

существует острая необходимость в принятии мер по снижению количества устойчивых штаммов МБТ. Это требует разработки оптимальных схем лечения, поиска новых ПТП препаратов, проведения сан. просвет. работы по данному вопросу с населением и с больными.

Необходимо пересмотреть систему контроля за приёмом ПТП больными и условия их пребывания в стационаре, а также усовершенствовать оказание помощи на амбулаторном этапе.

Литература:

1. Итоги деятельности фтизиатрической службы Гродненской области за 2002 год // Гродненское областное учреждение здравоохранения «Фтизиатрия» Гродно 2002. С.-31-33

2. Романенко В.Ф. Генетическая обусловленность адаптивной изменчивости микобактерии туберкулёза. // Проблемы туберкулёза 2006. №9. С.-46-49

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ПАТОЛОГИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Гаджиева Ф.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.Д. Маслакова

Использование ультразвукового оборудования дает возможность не только диагностировать, но и лечить заболевания брюшной полости независимо от тяжести состояния больного. Эти операции часто являются альтернативными к обычным обширным вмешательствам.

Актуальность научного и клинического исследования очевидна из создавшейся экологической и радиационной обстановки, связанной с загрязнением окружающей среды. На этом фоне наблюдается тенденция к снижению иммунологического статуса, неспецифической резистентности, нарастает аллергический фон и толерантность к антибиотикам, что приводит к росту нагноительных заболеваний.

Наиболее грозной локализацией последних является брюшная полость.

Риск оперативных вмешательств у таких больных высок, влечет за собой инфицирование брюшной полости и передней брюшной стенки, часто осложняющееся перитонитом, нагноением послеоперационной раны, что нередко приводит к необходимости релапаротомии. Длительное заживление раневого канала требует большого количества дезинтоксикационных, обезболивающих, противовоспалительных препаратов, перевязочного материала.

Предоставлен анализ 72 чрескожных лечебных абдоминальных вмешательств, выполненных под контролем УЗИ при помощи стилет-катетеров (диаметром 0.3-7мм). Выбиралась наименее травматичная траектория. Среди 72 вмешательств:

Абдоминальные абсцессы 13

Абдоминальные кисты 7

Поддиафрагмальные подпечёночные абсцессы 8

Гнойные кисты поджелудочной железы и парапанкреатической области 24

Острые ложные кисты поджелудочной железы 17

Поликистоз 2

В результате проведенных вмешательств средний курс лечения составил от 7 до 16 дней (в сравнении с традиционным 30-45 дней). Летальных случаев не было, дополнительное проведение традиционного оперативного вмешательства потребовалось только в 1 случае при парапанкреатическом абсцессе.

Описанные лечебные мероприятия имеют ограниченное противопоказание, выполняются независимо от тяжести состояния больного, высокоэффективны, социально и экономически оправданы.

Литература:

1. Брискин Б.С., Минасян А.М., Карпов И.Б., Платова И.Р., Цыганов А.А. Лечебные вмешательства под контролем ультразвукового

исследования при заболеваниях брюшной полости// Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова 1996.- №6 С. – 17-20

2. Коротков Н.К., Кукушкин А.В., Метелев А.С. Миниинвазивные технологии в диагностике и лечении местных гнойных осложнений деструктивного панкреатита// Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова 2005.- №3 С. - 40-44

3. Мумладзе Р.Б., Чудных С.М., Колесова О.Е. и др., Перспективные направления терапии острого панкреатита// Анналы хирургии 1996.-№3 С. – 37-41.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Ган М. Н, Фурс В.В

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 1

Научный руководитель - доцент Н.Д.Маслакова

Острый аппендицит (О.А) – распространенное хирургическое заболевание, не обходящее стороной и беременных женщин. Имеет двойную опасность, т.к угрожает жизни матери и плода. Практически для всех женщин с диагнозом острый аппендицит существует угроза прерывания беременности. Как известно, в Беларуси сложилась неблагоприятная демографическая ситуация. Поэтому на руки хирургов возложена не только проблема медицинского характера, но и будущее белорусского народа.

Необходимо вовремя провести диагностику, которая у беременных затруднена, что связано с особенностями физиологии организма женщины при беременности. Поэтому разрабатываются новые методы диагностики. 1.УЗИ – позволяет дифференцировать острый аппендицит от другой хирургической и акушерской патологии. Для улучшения визуализации червеобразного отростка разработана методика дозированной компрессии линейным датчиком. 2. Лапароскопия. 3. Анализ крови.