

сти ППА на левой половине таза было выявлено в 20,8 % случаев (5 препаратов). При этом отхождение более одной ВМА на обеих половинах таза не было зафиксировано в каждом проанализированном нами случае.

Отхождение ВМА от ППА у мужчин долихоморфного типа телосложения характеризуется равномерным распределением места начала *arteria vesicales superiores* вдоль внутри-тазовой части *arteria umbilicalis* по частоте встречаемости их формирования.

Из проксимальной трети внутритазовой части ППА, ВМА отходила в 35,3 % случаев (6 препаратов) на правой половине таза. Нами также установлено ответвление по две *arteriae vesicales superiores* у 2 мужчин долихоморфного типа телосложения. Отхождение ВМА от проксимальной трети внутритазовой части ППА на левой половине таза было выявлено в 29,4 % случаев (5 препаратов). Установлено ответвление по две *arteria vesicales superiores* у одного мужчины долихоморфного соматотипа.

Следует отметить, что формирование ВМА от средней трети внутритазовой части ППА у мужчин долихоморфного соматотипа встречается в 35,3 % случаев (6 препаратов) на правой половине таза. При этом у 3 мужчин фиксировалось ответвление по две *arteriae vesicales superiores*. Отхождение ВМА на левой половине таза зафиксировано нами в 41,2 % случаев (7 препаратов). При этом обнаружено ответвление по две *arteria vesicales superiores* у 4 мужчин долихоморфного соматотипа.

На обеих половинах таза ВМА отходила в 29,4 % случаев (5 препаратов) от дистальной трети внутритазовой части ППА. При этом отхождение более одной ВМА на обеих половинах таза не было зафиксировано в каждом проанализированном нами случае.

Выводы

Отхождение верхней мочепузырной артерии у мужчин мезоморфного типа телосложения преимущественно отмечается от проксимальной трети внутритазового отдела пупочной артерии.

Варианты распределения верхней мочепузырной артерии у мужчин долихоморфного соматотипа определяется равномерной частотой места начала от каждой трети внутритазовой части пупочной артерии.

Установлено, что у мужчин мезоморфного соматотипа формируется больше верхних мочепузырных артерий, чем у мужчин долихоморфного типа телосложения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Superselective embolization of bilateral superior vesical arteries for management of intractable hematuria in context of metastatic bladder cancer/ Ahmed Saadi [et. al.] // Asian J Urol. — 2017. — Vol. 4, № 2. — P. 131–134.
2. Multiple Variations in the Pelvic Vasculature — A Case Report / Satheesha B. Nayak [et al.] // J ClinDiagn Res. — 2015. — Vol. 9, № 2. — P. AD01-AD02.
3. Angiographic Anatomy of the Male Pelvic Arteries / Tiago Bilhim [et al.] // American Journal of Roentgenology. — 2014. — Vol. 203, № 4. — P. 373–382.

УДК 617.55-007.43

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Сачко П. Д.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. Г. Скуратов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Несмотря на высокий уровень развития современной клинической медицины, проблема паховых грыж в настоящее время сохраняет свою актуальность и остается одной из наиболее распространенных в абдоминальной хирургии. Паховые грыжи являются одними из самых распространенных хирургических заболеваний. Ежегодно в мире производится

около 20 млн герниопластик, из них в Российской Федерации ежегодно выполняется более 200 тыс., в США — около 700 тыс., а в Европе — около 1 млн [1].

Заболеваемость паховыми грыжами составляет 14 человек на 1000 населения в возрасте от 25 до 34 лет, постепенно возрастая, она достигает 53 человека на 1000 населения в возрасте от 55 до 64 лет [2]. Эти цифры указывают на большую социально-экономическую значимость данной патологии, поскольку последняя затрагивает значительную часть работоспособного населения.

Цель

Охарактеризовать спектр оперативных вмешательств, выполняемых в общехирургическом стационаре пациентам с паховыми грыжами.

Материал и методы исследования

Нами было произведено ретроспективное изучение протоколов операций, выполняемых по поводу паховых грыж у пациентов, находящихся на лечении в хирургическом отделении № 1 ГУЗ «ГТКБ № 3» в период с 01.01.2017 по 31.12.2017 гг.

Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium).

Результаты исследования и их обсуждение

За указанный период было прооперировано 304 пациента по поводу паховых грыж. Из них 290 (95,4 %) мужчин, и 14 (4,6 %) женщин.

Средний возраст всех пациентов составил 58,7 лет. Минимальный возраст пациентов мужского пола — 32 года, женского — 23 года. Максимальный возраст пациентов мужского пола — 84 года, женского — 81 год. В то время как средний возраст пациентов мужского пола составил — 57,8 лет, а женского — 76,8 лет. Данный показатель говорит нам о том, что женщины гораздо в более позднем возрасте встречаются с данной патологией, чем мужчины.

Прямые и косые паховые грыжи встречались приблизительно с одинаковой частотой: 137 (45 %) и 133 (43,8 %) соответственно. У пациентов мужского пола младше 40 лет чаще встречались косые паховые грыжи — 17 (81 %) случаев. У пациентов мужского пола старше 40 лет преобладают прямые паховые грыжи 133 (49,5 %) случая, в то время как косых грыж было прооперировано 112 (41,6 %) случаев.

Правосторонние грыжи отмечены у 170 (55,9 %) пациентов, левосторонние — у 129 (42,4 %), двухсторонняя локализация — у 5 (1,7 %) пациентов. У 7 (2,3 %) пациентов с паховыми грыжами имела также и пупочная грыжа (им были выполнены симультанно паховая и пупочная герниопластики). У мужчин правосторонняя локализация грыжи отмечена в 160 (55,3 %) случаях, левосторонняя — в 128 (44,1 %), двухсторонняя — в 2 (0,6 %). У женщин патология справа встречалась в 10 (71,4 %) случаях, слева — в 4 (28,6 %).

Среднее время проведения операции по поводу прямой паховой грыжи было 47 мин, что на 20 мин меньше, чем при косых паховых грыжах (67 мин). Данная разница объясняется тем, что при косых паховых грыжах выделение грыжевого мешка от элементов семенного канатика требует дополнительного времени.

Также за прошедший год было оперировано 34 (11,3 %) пациента с пахово-мошоночными грыжами, 12 из которых были рецидивными, что составило 35 %.

Из оперативных вмешательств большинство было выполнено по методике Лихтенштейна — 288 (94,7 %) операций.

Данное хирургическое вмешательство является «золотым стандартом» в лечении грыж в области пахового канала, при этом пластика задней стенки пахового канала осуществляется без натяжения тканей. В ходе операции задействуются новые полимеры (полипропиленовый сетчатый протез), а в последнее время широкую популярность обрели композитные сетки, которые в свою очередь обладают рассасывающим действием и способствуют быстрому регенерационному процессу. Операция по Лихтенштейну набирает популярность за счет простоты исполнения и крайне низкой частоты рецидивов и осложнений.

Пластика пахового канала по Жирару выполнена в 14 (4,6 %) случаев. Все пациенты были женского пола. Способ Жирара заключается в укреплении передней стенки пахового

канала поверх семенного канатика. После обработки и отсечения грыжевого мешка оттягивают в стороны лоскуты апоневроза наружной косой мышцы живота и подшивают узловыми швами апоневроз вместе с внутренней косой мышцей к паховой связке с созданием дубликатуры апоневроза.

Пластика по Постемпски выполнялась в 2 (0,7 %) случаях. Способ Постемпски заключается в двойном перемещении семенного канатика и создании нового пахового канала с формированием нового внутреннего отверстия пахового канала.

Лапароскопическая герниопластика не выполнялась ни одному пациенту по техническим причинам.

При выборе метода обезболивания чаще всего анестезиологи прибегали к спинальной анестезии: 297 (97,7 %) операций. В случаях, когда имелись противопоказания к данному методу анестезии, использовался эндотрахеальный наркоз.

Выводы

Паховыми грыжами болеют люди преимущественно трудоспособного возраста (средний возраст у мужчин составил 58,7 лет; у женщин грыжи встречаются более позднем возрасте (76,8 лет). У более молодых мужчин (до 40 лет) чаще встречаются косые паховые грыжи (81 %), после 40 лет преобладают прямые паховые грыжи (49,5 %). Из выполняемых у мужчин операций подавляюще преобладает ненатяжная герниопластика по Лихтенштейну (94,7 %), у женщин — пластика по Жирару (100 %). Операции по поводу рецидивной пахово-мошоночной грыжи (12 случаев) выполнялись после предшествующей пластики местными тканями. Вид анестезии предпочтительно спинномозговой (97,7 %). К сожалению, не были ни одной лапароскопической герниопластики, имеющей ряд преимуществ перед открытой операцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егиев, В. Н. Грыжи / В. Н. Егиев, В. К. Воскресенский. — М.: Медпрактика М, 2015. — С. 121–159.
2. Белоконов, В. И. Биохимическая концепция патогенеза паховой грыжи / В. И. Белоконов // Современные технологии и возможности реконструктивно-восстановительной и эстетической хирургии: матер. 1 Междунар. конф. — М., 2008. — С. 87–88.

УДК 618.39 – 021.3

АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Сверчинская А. А., Кухарев Д. Ю., Кострова Е. В.

Научный руководитель: к.м.н, доцент Н. С. Акулич

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Проблема невынашивания беременности — одна из самых актуальных проблем в современном акушерстве. Самопроизвольный выкидыш и неразвивающаяся беременность (НБ) — две разновидности прерывания беременности, которые происходят вне зависимости от желания женщины, что часто является для нее личным несчастьем и тяжелой психологической травмой. Наблюдается отсутствие снижения частоты данной патологии, что отчасти обусловлено многофакторностью ее этиологии.

Цель

Проследить возможные этиологические аспекты невынашивания беременности.

Материал и методы исследования

Изучены истории болезни и результаты морфологического исследования биоптатов эндометрия 223 женщин, госпитализированных в гинекологические отделения 1 ГКБ г. Минск за период 2017 г., которым в ходе госпитализации было проведено раздельное диагностическое выскабливание (РДВ), вследствие самопроизвольного выкидыша или НБ.