

УДК 616.381-072.1:617.55-007.431

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ ЛАПАРОСКОПИИ
В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ**

Правдиков В. А., Гостев Р. О., Медведев М. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. И. Батюк

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Пациенты с грыжами передней брюшной стенки составляют до 25 % от всех больных общехирургического стационара [1]. С каждым годом увеличивается заболеваемость грыжами среди пациентов хирургического стационара. Это связано с учащением патологий различных органов, а также с ростом метаболических расстройств, приводящих к образованию грыж [2]. Разработан огромный ряд методик с целью устранения грыжевых дефектов. К ним относят натяжные, аутопластические способы, и ненатяжные, сложные реконструктивные операции с использованием искусственных материалов [3]. Перенесенные ранее операции в нижней части брюшной полости, невосприимчивые пахово-мошоночные, и ущемленные грыжи большого размера являются относительными противопоказаниями к лапароскопическому удалению грыж.

Цель

Изучить современные методики в лечении грыж передней брюшной стенки.

Материал и методы исследования

Использовались научные статьи и монографии по вопросу лапароскопии грыж.

Результаты исследования и их обсуждение

Грыжами называют выпячивания органов или их частей, покрытых париетальной брюшиной, через слабые места брюшной стенки [3]. Противопоказаниями к операции являются: острые инфекции, злокачественные новообразования III–IV стадии, острые нарушения мозгового кровообращения, а также острые нарушения коронарного кровотока, гнойничковые заболевания кожи в области оперативного вмешательства, детский и преклонный возраст, беременность на позднем сроке.

Основные этапы операции:

- 1) рассечение тканей по слоям в области грыж;
- 2) выделение и ограничение грыжевого мешка;
- 3) вскрытие грыжевого мешка;
- 4) высвобождение содержимого мешка и вправление его в брюшную полость;
- 5) прошивание и перевязка мешка на уровне сращения;
- 6) удаление грыжевого мешка;
- 7) десуфляция и ушивание брюшной стенки.

Операция начинается после диагностики введением двух рабочих троакаров: троакар диаметром 12 мм вводят латеральнее прямой мышцы живота справа на уровне или ниже пупка, второй троакар диаметром 5 мм вводится слева симметрично. Пациент переводится в положение Тренделенбурга, так как в этом положении кишечник не мешает манипуляциям в паховой области. Лапароскопический зажим вводится через троакар диаметром 5 мм, через второй троакар вводятся диатермические ножницы. Ножницами рассекается париетальная брюшина в области грыжевого выпячивания от подвздошных остей до лобкового симфиза. Брюшина отслаивается кверху и книзу так, чтобы поперечная мышца живота и паховая складка были обнажены, однако следует быть осторожным во время манипуляции над нижними надчревными сосудами. Грыжевой мешок

инвагинируется в брюшную полость. На верхушке грыжевого мешка может располагаться предбрюшинная липома, которую необходимо удалить. Сетчатый протез помещается в сформированное окно брюшины и расправляется зажимом таким образом до полного перекрытия грыжевого дефекта. После расправления сетчатый протез фиксируется с помощью герниостеплера к верхней лобковой связке, а затем к прямым и косым мышцам живота. В настоящее время сетчатый протез фиксируют как герниостеплером, накладывающим скобки, так и герниостеплером, вкручивающим проволочные фиксаторы в виде спирали.

Окончательным этапом операции является проведение десуфляции, а затем послойное ушивание операционной раны: ушивается послойно апоневроз, брюшная стенка, затем швы накладываются на кожу по периметру пупочного кольца, накладывается асептическая повязка [3].

Выводы

Важным аргументом в пользу лапароскопической операции является возможность выполнения симультантного вмешательства на органах брюшной полости, особенно если грыжа и зона другой операции расположены в разных этажах брюшной полости. Грыжи множественной локализации также легче оперировать лапароскопически. Кроме того, наблюдаются отрицательные стороны лапароскопической герниопластики: высокая себестоимость; сложность технического выполнения; возможны такие серьезные осложнения, как повреждение мочевого пузыря и кишечника, кровотечение, спаечная непроходимость кишечника, эрозия сетчатого протеза в мочевой пузырь и кишечник.

ЛИТЕРАТУРА

1. Результаты хирургического лечения больных с первичными срединными грыжами передней брюшной стенки / Д. А. Благовестнов [и др.] // Матер. науч.-практ. конф., приуроченной к 20-летию Клинического госпиталя МСЧ ГУВД по г. Москве. — М., 2009. — С. 171–173.
2. Шурыгин, С. Н. Пластика грыж передней брюшной стенки с использованием синтетических полимеров (экспериментально-клиническое исследование) / дис. ... д-ра мед. наук / С. Н. Шурыгин. — М., 2006. — С. 7–9.
3. Тимошин, А. Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки / А. Д. Тимошин, А. В. Юрасов, А. Л. Шестаков. — М.: Триада X, 2003. — 144 с.

УДК 616.33/.329-005.1-08

ТАКТИКА ПРИ НЕЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Ратомская Я. В., Филимонов П. А.

Научный руководитель: к. м. н., доцент А. В. Богданович

**Учреждение образования
«Витебский государственный медицинский университет»
г. Витебск, Республика Беларусь**

Введение

Проблема гастродуоденальных кровотечений остается на сегодняшний день одной из наиболее актуальных в медицине [1]. В 70-х гг. прошлого столетия среди гастродуоденальных кровотечений (ГДК) доминировали язвенные — до 60–75 %. Однако в последние годы появились сообщения о снижении частоты язвенного кровотечения в структуре всех ГДК [2]. Этот факт обусловлен успехами фармакологии в лечении язвенной болезни, увеличением числа пациентов острыми язвами и эрозиями, обусловленных широким применением ulcerогенных лекарственных средств.