 0,005$), среднего и пожилого ($p < 0,005$) возраста при Шб типе грыж. Полученные результаты морфометрического исследования топографо-анатомических параметров пахового канала легли в основу разработки коэффициента выбора метода натяжной или атензионной паховой герниопластики «К», который рассчитывается по формуле: $K = h : m$, где h – высота пахового промежутка (мм); m – совокупная толщина мышц верхней стенки пахового канала (мм). Для определения порога коэффициента выбора «К» было построено уравнение логистической регрессии с бинарным откликом и пробит-функцией связи. Уравнение составлено на основании данных наблюдений за выборкой из 68 пациентов, к которым применялись натяжные методы герниопластики. Среди них 21 пациент молодого возраста, среднего возраста – 23, пожилого возраста – 24. Для построения математической модели коэффициента выбора метода герниопластики были изучены отдаленные результаты лечения грыж на предмет наличия рецидива заболевания. Была построена ROC-кривая модели и зависимость точности классификации от порога отсечения. Площадь под ROC-кривой составила 0,975, что свидетельствовало о хорошей предсказательной способности построенной модели. В качестве порога отсечения была выбрана вероятность $p_0 = 0,3798$. При данном пороге отсечения чувствительность составила $Se = 89,47\%$, специфичность $Sp = 93,88\%$, точность $Acc = 92,65\%$, а решение уравнения $p_0 = -9,463 \cdot (\text{Intercept}) + 1,895 \cdot K_0$ дало нам следующее значение порога отсечения коэффициента выбора: $K_0 = 4,83$. Таким образом, если коэффициент выбора для конкретного испытуемого больше чем $K_0 = 4,83$, пациенту рекомендуются атензионные методы герниопластики, если же значение «К» менее указанного числа, то пациенту рекомендуются натяжные методы герниопластики.

Выводы. Разработан новый метод выбора натяжной или атензионной паховой герниопластики, основанный на расчете коэффициента выбора по результатам морфометрии ПП с определением его высоты (h) и СТМ верхней стенки пахового канала (m), который рассчитывается по формуле: $K = h : m$. При $K > 4,83$ рекомендуется выбирать атензионные методы герниопластики, при $K < 4,83$ – натяжные методы герниопластики. применение метода позволит рационально использовать сетчатые эндопротезы и высокотехнологичное эндоскопическое оборудование.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Биомеханические свойства легких синтетических материалов для герниопластики (экспериментальное исследование) / Б. С. Суковатых, А. А. Нетяга, Ю. Ю. Блинков и [др.] // Вестник экспериментальной хирургии. – 2018. – Т. 11, № 3. – С. 154-160.
2. Структурно-функциональные аспекты тканевой реакции на имплантированный эндопротез у пациентов с рецидивами грыж брюшной стенки на отдаленных сроках /

А. И. Чекмарева, Б. Ш. Гогия, О. В. Паклина, Р. Р. Аляутдинов // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2025. – № 4. – С. 39-45. doi: 10.17116/hirurgia 202504139

3. Смотрин, С. М. Паховые грыжи у пациентов пожилого возраста. Новый метод атензионной герниопластики / С. М. Смотрин, С. А. Жук, В. С. Новицкая // Журн. Гродн. гос. мед. ун-та. – 2021. – Т. 19, № 3. – С. 280-284. – doi: 10.25298/2221-8785-2021-19-3-280-284

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КУРСА КРИОТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА

Соловьёв А. В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Криотерапия представляет собой метод кратковременного воздействия экстремально низких температур для охлаждения тканей в терапевтических целях, который был предложен японским учёным J. Jimauchi в середине 70-х годов прошлого века. Общая воздушная криотерапия заключается в полном или частичном погружении тела, исследуемого в специализированную камеру, в которой он в течение 2-3 минут подвергается действию воздуха при температуре от -110°C до -180°C . Использование данного метода приводит к снижению температуры тела без достижения экстремальных значений и повреждения здоровых тканей с сохранением адекватной терморегуляции [1].

Данный вид кратковременного низкотемпературного воздействия активно применяется в комплексном лечении заболеваний в практическом здравоохранении и реабилитации, так как оказывает общеукрепляющее и иммуностимулирующее воздействие, повышает сопротивляемость к инфекциям, улучшает кровообращение и обменные процессы [2].

Цель – оценить эффект кратковременного общего охлаждения на функциональное состояние организма у лиц мужского пола в возрасте от 20 до 23 лет с нормальной массой тела.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 23 молодых добровольца в возрасте от 20 до 23 лет с нормальной массой тела.

Исследование включало три этапа: определение показателей функционального состояния перед началом процедуры, после 10 дневного курса криотерапии и спустя 15 суток после заключительного сеанса.

Низкотемпературное воздействие осуществлялось при помощи криокамеры «Криомед 20/150-01» в следующем режиме: при первом сеансе температура среды имела значение -90°C в течение 30 секунд, с последующим её снижением на -5°C ежедневно до -120°C и увеличением времени до