

тов, пролеченных после 2006 года, умер 1 пациент (1,8 %) – Хронически панкреатит класс С по Buchler (пилефлебит, милиарные абсцессы печени). Все остальные больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Общая летальность составила 3 %.

Выводы.

1. Интервенционное УЗИ – высокоэффективный малоинвазивный метод лечения абсцессов печени, в большинстве случаев являющийся самодостаточным.

2. Использование пункционного способа лечения абсцессов печени небольшого размера доказало свою эффективность.

3. Владение диагностическим и интервенционным УЗИ становится в настоящее время обязательным навыком в практике современного хирурга.

ГЕРНИОПЛАСТИКА ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Стебунов С. С.

Медицинский центр «ЛОДЭ»,

г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Паховые грыжи являются одним из самых распространенных хирургических заболеваний среди мужчин. Несмотря на то, что в настоящее время известно около 300 различных вмешательств при паховых грыжах, проблема лечения этой патологии, особенно у лиц пожилого и старческого возраста остается актуальной. Актуальность выбора метода грыжесечения обусловлена высокой частотой распространения паховых грыж (3–7 % мужчин), высоким числом рецидивов (10–14 % при первичном вмешательстве). Основным направлением современной герниологии является применение «ненатяжных» герниопластик лапароскопическим и открытым методами. Среди открытых операций в последнее время широко используем методику по Лихтенштейну.

Цель. Изучение непосредственных и отдаленных результатов применения герниопластики по Лихтенштейну у пациентов с паховыми грыжами.

Материалы и методы. Представляем опыт выполнения герниопластики по методике Лихтенштейна у 153 пациентов с паховыми грыжами. Возраст пациентов от 18 до 85 лет (средний возраст составил 64,6 года). Более половины из них лица трудоспособного возраста. Подавляющее большинство (89 %) – мужчины. По поводу косых паховых грыж оперировано 105 пациента (68 %), по поводу прямых – 48 (32 %). Рецидивных грыж было 43, пахово-мошоночных – 29. Применялись различные виды анестезий: общее обезболивание – 32, перидуральная анестезия – 69, местное обезболивание – 52.

Результаты и обсуждение. Продолжительность операции колебалась от 25 до 90 минут. С приобретением опыта длительность операции значительно сокращалась. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 6 (4 %) пациентов: отек мошонки – 2, серома послеоперационной раны – 2, гематома мошонки – 1, преходящая парестезия кожного нерва бедра – 1. Гнойно-воспалительных осложнений и осложнений, потребовавших удаления аллотрансплантата, мы не наблюдали. Количество известных нам рецидивов в группе оперированных больных при анализе в период от 1 года до 12 лет составило 3 (2 %). Количество рецидивов при той или иной методике обычно служит для хирурга главным критерием оценки преимуществ метода. Полученные нами цифры еще раз убеждают в преимуществах методики Лихтенштейна.

Большую часть оперированных больных выписывали в течение первых суток после операции. Если операция проводилась под местным обезболиванием, то время наблюдения чаще всего ограничивалось 2 часами, перидуральная и общая анестезия требовали, как правило, точного наблюдения.

Герниопластика по Лихтенштейну выбрана нами в качестве операции выбора по следующим причинам: она технически проста в выполнении, имеет малую травматичность, минимальное количество осложнений и рецидивов, является «ненатяжной» методикой, послеоперационная боль легко купируется ненаркотическими анальгетиками, реабилитация после нее быстрая. Кроме этого, данный вид герниопластики может быть выполнен под разными видами анестезии, в том числе и под местным обезболиванием без наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде, что особенно важно у лиц пожилого и старческого возраста, а также при повышенном операционно-анестезиологическом риске.

Выводы. Наш опыт и полученные данные свидетельствуют, что методика укрепления задней стенки пахового канала по Лихтенштейну, благодаря простоте выполнения под разными видами анестезий, отсутствия натяжения тканей, низкой частоте осложнений и рецидивов, быстрому периоду реабилитации и раннему возвращению трудоспособности, предпочтительнее других традиционных методик и широко внедряться в клиническую практику.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ФУНДОПЛИКАЦИЯ ПО НИССЕНУ В ЛЕЧЕНИИ ГАСРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Стебунов С. С.

*Медицинский центр «ЛОДЭ»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. В настоящее время гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) считается одним из самых распространенных