

**М.И.Васильченко, А.П.Кошевой, В.С.Лесовик, А.И.Суханов** — Сочетанные операции при варикозном расширении вен пищевода и желудка.

Под наблюдением находились 119 больных *портальной гипертензией* (ПГ), которым были проведены хирургические и эндоскопические вмешательства с 1984 по 2008 г. При угрозе развития геморрагии из *варикозно расширенных вен* (ВРВ) пищевода и желудка операцией выбора в плановом порядке служило портокавальное шунтирование в сочетании с азигопортальным разобщением в модификации клиники, которое выполнили у 20 больных. Из них 13 пациентов страдали циррозом печени (группа А по Child–Pugh) и 7 — внепеченочной ПГ.

Прямая операция на ВРВ (патент РФ № 2188592 от 10.09.2002 г.) направлена на разобщение коллатералей в области пищевода и желудка с выполнением селективной проксимальной ваготомии, перевязки левой желудочной артерии и вены, коротких вен желудка и формированием полноценного запирающего механизма эзофагокардиального перехода с целью устранения гастроэзофагеального рефлюкса, профилактики и лечения воспалительных изменений пищевода и желудка, снижения частоты рецидивов пищеводно-желудочных кровотечений.

Декомпрессионный эффект сочетанной операции проявлялся уменьшением степени выраженности ВРВ в послеоперационный период с III–IV до I–II. Выявлено уменьшение и исчезновение воспалительных и трофических изменений слизистой оболочки пищевода и желудка.

Послеоперационные осложнения после сочетанных операций отмечены у 10 (50%) больных. Летальных исходов не было. Тромбоз правой коронарной артерии зарегистрирован у 1 (5%) пациента. Рецидив кровотечения не наступил вследствие своевременного выявления осложнения, назначения полного объема антикоагулянтной терапии и устранения при сочетанной операции возможности для реализации повышения давления в портальной системе при этом осложнении с помощью проведенной наиболее полной разобщающей операции. В 1 (5%) случае после дистального спленоренального шунтирования развился острый панкреатит. Своевременная диагностика осложнения, адекватное консервативное лечение, проведение антикоагулянтной и дезагрегантной терапии позволили избежать нарушения проходимости анастомоза с развитием рецидива кровотечения.

На фоне удовлетворительной функции сосудистого шунта, верифицированной при проведении ультразвукового исследования с дуплексным сканированием, у 1 (5%) больного циррозом печени регистрировали рецидив кровотечения из ВРВ пищевода. Гемостаз был достигнут с помощью проведения комплекса консервативных мероприятий.

Печеночная недостаточность зарегистрирована у 5 (38,5%) больных циррозом из 13, причем степень ее выраженности была легкой. У этих пациентов также отмечено появление асцитической жидкости в брюшной полости, которая отделялась по дренажам, и нарастание ее отделения.

Не отмечено ни одного случая развития выраженной острой энцефалопатии. Энцефалопатия I стадии была выявлена после операции у 1 (5%) больного циррозом. Из числа общехирургических осложнений у 1 (5%) пациента отмечена серома в области послеоперационной раны.

У 8 из 20 пациентов (40%) — биохимические маркеры (билирубин, трансаминазы) свидетельствовали об ухудшении функционального состояния печени, а энцефалопатия в субклинической стадии отмечена у 9 (45%). Данные изменения к осложнениям отнесены не были. Печеночная недостаточность, а также проявления нарушений функций печени у пациентов поддавались медикаментозной коррекции и были устранены назначением консервативной терапии.

Таким образом, следование показаниям для парциального шунтирования и учет максимального числа факторов риска рецидива кровотечения позволили при сочетанной операции значительно снизить вероятность развития геморрагии, требующей повторных вмешательств, избежать тромбоза анастомозов, ведущих к фатальным кровотечениям, некорректируемой печеночной недостаточности и летальных исходов в послеоперационный период.

Из 20 больных, выписанных из стационара, отдаленные результаты были изучены у 18. Сроки наблюдения составляют от 1 года до 6 лет.

Следовательно, использование предложенной *методики сочетанной операции у больных с внутрипеченочной и внепеченочной ПГ* позволило в сроки до 6 лет предупредить рецидивы кровотечения у 94,5% больных, избежать портосистемной энцефалопатии у



83,3% больных и связанных с ними летальных исходов. Методом выбора хирургического лечения при расширении вен пищевода и желудка является сочетанная операция азиатического разобщения в модификации клиники и парциального портокавального

шунтирования, позволяющая совместить их преимущества, сократить число рецидивов кровотечения в послеоперационный период, исключить повторные хирургические вмешательства и летальность, связанную с рецидивом геморрагии.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК [616.34-007.43-031:611.957]-089

М.И.Васильченко, В.В.Серебренников, А.И.Баранов, А.В.Бородич — Лечение паховых грыж из минидоступа в амбулаторных условиях.

Проблема хирургического лечения *паховых грыж* (ПГ) остается на сегодняшний день актуальной, что связано с широкой распространенностью данного заболевания. Грыжами передней брюшной стенки страдают 6–7% населения, на долю ПГ приходится до 70%.

Грыжесечения по поводу ПГ составляют 15–25% всех хирургических вмешательств, выполняемых в общехирургических стационарах. Однако недостаточно освещен вопрос хирургического лечения ПГ в амбулаторных условиях. Опыт применения подобных вмешательств мал и нуждается в дальнейшем изучении.

Цель исследования — оценка результатов выполнения операции грыжесечения при ПГ из *минидоступа* (разрез менее 5 см) в амбулаторных условиях. В основе работы лежат результаты хирургического лечения 81 больного ПГ в возрасте от 21 года до 76 лет с 2001 по 2007 г. в хирургическом отделении *медицинского лечебно-профилактического учреждения городской клинической больницы* — МЛПУ ГКБ № 1 и в центре амбулаторной хирургии МЛПУ ГКБ № 2 (г. Новокузнецк).

Пациенты были разделены на две группы: основную — 35 больных, оперированных по разработанному авторами способу в условиях центра амбулаторной хирургии, и контрольную — 46 пациентов, оперированных по способу Лихтенштейна в хирургическом отделении стационара МЛПУ ГКБ № 1.

Группы сравнения были однородны по возрасту, полу, характеру профессиональной деятельности, виду паховых грыж. Результаты оценивали по длине кожного разреза, продолжительности вмешательства, выраженности болевого синдрома в ранний послеоперационный период, числу послеоперационных осложнений в ранний послеоперационный период, числу рецидивов заболевания. При выполнении операции использовали ретрактор оригинальной конструкции (патент РФ на изобретение № 2207068 от 27 июня 2003 г.), позволяющий обеспечить

грыжесечение при паховых грыжах из минидоступа.

Больному в положении лежа на спине выполняется ультразвуковое исследование высокочастотным датчиком 7 МГц. На коже маркируется проекция от нижней границы внутреннего пахового кольца в направлении к лонному бугорку. Проводится линейный разрез кожи 3–3,5 см, начинающийся от метки и имеющий направление параллельно паховой связке к лонному бугорку. Рассекаются подкожная жировая клетчатка и апоневроз наружной косой мышцы соответственно разрезу кожи. В нанесенный разрез вводится клинок ретрактора. Тракцией за рукоять ретрактора вверх создаем операционное поле в области пахового промежутка. Мобилизуется и берется на турникет семенной канатик.

Содержимое грыжевого мешка вправляется в брюшную полость без мобилизации и вскрытия грыжевого мешка. При пахово-мошоночной грыже грыжевой мешок выделяется по передней стенке, рассекается до дна без удаления брюшины и прошивается у основания. Далее следует основной этап операции — выполнение ненапряжной пластики задней стенки пахового канала протезом из полипропиленовой сетки. Во всех случаях в качестве эксплантата использовалась сетка «Линтекс-Эсфил (1-010)» фирмы «ЛИНТЕКС» (Санкт-Петербург).

Протез выкраивается соответственно размерам, в среднем 5×10 см, и формы пахового промежутка. Ретрактором максимально поднимается передняя стенка пахового канала, что делает доступным визуальный осмотр анатомических структур, необходимых для фиксации протеза: пупартова связка, лонный бугорок, влагалище прямой мышцы живота, свободные края внутренней косой и поперечной мышц. Семенной канатик поднимается следом посредством тракции за турникет. Сетка укладывается под семенной канатик, закрывая собой паховый промежуток. Одиночными узловыми швами фиксируется к лонному бугорку, к краю влагалища пря-