

цистоскопии очагов лейкоплакии не выявлено, а через 1 год рецидив лейкоплакии диагностирован у 2 (13,3%) и рецидивы цистита возникли у 2 (13,3%).

В группе 17 женщин, которым не проводились инстилляции Уро-Гиала через 6 месяцев рецидива лейкоплакии не отмечено, а рецидив цистита имел место у 3 (17,6%); через 1 год при цистоскопии рецидив лейкоплакии диагностирован у 4 (23,5%), а эпизоды рецидива цистита отметили уже 5 пациенток (29,4%).

Выводы.

1. ТУР слизистой МП является надежным методом удаления очага лейкоплакии.

2. После ТУР лейкоплакии инстилляции в МП препарата Уро-Гиал позволяют снизить частоту развития рецидивов лейкоплакии и цистита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клименко И. А. Клинико-морфологические особенности лейкоплакии мочевого пузыря / И. А. Клименко, А. М. Романенко // Вопр. онкологии. — 1986. — Т. 32, № 6. — С. 76–82.

2. Лоран О. Б. Рецидивирующие инфекции мочевых путей / О. Б. Лоран, Л. А. Синякова, И. В. Косова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2008. — 29 с.

3. Лейкоплакия мочевого пузыря: диагностика и лечение / А. И. Неймарк, Е. В. Ильинская, З. Н. Лебедева, Т. С. Таранина // Урология. — 2009. — № 2. — С. 18–22.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ВЫБОРА МЕТОДА ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Новицкая В.С.¹, Михайлов А.Н.², Смотрин С.М.¹

¹*Гродненский государственный медицинский университет,*

²*Белорусская медицинская академия последипломного
образования*

Актуальность. Паховые грыжи - одно из распространенных заболеваний брюшной стенки, которые достаточно часто встречаются во всех возрастных группах населения [1,2]. Существующие методы хирургического лечения грыж подразделяются на натяжные и атензионные [4,5]. Однако частота рецидива заболевания после оперативного лечения по-прежнему остается высо-

кой, а у лиц пожилого возраста может достигать даже 15-20% [4]. На наш взгляд высокий рецидив заболевания у лиц пожилого возраста вызван рядом как субъективных, так и объективных причин. Такими причинами являться: недостаточные сведения о состоянии пахового промежутка и верхней стенки пахового канала на этапе предоперационного и интраоперационного обследования пациента, которые не учитываются при выборе метода герниопластики, так и устоявшиеся стереотипы в оценке эффективности существующих методов пластики пахового канала. В связи с этим установление единых критериев оценки пахового канала позволит индивидуализировать показания к выбору метода герниопластики.

Целью нашего исследования явилось установление возможных клинико-инструментальных критериев выбора метода паховой герниопластики у лиц пожилого возраста.

Материал и методы исследования. Нами проведено клинико-инструментальное обследование 51 пациента пожилого возраста мужского пола с паховыми грыжами. Пациентов с I типом грыж по Nyhus, среди обследованных, мы не встретили, II тип был диагностирован у 3 пациентов, у 27 пациентов диагностированы грыжи III A типа, III B тип был выявлен у 14 пациентов и IV тип - у 7 пациентов. Все пациенты обследованы клинически и инструментально. Перед оперативным вмешательством проводилось ультразвуковое сканирование обеих пахово-мошоночных областей для определения размеров пахового промежутка, общей толщины свободных краев поперечной и внутренней косой мышц живота. За контрольные показатели принимали данные, полученные с контралатеральной стороны у этих же больных. Исследование осуществляли с помощью аппарата «Sonolain-G605» фирмы Simens, оснащенного датчиком с длиной волны 7,5 МГц в режиме доплеровского картирования. Полученные результаты обработаны статистически. Межгрупповое сравнение средних величин проводилось по t-критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Клинически у пациентов со II типом грыж по Nyhus было отмечено лишь расширение наружного пахового кольца. Информации о состоянии пахового промежутка, клинические методы исследования, у этих пациентов не позволили получить. У пациентов с грыжами III A типа отмечено расширение наружного пахового кольца и в 10(37,0%) случаях

высота пахового промежутка превышала 40 мм, при III В типе грыж у 4(28,5%) пациентов грыжевое выпячивание опускалось в мошонку и высота пахового промежутка превышала 40 мм. При IV типе грыж, во всех наблюдениях, высота пахового промежутка превышала 40 мм. Следует заметить, что клинические методы предоперационного исследования, позволяют лишь частично оценить состояние паховой области.

Ультразвуковое исследование показало, что на стороне грыжевого выпячивания при грыжах III А типа паховый промежуток имел только треугольную форму. Овально - переходной и щелевидно-овальной формы пахового промежутка у этих пациентов нами не выявлено. При грыжах III В типа треугольная форма пахового промежутка была выявлена у 9[64,3%] пациентов и у 5[35,7%] пациентов имело место овально-переходная форма пахового промежутка. Высота пахового промежутка на стороне грыжевого выпячивания при III А типе грыж колебалась от 35 мм до 60 мм. При этом у 10 [37,0%] пациентов высота пахового промежутка превышала 40 мм. У пациентов с грыжами III В типа на стороне грыжевого выпячивания паховый промежуток имел треугольную форму у 11[78,6%] пациентов, а высота пахового промежутка у этих пациентов колебалась от 30 до 53 мм. Установлено, что общая толщина свободного края внутренней косой и поперечной мышцы живота колебалась от 4 мм до 8 мм ($6,2 \pm 0,4$), а у молодых пациентов $12,0 \pm 0,5$ мм.

Проведенные исследования показали, что УЗИ паховой области позволяет на этапе предоперационной подготовки установить размеры пахового промежутка и определить общую толщину внутренней косой и поперечной мышцы живота. При высоте пахового промежутка больше 20 мм укреплять заднюю стенку пахового канала с применением метода Бассини нецелесообразно. Кроме того, возрастные атрофические процессы сопровождаются уменьшением общей толщины свободного края внутренней косой и поперечной мышц живота, что не позволяет использовать их в качестве пластического материала для укрепления задней стенки пахового канала при высоте пахового промежутка более 20 мм.

Выводы:

1. Ультразвуковая визуализация паховой области является информативным методом исследования на этапе предопера-

ционной подготовки и позволяет индивидуализировать выбор метода герниопластики.

2. Высота пахового промежутка и общая толщина свободного края внутренней косой и поперечной мышцы живота являются объективными критериями выбора метода герниопластики при паховых грыжах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жебровский, В.В. Хирургия грыж живота// В.В.Жебровский.- М.: МИА, 2005.- 400с.
2. Кириенко, А.М. Распространенность грыж передней брюшной стенки: результаты популяционного исследования / А.М.Кириенко, Ю.Н.Шевцов, А.С.Никишков, Е.И.Селиверстов, А.М.Татаринцев // Хирургия.- 2016. - №8. - С.61-65.
3. Смотров, С.М. Новый способ атензионной паховой герниопластики у лиц пожилого возраста / С.М.Смотров [и др.] //Актуальные вопросы неотложной хирургии : материалы XXVII пленума хирургов Республики Беларусь и Респ. науч.-практ. конф. Молодечно, 3-4 ноября 2016 г. – С. 457-458.
4. 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.
5. Hallen, M. Does mesh repair of groin hernia cause male infertility? / M.Hallen [et al.] // Hernia. – 2009. – Vol.1, N 13. – P. 25.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИНТРАТЕСТИКУЛЯРНОГО КРОВОТОКА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ПАХОВОГО ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ

Новицкая В.С.¹, Лазаревич С.Н.², Сугоняко Ю.В.²

¹*Гродненский государственный медицинский университет,*

²*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
г. Гродно*

Актуальность. Наружные грыжи живота встречаются у 5-6% населения европейских стран [2, 5]. Из них на паховые грыжи приходится до 60,5 - 70% случаев [1]. Паховое грыжесечение в плановом и экстренном порядке составляет 24-66% от всех оперативных вмешательств, которые выполняются в общехирургическом стационаре. В повседневной хирургической практике при лечении паховых грыж большое распространение получили как натяжные, так и атензионные методы герниопластики. Однако