

# **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ**

**Сборник научных трудов  
Республиканской научно-практической  
конференции**

**11 декабря 2009 года**



**Минск БГМУ 2009**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

# АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Сборник научных трудов  
Республиканской научно-практической конференции

11 декабря 2009 года

Под редакцией профессора С. И. Третьяка, профессора Н. В. Завады



Минск БГМУ 2009

УДК 617–036.11–089.87 (082)

ББК 54.54 я 73

А 43

Актуальные вопросы экстренной хирургии : сб. науч. тр. Республ. науч.-практ. конф. / под ред. С. И. Третьяка, Н. В. Завады. – Минск : БГМУ, 2009. – 132 с.

ISBN 978–985–528–067–6.

Содержит статьи по актуальным вопросам экстренной хирургии в Республике Беларусь.

Предназначен для врачей-хирургов, реаниматологов, научных сотрудников, преподавателей, аспирантов, студентов.

УДК 617–036.11–089.87 (082)

ББК 54.54 я 73

Научное издание

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Сборник научных трудов  
Республиканской научно-практической конференции

11 декабря 2009 года

Под редакцией профессора С. И. Третьяка, профессора Н. В. Завады

Подписано в печать 30.11.09. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 7,67. Уч.-изд. л. 7,57. Тираж 210 экз. Заказ 682.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978–985–528–067–6

© Оформление. Белорусский государственный  
медицинский университет, 2009

Выводы:

1. ТЭЛА стоит на первом месте как причина послеоперационной летальности в хирургических отделениях онкологического профиля.
2. Риск осложнений и летальности значительно выше в отделениях онкопротологического профиля, чем в других онкохирургических отделениях.
3. Объем оперативного вмешательства у пациентов, которым нельзя выполнить радикальную операцию из-за распространения опухолевого процесса, должен быть определен исходя из высокого риска послеоперационных осложнений у этой группы пациентов.

30/6

Мармыши Г. Г., Польинский А. А., Милешко М. И.,  
Хильмончик И. В., Курило О. П.

## ОСЛОЖНЕНИЯ КОЛОСТОМЫ

При заболеваниях толстой кишки в клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» за период с 2005 г. по сентябрь 2009 г. выполнено 39 операций с формированием колостом. Из них в 22 (56 %) случаях сформированы одностольные колостомы и в 17 (44 %) — петлевые двухстольные стомы. Среди всех больных с колостомами наблюдались осложнения и болезни колостом у 8 (20 %) пациентов.

В первые трое суток наиболее частым осложнением является отек колостомы. Острую форму послеоперационного отека колостомы наблюдали у 4 (50 %) от всех с осложнениями пациентов, однако на 4–5 сутки отек регрессировал и произошло полное восстановление проходимости стомы.

Параколостомические нагноения отмечены у 3 больных. Данное осложнение было устраниено консервативными мероприятиями и тщательным уходом за колостомой.

Перистомальный дерматит наблюдается довольно часто, он является следствием недостаточного ухода за кожей вокруг колостомы и раздражающего действия отделяемого из колостомы. Среди наблюдавшихся больных данное осложнение отмечено лишь у 6 (15 %) пациентов, оно проявлялось гиперемией на небольшом участке кожи вокруг стомы, отеком и ощущения жжения.

Некроз колостомы — это тяжелое по своим последствиям осложнение, особенно если некротизируется часть кишки, находящаяся в брюшной полости. Мы наблюдали это осложнение в 2 случаях, при этом у 2 пациентов развился некроз выведенного участка кишки, он был краевой и не распространялся на внутрибрюшную часть выведенной кишки, что позволило выполнить некрэктомию без реконструкции стомы.

Основной причиной ретракции колостомы является выведение кишки на брюшную стенку с чрезмерным натяжением брыжейки.

В отдаленном периоде (2 года наблюдения) у 3 больных выявлены параколостомные грыжи, обусловленные нагноением параколостомной раны и неполным ушиванием колостомы в операционной ране.

Таким образом, в заключение следует отметить, что параколостомические осложнения чаще всего возникают вследствие технических ошибок во время операций: выведение кишки с натяжением брыжейки, оставление длинной свободной петли выводимой кишки, формирование слишком большого отверстия в передней брюшной стенке и др.

Соблюдение всех правил формирования колостомы позволяет существенно снизить частоту параколостомических осложнений и избежать развития болезней колостомы.

Масанский И. Л., Гедревич З. Э., Прохоров А. В., Власовец Ю. П.,  
Керко А. П., Папок В. Е., Сагальчик Л. М.  
**ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ  
ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЕКТОМИИ  
СРАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДИКАМИ ДЕРИВАЦИИ МОЧИ**

В настоящее время операция радикальной цистектомии (РЦЭ) является «золотым» стандартом лечения инвазивного рака мочевого пузыря. Наиболее высокое качество жизни достигается операциями ортотопического замещения мочевого пузыря, позволяющими сохранить самостоятельное мочеиспускание. Однако у пациентов с высоким хирургическим риском (тяжелая сопутствующая патология, длительная обструкция мочевых путей, нарушение функции почек) используются иные методы отведения мочи, такие как уретеросигмостомия, уретерокутанеостомии и уретроилеокутанеостомия (операция Бриккера).

Цель исследования: сравнительный анализ осложнений РЦЭ при использовании различных методов деривации мочи.

В исследование был включен 201 пациент, оперированный по поводу рака мочевого пузыря в период с 1999 по 2008 гг. в Минском городском клиническом онкологическом диспансере. Мужчин было 184, женщин — 17 человек. Преобладали пациенты в возрасте старше 60 лет (74,63 %). Всем больным была выполнена радикальная цистектомия с одномоментной деривацией мочи по различным методикам. 112 (55,7 %) пациентам было выполнено формирование ортотопического мочевого пузыря по методу Штудера-Хаутманна, 28 (13,9 %) — операция Бриккера, 19 (9,5 %) — сигмоцистопластика, 27 (13,4 %) — уретеросигмостомия и 15 (7,5 %) — уретерокутанеостомия.