



83,3% больных и связанных с ними летальных исходов. Методом выбора хирургического лечения при расширении вен пищевода и желудка является сочетанная операция азиатского 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 ненатяжной 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-



мой мышцы живота, к краю внутренней косой и поперечной мышц живота и медиальной половины пупартовой связке. Протез фиксируется не рассасывающимся шовным материалом — полипропиленовой нитью диаметром «0» узловыми швами. В фиксированном протезе без его деформации выкраивают отверстие, соответствующее диаметру семенного канатика над внутренним паховым кольцом. Выводят семенной канатик. Одним-двумя узловыми швами восстанавливается целостность сетки и заканчивается ее фиксация в латеральной половине пупартовой связки. Направленный интенсивный световой пучок позволяет четко визуализировать точки фиксации полипропиленового протеза. Контроль гемостаза, ушивание апоневроза наружной косой мышцы, подкожной жировой клетчатки без дренирования.

Длина разреза кожи у пациентов обеих групп варьировала в зависимости от вида грыжи и выраженности подкожной жировой клетчатки. У пациентов основной группы изначально выполнялся разрез длиной 3 см и при необходимости расширялся до 3,5 см. Использование оригинального ретрактора позволило уменьшить длину кожного разреза при паховом грыжесечении более чем в 2,4 раза (в основной группе длина разреза в среднем 3,4 см, в контрольной — 8,4 см). Средняя продолжительность операции из минидоступа в основной и в контрольной группах была чуть более 45 мин. В ранний послеоперационный период в каждой группе у 2 пациентов

возникли сходные осложнения — серомы в области послеоперационных швов с дальнейшим инфицированием. Пациенты основной группы в первые сутки не получали наркотических анальгетиков. Обезболивание проводилось ненаркотическим анальгетиком кеторолом (2 мл внутримышечно) однократно. Пациенты основной группы были информированы по поводу обезболивания, проводимого самостоятельно в домашних условиях. Они принимали кеторол по одной таблетке два-три раза в день в зависимости от выраженности болевого синдрома; 3 пациента не принимали анальгетики из-за отсутствия болевого синдрома в покое.

Пациенты контрольной группы получали наркотические анальгетики (промедол 1% 1 мл внутримышечно) от двух до трех раз в первые сутки в зависимости от выраженности болевого синдрома. Параллельно вводили ненаркотические анальгетики парентерально. В то же время при оценке интенсивности болевого синдрома с помощью 5-балльной вербальной шкалы в основной группе он был выражен значительно меньше ($p < 0,05$). Сроки временной утраты нетрудоспособности в основной группе составили 17,5 сут, в контрольной — 28,3 сут. Оценка качества жизни, связанная со здоровьем, проводимая перед операцией и через 6 мес после нее, показала отсутствие значимых различий в обеих группах. В сроки наблюдения до 6 лет в обеих группах у оперированных больных рецидивов заболевания не установлено.

© О.И.КОНОВАЛОВ, А.В.СИМОНЕНКО, 2009

УДК 616.147.17-007.64-089

О.И.Коновалов, А.В.Симоненко — Новый способ подслизистой геморроидэктомии.

Актуальность проблемы выбора способа операции по поводу геморроя у пациентов обусловлена, в первую очередь, частотой осложнений в ранний послеоперационный период, а также их наличием в отдаленные сроки.

У 34–41% пациентов после геморроидэктомии возникает выраженный болевой синдром, у 2% — кровотечения, у 15–26% — дизурические расстройства. Гнойно-воспалительные осложнения развиваются у 2% оперированных. Стриктуры анального канала формируются у 2% больных в поздний послеоперационный период, а у 1% выявляется недостаточность анального сфинктера (Савченко Ю.П., 2003).

Частота и выраженность этих расстройств находятся в прямой зависимости от вида выбранной методики геморроидэктомии (Ривкин В.Л. и соавт., 2004). Количество дней нетрудоспособности после геморроидэктомии

составляет в среднем 4 нед. Для снижения числа послеоперационных осложнений после геморроидэктомии нами разработан, внедрен в практику и успешно применяется новый способ подслизистой геморроидэктомии с полным восстановлением слизистой оболочки подслизистыми швами (патент РФ на изобретение № 2004111316/14(012094).

Начинают иссечение с внутреннего узла, расположенного на 3 ч по условному циферблату. Внутренний геморроидальный узел захватывают окончатым зажимом и производят тракцию узла наружу таким образом, чтобы контурировалась ножка узла. Затем выполняют два полуовальных разреза слизистой оболочки по обе стороны от узла, по направлению изнутри наружу.

После этого тупым и острым путем освобождают основание узла от слизистой оболочки, выделяют в подслизистом простран-