

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-

го дренирования с активной аспирацией желчи, позволяющей не только снизить до минимума давление желчи в протоках, но и достигнуть отрицательного градиента давления. Специфическим моментом проведения эндоскопических вмешательств в данных ситуациях являются незначительные размеры большого дуоденального сосочка и узкий общий желчный проток. Это объясняет необходимость в высокой квалификации эндоскописта, выполняющего папиллосфинктеротомию, и особую конструкцию фиксирующего компонента назобилиарного дренажа (общепринятый способ фиксации за счет антирефлексивных зазубрин и «свиного хвоста» неприемлем из-за незначительного свободного пространства просвета желчных протоков, не позволяющего адекватно раскрыться данному фиксирующему элементу). Предложенный автором назобилиарный дренаж фиксируется за счет дугообразного искривления его дистального конца. Назобилиарный дренаж и активную аспирацию по нему устанавливаем в первые сутки пос-

ле возникновения наружного желчеистечения. При необходимости ретроградным введением контраста можно получить визуализацию желчных протоков и дефекта печени, являющегося причиной желчеистечения. Прекращение наружного желчеистечения достигается на первые-вторые сутки после установления дренирования. Дренаж удаляется на пятые-седьмые сутки после установки, после чего для пролонгации дренирующего эффекта проводим установку эндопротезов гепатикохоледоха. Автором проведено 15 эндоскопических дренирований желчных протоков по вышеназванным показаниям. Осложнений не отмечалось. В одном наблюдении имело место неоднократное формирование перегиба дренажа с прекращением его функционирования, после чего проводилась повторная его установка.

Таким образом, назобилиарное дренирование с активной аспирацией желчи является эффективным лечением наружного желчеистечения после ушиваний травм печени.

В.В. Юрченко

ДИАГНОСТИКА ТРАНЗИТОРНОЙ ГЕМОБИЛИИ

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

Гемобилия является достаточно редко встречающимся в клинической практике синдромом, одной из причин возникновения которого является травма печени. Гемобилия может протекать как в постоянной форме, так и транзиторно. Постоянную форму не представляет труда диагностировать с помощью обычной дуоденоскопии. Несколько сложнее диагностировать транзиторную форму гемобилии, особенно, если у пациента имеют место другие потенциальные источники кровотечения — эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Попадающая на поверхность эрозий или язв кровь может оставлять на ней следы гематина, «симулирующего» кровотечение с поверхности эрозивно-язвенного поражения. Обнаружить транзиторную гемобилию периодически эндоскопическими осмотрами представляется достаточно проблематичным. При данных ситуациях определенную помощь может дать эндоскопическое назобилиарное дренирование. Основная проблема этого способа диагностики — необходимость в проведении эндоскопической папиллотомии. Это вызвано возможностью блокады устья главного панкреатического протока стенкой назобилиарного дренажа. Рассечение сфинктера большого дуоденального сосочка для проведения назобилиарного дренажа в подобных ситуациях не требуется, поэтому папиллотомия должна проводиться максимально осторожно до визуализации

устья главного панкреатического протока. После возникшего в результате папиллотомии разобщения устьев панкреатического и общего желчного протоков поводится назобилиарное дренирование. Назобилиарный дренаж при этом целесообразно проводить до уровня ворот печени и даже на 2–3 см выше с учетом незначительной дислокации его в двенадцатиперстную кишку после удаления эндоскопа. Фиксация дренажа в желчных протоках может осуществляться как зазубринами, так и изменением кривизны его дистального участка, причем второй способ фиксации предпочтительней, так как не повреждает слизистую оболочку дистального отдела общего желчного протока при удалении дренажа. Для ускорения диагностического результата оправдано создание активной аспирации через наружное отверстие назобилиарного дренажа. Наблюдение обычно осуществляется в течение 2–3-х суток. При ретроградном контрастировании желчных протоков, проведенном через назобилиарный дренаж, возможна визуализация дефекта печени, вызывающего гемобилию.

По данному показанию автором проведено в течение 10 лет 8 назобилиарных дренирований. В 5 наблюдениях (62,5 %) была диагностирована гемобилия.

Таким образом, проведение назобилиарного дренирования может служить эффективным методом диагностики гемобилии.