

## **Выводы.**

- Успешное консервативное лечение осуществлено у 18 пациентов (64,3%).
- Из хирургических методов лечения выполнялась преимущественно лапароскопическая дезинвагинация (77,7%).
- Гидростатическая дезинвагинация под контролем УЗИ является наиболее эффективным методом консервативного лечения неосложнённой кишечной инвагинации у детей (70%).

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Беляев, М. К. Особенности инвагинации кишечника у детей старше одного года / М. К.Беляев // Хирургия.-2003.-№4.-С.47-50.
2. Дмитриев, Ю. В. Оперативное лечение инвагинации кишечника у детей / Ю. В. Дмитриев, С. В. Шайдулин, Л.В.Некрашевич // Актуальные вопросы детской хирургии: сборник материалов VII Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 30-летию кафедры детской хирургии (отв. ред. В. И.Ковальчук). - Гродно: ГрГМУ, 2015. - С.116-117.

## **ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

**Колоцей В. Н.<sup>1</sup>, Страпко В. П.<sup>2</sup>, Якимович Д. Ф.<sup>2</sup>, Жук С. А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь*

<sup>2</sup>*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно*

**Актуальность.** Абсцессы брюшной полости – это ограниченные скопления гноя в тех или иных отделах ее, окруженные пиогенной оболочкой, капсулой. По классификации В.Д. Федорова, их следует отнести к местному ограниченному перитониту. Суть его сводится к тому, что гнойный экссудат, чаще всего в области патологического очага и оперативного вмешательства, ограничивается от брюшной полости. Наиболее часто абсцессы брюшной полости возникают после аппендэктомии, и особенно после деструктивных форм аппендицита. Антибиотикотерапия при абсцессах малоэффективна ввиду наличия пиогенной оболочки, что препятствует проникновению антибиотиков в полость гнойника, поэтому оперативное лечение является адекватным методом лечения. Абсцессы брюшной полости – это ограниченные скопления гноя в тех или иных отделах ее, окруженные пиогенной оболочкой, капсулой. По классификации В.Д. Федорова, их следует отнести к местному ограниченному перитониту. Суть его сводится к тому, что гнойный экссудат, чаще всего в области патологического очага и оперативного вмешательства, ограничивается от брюшной полости. Наиболее часто абсцессы брюшной полости возникают после аппендэктомии, и особенно после деструктивных форм аппендицита. Антибиотикотерапия при абсцессах малоэффективна ввиду наличия пиогенной оболочки, что препятствует

проникновению антибиотиков в полость гнойника, поэтому оперативное лечение является адекватным методом лечения.

**Цель.** Представить результаты лечения пациентов с абсцессами брюшной полости, возникшими после лапароскопической аппендэктомии, с применением пункционных и лапароскопических методов.

**Методы исследования.** В данное сообщение включены результаты обследования и лечения 4 пациентов с острым аппендицитом, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» в 2022 году. Это были пациенты в возрасте от 21 до 34 лет, 2 мужчин, 2 женщин. Все пациенты были оперированы, выполнена лапароскопическая аппендэктомия. Острый флегмонозный аппендицит был диагностирован у 1 пациента, острый гангренозный аппендицит выявлен у 3 пациентов. Верификация диагноза той или иной формы аппендицита основывалась на данных патогистологического исследования червеобразного отростка. В послеоперационном периоде в связи с развитием осложнений пациенты обследованы с применением общеклинических, лабораторных, ультразвуковых и компьютерных методов обследования.

**Результаты и их обсуждение.** У этих пациентов на 3-5 сутки после лапароскопической аппендэктомии наиболее характерным симптомом было наличие гипертермии до 38-39,0°C. При пальпации живота отмечалась локальная болезненность в правой подвздошной области, у 2 пациентов отмечено локальное напряжение мышц брюшной стенки по контуру предполагаемого абсцесса. В картине общего анализа крови отмечался нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Наиболее доступным методом диагностики абсцессов было УЗИ брюшной полости. Кроме того, всем пациентам была выполнена компьютерная томография для уточнения пространственной локализации абсцесса.

У 2 пациентов абсцесс прилегал к передней брюшной стенке. В этих случаях удалось произвести пункцию абсцесса под контролем УЗИ с установкой дренажа «pig-tail» в полость абсцесса. При наличии в полости абсцесса густого гноя проводили его размывание физиологическим раствором, что позволило полностью удалить содержимое из полости абсцесса и в дальнейшем проводить ежедневную санацию. Еще в 2 случаях абсцесс локализовался в малом тазу. Была произведена релапароскопия со вскрытием абсцесса, санацией и дренированием данной области. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. С целью динамического контроля использовали ультрасонографию. Во всех случаях наступило выздоровление.

**Выводы.** Таким образом, применение современных пункционных и лапароскопических методов лечения на современном этапе развития хирургии позволяет произвести адекватное лечение абсцессов брюшной полости после лапароскопической аппендэктомии не прибегая к лапаротомии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Файзулина, Р. Р. Абсцессы брюшной полости: современное лечение / Р. Р. Файзулина, Ю. А. Соболев, О. Б. Нузова // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2019. – Vol 21. – № 7. – С. 20-25.

### УРОВНИ ЭЛЕКТРОЛИТОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА, ПРИНИМАЮЩИХ АНТИАРИТМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ III КЛАССА

Колоцей Л. В.<sup>1</sup>, Снежицкий В. А.<sup>1</sup>, Гриб С. Н.<sup>2</sup>, Черная Е. Н.<sup>2</sup>,  
Епифанова Ж. Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

<sup>2</sup>Гродненский областной клинический кардиологический центр, Гродно, Беларусь

**Актуальность.** Нарушения электролитного обмена, в частности, гипокалиемия и гипомагниемия, значимо ассоциированы с развитием нарушений процесса реполяризации миокарда желудочков сердца [1]. В ряде исследований сообщалось о взаимосвязи уровня магния сыворотки крови и развития полиморфной желудочковой тахикардии (ЖТ) [2, 3]. Более того, внутривенное введение сульфата магния является терапией первой линии купирования ЖТ типа «пируэт» [3]. Однако большинство подобных исследований основывались только на данных, полученных на животных моделях, либо включали пациентов, находящихся в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии и имеющих сопутствующую хроническую почечную недостаточность, а также декомпенсированную ХСН.

**Цель.** Оценить показатели электролитного баланса у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и/или артериальной гипертензией (АГ), принимающих антиаритмические препараты III класса и установить взаимосвязь дефицита электролитов сыворотки крови с развитием лекарственно-индуцированного удлинения интервала QT.

**Методы исследования.** В исследование включено 110 пациентов с ИБС и/или АГ и нарушениями ритма сердца, принимавших антиаритмические препараты III класса (амиодарон либо соталол). В зависимости от наличия или отсутствия лекарственно-индуцированного СУИ QT, пациенты были разделены на 2 группы: «СУИ QT» (n=64) и «Без СУИ QT» (n=46). В качестве группы контроля обследованы 40 человек с хроническими формами ИБС и/или АГ без анамнеза нарушений ритма сердца (группа «Без ААП»). Всем пациентам проводились инструментальные и лабораторные исследования, в том числе определение уровней электролитов (калий, натрий, магний, кальций, хлориды) в сыворотке венозной крови. Статистический анализ выполнялся с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 10.0.