

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ

УО “ВИТЕБСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ
НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ”

БЕЛОРУССКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
ХИРУРГОВ

БЕЛОРУССКОЕ
ОБЩЕСТВО
АНГИОЛОГОВ И
СОСУДИСТЫХ
ХИРУРГОВ

БЕЛОРУССКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
КАРДИОТОРАКАЛЬНЫХ
ХИРУРГОВ

ХІV СЪЕЗД ХИРУРГОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**АКТУАЛЬНЫЕ
ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ**
(материалы съезда)



*Витебск
11-12 ноября 2010 г.*

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
БЕЛОРУССКАЯ АССОЦИАЦИЯ ХИРУРГОВ
БЕЛОРУССКОЕ ОБЩЕСТВО АНГИОЛОГОВ И СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ
БЕЛОРУССКАЯ АССОЦИАЦИЯ КАРДИОТОРАКАЛЬНЫХ ХИРУРГОВ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

материалы XIV съезда хирургов Республики Беларусь

ВИТЕБСК, 2010

УДК 617-089:061.3 "XIV" (476)

ББК 617.0 (063)

А 43

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук А.Н. Косинец,

Заместитель редактора: доцент, к.м.н. С.А. Сушков,

Редакционный совет:

В.И. Аверин, С.А. Алексеев, В.П. Булавкин, А.В. Воробей, П.В. Гарелик, Ю.М. Гаин, Ю.Е. Демидчик, З.А. Дундаров, К.Н. Жандаров, Н.В. Завада, Г.Г. Кондратенко, С.И. Леонович, А.Н. Лызилов, В.М. Лобанков, Ю.П. Островский, В.И. Петухов, И.И. Пикиреня, О.О. Руммо, Г.П. Рычагов, М.Г. Сачек, С.М. Смотрич, В.В. Становенко, С.И. Третьяк, А.В. Фомин, Л.А. Фролов, Н.Г. Харкевич, Н.Г. Шебушев, В.Н. Шиленок, А.П. Шмаков, С.Н. Шнитко, А.Т. Щастный, В.А. Янушко.

А 43 Актуальные вопросы хирургии: материалы XIV съезда хирургов Республики Беларусь / под ред. А.Н. Косинца. - Витебск: ВГМУ, 2010 - 499 с.

ISBN 978-985-466-456-9

В сборнике представлены актуальные фундаментальные, клинические и прикладные работы как белорусских, так и ученых России, Украины, Молдовы, Турции, Германии, Польши, Литвы. Включены статьи ведущих специалистов и молодых ученых, посвященные теоретическим и экспериментальным исследованиям, что расширяет представления о возможностях хирургии, как междисциплинарной отрасли, использующей самые последние достижения медицины.

УДК 617-089:061.3 "XIV" (476)

ББК 617.0 (063)

©УО "Витебский государственный
медицинский университет", 2010

ISBN 978-985-466-456-9

мого и его бактериологического исследования выполнена в 24 случаях (10 - ложноотрицательные результаты). Несмотря на проведенное обследование, диагноз у 6 больных был установлен лишь на основании интраоперационных находок во время ревизионной операции.

Выводы. На основании проведенной работы, на наш взгляд, алгоритм диагностического поиска инфекционного процесса в зоне эндопротезированного сустава должен включать в себя: тщательный сбор анамнеза (наличие и динамика болевого синдрома); клиническое обследование пациента; данные лабораторных методов (особое внимание на показатели СОЭ и С-реактивного белка); рентгенологическое обследование (в т.ч. фистулография); диагностическая пункция сустава с бактериологическим исследованием содержимого; интраоперационная диагностика.

Литература:

1. Ахтямов, И.Ф. Методы профилактики некоторых видов послеоперационных осложнений при эндопротезировании тазобедренного сустава / И.Ф. Ахтямов, И.И. Кузьмин, К.В. Смирнов // *Гений ортопедии*. - 2004. - № 1. - С. 89-92.
2. Garvin, K.L. Infection after total hip arthroplasty. Past, present, and future / K.L. Garvin, A.D. Hanssen, B. Frischhut // *J. V. J. S.* - 1995. - Vol. 77A, № 3 - P. 1576-1588.
3. Пхакадзе, Т.Я. Гнойно-воспалительные процессы в области тазобедренного сустава у травматолого-ортопедических больных: микробиологические аспекты / Т.Я. Пхакадзе, З.И. Уразгильдеев, В.В. Маловичко // *Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова*. - 2002. - № 1. - С. 66-69.

ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ АНАЭРОБНОМ ПАРАПРОКТИТЕ

Полинский А. А., Милешко М.И., Хильмончик И.В., Филиппович А.В., Жук Д.А.
УО "Гродненский государственный медицинский университет"
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Острый парапроктит является наиболее сложной формой гнойных воспалительных процессов. При малой выраженности местных клинических проявлений заболевания таким больным нередко ставится неправильный диагноз, что часто приводит к несвоевременному, а порой и неправильному оперативному лечению. Острый подковообразный парапроктит, несмотря на лечение, нередко заканчивается образованием сложного подковообразного свища и гнойных полостей и затеков.

Цель. Оценить собственные результаты лечения, изучить опыт хирургов других клиник республики и разработать оптимальную лечебную тактику при остром анаэробном парапроктите.

Материал и методы. Нами проанализированы 247 историй болезни больных острым парапроктитом, проходивших курс лечения в клинике общей хирургии УО "Гродненский государственный медицинский универ-

ситет" с 2000 по 2009 годы. Из числа пролеченных больных мужчин было 185 (74,9%), женщин 62 (25,1%). По возрасту, пациенты распределились следующим образом:

Возраст	20-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	Старше 51 год
Мужчин	24	67	72	22
Женщин	9	15	6	22

Длительность заболевания составила от 36 часов до 12 суток. 45% пациентов поступили в тяжёлом и крайне тяжёлом состоянии. Следует отметить, что большинство больных лечилось самостоятельно, за медицинской помощью длительное время не обращались. Амбулаторно принимали лечение 76 (30,8%) больных, но в связи с прогрессированием процесса были направлены в стационар для оперативного лечения. Раньше были подвергнуты оперативному лечению по поводу острого парапроктита 27 (10,9%) пациентов. При обследовании в стационаре были выявлены следующие формы острого парапроктита: подкожный у 62 (25,1%) больных, ишиоректальный у 163 (66,0%) пациентов, пельвиоректальный у 22 (8,9%) больных. Острый парапроктит осложнился анаэробной и гнилостной флегмонами промежности у 18 (7,3%) пациентов, у 4 (1,6%) больных имело место развитие флегмоны Фурнье, у 7 (2,8%) больных острый подковообразный парапроктит.

Обследование включало клинический осмотр, пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию, трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое исследование, бактериологическое исследование отделяемого ран и морфологическое исследование поражённых участков параректальной клетчатки. С целью дифференциальной диагностики ультразвуковое исследование у ряда больных дополнялось компьютерной томографией.

Результаты и обсуждение. Все пациенты в срочном порядке под общим обезболиванием были подвергнуты оперативному лечению. Вскрытие и дренирование гнойников выполнено у 211 (85,4%) больных. Повторное вскрытие затеков выполнено у 13 (5,3%) пациентов, септическое состояние отмечено у 5 (2,02%) больных. При подковообразном парапроктите первичные гнойные ходы, как правило, располагались кнутри от сфинктера, реже проходили через сфинктер, поэтому жом при радикальных операциях повреждался редко. При подкожном подковообразном парапроктите удалось ликвидировать гнойники вместе с первичными ходами. При седалищно-прямокишечном и тазово-прямокишечном парапроктитах, когда нельзя сразу иссечь одновременно гнойники вместе с первичным ходом, также производили разрезы кожи, эвакуировали гнойное содержимое, после чего полости спадались, иссекали первичный ход, а затем, по возможности, некротические ткани.

Умерла одна больная, послеоперационная летальность при этом составила 0,4%. Средний срок пребывания больных в стационаре составил 14,8 койко-дня.

Выводы.

1. Успех лечения больных с острым анаэробным парапроктитом во многом зависит от ранней диагностики воспалительного процесса, как можно более раннего проведения неотложной операции с необходимым, достаточно обширным иссечением некротически измененных тканей и проведением адекватной интенсивной терапии.

2. При остром парапроктите, независимо от глубины распространения и длительности заболевания, целесообразно проводить радикальную операцию, которая заключается в ликвидации гнойных полостей, иссечении первичного гнойного хода и некротических тканей.

3. Радикальная операция при парапроктите, как правило, обеспечивает выздоровление и не приводит к нарушению функции анального сфинктера.