

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ И НЕНАТЯЖНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

*Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)*

### ЦЕЛЬ

В хирургической практике оперативные вмешательства при паховой грыже остаются одними из наиболее часто выполняемых. Целью исследования явилось изучение эффективности применяемых в настоящее время методик операций при паховых грыжах.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В нашей клинике применяются все виды оперативных вмешательств при паховых грыжах. За 2004 г. доля традиционных вмешательств (E. Bassini, Postempsky, McVay, Shouldice) составляет 61,0 % (58 наблюдений), открытая герниопластика по I. Lichtenstein — 29,4 % (28 наблюдений), лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика по методике J. Corbit и R. Fitzgibbons — 9,45 % (9 наблюдений). Возраст больных варьировал от 19 до 80 лет и в среднем составил  $41,2 \pm 7,4$  года. Большую часть оперированных при традиционных способах пластик составили мужчины. Открытая герниопластика по I. Lichtenstein выполнялась только мужчинам.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Показанием к выполнению открытой герниопластики по I. Lichtenstein считаем рецидивные, большие и гигантские паховые грыжи, пахово-мошоночные грыжи и значительное разрушение задней стенки пахового канала. Также считаем целесообразным выполнение этого вида пластики у пациентов пожилого и старческого возраста. Традиционные вмешательства показаны женщинам, пациентам молодого возраста в связи с тем, что синтетический материал в растущем организ-

ме может привести к функциональным нарушениям и рецидиву грыжи. Мы считаем, что лапароскопическая герниопластика показана мужчинам трудоспособного возраста с небольшими размерами грыжевых ворот, она осуществляется специальным полипропиленовым имплантантом, который фиксируется к тканям степлером без сшивания перитонеальных и мышечно-апоневротических структур. В настоящее время лечение лишь 9,45 % больных с паховой грыжей с помощью лапароскопической методики объясняется высокой стоимостью техники и несколько большей продолжительностью операции, хотя вследствие более короткого пребывания пациента в стационаре и более быстрого возвращения к трудовой деятельности общие расходы на лечение по этой методике снижаются. Длительность операций при использовании различных способов пластики значительно не различается. Послеоперационный период у пациентов с традиционными способами пластики осложнился в 3,4 % наблюдений серомой послеоперационного шва. У пациентов после герниопластики по I. Lichtenstein послеоперационный период в 3,5 % наблюдений осложнился также серомой. Частота осложнений при сравнении различных способов пластик не значима. Рецидива грыж за этот период времени не наблюдали.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, дифференцированный подход к больным с паховыми грыжами позволяет выработать индивидуальную тактику оперативного лечения, что обеспечивает рациональное использование каждой методики с достаточно хорошими отдаленными результатами.

**В.В. Юрченко**

## ВОЗМОЖНОСТИ НАЗОБИЛИАРНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ПЕЧЕНИ

*Городская больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича (Красноярск)*

Наружное желчеистечение в ранний послеоперационный период после хирургического ушивания травм печени является одним из осложнений, встречающимся, как правило, при неадекватном функционировании холецистостомы. Основным направлением лечения данных состояний является

декомпрессия желчных протоков, достигаемая посредством эндоскопической папиллосфинктеротомии как оперативного вмешательства внутреннего дренирования желчнопротоковой системы. Определенное усиление декомпрессивного эффекта возможно получить установлением назобилиарно-