

# СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕМЕННОГО КАНАТИКА У БОЛЬНЫХ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*Полынский А.А., Козловская А.В., Кречко А.С.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** Осложнения после хирургического лечения рецидивных грыж с применением натяжных методик пластики возникают у 45,6 % пациентов, а рецидивы – у 12,7%. Частота рецидивов после протезирования пахового канала синтетическим материалом колеблется от 1, 2 до 9,9% [1].

**Цель.** Улучшить результаты лечения пациентов с рецидивной паховой грыжей путем модификации способов операции, позволяющих минимизировать повреждение элементов пахового канала.

**Материалы и методы.** Повторные операции, осуществляемые по поводу рецидивных паховых грыж, существенно отличаются по своей сложности от первичных грыжесечений. Они сопровождаются значительными техническими особенностями выделения элементов пахового канала, связанными с развитием мощного спаечного процесса, вызванного перенесенной ранее операцией. Особенно это характерно для протезирования пахового промежутка синтетическим материалом, так как он будучи имплантированным в зону пахового канала интимно срастается с апоневрозом наружной косой мышцы живота, поперечной фасцией и семенным канатиком. При выполнении повторной операции все эти элементы пахового канала необходимо выделить, отделить от них грыжевой мешок, его обработать и произвести повторную пластику пахового канала. Этот процесс может сопровождаться повреждением элементов семенного канатика, что приводит к потере яичка и нарушению репродуктивной функции[2].

С целью предупреждения этого серьезного осложнения мы предлагаем в процессе выполнения повторной операции не манипулировать в зоне расположения семенного канатика в паховом канале. Для этого на начальном этапе операции следует производить иссечение старого послеоперационного рубца, выполнив разрез кожи и подкожножировой клетчатки выше рубца на ранее неповрежденном участке передней брюшной стенки. Этот прием позволяет четко ориентироваться в тканях. Далее четко выделив апоневроз наружной косой мышцы живота, рассекаем его параллельно паховой связке не по рубцу, а гораздо выше расположения семенного канатика у самого края внутренней косой и поперечной мышц живота. После вскрытия передней стенки пахового канала у внутреннего его отверстия с помощью диссектора выделяем неизмененный участок семенного канатика и берем его на "держалку". С этого места

выделяем и обрабатываем грыжевой мешок. После завершения этого этапа осуществляем пластику или протезирование пахового канала по индивидуальным показаниям для каждого пациента (Рационализаторское предложение № 13 от 06.10.2015).

Проведено обследование и анкетирование 20 пациентов, перенесших в 2010-2014 годах плановое грыжесечение в клинике общей хирургии по поводу рецидивной паховой грыжи. Все пациенты были лицами мужского пола в возрасте от 34 до 77 лет. По классификации Nybys L.M. (1998) рецидивные паховые грыжи у всех пациентов отнесены к IV типу. Сведения о характере использованной первичной операции грыжесечения удалось получить у 14 больных. Среди них по способу Бассини было оперировано 4 пациента, Постемпскому – 3, Жирару-Спасокукоцкому – 5, Лихтенштейну – 2.

Интраоперационные наблюдения у пациентов с рецидивом паховых грыж выявили выраженный спаечный процесс семенного канатика с окружающими тканями. После протезирующих операций дифференцирование тканей пахового промежутка оказалось еще более сложным.

В процессе выполнения повторных операций по предложенной нами методике были установлены следующие причины рецидивов: а – выход грыжевого мешка через внутреннее отверстие пахового канала на фоне разволокненного апоневроза наружной косой мышцы живота и дефекта в поперечной фасции, б – отрыв латерального края апоневроза наружной косой мышцы живота от локного бугорка пупортовой связки. После двух протезирующих операций причина рецидива была обусловлена разволокнением протеза в «окне» для семенного канатика.

15 пациентам выполнена ненатяжная пластика пахового канала сетчатым полипропиленовым трансплантатом по Лихтенштейну, 5 больных оперированы по методике Постемпского. Изучены особенности течения отдаленного послеоперационного периода в сроки от 1 года до 5 лет. Качество жизни пациентов оценивалось с помощью опросника MOS SF – 36.

**Результаты и их обсуждение.** Сравнивая полученные результаты анкетирования и обследования, можно констатировать, что качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде у пациентов, оперированных по поводу рецидивной паховой грыжи ненатяжными методами с использованием полипропиленового сетчатого трансплантата, значительно выше, чем у пациентов, которым выполнена натяжная герниопластика местными тканями по методике Постемпского. При этом интраоперационных орхэктомий, связанных с повреждением семенного канатика у оперированных по нашей методике пациентов мы не наблюдали. После натяжной гер-

ниопластики по методике Постемпского через 3 года имел место рецидив грыжи у 1 больного.

**Выводы.** 1. Предложенный способ интраоперационной профилактики повреждения семенного канатика при операциях по поводу рецидивной паховой грыжи обеспечивает улучшение результатов лечения у данной категории пациентов. 2. Использование сетчатых эндопротезов при лечении рецидивных паховых грыж является операцией выбора.

#### **Литература**

1. Жебровский В.В., Абдул Вали, Лунин А.Г. Оценка эффективности современных методов лечения рецидивных и многократно рецидивирующих паховых грыж // Хирургия. – 2010. -№ 3. – С. 45-48.

2. Подерчик А.В., Хальзов В.Л. Неудачи грыжесечений с пластикой полипропиленовой сеткой // Герниология. -2007. -№ 2. – С. 22-24.

## **ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ СИМПТОМЫ В КЛИНИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА**

**Попеня И.С.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Рассеянный склероз (РС) – хроническое демиелинизирующее заболевание ЦНС, которое поражает преимущественно лиц трудоспособного возраста. Республика Беларусь является зоной повышенного эпидемиологического риска по РС [2], потому данное заболевание является важной медико-социальной проблемой.

РС – хронический стрессор для пациентов, страдающих этим заболеванием. Наличие хронического, часто прогрессирующего заболевания отражается на всех сферах жизни пациента и может вызывать тревожно-депрессивные переживания. Целью настоящего исследования стало выявить выраженность тревожно-депрессивных симптомов у пациентов с РС, отношение к болезни у данной категории пациентов, а также взаимосвязь указанных выше показателей.

**Пациенты и методы.** В исследовании приняли участие 59 пациентов с подтвержденным диагнозом РС – 17 мужчин и 42 женщины, проходящие стационарное либо амбулаторное лечение. Средний возраст участников исследования составил 40,3 ( $\pm 12,1$ ) года.

Выраженность тревоги и депрессии диагностировались в процессе полуструктурированного клинического интервью с заполнением Шкал депрессии и тревоги Гамильтона. Тип отношения к болезни определялся с помощью «Методики для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ)» - личностного опросника Бехтеревского института, предназначенного для диагностики вариантов личностного реагирования на заболевание, а также для определения типа отношения к болезни у индивидов с различными заболеваниями [1]. ТОБОЛ позволяет определить 12 типов личност-