

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

ОА, хирургическое вмешательство было произведено в 45 (78,9%) случаях. Среднее время от момента госпитализации до операции составило 18 часов (интервал 3-72 часа). В первой половине беременности операцию выполняли классическим доступом по McBurney. При более поздних сроках доступ проводился выше точки McVilpae в проекции максимальной болезненности при пальпации. При планировании хирургического доступа принимали во внимание данные об анатомическом расположении купола слепой кишки в зависимости от срока беременности, описанные J.L.Baer и соавторами [3], а также срок беременности, локализацию болей и данные ультразвукового исследования.

Выводы. Комплексная оценка клинических и ультразвуковых данных позволила уточнить место выполнения хирургического доступа, ограничивая тем самым его травматичность и обеспечивая удобство выполнения вмешательства.

Ультразвуковое сканирование с применением техники "дозированной компрессии" является перспективным методом дифференциальной диагностики острого живота у беременных.

Точность диагностики ОА у беременных является более важным фактором, чем время, затраченное на постановку правильного диагноза.

Литература:

1. Andersson, R. E. Incidence of appendicitis during pregnancy / R. E. Andersson, M. Lambe // Int. J. Epidemiol. - 2001. - Vol. 30, N 4. - P. 1281-1285.
2. Puylaert, J. B. A prospective study of ultrasonography in the diagnosis of appendicitis / J. B. Puylaert [et al.] // N. Engl. J. Med. - 1987. - Vol. 317, N 11. - P. 666-669.

ПУНКЦИОННЫЕ И ДРЕНИРУЮЩИЕ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Довнар И.С., Дубровицк О.И., Цилиндзь И.Т.,
Кояло С.И., Филиппович А.В., Сак В.Г.
УО "Гродненский государственный медицинский
университет",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В настоящее время отмечается неуклонный рост количества больных острым холециститом в первую очередь за счет увеличения количества пациентов преклонного возраста с выраженной сопутствующей патологией. Согласно литературным данным, общая и послеоперационная летальность у больных острым холециститом старших возрастных групп составляет соответственно 2-8% и 6-33%, а при наличии сопутствующей патологии внепеченочных желчных путей возрастает до 43%, в 5-10 раз превышая аналогичные показатели для пациентов молодого возраста.

Тактика при остром холецистите у больных пожилого возраста представляется наиболее дискутабельной проблемой в желчной хирургии. Основные разногласия возникают при обсуждении вопросов допустимых сроков консервативной терапии острого холецистита и

показаний к экстренному оперативному вмешательству, его объеме. При этом многие хирурги признают, что консервативная терапия и длительное наблюдение за пациентами старших возрастных групп чреваты возможностью быстрого развития осложнений. Высокий риск выполнения холецистэктомии у данных больных обуславливает более широкое применение оперативных вмешательств, дренирующих желчный пузырь.

Благодаря внедрению в клиническую практику современной эндоскопической и эхографической аппаратуры альтернативой хирургической холецистостомии стала холецистостомия лапароскопическая и эхоконтролируемая.

При неосложненном течении заболевания показания к холецистостомии возникают при неэффективности консервативного лечения у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска, а также в тех случаях, когда острому холециститу сопутствует механическая желтуха.

Цель. Изучение эффективности пункционно-дренирующего метода лечения острого холецистита.

Материал и методы. В клинике общей хирургии с 2002 г. по май 2010 г. чрезкожная чреспеченочная холецистостомия под контролем УЗИ была выполнена 46 больным с острым деструктивным холециститом и выраженной сопутствующей патологией. В подавляющем большинстве случаев эти вмешательства проводились больным старше 70 лет с выраженной сопутствующей патологией. Кроме этого, у 40 больных выполнялась пункция и санация полости желчного пузыря. У 6 пациентов данные лечебные вмешательства выполнялись дважды. В ряде случаев эту операцию дополняли блокадой круглой связки печени под контролем УЗИ.

Дренирование желчного пузыря проводилось у больных с острым холециститом, осложненным эмпиемой желчного пузыря или механической желтухой. У 32 больных холецистостомия выполнялась троакарным методом с применением разработанного в клинике дренажа. В 14 случаях холецистостомия производилась по методике Сельдингера с использованием стандартных дренажей.

Результаты и обсуждение. При остром холецистите у подавляющего большинства пациентов болевой синдром купируется сразу после чреспеченочной пункции желчного пузыря, улучшается общее состояние, в течение 1-3 дней снижается температура тела, нормализуются показатели крови.

После наложения холецистостомы и эвакуации гнойной желчи отмечалось существенное улучшение общего состояния больных: снижалась температура тела, уменьшался болевой синдром, сокращался в размерах желчный пузырь.

В большинстве случаев дренирование желчного пузыря являлось лишь первым этапом лечения острого калькулезного холецистита и после купирования острого процесса коррекции сопутствующей патологии через 3-5 недель 37 больным была выполнена лапароскопическая или открытая холецистэктомия.

Выводы. Раннее применение миниинвазивных методик при остром холецистите, не снижая существенно традиционной операционной активности, позволяет позитивно изменить структуру выполняемых холецистэктомий в пользу отсроченных и плановых вмешательств и добиться достоверного снижения количества послеоперационных осложнений.