

гноный холангит – 7(25,9%), стеноз терминального отдела холедоха – 3(11,1%), перивезикальный абсцесс – 3(11,1%), синдром Миризи II типа – 2(7,4%), синдром Миризи I типа – 1(3,7%), пузырно-тонкокишечный свищ – 1(3,7%), острый геморрагический панкреатит – 2(7,4%).

Результаты и обсуждение

Причинами развития механической желтухи явились следующие причины: холедохолитиаз – 19 (70,4 %), из них в 2 (7,4 %) наблюдениях синдром Миризи II типа; стеноз терминального отдела холедоха – 3(11,1 %); синдром Миризи I типа – 1(3,7 %), острый панкреатит – 2 (7,4 %).

Минидоступные операции выполнены 24(88,9 %) больным механической желтухой. Холецистэктомия из минидоступа в сочетании с холедохолитотомией и дренированием холедоха выполнена 13 (48,1 %) пациентам, холецистэктомия в сочетании с холедоходуоденостомией по Юрашу - Виноградову выполнена – 7 (25,9 %), холецистэктомия и дренирование холедоха 4 (14,8 %) больным. Конверсии на широкую лапаротомию не было.

Традиционным способом из верхней срединной лапаротомии оперированы 3 (11,1 %) больных механической желтухой. Показанием к операции был в одном наблюдении синдром Миризи II типа, в другом – хронический «склероатрофический» калькулёзный холецистит с множественным холедохолитиазом. Традиционная холецистэктомия сочеталась с холедохолитотомией и холедоходуоденостомией по Юрашу - Виноградову у 2 пациентов, дренированием холедоха по Керу - у 1.

Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 3 (11,1%) оперированных больных механической желтухой. У пациентов послеоперационная нижнедолевая очаговая пневмония купирована проведением консервативной терапии. Раневой инфекции, повторных оперативных вмешательств и летальных исходов не было.

Выводы

Таким образом, нарушение проходимости желчных протоков с развитием механической желтухи наблюдалось у 7,0% больных желчнокаменной болезнью, преимущественной причиной явился холедохолитиаз (70,4%). У 88,9% больных механической желтухой восстановление проходимости желчных протоков разрешено с использованием минидоступных операций.

Литература:

1. Фёдоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия. Под ред. В.С. Савельева. – М.: Гэотар медицина, 1998.
2. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. – Москва, 2000. – 139с.
3. Клименко Г.А. Холедохолитиаз. М.: Медицина, 2000. – 224с.
4. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. – Видар, 2006. – 561с.
5. Шулутко А.М., Данилов А.И., Чантурия М.О., Пискунов Д.А., Колесников М.В. Возможности мини-лапаротомии с элементами «открытой» лапароскопии в хирургическом лечении холедохолитиаза. // Эндоскопическая хирургия. – 2000. - №1. – С. 19-24.
6. Савельев В.С. 50 лекций по хирургии. - Москва, 2004. – 752с.
7. Стрекаловский В.П. Старков Ю.Г., Григорян Р.С., Шишкин К.В., Ризаев К.С. Лапароскопическая холецистэктомия при холедохолитиазе стриктуре терминального отдела общего желчного протока. // Хирургия. – 2000. - №9. - С. 4-7.
8. Эмилио Итала. Атлас абдоминальной хирургии. – Москва, 2006. – Т. 1. – 500с.
9. Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Хирургическое лечение холелитиаза: незыблемые принципы, щадящие технологии. // Хирургия. – 2005. - №8. – С. 91-93.

УДК 616.681-007.43-089

УЩЕМЛЁННЫЕ ПАХОВЫЕ ГРЫЖИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

Б. А. Айтмолдин

КГКП "Больница скорой медицинской помощи"

Тўжырым

Қылта жарығының қысылуы сырқатымен ауыратын науқастардың ішінде кәрі немесе жасы 60-тан асқан адамдар саны жоғары екендігі, жедел жәрдем көрсету барысында қаіптіліктің алдын алу және емдеу тәсілін егжей-тегжейлі қабылдау жақсы нәтиже беретіндігі анықталды.

Summary

Among patients with disadvantaged inguinal hernias at the present time a large preponderance of the patients of elderly and senile age, with severe concomitant pathology, the high level of late hospitalization, which significantly increases the risk of emergency вмешательства. таким way, a differential approach to choice of treatment tactics in strangulated hernias allows you to get a good immediate results.

Актуальность проблемы. Наружные грыжи живота являются одними из самых распространенных хирургических заболеваний и встречаются у 3-7 % населения [2,4]. Частота встречаемости грыж в разных странах с годами существенно не меняется. Грыжесечение является наиболее частой операцией в хирургии и составляет 10-15 % от общего числа всех операций [5]. Паховые грыжи выявляются у 1-5 % мужчин и 0,3-2 % женщин, составляя до 80 % от всех видов грыж живота, в США — более 700 000 с

расходами более 30 млрд. долларов [6]. Предложено огромное количество методик пластики пахового канала. А.И. Барышников (1966) упоминает о 300 способах, через 35 лет В.В. Воробьев (2002) сообщил уже о 660 способах грыжесечений, т.е. более чем в 2 раза больше. Проблема поиска и выбора безрецидивного способа хирургического лечения больных с паховыми грыжами была и продолжает оставаться актуальной. Это обусловлено широким распространением заболевания и преимущественным

поражением лиц трудоспособного возраста. От 3 до 7 % мужского трудоспособного населения являются носителями паховой грыжи [4,7]. При паховых грыжах такая пластика реализуется за счет применения сетчатых протезов, лапароскопическим или открытым методом. Лапароскопические способы являются более сложными вмешательствами, требуют длительного времени для освоения и имеют ряд противопоказаний, не присущих открытым методикам.

Среди открытых операций преобладает методика I.L. Lichtenstein, которая имеет наилучшие результаты, а техническая простота и эффективность дают преимущество перед другими пластиками. Автор метода на большом материале демонстрирует прекрасные результаты и отмечает всего 0,2 % рецидивов заболевания. Другие авторы дают сходную статистику. Значительно уменьшилось и количество послеоперационных осложнений — 4,6-6 %. Популярность методики послужила причиной появления большого количества ее модификаций. Одновременно нужно признать, что появление новых способов и предложение целого набора оригинальных протезных конструкций вызваны сохраняющейся неудовлетворенностью хирургов. Актуальность проблемы связана, прежде всего, с сохраняющимся достаточно высоким уровнем рецидивов, до 5,5 %, при паховых грыжах со значительным разрушением структур пахового канала [1,8]. У пациентов мужского пола паховое грыжесечение выполняется в непосредственном контакте с семенным канатиком. При формировании внутреннего пахового кольца может произойти его излишняя компрессия с последующим нарушением кровообращения, отеком семенного канатика и яичка. В результате возможен синдром хронической боли, различные нарушения половой функции и снижение фертильности. В последнее время разными авторами предпринимаются попытки разработать способ выполнения паховой герниопластики из минидоступа [1,3]. Стремления хирургов понятны, это общая тенденция хирургии.

Цель исследования. Проанализировать непосредственные результаты лечения больных старше 60 лет с ущемленными грыжами за период 2010 по 2011 гг.

Материалы и методы. За период 2010 по 2011 год в хирургическом отделении БСМП пролечено в возрасте старше 60 лет 39 больных с ущемленными паховыми грыжами. Всем больным при поступлении проводилось общеклиническое обследование, ЭКГ,

рентгеноскопия органов грудной и брюшной полости. Больные осматривались терапевтом, анестезиологом.

Результаты: у всех больных грыжевое выпячивание не вправлялось в брюшную полость. Следует отметить, что это исследование про-водилось без усилий, памятуя о возможных осложнениях насильственного вправления. Мы придерживаемся принципа: «Лучше признать невправимую грыжу ущемленной и прооперировать, чем ущемленную грыжу признать невправимой». Срок от момента поступления в стационар до операции составил в среднем $3 \pm 1,2$ часа. Пластика выполнена по Пастемскому.

Вывод: Среди больных с ущемленными паховыми грыжами в настоящее время значительно преобладают пациенты пожилого и старческого возраста, с тяжелой сопутствующей патологией, высоким уровнем поздней госпитализации, что значительно повышает риск экстренного оперативного вмешательства. Таким образом, дифференцированный подход в выборе лечебной тактики при ущемленных грыжах позволяет получить хорошие непосредственные результаты.

Литература:

1. Емельянов С. И., Протасов А. В., Рутенбург Г. М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж // Эндоскопическая хирургия. — 2004. — Т. 10, № 2. — С. 23-24.
2. Пути профилактики пахово-генитальной невралгии при устранении паховых грыж / В. Е. Милуков и др. // Герниология. — 2007. № 3 (15). - С. 43-44.
3. Способ обработки грыжевого мешка при косых паховых грыжа / С. В. Шалашов и др. // Герниология. 2008. - № 2 (18). - С. 44-46.
4. Федоров В. Д., Андреев С. Д., Адамян А. А. Принципы хирургического лечения паховых грыж // Хирургия. — 1991. — № 1. С. 59-64.
5. Фомин С. А. Новый косой параректальный мининвазивный доступ при аппендэктомии // Медицинские науки. Теоретическая и экспериментальная медицина. 2008. - № 3. - С. 71-80
6. Marsden A. Recurrent inguinal hernia: A personal study // Brit. J. Surg.- 1988. Vol. 75. - P. 263-266.
7. Usher F. C. Hernia repair with knitted polypropylene mesh // Surg Gynecol Obstet. 1963. - Vol. 117. - P. 239-240.
8. Wantz G. E. Shouldice repair // Contemp. Surg. 1988. - Vol. 33. -P. 15-21.

УДК 616.151+615.211

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОЦИРКУЛЯЦИЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РЕКОФОЛА С ИНГАЛЯЦИОННЫМИ АНЕСТЕТИКАМИ СЕВОРАН И ФОРАН

Х. Ф. Якупова

Государственный медицинский университет, города Семей

Тұжырым

Рекофол және анестетиктер форан, севоранмен үйлестірілгендегі гемоциркуляцияның көрсеткіштерінің салыстырмалы бағасы

Жүрек және қантамырлар жүйесінің паталогиясы бар науқастарға анестезиологиялық көмек жиі актуальді болып келеді. Жүрек және қантамырлар жүйесінің паталогиясымен 25 науқасқа анестезиялық анализ жүргізілді. Үйлестірілген анестезияда қан айналым көрсеткіштері қалыпты жағдайға жақын сақталды.