

ишемии нижних конечностей и в ряде случаев может быть альтернативой хирургической реваскуляризации. В рамках короткого срока наблюдения у пациентов с поражением артерий голени баллонная ангиопластика способна устранить необходимость ампутации у большинства из них. Учитывая тяжесть общего состояния таких больных, наличие сопутствующих заболеваний, риск развития осложнений хирургического лечения, ее можно рассматривать как операцию выбора и выполнять для спасения не только конечности, но и жизни пациента.

Литература

1. Овчаренко, Д.В. Значимость анатомической вариабельности артерий голени и стопы для выполнения периферической ангиопластики у пациентов с критической ишемией / Д.В. Овчаренко, М.Ю. Капутин, А.А. Воронков, С.А. Платонов // Международный ж-л интервенционной кардиологии. - 2011. - № 26. - С 47-51.
2. Anderson, M. Ree kross cathether to treat long intragenicular vessel occlusion / M. Anderson, A.D. Platts // J. Endovasc. Ther.- 2006. - V. 40, № 11. - P. 816-836.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ИНТРАТЕСТИКУЛЯРНОГО КРОВОТОКА ПОСЛЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ПО БАССИНИ

Визгалов С.А.¹, Сугоняко Ю.В.², Страпко В.П.¹

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской
помощи г. Гродно»²

Операции по поводу наружных грыж традиционно занимают значительную часть спектра оперативной деятельности хирургических стационаров (5-25%) [2]. В мире ежегодно выполняется свыше 1,5 млн. вмешательств по поводу грыж брюшной стенки, в США эта цифра составляет около 700 тыс., в Германии 153 тыс. [1]. На паховые грыжи приходится до 75% из всех грыж, из них 90-95% паховых грыж встречаются у мужчин. Одним из осложнений пахового грыжесечения является сдавление элементов семенного канатика во вновь образованном наружном паховом кольце. Однако сведения об этом осложнении грыжесечения в литературе недостаточно широко обсуждаются. Это вызвано тем обстоятельством, что до настоящего времени не

нашли широкого применения современные технологии для контроля качества грыжесечения.

Материалы и методы. Нами проведено исследование по изучению интратестикулярного кровотока у пациентов с наружными грыжами живота до и после оперативного лечения. Обследовано 25 больных с паховыми грыжами, которым выполнялась герниопластика по методу Бассини. Косые паховые грыжи (кпг) диагностированы у 15 пациентов, а прямые паховые грыжи (ппг) – у 8 пациентов.

Всем больным накануне операции и через 5 дней после операции проводили ультразвуковое санирование обеих пахово-мошоночных областей для определения максимальной систолической и максимальной диастолической скорости кровотока (см/с), а также рассчитывался индекс резистентности (IR) в паренхиме яичка. За контрольные значения принимали данные, полученные с контрлатеральной стороны у этих же пациентов. Исследование осуществляли в положении пациента лёжа на спине с помощью аппарата «Sonolain-G605» фирмы Simens, оснащенного датчиком с длиной волны 7,5 МГц в режиме доплеровского картирования.

Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке. Статистические показатели рассчитывались по общепринятым формулам. Так, для оценки количественных данных исследования и расчета их достоверности определялись следующие показатели: средние арифметические величины исследуемых признаков (M); ошибка среднего арифметического значения (m); достоверность (p) различий определялась по t-критерию Стьюдента. Межгрупповое сравнение средних арифметических проводилось по t-критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждения. Результаты доплерографии свидетельствовали о нарушении гемодинамики в паренхиме яичка у пациентов (таблица 1), как у пациентов с косыми, так и с прямыми паховыми грыжами. Имело место снижение максимальной систолической и диастолической скорости кровотока. Наиболее заметно снижение кровотока происходило у пациентов с прямыми паховыми грыжами.

Таблица 1 – Изменение гемодинамических показателей в паренхиме яичек у пациентов с паховыми грыжами до операции

| Исследуемые показатели | Контроль (n) (n=20) | Косые грыжи (кпр) (n=10) | Прямые грыжи (ппг) (n=10) | Межгрупповая достоверность различий (P) | | |
|------------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------------|---|--------|---------|
| | | | | н: кпг | н: ппг | кпг:ппг |
| V max sist, см/с | 11,96±0,75 | 6,8±0,56 | 3,4±0,48 | <0,001 | <0,001 | <0,01 |
| V max diast, см/с | 3,65±0,11 | 2,4±0,12 | 1,65±0,04 | <0,05 | <0,01 | <0,05 |
| IR | 0,64±0,03 | 0,64±0,02 | 0,51±0,03 | >0,05 | <0,05 | >0,05 |

Таблица 2 – Изменение гемодинамических показателей в яичках после грыжесечения по Бассини

| Исследуемые показатели | Прямые паховые грыжи (n=8) | | | Косые паховые грыжи (n=15) | | |
|------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------|----------------------------|-----------------------|-----------|
| | До операции (M1±m) | После операции (M2±m) | P (M1:M2) | До операции (M1±m) | После операции (M2±m) | P (M1:M2) |
| V max sist, см/с | 3,56±0,53 | 8,57±0,59 | <0,001 | 6,3±0,36 | 8,46±0,74 | <0,05 |
| V max diast, см/с | 1,62±0,23 | 2,65±0,41 | <0,05 | 2,32±0,27 | 2,54±0,52 | >0,05 |
| IR | 0,52±0,06 | 0,70±0,13 | <0,05 | 0,61±0,07 | 0,70±0,63 | >0,05 |

В послеоперационном периоде у пациентов с паховыми грыжами (таблица 2) отмечено увеличение скорости интратестикулярного кровотока. При этом у больных с прямыми паховыми грыжами установлено достоверное увеличение как систолической, так и диастолической скорости кровотока. В то же время наблюдалось увеличение индекса резистентности кровотока, что свидетельствует о компрессии элементов семенного канатика при формировании глубокого пахового кольца. Аналогичная ситуация отмечена и у пациентов с прямыми паховыми грыжами.

Выводы. При наружных паховых грыжах имеет место нарушение интратестикулярного кровотока, которое проявляется снижением систолической и диастолической составляющих.

Герниопластика по методике (Бассини) не приводит к полному восстановлению нарушенного интрааортального кровотока.

Литература

1. Харнас, С.С. Грыжи передней брюшной стенки (клиника, диагностика, лечение): учеб. Пособие / С.С. Харнас, А.В. Самохвалов, Л.И. Ипполитов; под редакцией С.С. Харнаса - М.: «Русский врач», 2009. - 84 с.

2. Шляховский, И.А. Современные аспекты хирургического лечения грыж брюшной стенки / И.А. Шляховский, И.А. Чекмазов // Абдоминальная хирургия. - 2002. - Т.04, вып.7. – С. 44-47.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПОЛИМЕРНЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ, НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Визгалов С.А.¹, Лис Р.Е.², Поплавская Е.А.², Страпко В.П.¹

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»¹

УО «Гродненский государственный медицинский университет»²

Паховые грыжи являются одним из наиболее распространенных хирургических заболеваний и составляют 50,7 – 75% в общей структуре наружных грыж живота [1, 3]. Несмотря на то, что на сегодняшний день известно около 600 способов и модификаций паховой герниопластики, остается много вопросов, связанных с проблемой хирургического лечения паховых грыж, о чем свидетельствует высокий уровень рецидивов заболевания. Поиски путей снижения количества рецидивов привели к разработке концепции ненатяжной пластики как более физиологичной [2]. За последние десятилетия широкое распространение получила герниопластика с применением аллопластических материалов. Наиболее широко в герниопластике используются основывающиеся эндопротезы из полипропиленовых мононитей и политетрафторэтилена.

подавляющее большинство работ в области герниологии посвящено изучению надежности того или иного способа, т.е. уменьшению количества рецидивов. Несмотря на широкое распространение методик паховой герниопластики с применением аллопластических материалов абсолютно не изучен