

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ

УО “ВИТЕБСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ
НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ”

БЕЛОРУССКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
ХИРУРГОВ

БЕЛОРУССКОЕ
ОБЩЕСТВО
АНГИОЛОГОВ И
СОСУДИСТЫХ
ХИРУРГОВ

БЕЛОРУССКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
КАРДИТОРАКАЛЬНЫХ
ХИРУРГОВ



Витебск
11-12 ноября 2010 г.

XIV СЪЕЗД ХИРУРГОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**АКТУАЛЬНЫЕ
ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ**
(материалы съезда)



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. Гайн, Ю.Е. Демидчик, З.А. Дундаров, К.Н. Жандаров, Н.В. Завада, Г.Г. Кондратенко, С.И. Леонович, А.Н. Лызиков, В.М. Лобанков, Ю.П. Островский, В.И. Петухов, И.И. Пикиреня, О.О. Руммо, Г.П. Рычагов, М.Г. Сачек, С.М. Смотрин, 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

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Можейко М.А., Батвинков Н.И.,
Жандаров К.Н., Пыжевский И.В.,
Мицкевич В.А., Василевский В.П., Лемеза С.С.
УО "Гродненский государственный медицинский
университет",
УЗ "Гродненская областная клиническая больница",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В настоящее время возрастает интерес к реконструктивно-восстановительным операциям на толстой кишке [2]. Это обусловлено тем, что при выполнении операций по поводу злокачественных новообразований, дивертикулярной болезни толстого кишечника, а также острой патологии брюшной полости, осложненных кишечной непроходимостью или перитонитом, хирурги вынуждены закончить хирургическое вмешательство наложением кишечной стомы. По данным разных авторов, от 40% до 60% радикально оперированных больных оказываются стомированными, что причиняет им моральные и физические страдания. Поэтому восстановление непрерывности толстой кишки имеет решающее значение для социальной и трудовой реабилитации больных [1].

Цель. Анализ причин формирования кишечных стом и оценка результатов хирургической реабилитации стомированных больных.

Материал и методы. В ГОКБ за период с 2006 по 2009 гг. произведено 35 реконструктивно-восстановительных операций. Среди больных было 10 (28,6%) женщин и 35 (71,4%) мужчин в возрасте от 32 до 77 лет, в среднем возраст составил 55,3 года. Восстановительные операции выполнены в сроки от 3 до 17 месяцев после перенесенной первичной операции. У 27 (77,1%) стома функционировала от 3 до 6 месяцев, у 8 (22,9%) более 6 месяцев. По видам стомы распределились: концевая ileostoma - 11,4%, петлевая ileostoma - 31,4%, петлевая сигмостома - 20%, петлевая трансверзостома - 8,6%, концевая сигмостома - 22,9%, раздельная двухствольная сигмостома - 5,7%. Причины формирования стом: опухоль толстой кишки - 17,1%, закрытые травмы живота - 11,4%, деструкция кишки при панкреонекрозе - 14,3%, огнестрельные и ножевые ранения живота - 8,6%, рецидивирующий мезентериотромбоз - 2,9%, болезнь Крона - 8,5%, заворот кишечника с некрозом - 5,7%, дивертикулярная болезнь - 8,6%, язвенный колит - 2,9%, ущемленные пупочные и бедренные грыжи с некрозом кишки - 5,7%, послеоперационная СКН - 8,5%, деструктивные формы аппендицита - 5,7%.

Результаты и обсуждение. Всем больным были выполнены реконструктивные операции с восстановлением непрерывности кишечника и наложением следующих видов анастомозов: подвздошно-толстокишечных - 25,7%, в 3/4 по Мельникову - 22,8%, толсто-толстокишечных - 42,8%, прямокишечно-толстокишечных - 5,8% и прямокишечно-толстокишечных с низведением ободочной кишки - 2,9%. 3 больным закрытие кишечной стомы выполнялось лапароско-

пическим методом с наложением анастомоза циркулярным сшивающим аппаратом, остальным 32 больным ликвидация стом производилась с помощью лапаротомии. При выполнении реконструктивно-восстановительной операции у 40% больных выполнялась дополнительная мобилизация толстой кишки и резекция сегмента кишки, у 5,7% - гемиколонэктомия. Несостоятельности анастомоза не наблюдалось ни у одного больного. Наиболее частым осложнением после восстановительных операций явилось нагноение послеоперационной раны - 11,4% (двухствольные стомы), которое было в дальнейшем ликвидировано местными лечебными манипуляциями. Послеоперационная летальность составила 2,9%.

Выходы. Таким образом, индивидуальный подход к выбору наиболее приемлемого способа реконструктивно-восстановительной операции, оптимальные сроки выполнения, применение надежного вида межкишечного соустья, особенности ведения пред- и послеоперационного периода - основные проблемы, которые решаются практическими хирургами в каждом конкретном случае у данной категории больных.

Литература:

1. Воробей, А. В. Реабилитация больных с энтеростомами / А. В. Воробей // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 1998. - № 3. - С. 68-75.
2. Севостьянов, С. И. Сравнение качества жизни больных, перенесших превентивную трансверзостомию и илеостомию / С. И. Севостьянов, С. В. Чернышов // Колопроктол. - 2006. - Т. 17, № 3. - С. 40-44.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФЕКТА ПРЯМОКИШЕЧНО-ВЛАГАЛИЩНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ С ФОРМИРОВАНИЕМ РЕКТО- И ЭНТЕРОЦЕЛЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА

Нечипоренко Н.А., Нечипоренко А.Н., Мицкевич В.А., Можейко М.А., Юцевич Г.В.
УО "Гродненский государственный медицинский университет";
УОЗ "Гродненская областная клиническая больница",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Ректоцеле с или без энteroцеле следует рассматривать как разновидность тазовых грыж по причине несостоятельности прямокишечно-влагалищной фасции. В настоящем сообщении мы представляем свой опыт применения сетчатых протезов при хирургическом лечении ректоцеле с или без энteroцеле по технике Prolift posterior.

Материал и методы. Оперировали 37 женщин с изолированным ректоцеле или с генитальным пролапсом с ректоцеле. Техника операции: на шейку матки накладываются пулевые щипцы и матка максимально низводится. На слизистую задней стенки влагалища по средней линии накладываются 3 зажима Микулича: один, отступая на 1 см от задней губы шейки матки, второй у задней влагалищ-