ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ СРЕДИННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Круглая Д.В., Лисай А.В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель – аспирант Дудинский А.Н.*

Актуальность. Грыжи передней брюшной стенки – одно из самых распространённых хирургических заболеваний. Ежегодно в мире выполняется более 20 млн грыжесечений. По распространённости грыжи передней брюшной стенки занимают вторую позицию, уступая только паховым грыжам, и составляют около 20% от всех грыж [1].

Цель: провести ретроспективный анализ результатов лечения пациентов с грыжами передней брюшной стенки.

Материал и методы. Изучены результаты оперативного лечения 106 пациентов с грыжами передней брюшной стенки за 2013-2015 годы, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «4ГКБ»г. Гродно. Из исследования были исключены лица, имевшие грыжи белой линии живота и пупочные грыжи малых размеров (W1 по SWR-классификации J. Chevrelan A. Rath) с размерами грыжевого дефекта до 2см, так как данной категории пациентов, в условиях нашего стационара, почти в 100% случаев выполняется пластика местными тканями.

Результаты. Мужчин было 31(29%), женщин 75(71%). Пациентов с послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ) было 65(61%), с грыжами белой линии живота – 23(22%), с пупочными грыжами – 18(17%). Оперативных вмешательств с применением сетчатого трансплантата было выполнено 63(59%), с пластикой собственными тканями – 43(41%). Размеры грыжевого дефекта были следующие: W1(до 5см) – 26(24.5%), W2(от 5 до 10см) – 50(47%), W3(от 10 до 15см) – 22(21%), W4(более 15см) – 8(7.5%).

При ПОВГ сетчатый трансплантат использовался в 48(76%) случаях, пластика собственными тканями – 17(26%). При пупочных грыжах пластика с сетчатым трансплантатом выполнена у 6 (33%) пациентов, без использования сетчатого экспланта – 12(67%). Грыжи белой линии живота оперированы с сетчатым эксплантом в 9(39%) случаях, без сетчатого трансплантата – 14(61%).

Выводы:

1. Грыжи брюшной стенки срединной локализации чаще встречаются у женщин в связи с морфофункциональными особенностями передней брюшной стенки.
2. В лечении срединных грыж в большинстве случаев необходимо применение полипропиленовой хирургической сетки.
3. Показания к установке сетчатого экспланта чаще выставляются про ПОВГ в связи со слабостью стенок грыжевого дефекта.

Литература

1. Титансодежащие сетчатые эндопротезы как перспективная группа имплантов для пластики брюшной стенки / А.А. Казанцев [и др.] // Хирургия. – 2016. – № 4. – С. 86 – 95.

1. Жебровский, В.В. Хирургия грыж живота / В.В. Жебровский – Москва, 2005. – 368с.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Крючков С.А., Корнелюк Д.С.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель – к.м.н., доцент Колоцей В.Н.*

Актуальность. Желчнокаменная кишечная непроходимость возникает вследствие холелитиаза, осложненного образованием внутреннего билиодигестивного свища.

Целью работы является изучение этиопатогенеза, особенностей диагностики и результатов лечения желчнокаменной кишечной непроходимости.

Материал и методы. Нами проведен анализ историй болезни пациентов, которые были оперированы в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно с 2006 по 2016 годы по поводу желчнокаменной кишечной непроходимости. Всего было 6 пациентов, во всех случаях это были женщины в возрасте от 57 до 92 лет. При поступлении они предъявляли жалобы на боли в эпигастрии, у двух больных боли имели схваткообразный характер. В связи с нечеткостью клинических проявлений огромную роль играл тщательно собранный анамнез, данные ультрасонографии, в одном случае возникла необходимость в выполнении лапароскопии.

Результаты и обсуждение. Хирургическая тактика при данной патологии заключалась в проведении экстренного оперативного вмешательства. Во всех описанных нами случаях выявлен внутренний свищ, образованный между желчным пузырем и 12-перстной кишкой. Миграция крупного конкремента в 5 случаях привела к obturации тощей кишки, а в 1 случае конкремент блокировал пассаж по 12-перстной кишке.

Операцией выбора при желчнокаменной кишечной непроходимости являлась энтеролитотомия. После извлечения конкремента тонкая кишка ушивалась двухрядным швом. У одной пациентки наступил некроз кишки в зоне ущемления конкремента. Произведена резекция тощей кишки вместе с конкрементом с наложением анастомоза «конец в конец». В одном случае выполнили операцию по разобщению билиодигестивного свища с удалением конкремента из 12-перстной кишки. Умерла 1 пациентка 91 года, страдавшая тяжелой сопутствующей сердечной патологией, в остальных случаях наступило выздоровление.