

печени, выполнена спленэктомия. И в 1 (2,7%) случае ушивались раны печени и кишечника.

Из всех пострадавших с сочетанной абдоминальной травмой умерло 17 (45,9%) пациентов.

Сочетанная абдоминальная травма относится к разряду тяжёлых повреждений и требует экстренного оперативного пособия. Вне сомнения, исход травмы напрямую зависит от сроков доставки пострадавших в стационар, характера травмы и степени шока. Около половины всех повреждений живота при политравме, согласно нашим данным, случается в мирное время при дорожно-транспортных происшествиях; значительное место занимают кататравма и производственный травматизм.

#### *Литература*

1. Абакумов, М.М. Damage control: что нового? / М.М. Абакумов, П.М. Богопольский // Хирургия. – 2007. - № 11. – С. 59-62
2. Багдасарова, Е.А. Тактика лечения повреждений живота при сочетанной травме: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / Е.А. Багдасарова. - Москва, 2008. – 51 с.
3. Соколов, В. А. Множественные и сочетанные травмы / В.А. Соколов. - М.: Геотар-медиа, 2006. -512 с.

## **СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

*Гаврилик Б.Л.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Операции, выполненные на разных органах и системах одновременно из одного или нескольких оперативных доступов, называются симультанными. Сочетанные или симультанные операции на органах брюшной полости чаще всего выполняются бригадой *хирург и гинеколог, гинеколог и уролог.*

В экстренной и плановой оперативной гинекологии нередко возникают ситуации, требующие выполнения симультанных операций [2]. Это позволяет избежать повторных оперативных вмешательств, что меньше травмирует психику пациенток, а экономический эффект подобных операций не вызывает сомнения [3]. Решение о выполнении симультанной операции должно определяться коллегиально хирургами различных специальностей посредством консилиума при обязательном

согласии больного на выполнение указанных операций [1].

Мы располагаем опытом лечения 178 больных, которым проводились сочетанные оперативные вмешательства. В экстренном порядке было оперировано 90 женщин, в плановом - 88 пациентки. Возраст женщин колебался от 15 до 76 лет. Объем экстренных и плановых гинекологических операций зависел от выявленной гинекологической патологии. Больным выполнялись экстирпации и надвлагалищные ампутации матки, аднексэктомии, тубэктомии, овариоэктомии, резекции яичников, цистэктомии, влагалищная экстирпация матки с кольпорафией и задней кольпоперинеолеваторопластикой и другие.

Наиболее частым хирургическим пособием при экстренных гинекологических операциях были висцеролиз (68 случаев) и аппендэктомия (38 случаев). Резекция сальника выполнена у 26 больных, у 4-х пациенток - сигмостомия, у 4-х - пупочное грыжесечение, и еще у 2-х экстраперитонизация сигмовидной кишки. В связи с тяжелым воспалительно-адгезивным процессом в полости таза и некрозом стенки сигмовидной кишки в одном случае выполнена резекция сигмы с наложением толсто-толстокишечного анастомоза и проксимальной сигмостомией. У одной пациентки на 4-е сутки после выполненной надвлагалищной ампутации матки с левыми придатками по поводу гнойного аднекстумора развился некроз стенки ректосигмоидного отдела толстой кишки с перфорацией ее. Больная повторно оперирована. Дефект стенки ушит, наложена превентивная сигмостома. Послеоперационное течение было благоприятным, сигмостома ликвидирована через 4 месяца. У другой больной, оперированной по поводу правостороннего воспалительного аднексобразования (операция – 06.05.13г.), ранее была наложена, в связи с пиелонефритом, правосторонняя нефростома. После аднексэктомии справа и выполненного висцеролиза проходимость мочеточника восстановилась, воспалительный процесс в почке купировался и нефростома ликвидирована.

При плановых симультанных гинекологических операциях чаще всего хирургическое пособие заключалось в выполнении висцеролиза (40 пациенток), грыжесечения (31 больная), аппендэктомии (17 больных), резекции сальника (11 случаев). У 5

пациенток в объеме сочетанной операции выполнена холецистэктомия, у 3-х - резекция тонкой кишки с тонкокишечным анастомозом, у 2-х пациенток произведена экстрAPERитонизация сигмовидной кишки в связи с десерозацией ее. В одном случае наложена, после ушивания дефекта мочевого пузыря, эпицистостома, и еще в одном случае удалена доброкачественная опухоль забрюшинного пространства. У одной пациентки, оперированной по поводу рака яичников с прорастанием опухолью сигмовидной кишки, помимо экстирпации матки с придатками и сальника произведена операция Гартмана. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии, через 6 месяцев осмотрена, рецидива опухоли нет, колостома функционирует. Больной произведена реконструктивная операция: ликвидация колостомы и наложение сигморектального анастомоза. При повторном осмотре пациентки через 3 года рецидива опухоли не обнаружено.

Следует отметить, что висцеролиз при ургентных и плановых гинекологических операциях в связи с наличием выраженного воспалительно-адгезивного процесса, должен выполняться хирургом, так как в спаечный процесс полости таза вовлекаются петли толстого и тонкого кишечника, сальник, мочевой пузырь, забрюшинное пространство. Нередко висцеролиз занимает длительное время, требует хорошего знания топографии органов брюшной полости и полости таза, сочетается с резекцией сальника, аппендектомией и др.

Все больные после выполненных симультанных операций выписаны на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. Летальный исход мы наблюдали у 1-й пациентки после сочетанной абдоминальной операции. Он не был связан с самим оперативным вмешательством. Больная умерла на 5-е сутки после развившегося у нее геморрагического инсульта.

Таким образом, выполнение симультанных операций в абдоминальной хирургии оправдано с учетом современных возможностей анестезиологической помощи, совершенствования техники операций и позволяет исключить психо-эмоциональное переживание пациенток, в связи с предстоящей повторной операцией по поводу имеющейся сочетанной абдоминальной хирургической патологии.

### *Литература*

1. Гаврилик, Б.Л. Симультантные операции в гинекологии / Б.Л. Гаврилик // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – Гродно : ГрГМУ, 2011. - С. 11-14.
2. Радзинский, В.Е. Репродуктивное здоровье женщины после хирургического лечения гинекологических заболеваний/ В.Е. Радзинский, А.О. Духин, И.Н. Костин // Акушерство и гинекология. - 2006. - № 4. - С. 51-54.
3. Федоров, В.Д. Среднетяжелые и тяжелые одномоментные сочетанные операции / В.Д. Федоров// Хирургия. - 1993. - № 3. - С. 59–63.

## **ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ПОДМЫШЕЧНОЙ АРТЕРИИ**

*Гаджиева Ф.Г., Сенько В.И.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В настоящее время много внимания уделяется индивидуальной изменчивости структур человеческого организма. Сведения о вариантах анатомии магистральных артерий верхних конечностей человека, их особенностях в зависимости от пола и возраста могут быть приняты во внимание при разработке тактики оперативных вмешательств на конечностях. Морфометрические данные магистральных артерий рук человека и их корреляционные взаимоотношения могут быть использованы для изучения строения артериального русла конечностей и других областей тела человека в различных возрастных группах. Это, в свою очередь, может являться дополнением к ангиографическому методу исследования артерий конечностей.

*Материалом для исследования* послужили 10 препаратов верхних конечностей трупов новорожденных обоего пола, а также 20 препаратов верхних конечностей трупов взрослых людей обоего пола, взятых из коллекции кафедры анатомии человека УО «Гродненский государственный медицинский университет». Методом макро- и микропрепарирования были изучены особенности анатомии сосудистой системы подмышечной области.

*Целью настоящего исследования* было изучить распределение типов и вариантов ветвления подмышечной артерии человека, в том числе в возрастном аспекте.

Подмышечная артерия, *a.axillaris*, является прямым продолжением подключичной артерии.

По мнению ряда авторов, подмышечная артерия имеет