

3. Стентирование гепатикохоледоха является эффективным методом ликвидации желчной гипертензии при механической желтухе у 60,7% пациентов с опухолевыми стриктурами желчных протоков.

4. Для ликвидации холестаза у пациентов с механической желтухой опухолевой этиологии использование саморасправляющихся стентов статистически достоверно более эффективно, чем пластиковых.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАХОВОГО КАНАЛА ПРИ ГРЫЖАХ У ЛИЦ МОЛОДОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

¹Смотрин С. М., ²Жук С. А., ¹Новицкая В. С., ¹Пухов Д. Н.

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»
Гродно, Беларусь

Введение. Наружные грыжи живота – одно из самых распространенных хирургических заболеваний человека и встречаются у 5-6% населения европейских стран [3]. Из них на паховые грыжи приходится до 70% случаев [2]. На современном этапе развития герниологии большинство работ в области лечения паховых грыж посвящено изучению надежности того или иного способа грыжесечения [1, 2, 6]. Безусловно, что это один из основных и главных критериев оценки эффективности любой методики пахового грыжесечения. В то же время ряд авторов по-прежнему указывают на достаточно высокие показатели рецидива заболевания, особенно у лиц пожилого возраста [4, 5]. В связи с этим становится очевидным факт, что в основе выбора метода пахового грыжесечения должна лежать всесторонняя интраоперационная оценка состояния анатомических структур пахового канала, которая и должна определять выбор метода герниопластики.

Цель: провести сравнительную морфометрическую оценку состояния пахового канала при грыжах у лиц молодого и пожилого возраста.

Материал и методы исследования. Морфометрическое исследование пахового канала при грыжах проведено у 36 пациентов во время операции грыжесечения. Распределение пациентов по возрасту проводили согласно классификации ВОЗ. Из них 19 пациентов были молодого возраста и 17 – пожилого. Типовая принадлежность паховых грыж проводилась согласно классификации L.Nyhus [7] и представлена в таблице 1.

Определялись следующие линейные параметры пахового канала: длина и высота пахового промежутка, совокупная толщина свободных краев внутренней косой (ВК) и поперечной мышц живота (ПМЖ). Для измерения линейных параметров пахового канала использовали ме-

таллическую линейку и специально разработанное устройство (рацпредложение № 690/5 от 01.02.2017).

Таблица 1. – Распределение грыж в группах по типам

Возрастные группы пациентов	Типы паховых грыж по L. Nyhus				Итого
	I	II	III А	III Б	
Молодые	3 (15,8%)	9 (47,4%)	6 (31,6%)	1 (5,2%)	19 (100%)
Пожилые	-	6 (35,3%)	6 (35,3%)	5 (29,4%)	16 (100%)

Полученные результаты обработаны статистически.

Результаты исследования линейных параметров пахового канала у пациентов с грыжами представлены в таблице 2.

Таблица 2. – Линейные параметры пахового канала при грыжах

Возрастные группы пациентов	Линейные параметры пахового канала в мм, (M±m)		
	длина	высота	толщина ВК и ПМЖ
Молодые	52,9±2,6	25,5±1,5	8,5±0,25
Пожилые	50,7±3,0	36,5±0,2	3,5±0,2
Достоверность различия	p>0,1	p<0,05	p<0,01

Длина пахового промежутка у лиц молодого и пожилого возраста не имела существенных различий. Отмечено, что высота пахового промежутка у пожилых пациентов значительно превышала данный показатель у молодых лиц. Следует обратить внимание и на значительную разность в совокупной толщине внутренней косой и поперечной мышц живота. При этом только у 11,7% пациентов пожилого возраста высота пахового промежутка не превышала 25 мм, у 5,9% пациентов она находилась в пределах 25-30 мм, у 47,1% пациентов – в пределах 30-40 мм и у 35,3% пациентов высота пахового промежутка превышала 40 мм. Средний показатель совокупной толщины нижнего края внутренней косой и поперечной мышц живота у пожилых составил 3,5±0,2 мм, а у пациентов молодого возраста – 8,5±0,25 мм. В 41,7% случаев у пожилых людей этот показатель находился в пределах 3 мм, в 47,1% случаев – в пределах 3-4 мм и в 11,2% наблюдений – в пределах 4-5 мм. У молодых пациентов в 63,2% случаев интраоперационно были диагностированы паховые грыжи I и II типа по L.Nyhus, а высота пахового промежутка находилась в пределах 20-25 мм.

Выводы:

1. У лиц пожилого возраста преобладают паховые грыжи типа III А и III Б по L.Nyhus, высота пахового промежутка в 82,4% случаев превышает 30 мм. Наряду с этим совокупная толщина нижнего края внутренней косой и поперечной мышц живота в 41,7% наблюдений находится в пределах 3 мм. Высокий паховый промежуток и небольшая совокупная

толщина нижнего края внутренней косой и поперечной мышц живота являются показанием к применению атензионной герниопластики.

2. У молодых мужчин в 63,2% случаев встречаются паховые грыжи I и II типа по L.Nyhus, без признаков разрушения задней стенки пахового канала. При невысоком паховом промежутке и совокупной толщине внутренней косой и поперечной мышц живота, превышающей 5 мм, можно использовать и натяжные методы пахового грыжесечения.

Литература:

1. Гвенетадзе, Т. К. Профилактика развития мужского бесплодия после различных способов паховой герниопластики с использованием сетчатого экспланта / Т. К. Гвенетадзе, Г.Т. Гиоргобиани, В. Ш. Арчвадзе // Новости хирургии. – 2014. – № 3. Т. 22. – С. 379-385.

2. Жебровский, В. В. Хирургия грыж живота / В. В. Жебровский. – М.: МИА, 2005. – 400 с.

3. Распространенность грыж передней брюшной стенки: результаты популяционного исследования / А. М. Кириенко [и др.] // Хирургия. – 2016. – № 8. – С. 61-65.

4. Сравнительный анализ результатов операции I.L.Lichtenstein и CS-пластики при паховых грыжах / С. В. Шалашов [и др.] // Новости хирургии. – 2016. – Т. 24. № 5. – С. 444-450.

5. Шулутко, А. М. Результаты пластики без натяжения по методике Лихтенштейна у больных с паховыми грыжами / А. М. Шулутко. А. И. Данилов // Анналы хирургии. – 2003. – № 2. – С. 74-77.

6. Hallen, M. Does mesh repair of groin hernia cause male infertility? / M.Hallen [et al.] // Hernia. – 2009. – Vol.1, № 13. – P. 25.

7. Nyhus, L.M. Anatomic basis of hernioplasty / L.M.Nyhus // A classification Vortrag, Hernia 93, Fdvances of Contraversies. An international perspective, Indionapolis. – 1993. – Vol. 24. № 27. – P. 733-737.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КРОВОТОЧАЩЕЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

Соломонова Г. А., Третьяк С. И., Изотова Е. В.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»
Минск, Беларусь*

Введение. Хроническая язва желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) является широко распространенным заболеванием, занимает одну из ведущих позиций в структуре заболеваний органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), диагностируется у 6-15% взрослого населения [1, 14, 15]. Как причина острых желудочно-кишечных кровотечений, гастродуоденальная язва является наиболее распространенной, составляет 55-85% от всех кровотечений из верхних отделов ЖКТ [5, 10, 13].