

ной полости.

3. Выполнение адекватной санации и лаважа брюшной полости.

4. Отсутствие необходимости в назначении наркотических анальгетиков в раннем послеоперационном периоде.

Литературные ссылки

1. Острый аппендицит : учеб. пособ. для студ. мед. вузов, ординаторов, аспирантов, практ. врачей / А.Г. Кригер, А.Ф. Федоров, П.К. Воскресенский, А.Ф. Дронов. – М.: Медпрактика-М, 2002. – 244 с. : рис. – Библиогр. в конце глав. - ISBN 5-901654-11-0 (в пер.);

2. Хирургические болезни. В 2 т. Т.1: учебник для вузов: рек. УМО по мед. и фарм. образ. вузов России / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 601, [2] с.: ил. – Библиогр.: с. [598]-599, предм. указ.: с. [600-603]. - ISBN 978-5-9704-0737-0 (т. 1) (в пер.). - ISBN 978-5-9704-0738-7 (общ.).

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПАХОВАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА: БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КЛИНИКЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

Цилиндзь И.Т.¹, Колешко С.В.¹, Кояло С.И.², Цилиндзь И.И.²
УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»²,
Республика 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.

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%).

Выполняем лапароскопическую герниопластику трансабдоминальным доступом, при этом сетчатый трансплантат устанавливаем и фиксируем его скобками преперитонеально, после предварительного отсепаровывания брюшины с грыжевым мешком. Сетчатый трансплантат 6-8x10–12см, 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 рецидивная) при выделении грыжевого мешка. Выполнены 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 топографоанатомических осложнений.

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