

Результаты и обсуждение. 173 пациентам выполнили лапароскопическую коррекцию грыжи с крурорафией и эзофагофундопликацией по Ниссену, 3 пациентам – по Дору. У 6 (3,4%) пациентов (фиксированная ГПОД 4 степени, «короткий» пищевод, невозможность адекватной мобилизации абдоминального отдела пищевода) потребовалась конверсия. Послеоперационные осложнения диагностировали у 24 (13,1%) пациентов. Умер 1 (0,54%) пациент. Причиной летального исхода были тромбоз эмболия и сердечно-сосудистая недостаточность.

У одного пациента интраоперационно выявили перфорацию абдоминального отдела пищевода. Выполнили лапароскопическое ушивание, фундопликацию с положительным результатом. Дренажирование плевральной полости потребовалось 13 пациентам. В отдаленном послеоперационном периоде (сроки наблюдения от 6 до 24 месяцев) осложнения выявили у 7 (3,8%) пациентов. У 3 пациентов выявили миграцию манжеты с пищеводом в средостение с возобновлением рефлюкса; в 4 наблюдениях – эластичное сдавление манжетой пищеводной трубки с нарушением пассажа. Пациентам с миграцией манжеты в средостение и рецидивом рефлюксной болезни назначили консервативное лечение с удовлетворительным результатом. Пневмокардиодилатацию выполнили 4 пациентам. Двум пациентам потребовались два и более сеанса дилатации. 3 пациента после манипуляции отметили стойкий положительный эффект, восстановление пассажа пищевых масс по пищеводу. В 1 наблюдении (2 года после первичной операции) имела место клиника протяженной стриктуры (более 5 см.) с невозможностью выполнения пневмокардиодилатации и бужирования. Выполнили релапароскопию и реконструкцию манжеты после фундопликации.

Выводы. Лапароскопическая операция является эффективным методом лечения ГПОД с минимальным количеством осложнений. Повторная операция должна выполняться по строгим показаниям и по возможности быть малоинвазивной. Миграция манжетки с возобновлением рефлюкс-эзофагита не требует обязательного повторного вмешательства. Баллонная пневмокардиодилатация является эффективным методом устранения дисфагии в отдаленном послеоперационном периоде после пластики ГПОД.

Результаты лечения пациентов с паховыми односторонними и билатеральными грыжами после эндоскопических герниопластик

Е.А. Боровик^{1,2}, А.Ч. Шулейко², Е.А. Казаченок¹, Е.И. Вижинис², А.Н. Чернявский¹, А.Ю. Довнар¹

¹УЗ «Минская областная клиническая больница»

²УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Введение. Паховые грыжи – одна из лидирующих патологий в практике абдоминального хирурга, что требует постоянного совершенствования методик их лечения. Эндоскопические методы пластики грыжевых ворот с использованием сетчатого импланта широко распространены в настоящее время в связи с меньшей травматизацией, возможностью одномоментного закрытия нескольких дефектов, ранней активизацией и, как следствие, уменьшением сроков госпитализации и экономической выгодой.

Цель работы – оценить результаты лечения пациентов с паховыми грыжами после эндоскопических герниопластик.

Материалы и методы. На базе отделений №1 и №2 в период с 01.2024 по 01.2025 гг. были прооперированы 136 пациентов с паховыми грыжами различных локализаций. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения. Преобладали мужчины (94,8%) молодого возраста (Медиана 43 (21; 76) года), средняя длительность пребывания пациента в стационаре составила 4 (Медиана 4 (2; 5)) койко-дня. В подавляющем большинстве случаев пациентам выполнялась тотальная предбрюшинная эндоскопическая герниопластика (90,4%) с укрытием грыжевых ворот жесткими и полужесткими частично биодеградируемыми полипропиленовыми сетками размером 10*15 см с использованием трех троакаров – 10 мм с лапароскопом и двух 5 мм, которые устанавливались по средней линии в гипогастральную область. Давление в предбрюшинном пространстве составляло 10 мм рт. ст. В подавляющем большинстве случаев сетка не фиксировалась (94,1%), однако в ряде случаев применялся эндоскопический герниостеплер 5 мм. В конце каждой операции пациентам выполнялась инфльтрационная анестезия раствором бупивакаина 0,5%. Средний срок наблюдения за пациентами составил 12 (Медиана 6 (1;12)) месяцев.

Результаты и обсуждение. У 73 пациентов (54%) были прооперированы одно- и двухсторонние косые паховые грыжи с различными размерами грыжевых ворот (L1-L3 по EHS), у 42 (31%) – медиальные грыжи также различных размеров (M1-M3 по EHS), остальные 21 пациент (15%) имели сочетание косых и прямых грыж с разных сторон.

Ближайшие результаты были удовлетворительны. Все пациенты активизировались в течение 2-3 часов после операции. Подавляющему числу пациентов понадобился однократный прием НПВС в первые сутки после операции (74%). 23 пациента отказались от приема НПВС. В ходе ретроспективного анализа получена статистически значимая прямая слабая корреляционная связь между длительностью пребывания пациента в стационаре и его возрастом ($r=+0,29$, $p<0,05$). При этом статистически значимых связей между размером грыжи или диаметром грыжевых ворот выявлено не было ($p>0,05$). В раннем послеоперационном периоде у 5 (3,6%) пациентов имели место осложнения. 3 гематомы мошонки, которые не потребовали дополнительного хирургического пособия.

Релапароскопия по поводу рецидива грыжи, вероятнее всего обусловленная кривой обучения, и подозрение на транслокацию сетки. Интраоперационно выявлена транслокация сетчатого импланта кверху и латерально – выполнена дополнительная медиакаудальная мобилизация и позиционирование сетки. У одного пациента развился правосторонний острый орхоэпидидимит, вылеченный консервативно. Отдаленные результаты также были удовлетворительны у 3 пациентов (2,2%): через 4-6 месяцев развился умеренный болевой синдром (НОШ 1-2 балла) после физической нагрузки, купирующийся приемом НПВС.

Выводы. На основании проведенного анализа можно сделать вывод, что эндоскопические герниопластики имеют удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты, вне зависимости от различия в группах, малотравматичны, что способствует ранней реабилитации пациента после операции, снижает срок нахождения в стационаре, а также дает возможность одномоментного закрытия нескольких дефектов.

Все вышеперечисленное делает эндоскопические методики пластики паховых грыж операциями выбора.

Ретроспективный анализ хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы: 2018-2023 гг.

*Г.А. Журбенко¹, А.С. Карпицкий¹, С.В. Панько²,
Н.А. Петровицкая¹, Д.С. Вакулч¹*

¹УЗ «Брестская областная клиническая больница»

²УО «Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина»

Введение. Риск рецидива симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) после курса консервативной антирефлюксной терапии у пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) достигает 25%, что в дальнейшем может потребовать длительного приема антисекреторных препаратов, а у 15% пациентов в такой ситуации эффективным методом лечения ГЭРБ будет антирефлюксная операция. Самые распространенные и наиболее известные методики – это фундопликация Nissen и Toupet, которые являются «золотым стандартом» в антирефлюксной хирургии ГЭРБ. Однако, несмотря на доказанную эффективность этих операций, общее количество неудовлетворительных результатов в раннем и отдаленном послеоперационном периодах может достигать 25%. В частности, рецидив ГПОД и симптомов ГЭРБ (10-15%), послеоперационная дисфагия (1-5%). Целью данной работы является анализ результатов хирургического лечения ГЭРБ на фоне ГПОД в отделении торакальной хирургии УЗ «Брестская областная клиническая больница» (БОКБ) за 5 лет: с 2018 по 2023 гг.

Материалы и методы. С января 2018 г. по декабрь 2023 г. в отделении торакальной хирургии УЗ «БОКБ» было пролечено 669 пациентов с клиникой ГЭРБ на фоне скользящей диафрагмальной или параэзофагеальной ГПОД. Из них 511 (76,4%) женщин и 158 (23,6%) мужчин. Средний возраст: $48,6 \pm 2$ года. Прооперировано 338 (50,5%) пациентов. Ретроспективная оценка эффективности хирургического лечения производилась в медицинской информационной системе (МИС) по результатам повторных обращений пациентов в БОКБ с жалобами, характерными для ГЭРБ и/или рецидивом ГПОД. Для клинической оценки эффективности хирургического лечения и диагностики ГЭРБ применяли анкеты-опросники GERD-Q и GERD-HRQ Velanovich. Инструментальная оценка производилась по результатам полипозиционной рентгеноскопии пищевода и желудка, а также гастроскопии.