

в основном люди молодого и среднего возраста [до 30 лет – 22 человек (48,9%), от 30 до 50 лет 13 человек (28,8%)]. В состоянии алкогольного опьянения находились 25 пострадавших (55,5%). 20 пациентов (44,4%) поступили в состоянии шока с политравмой. У них наряду с повреждением печени была диагностирована тяжелая черепно-мозговая травма, травма груди, переломы таза, конечностей. Кроме того, у 3 пациентов были повреждены селезенка, почка и тонкая кишка.

Для диагностики повреждений печени использовались клинические методы исследования, УЗИ, лапароскопия, КТ.

Результаты: Причинами повреждений печени явились: проникающие ножевые ранения живота – 16 пациентов (35,6%), дорожно-транспортная травма – 14 пациентов (31,1%), падения с высоты – 9 пациентов (20,0%), тупая травма живота – 6 пациентов (13,3%).

Клинические признаки внутрибрюшинного кровотечения отмечены у 30 пациентов (57,9%). УЗИ проводилось всем пострадавшим. Лапароскопия и КТ выполнялась лишь в сложных диагностических ситуациях.

Время от момента получения травмы до операции у 30 пациентов (66,6%) составило 1-1,5 часа, у 14 пациентов (31,1%) – 1,5-4 часа. Один пациент с подкапсульным разрывом печени поступил из другого лечебного учреждения, через 48 часов после травмы.

Объем кровопотери у 30 пациентов (57,9%) составил от 200 до 1500 мл и у 10 пациентов превысил 1500мл. При отсутствии повреждения полых органов производилась реинфузия крови.

При ножевых ранениях и линейных разрывах печени использовались в основном П-образные матрацные швы с тампонадой раны прядью сальника на ножке. Атипичная резекция печени выполнена 2 больным. При значительном разрушении обеих долей во-круг печени создавали каркас из сетчатых полипропиленовых эндопротезов с пришиванием зон повреждения П-образными швами. Капиллярное кровотечение останавливали с помощью гемостатических губок и тахокомба. Гемобилия отмечена в 1 случае.

В послеоперационном периоде умерло 11 больных (24,4%). Причиной смерти у 10 больных явилась тяжелая черепно-мозговая травма. Один больной умер от кровотечения на этапе оказания хирургической помощи.

ЭТИОЛОГИЯ И ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Смотрин И.С., Стельмах Э. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии

Научный руководитель – д.м.н., проф. С.М.Смотрин

Одним из наиболее тяжелых осложнений после операций на органах брюшной полости по поводу заболеваний и травм является образование наружных кишечных свищей.

Целью нашего исследования явилось изучение причин и результатов лечения наружных кишечных свищей.

Материал и методы. Проведен анализ 45 историй болезни больных в возрасте от 19 года до 77 лет, находившихся на лечении в клинике хирургических болезней № 2. Из них женщин было 25 (55,5%), мужчин – 20 (44,5%). 24 больным свищи были наложены с лечебной целью (колостома – 19 больным, илеостома – 5 больным). Как осложнение плановых операций – кишечные свищи наблюдались у двоих больных (4,4%). У 19 больных (42,2%) кишечные свищи возникли после экстренных операций на органах брюшной полости. Из них 8 больных были оперированы по поводу спаечной кишечной непроходимости, шестерым больным – произведена резекция 2/3 желудка по поводу прободной язвы. Трое больных были оперированы в связи с закрытой травмой живота и повреждением двенадцатиперстной кишки. Один больной оперирован в связи с гангреной тонкой кишки на почве острой сосудистой недостаточности в бассейне верхней брыжеечной артерии и один больной оперировано в связи с острым аппендицитом. Причиной возникновения кишечных свищей

при спаечной кишечной непроходимости явилась несостоятельность швов в зоне ушивания десерозированных участков кишки. Свищи после резекции желудка возникли как результат несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки.

Результаты. Больные с губовидными кишечными свищами были оперированы. Основным оперативным вмешательством являлась резекция участка кишки с наложением межкишечного анастомоза. В послеоперационном периоде умерло двое больных. Больным с трубчатыми неполными кишечными свищами (16 пациентов) в комплексном лечении применялись эластические обтураторы. Они вводились в свищевой ход, для уменьшения потерь кишечного содержимого. По мере уменьшения свищевого хода диаметр вводимого эластического обтуратора уменьшался. У 14 больных трубчатые свищи закрылись самостоятельно, двое больных были оперированы.

Заключение. Таким образом, лечение наружных кишечных свищей требует индивидуального подхода к выбору метода лечения. Больные с неполными трубчатыми свищами могут успешно лечиться с применением эластических обтураторов.

ДОСТОВЕРНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИПОВ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Сопотько А. А., Заневская Е. С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Довнар И.С.

Полипы желчного пузыря, по литературным данным, встречается у 3–4% населения. Тактика лечения данных доброкачественных образований не отличается от лечения полипов других локализаций органов желудочно-кишечного тракта. Большинство хирургов рассматривают полипы желчного пузыря как новообразования, склонные к малигнизации, которая составляет, согласно литературным сведениям, около 5% [1]. Так как выполнить изолированную полипэктомию практически невозможно, операцией выбора остается холецистэктомия.

Основным методом диагностики заболевания в настоящее время является ультразвуковое исследование (УЗИ).

Цель нашего исследования – изучение достоверности УЗИ в диагностике полипов желчного пузыря. Для выполнения поставленной цели проведен анализ данных дооперационного УЗИ с результатами гистологического исследования желчного пузыря после выполнения холецистэктомии.

Аналізу подвергнуто 66 историй болезней больных, оперированных по поводу полипов желчного пузыря в УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» с 2000 по 2010 год. Холецистэктомии выполнены 30 (45,0%) мужчинам, и 36 (55,0%) женщинам. Средний возраст мужчин составил 44,4 года, женщин – 43,4 года. Из анамнестических данных было установлено, что у 14 (21,2%) пациентов полипы были впервые выявлены от 5 до 10 лет назад, у 22 (33,3%) – от 2 до 4 лет, но большинство 30 (45,5%) пациентов были оперированы в течение года после ультразвуковой диагностики заболевания. При УЗИ одиночные полипы были выявлены у 19 (28,8%) пациентов, множественные полипы – у 44 (67,3%) больных. У (3,9%) пациентов, по данным УЗИ, полипы желчного пузыря сочетались с желчнокаменной болезнью. Средний размер полипов составил 0,62 см. У абсолютного числа больных – 61 (92,4%) – при УЗИ утолщения стенок пузыря не обнаружено.

Исследование желчного пузыря в послеоперационном периоде подтвердило наличие полипов у 39 (59,1%) больных. При гистологическом исследовании в большинстве случаев выявлены аденоматозные полипы. У 10 (15,2 %) пациентов полипы были единичные, а у 11 (16,7%) больных выявлен полипоз желчного пузыря. У 5 (7,6%) больных макро- и микроскопически полипы обнаружены не были, но выявлен холестероз желчного пузыря. Следует отметить, что у 28 (38,4%) пациентов выявлена желчнокаменная болезнь, а не полипоз.