

выраженную положительную динамику таких показателей, как лейкоцитоз, лейкоцитарный индекс интоксикации Кальф–Калифа, активность аланин- и аспаратаминотрансфераз в послеоперационном периоде. Таким образом, предложенная методика снижает уровень эндогенной интоксикации и цитолитические процессы в печени в послеоперационном периоде у пациентов с механической желтухой.

## ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*Цилиндзь И.Т., Полинский А.А., Жук Д.А.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно»

Гродно, Беларусь

**Актуальность.** По-прежнему не теряет актуальности проблема паховых грыж и их лечение.

Не снижается количество больных, страдающих данной патологией, разрабатываются новые способы герниопластики.

**Цель.** Изучить ближайшие результаты лапароскопической герниопластики при паховых грыжах и пластики натяжным методом по Лихтенштейну.

**Материал и методы.** За последние пять лет в клинике общей хирургии находилось 1030 больных с паховыми грыжами.

Из них оперированы 967 пациентов (93,9%). По причине тяжелой сопутствующей патологии у 6,1% от оперативного пособия решено воздержаться.

Лапароскопическая герниопластика проведена у 421 больного, что составляет 43,5% от числа оперированных.

При этом у 340 больных (80,8%) грыжа была косая. У 81 – прямая (19,2%).

Ненатяжная методика по Лихтенштейну применена у 341 больного, что составило 35,3%.

У 205 пациентов использованы различные классические варианты пластики (21,2%) – Бассини, Постемского.

Выполняем лапароскопическую герниопластику трансабдоминальным доступом, при этом сетчатый трансплантат устанавливаем и фиксируем его скобками преперитонеально, после предварительного отсепа-

вывания брюшины с грыжевым мешком. Сетчатый трансплантат 6–8х10–12 см, раскроенный для помещения нижней его бранши под элементы семенного канатика. «Раскрой» ликвидируем после установки трансплантата путем скрепления обеих браншей скобками. После выполнения данного этапа операции брюшина восстанавливается.

После данного вида вмешательства у 15 больных (3,6%) в послеоперационном периоде через 1–2 недели после выписки отмечено скопление жидкости в виде «ложных кист» пахово-мошоночной области, которые были ликвидированы пункцией «кисты». Потребовалось от 1 до 5 пункций.

У 1 больного (0,24%) произошло повреждение *a.epigastrica inferior*, возникшее кровотечение было остановлено путем прошивания через переднюю брюшную стенку (попытки коагуляции оказались безуспешными).

У 1 больного (0,24%) была повреждена стенка мочевого пузыря (грыжа была рецидивная) при выделении грыжевого мешка. Выполнена лапаротомия, ушивание мочевого пузыря, наложение эпицистостомы.

У 2 больных (0,47%) на первом году после операции возникла острая спаечная кишечная непроходимость, которая разрешена консервативными мероприятиями.

У 3 больных (0,71%) отмечен рецидив грыжи. Больные оперированы, им проведена герниопластика по Лихтенштейну.

При рецидиве отмечено, что нижний край сетчатого трансплантата был оттеснен кверху. Это мы объясняли трудностью фиксации нижнего края сетчатого трансплантата из-за топографо-анатомических особенностей.

Ненатяжная пластика по Лихтенштейну предусматривает укрепление задней стенки пахового канала с помощью синтетического протеза.

Основной принцип пластики пахового канала – сшивание тканей без натяжения.

После удаления грыжевого мешка на всем протяжении отсепааровывают от окружающих тканей семенной канатик. Далее берут полипропиленовую сетку размерами 8х6 см и на одном из ее концов делают небольшой разрез так, чтобы образовались две бранши длиной около 2 см. Сетку укладывают под семенной канатик и фиксируют непрерывным швом вначале к латеральному краю прямой мышцы живота вниз до бугорка лонной кости. Затем этой же нитью ее фиксируют к куперовой и пупартовой связкам, заходя несколько латеральнее внутреннего пахового кольца. Верхний край сетки подшивают к внутренней косой и поперечной мышцам. После этого скрещивают обе бранши протеза вокруг семенного канатика и сшивают между собой, укрепляя внутреннее отверстие пахового канала. Далее ушивают «край в край» края апоневроза наружной косой мышцы живота.

Преимущество данного вида пластики заключается в отсутствии

натяжения сшиваемых тканей, чего невозможно достигнуть ни при одном из классических методов пластики пахового канала.

Следует отметить, что за время наблюдения рецидивов грыж после выполнения пластики по Лихтенштейну отмечено не было.

В послеоперационном периоде у одного больного (0,3%) отмечено обширное кровоизлияние в области операционной раны и у 1 (0,3 %) – нагноение ее.

В обоих случаях данные осложнения удалось ликвидировать консервативными мероприятиями, без повторных вмешательств.

**Выводы.** Лапароскопическая герниопластика в лечении паховых грыж является передовой, высокоэффективной технологией, однако и ей свойственны осложнения и, пусть и малый, процент рецидива.

Альтернативой лапароскопической герниопластике может стать не-натяжная пластика по Лихтенштейну.

## ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*Юшкевич Д.В.<sup>1</sup>, Ладутько И.М.<sup>2</sup>, Глушакевич Д.С.<sup>1</sup>*

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи<sup>1</sup>  
УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»<sup>2</sup>  
Минск, Беларусь

Лечение и диагностика больных с острым нарушением мезентериального кровообращения остается трудной и до конца не решенной задачей. Внедрение в клинику неотложной хирургии возможности выполнения экстренной ангиографии позволило улучшить результаты диагностики и лечения у данной категории больных. На данный момент ангиография является золотым стандартом в диагностике мезотромбоза. Диагностическая ценность ангиографического исследования определяется правильностью выбора методики. Считается, что при острых нарушениях мезентериального кровообращения необходимо применять как аортографию, так и селективную мезентерикографию. Аортография показана при окклюзии 1 сегмента ВБА, пристеночных и восходящих тромбозах аорты с окклюзией устьев брыжеечной артерии, аневризмах аорты. Мезентерикография показана при окклюзии 2–3 сегментов ВБА, а также при неокклюзионных нарушениях висцерального кровообращения и венозных