

общего желчного протока (ОЖП) с механической желтухой 20%. Для интраперитонеальных ЛКПЖ закономерными осложнениями, были разрыв и панкреатический асцит, а для ретроперитонеальных – нагноение с тромбозами подлежащих сосудов и аррозивные кровотечения. Для интрапанкреатических кист были характерны аррозивные кровотечения и сдавления органов гепатодуоденальной зоны с механической желтухой и дуоденальной непроходимостью. Осложнениями, характерными только для экстрапанкреатических ЛКПЖ, явились аррозия полого органа с прорывом кисты в него и реактивный экссудативный плеврит. ЛКПЖ были экстрапанкреатическими в 68%, интрапанкреатические в 32% случаев. Наиболее частыми симптомами кист были боли в животе в 80% случаев, диспептические явления в 68%, похудание в 84%, общая слабость в 80%, гипертермия в 20%, пальпируемое образование в 20%. При осложнённых ЛКПЖ выявляли признаки острой кровопотери, симптомы раздражения брюшины и сдавления органов (механическая желтуха, дуоденальная непроходимость), интоксикации. Первым проявлением кисты в отдельных случаях была манифестация сахарного диабета. Гипертермия в 20% была более характерна для нагноившихся ЛКПЖ. Аррозивные кровотечения в ЖКТ сопровождались меленой.

**Выводы.** Таким образом, постнекротические осложнения острого панкреатита имеют свои особенности, клинику и могут приводить к осложнениям, нередко угрожающим жизни пациента.

*Литература:*

1. Астапенко В.Л. Ошибки и осложнения в хирургии «острого живота» /В.Л. Астапенко// Вышэйшая школа., Мн.-1982.-162С.
2. Батвинков Н.И. Клиническая хирургия /Н.И. Батвинков// Вышэйшая школа., Мн.-1998.-260С.

## **УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

*Ложко П.П., Тихонович А.С., Киселевская А.Ю.*

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Цилиндзь И.Т.

Внутрипузырная желчная гипертензия является производной от объёма внутрипросветной жидкости и тонуса пузырной стенки. Естественным проявлением внутрипузырной гипертензии является увеличение линейных и квадратичных размеров желчного пузыря, что прежде всего и регистрируется при УЗ-исследовании, причём в выявлении этого симптома класс диагностической аппаратуры значения не имеет, что делает его доступным в выявлении всеми исследователями. В качестве диагностических критериев внутрипузырной гипертензии традиционно оценивают длину и толщину желчного пузыря, а также площадь томографического среза в плоскости максимального продольного сечения.

**Целью исследования** является оценка эффективности использования УЗИ при диагностике острого калькулезного холецистита.

Нами проведен анализ клинического материала 25 пациентов с острым калькулезным холециститом.

При доказанном факте обструктивного холецистита изменение линейных размеров желчного пузыря зарегистрировано у 22 (88%) чел. При этом длина желчного пузыря колебалась от 90 до 145 мм, а толщина от 27 до 53 мм. Отсутствие содружественного увеличения линейных размеров желчного пузыря у 3 (12%) пациентов, по-видимому, было связано с преимущественно внутрипечёночным расположением желчного пузыря, а также рецидивным острым холециститом на фоне выраженных склеротических изменений. Площадь максимального продольного сечения у пациентов основной группы колебалась от 16,3 до 28,7

см<sup>2</sup>, составив в среднем  $20,7 \pm 1,3$  см<sup>2</sup>. Принимая во внимание литературные данные о нормальных линейных и квадратичных размерах желчного пузыря в 60-100 мм для длины, 30 мм для ширины и 15-18 см<sup>2</sup> для максимальной площади продольного сечения, мы отметили наиболее достоверные изменения ширины желчного пузыря при обструктивном холецистите. Состояние стенки желчного пузыря и окружающих тканей имеет решающее значение в синдромной группировке острого холецистита. При остром холецистите без деструкции стенки наблюдается её утолщение до 5-7 мм без признаков расслоения. Абсолютная толщина стенки самостоятельного диагностического значения не имеет, в наших наблюдениях она колебалась от 3 до 10 мм. Однако следует отметить, что при утолщении стенки возрастает частота выявления внутрстеночных эхонегативных полос и “двойного контура”. Выявление симптома “двойного контура” свидетельствует о выходе патологического процесса за пределы пузырьной стенки и трактуется как острый деструктивный холецистит. Дальнейшая синдромная дифференцировка зависит от состояния паравезикальных тканей. Перитонит предполагаем при выявлении эхо-признаков свободной жидкости в виде плащевидных и треугольных эхонегативных структур в подпечёночном пространстве, поддиафрагмальном пространстве и малом тазу, а также синусе Мориссона. Диагностическую значимость также представляют УЗ-изменения полости желчного пузыря. Появление гиперэхогенной взвеси в его просвете достоверно коррелирует с другими посиндромными эхохарактеристиками воспалительного процесса. В частности, при остром холецистите без деструкции стенки гиперэхогенная взвесь в просвете желчного пузыря выявлена у 3 из 9 (33,3%) пациентов, при остром деструктивном холецистите без внепузырных осложнений – у 5 из 8 (62,5 %) пациентов и у 6 из 8 (75%) при остром деструктивном осложнённом холецистите.

Таким образом, использование УЗИ является эффективным в диагностике острого калькулезного холецистита.

*Литература:*

1. Сажин В.П., Федоров А.В. Эндоскопическая абдоминальная хирургия /В.П. Сажин, А.В. Федоров// ГЭОТАР-МЕДИА., М.-2010.-502С.

## **МОДИФИКАЦИЯ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ БОКОВЫХ ГРЫЖ С ДИНАМИЧЕСКИМ УЗИ НАБЛЮДЕНИЕМ РЕГЕНЕРАТОРНЫХ ПРОЦЕССОВ**

*Лозовская Э.А, Мельченко Н.А.*

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

1-я кафедра хирургических болезней

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Маслакова Н.Д.

**Актуальность:** послеоперационные грыжи составляют 25% в общей структуре грыж живота. Боковые грыжи являются редкой локализацией и мало освещены в литературе. Массовая урбанизация обеспечила значительный рост травматизма. Согласно статистике травма передней брюшной стенки встречается - у 25-38% пациентов с закрытой травмой живота, происходящие при этом дегенеративные изменения способствуют образованию грыж.

**Цель:** индивидуализировать применяемые методы аллопластики боковых грыж, провести динамическое УЗИ-наблюдение регенераторных процессов в послеоперационном периоде.

**Задачи и методы исследования.** Задачей являлась необходимость надежной фиксации аллотрансплантата вблизи костных структур на фоне значительных рубцовых, деструктивных поражений подлежащих тканей и диагностика послеоперационных изменений. На базе ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» были прооперированы 4 пациента с послеоперационной вентральной грыжей правой подребер-