

Таким образом, сам факт наличия гнойного холангита не исключает возможности формирования билиодигестивного соустья. Все зависит от состояния стенок желчных протоков. Если они позволяют надежно накладывать швы, то необходимо первично применить реконструктивную операцию.

Среди малоинвазивных вмешательств использовались ЭПСТ с литоэкстракцией, эндоскопическая дилатация и бужирование стриктур билиодигестивных анастомозов с санацией наданастомозных сегментов желчных протоков.

Открытому хирургическому вмешательству подверглось 32 пациента, среди которых у 18 наряду с холецистэктомией выполняли холедохолитотомию и трансдуоденальную папиллосфинктеротомию с наружным дренированием и санацией желчных протоков. Билиодигестивный анастомоз наложен в 11 случаях. У 3 пациентов операция закончилась двойным внутренним дренированием желчных протоков. В двух наблюдениях ранее наложенный билиодигестивный анастомоз врос в ткань печени, что потребовало трансэнтеральной дилатации его на фоне гнойного холангита.

После малоинвазивных вмешательств летальных исходов не было. После открытых операций умерло два пациента, что было обусловлено миллиарными абсцессами печени.

**Выводы.** При наличии острого гнойного холангита в качестве первого этапа необходимо применять малоинвазивные вмешательства, направленные на декомпрессию желчных протоков. При необходимости второго этапа выполняется реконструктивная операция, преимущественно в специализированных клиниках.

#### Литература

1. Абдеев Р.Р. Комплексное лечение гнойного холангита: Автореф. дис. канд. мед. наук. Уфа, 2003.
2. Саморуков Ю.Н., Автореферат к кандидатской диссертации на тему: Современные принципы комплексной терапии острого холангита неопухолевого генеза, Москва, 2005. – С.66-69
3. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г. Билиарный сепсис: некоторые особенности патогенеза // Хирургия. 1999. № 10. С. 24–28.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ФИКСАЦИИ СЕТЧАТОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*Шило Р.С., Визгалов С.А., Карпович В.Е., Янковская А.В.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** В лечении паховых грыж все чаще операцией выбора становится лапароскопическая герниопластика, т.к. она сопровождается незначительным болевым синдромом, ранними сроками реабилитации и быстрым возвращением оперированных больных к трудовой деятельности, по сравнению с «традиционными» грыжесечениями [1,2]. Совершенствование лапароскопической тех-

ники, внедрение в практику хирургов современного оборудования, в т.ч. и лапароскопической 3D стойки, способствовали снижению времени оперативного вмешательства, расширению показаний к лапароскопическому лечению сложных пахово-мошоночных, рецидивных или двухсторонних паховых грыж, а также выполнению симультанных операций. Однако в технике операции дискутабельным по сей день остается вопрос о необходимости фиксации сетки лапароскопическими скобами к мягким тканям передней брюшной сетки.

**Цель.** Проанализировать результаты лапароскопической герниопластики паховых грыж при различных способах фиксации сетчатого трансплантата.

**Методы исследования.** В хирургическом отделении УЗ «Гродненская областная клиническая больница» было оперировано с использованием лапароскопического доступа 35 пациентов с грыжами передней брюшной стенки. Все оперированные пациенты были мужчины в возрасте от 23 до 68 лет. Длительность грыженосительства составила от 1 года до 20 лет.

У 18 пациентов имела место односторонняя прямая или косая канальная паховая грыжа. Двусторонняя прямая паховая грыжа была выявлена у 5 пациентов, двусторонняя косая паховая грыжа - у 4 больных. Сочетание косой и прямой паховой грыжи с контрлатеральной стороны было отмечено у 3 больных. Пахово-мошоночная грыжа была выявлена у 5 пациентов.

Прямые паховые и канальные косые грыжи оперировались лапароскопическим способом по общепринятой методике с трансабдоминальной предбрюшинной установкой сетчатого трансплантата. Операцию выполняли из трех проколов: для лапароскопа - в области пупка, для инструментов – по наружным краям прямых мышц живота на уровне пупка. Разрез брюшины проводили над паховыми кольцами, брюшину тупо отсепаровывали вниз до начала грыжевого мешка. Препаровку тканей в зоне медиального кольца производили до лонной кости. При косых паховых грыжах выделение грыжевого мешка производилось с постоянным контролем целостности семявыносящего протока и сосудистых элементов канатика. Сетчатый трансплантат укладывали в проекции паховых колец. Его фиксацию, в подавляющем большинстве случаев (у 27 пациентов), производили грыжевым степлером через 12 мм троакар. Лапароскопические скобы накладывали по наружно - верхнему контуру сетки, фиксируя ее к плотным структурам. При накладывании скобок избегали зон прохождения нижних эпигастральных сосудов, ветвей nn. Iliioinguinalis et genitofemoralis. У 8 пациентов такой фиксации не выполнялось – сетка после расправления над паховыми ямками укрывалась брюшиной путем накладывания непрерывного шва или же клипс.

**Результаты и их обсуждение.** У всех пациентов в послеоперационном периоде проводилась антибактериальная и противовоспалительная терапия. Длительность послеоперационного периода, независимо от способа фиксации сетчатого трансплантата, после билатеральных лапароскопических герниопластик колебалась от 2 до 4 дней, после симультанных операций – 5-6 дней, что соответствовало срокам реабилитации при операциях по поводу сочетанной патологии.

Наиболее частым и характерным осложнением герниопластики были ложные кисты семенного канатика, которые возникли у 7 больных. Среди них фиксация сетки производилась у 5 пациентов, у 2 – лапароскопические скобы не накладывались. Клинически это проявлялось появлением в проекции наружного пахового кольца округлого неболезненного образования туго-эластической консистенции, невправимого в брюшную полость. В 3 случаях потребовалась пункция содержимого кисты и эвакуация экссудата, у остальных же пациентов кисты редуцировались самостоятельно в сроки от 2 до 4 недель.

Транспозиции сетчатого трансплантата, приводящей к усилению болевого синдрома или же к рецидиву паховых грыж, в наших наблюдениях не было ни в одной из групп пациентов.

**Выводы.** Ближайшие результаты хирургического лечения пациентов с паховыми грыжами свидетельствуют об отсутствии клинически значимых различий течения послеоперационного периода и частоты осложнений у пациентов, которым производилась фиксация сетчатого трансплантата скобами и у пациентов, которым сетка к мягким тканям закреплена не была.

#### **Литература**

1. Пришвин А.П., Сингаевский С.Б. Результаты лапароскопической герниопластики.// Актуальные вопросы герниологии.- Матер. конф., Москва, 9-10 октября, 2002.- С. 45-46
2. Пришвин А.П., Сингаевский С.Б. Оптимизация методики лапароскопической герниопластики при устранении пахово-мошоночных грыж //Эндоск. Хир. 2002.-№3.-с.46

## **ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ И СИНДРОМ РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ**

**Шпак Н.В.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Проблема внезапной сердечной смерти (ВСС) актуальна во всем мире, в том числе и в нашей стране. Ежегодно внезапно умирает от 200 000 до 450 000 человек в странах Европы, в США, в Российской Федерации [1]. При этом частота ВСС имеет тенденцию к увеличению.

В подавляющем большинстве случаев механизмами развития ВСС являются желудочковые тахикардии (около 85%) – желудоч-