

анатомических параметров пахового канала. Разработанный способ выбора метода хирургического лечения паховой грыжи прост в исполнении, обладает высокой специфичностью (93,88%), общедоступен и может быть внедрен в хирургических стационарах, на этапе предоперационной подготовки.

## ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Цилиндзь И. Т., Польшинский А. А., Герасимович А. Ю.\*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Гродно, Республика Беларусь

\*УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»,  
Гродно, Республика Беларусь

**Введение.** Остается высокой заболеваемость паховыми грыжами и, более того, по данным ряда авторов, она имеет тенденцию к росту. Так как болеет этим заболеванием преимущественно население трудоспособного возраста, то актуальность лечения имеет и определенное социальное значение.

Из методов лечения паховых грыж на первый план вышли способы с использованием синтетических эндопротезов для укрепления мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки, что дает хорошие отдаленные результаты и характеризуется редкими рецидивами заболевания.

**Цель:** изучить осложнения лапароскопической паховой герниопластики, интраоперационные и в раннем послеоперационном периоде.

**Материал и методы.** В работе представлены результаты 607 лапароскопических герниопластик, выполненных в клинике общей хирургии Гродненского государственного медицинского университета с 2009 г. по 2017 г. включительно.

Лапароскопическая герниопластика была выполнена в плановом порядке у 519 пациентов – односторонняя, у 44 – двухсторонняя. Мужчины составили подавляющее большинство – 559 человек (99,3 %), женщин было трое (0,7 %).

В возрастном составе 48,8% (275 пациентов) составили люди в возрасте 41-60 лет; 30,7% (173 чел.) – 61 год и старше; 10,3% (58 пациентов) – 21-40 лет и 10,1% (57 пациентов) – 18-20 лет.

Паховые грыжи были косыми в 458 случаях (75,4%), прямыми – в 105 (24,6%).

В 63 случаях (11,2%) грыжи были рецидивными. Эти пациенты в прошлом были оперированы: в 61 случае тем или иным методом «натяжной» герниопластики, в 2 случаях – по Лихтенштейну.

**Результаты и обсуждение.** Лапароскопическую герниопластику проводим трансабдоминально с расположением сетчатого трансплантата преперитонеально после отсепаровывания брюшины с грыжевым мешком и последующим ее восстановлением. Предпочитаем способ с частичным раскрытием трансплантата и подведением полой под элементы семенного канатика, после чего раскрой «сшиваем» скобками.

В 4 (0,7%) случаях отмечены интраоперационные осложнения. В трех случаях (0,5%) была повреждена нижняя эпигастральная артерия. При этом остановить кровотечение коагуляцией не удается; в одном случае оно было остановлено клипированием, в двух – чрескожным прошиванием z-образным швом. В одном случае (0,2%) был поврежден мочевой пузырь в его экстраперитонеальной части; повреждение было диагностировано на следующие сутки после герниопластики и устранено (ушито, наложена эпицистостома), при этом сетчатый трансплантат не извлекался, через 2 недели пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

В послеоперационном периоде у 12 пациентов (2,0%) образовались серомы по ходу семенного канатика в «полости», оставшейся после выворачивания грыжевого мешка, которые были устранены путем пункций (от одной до пяти).

Таких осложнений, как нагноение или отторжение трансплантата, не отмечено. 7 пациентов (1,1%) после лапароскопической герниопластики обратились через некоторое время повторно с рецидивом грыжи, который был устранен герниопластикой по Лихтенштейну.

**Выводы.** Операцией выбора при лечении паховых грыж является лапароскопическая герниопластика, которая позволяет снизить частоту рецидива заболевания за счет предотвращения натяжения тканей, однако и после ее выполнения рецидив возник в 1,1% случаев. В 0,7% при выполнении данной операции возникли интраоперационные осложнения, в 2,0% – серомы семенного канатика.

## **ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ**

Юшкевич А. В.<sup>1</sup>, Серафимов Е. В.<sup>1</sup>, Лапшин М. И.<sup>1</sup>,  
Огарышев А. А.<sup>1</sup>, Ладить И. М.<sup>2</sup>, Хрыщанович В. Я.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>УЗ «Узденская центральная районная больница»

<sup>2</sup>ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** Несмотря на значительные успехи, достигнутые в клинической герниологии, а также большое количество проведенных научных исследований в этой области, проблема лечения послеоперационных вентральных грыж (ПОГ) остается по-прежнему актуальной. За последние 25 лет количество пациентов с ПОГ увеличилось более чем в 9 раз, а частота встречаемости ПОГ занимает второе место из числа всех вентральных грыж, составляя 20-30%. Известно, что после 3% лапаротомий уже в ближайшие сроки происходит формирование грыжевого выпячивания, в то время как, через 3 и более года частота ПОГ достигает 15%. По статистике оперативные вмешательства, направленные на устранение ПОГ, составляют ~10% от количества всех операций, выполняемых в общехирургическом стационаре. Основными причинами увеличения числа пациентов с ПОГ являются неуклонный рост оперативной активности и расширение объема хирургического пособия, высокий удельный вес среди оперированных лиц пожилого и старческого возраста с тяжелым коморбидным фоном (патологией органов дыхания и кровообращения), наличие других факторов риска – избыточной массы тела, сахарного