

плазии соединительной ткани у лиц, имеющих паховые грыжи.

2. Наиболее выражены эти изменения у пациентов с пахово-мошоночными грыжами и у пациентов с прямыми паховыми грыжами.

Для профилактики рецидива грыжи у пациентов с количеством признаков дисплазии соединительной ткани более 5 целесообразно выполнять ненатяжную пластику пахового канала.

СИНДРОМ МИРИЗЗИ (ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА)

Батвинков Н.И.¹, Васильчук Л.Ф.², Шило Р.С.¹, Давыдов Ю.В.¹, Сыч Т.Ю.¹

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²

Гродно, Беларусь

Впервые указанный синдром описан в 1948 году аргентинским хирургом Pablo Luis Mirizzi. Заболевание объяснялось спазмом и воспалительными изменениями стенок общего печечного протока в ответ на вколоченный конкремент в области шейки желчного пузыря. В 1982 году Mc Sherry выделил второй тип синдрома, при котором наблюдается образование пузырно-гепатикохоледохеального свища. A. Gsendes et al (1989) уточнил классификацию синдрома Мириizzi, согласно которой имеется четыре его типа в зависимости от степени разрушения стенки гепатикохоледоха. Классификация В.С. Савельева и В.И. Ревякина (2003) наиболее полно отражает анатомические и клинические варианты указанного заболевания. Распространенность этого серьезного осложнения желчнокаменной болезни варьирует от 0,2 до 2,7%. Отсутствие характерной симптоматики вызывает затруднение при постановке диагноза, поэтому синдром Мириizzi чаще всего диагностируют во время операции.

Материалы и методы. Анализируемый материал обобщает опыт лечения 18 пациентов с синдромом Мириizzi. Во всех случаях заболевание было верифицировано во время оперативного вмешательства. Женщин было 16, мужчин – 2. Возраст пациентов варьировал от 35 до 79 лет. В большинстве случаев (11) отмечалась желтуха с признаками острого холангита. Тяжелые сопутствующие заболевания имели место у 8 пациентов. Среди методов дооперационного исследования применялись: УЗИ, ЭРХПГ, МРТ. В последние годы используются также рентгенохирургические методы диагностики и лечения.

Результаты и обсуждение. Основными рентгенологическими симптомами, свидетельствовавшими о возможном наличии синдрома Мириizzi, явились сдавление и дислокация гепатикохоледоха, что было обусловлено наличием конкрементов в области шейки желчного пузыря, расширением печеночных протоков при отсутствии изменений в дистальных отделах холедоха. Несмотря на наличие у 7 пациентов II–III типов синдрома Мириizzi, не представилось возможности до операции диагностировать указанную патологию, хотя применялись и рентгенохирургические методы диагностики, что было обусловлено закрытием свищевого хода конкрементом, имитировавшим опухоль Клатскина. Аналогичная ситуация наблюдалась у 2 пациентов при IV типе синдрома.

На сегодняшний день нет единой общепринятой тактики в отношении хирургического лечения указанного заболевания. Все пациенты были подвергнуты операции лапаротомным доступом, при этом в подпеченочном пространстве обычно определялся плотный инфильтрат, что затрудняло дифференциацию элементов печечно-двенадцатиперстной связки, анатомия желчных протоков была значительно искажена. Чаще всего желчный пузырь был склерозирован, в просвете его находились мелкие конкременты или один больших размеров. В одном наблюдении конкремент диаметром 2,5 см располагался возле ворот печени при полной деструкции стенок желчного пузыря. У всех пациентов имелся стеноз большого дуоденального сосочка. При синдроме Мириizzi I типа производилась холецистэктомия, холедохолитотомия, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия с наружным дренированием желчных протоков. У 4 пациентов произведена холецистэктомия с наложением швов на свищевое отверстие с использованием тканей шейки желчного пузыря и дренирование гепатикохоледоха через отдельный его разрез с целью декомпрессии билиарных протоков. В трех случаях вынуждены были произвести субтотальную холецистэктомию с пластикой желчного протока оставшейся частью желчного пузыря. Наиболее сложная ситуация наблюдалась у двух пациентов, когда на холангиограммах, выполненных чрескожным чреспеченочным доступом, в зоне перехода общего желчного протока в холедох определялась округлая тень, что не исключало конкремент и новообразование. Во время операции было установлено полное разрушение стенок гепатикохоледоха (IV тип синдрома) вследствие сдавления ткани конкрементом больших размеров. В одном случае был сформирован гепатикоеюноанастомоз, в другом – из-за гнойно-воспалительного процесса выполнить эту операцию не представилось возможным. Учитывая топографоанатомические особенности структур в зоне печечно-двенадцатиперстной связки, когда имелось одновременное созревание грануляционной и соединительной ткани, произведена

пластика гепатикохоледоха на каркасном дренаже, один конец которого был выведен наружу.

Среди послеоперационных осложнений встретились микроинфаркт миокарда, локальное истечение желчи, тромбоэмболия мелких ветвей легочных артерий. Летальных случаев не было.

Таким образом, разработка современных рациональных алгоритмов диагностики и лечения синдрома Миризи позволяет избежать травм желчных протоков во время операции и уменьшить количество послеоперационных осложнений.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

Логащ Е.И., Рычагов Г.П., Гинюк В.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра общей хирургии
УЗ «Городская клиническая больница № 3»
Минский городской центр колопроктологии
Минск, Беларусь

Актуальность. Об актуальности проблемы геморроя во всем мире говорит высокое число пациентов – 4,4–36,4% населения [1, 2, 6]. Разнообразие методик, большое количество научных работ говорит о том, что до настоящего времени нет универсального метода лечения.

Принципиально новым методом лечения является фотодинамическая терапия (ФДТ). ФДТ имеет обширный потенциал для использования во многих областях медицины, но такие уникальные ее свойства, как селективное действие, низкий риск местных и системных осложнений, возможность многократного применения [3, 5]. Однако ФДТ для лечения геморроя до сих пор не нашла применения.

Цель исследования: улучшение результатов лечения геморроя при использовании ФДТ.

Материалы и методы. В работе использован многоцветный фототерапевтический комплекс «Ромашка», основанный на сверхъярких светодиодах, и фотосенсибилизатор (ФС) «Фотолон». В основу работы положен анализ результатов обследования и лечения 66 пациентов с геморроем 2–3 ст., госпитализированных в отделение проктологии для оперативного лечения. В зависимости от способа лечения все больные были разделены на три группы: 1 – 24 пациента, пролеченные методом ФДТ,