

# ГРЫЖЕВОЙ МЕШОК КАК ПЛАСТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ПРИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Маслакова Н.Д.<sup>1</sup>, Жотковская Т.С.<sup>2</sup>, Кояло С.И.<sup>2</sup>, Могилевец Э.В.<sup>1</sup>,  
Рахоцкий А.А.<sup>2</sup>, Стельмах К.А.<sup>1</sup>, Миронова Ю.Н.<sup>1</sup>

*Гродненский государственный медицинский университет<sup>1</sup>,  
<sup>2</sup>1134 военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил  
Республики Беларусь<sup>2</sup>*

**Актуальность.** Одним из технических приемов выделения грыжевого мешка из окружающих элементов семенного канатика и его удаление при косых паховых грыжах является наиболее травматичным в ходе грыжесечения. Травматизация структур семенного канатика при этом вызывает расстройства вегетативной иннервации, кровообращения, венозный стаз, кровоизлияние в ткани семенного канатика и мошонки. Это является отрицательным фактором, особенно для пациентов репродуктивного возраста [5]. Издавна считалось, что при отказе от удаления грыжевого мешка неизбежны рецидивы [1]. Несмотря на общепринятую технику высокого выделения грыжевого мешка и иссечения его после прошивания и перевязки в области шейки в настоящее время это положение оспаривается рядом авторов [2,4,5]. Последние 30 лет стала широко применяться протезирующая герниопластика, изменившая агрессивную тактику хирургов в отношении грыжевого мешка. I.L. Linchstein отказался от высокой перевязки и иссечения грыжевого мешка во всех случаях паховых грыж, предлагая инвагинацию мешка в брюшную полость, либо пересечение примерно посередине пахового канала. Данная методика признается сейчас большинством авторов при прямых паховых грыжах [3,4]. В настоящее время общепринятым фактом является обязательное укрепление задней стенки пахового канала, как при прямой, так и при косой паховой грыже при любых модификациях герниопластик.

**Цель.** Предложить менее травматичный ход операции с сохранением грыжевого мешка при прямых и косых паховых грыжах с использованием грыжевого мешка как пластического материала.

**Методы исследования.** Проведен анализ хирургического лечения 46 пациентов, из них 12 - в возрасте 52-79 лет, остальные лица молодого возраста, поступивших в плановом порядке по поводу паховых грыж в ГУ “1134 военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь” за период с 2016 по 2019г. У рядовых военнослужащих размеры грыжевых ворот не превышали 3 сантиметров, грыжевой мешок - 3-5 сантиметров. Методом исследования является операция без удаления грыжевого мешка, путем его вправления вместе с содержимым в брюшную полость при размере грыжевого мешка не более 5 см. Ход операции заключался в мобилизации тканей семенного канатика, отделения и обработке от него грыжевого мешка. Пациентам в возрасте 52-79 лет герниопластика производилась пропиленовой сеткой по Лихтенштейну

-34, комбинированная операция по Постемпскому - 6, пластика по Шудлайсу - 6. При выполнении герниопластики в этих случаях производилась выделение грыжевого мешка, который укладывали на заднюю стенку пахового канала путем прошивания двух его стенок, фиксируя к мышцам и апоневрозу тем самым укрепляя заднюю стенку. В дальнейшем производилась классическая пластика по вышеуказанным методикам.

**Результаты и их обсуждение.** Исследование показало, что предлагаемая атравматическая обработка грыжевого мешка устраняет причины возникновения выраженного болевого синдрома, кровоизлияний, геморрагического пропитывания и гематом семенного канатика и мошонки, что было подтверждено ультразвуковым исследованием в ближайшем послеоперационном периоде. Лимфореи из послеоперационной раны не наблюдалось. За три года наблюдений рецидивов грыж не было.

**Выводы.** Таким образом, было выявлено, что данные операционные техники позволяют снизить количество осложнений в послеоперационном периоде, и улучшают результаты хирургического лечения пациентов с прямыми и косыми паховыми грыжами, а также снижают длительность пребывания пациентов в хирургическом отделении. Дополнительное укрепление задней стенки пахового канала пластическим материалом, состоящим из стенок грыжевого мешка, препятствует возникновению рецидивов. В дальнейшем планируем изучить функцию семявыносящего протока после произведения герниопластик по нашей методике.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. – М.: МИА, 2005. – 384.
2. Протасов А.В., Богданов Д.Ю. Пластические аспекты современных герниопластик. М.: РУСАКИ, 2011. – С. 83-84.
3. Чижов Д.В., Шурыгин С.Н., Воскресенский П.К. и др. Пластика пахового канала по Лихтенштейну и ее модификации // Герниология. - 204. - №1. – С.43-51.
4. А. И. Черепанин, А. С. Шкода, К. А. Покровский, Ш. М. Эфендиев, А. П. Поветкин. Анналы хирургии, №4, 2012. [Электронный ресурс]: <https://cyberleninka.ru/article/v/sovremennyy-vzglyad-na-rol-gryzhevogo-meshka-v-hirurgii-pahovyh-gryzh>.
5. Черепанин, А.И. Современный взгляд на роль грыжевого мешка в хирургии паховых грыж / Черепанин А.И., Шкода А.С., Покровский К.А. // Анналы хирургии, 2012. - №4. – С. 29-33.