

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.

С 2000 г. по 2005 г. обследовано 38 женщин на разных сроках беременности с подозрением на О.А: 14 оперировано (острый катаральный – 4, острый флегманозный – 8, острый гангренозный – 2), 12 после тщательного обследования выписаны с диагнозами: кишечная колика (6), правосторонний нефроптоз (2), гидронефроз (2), пиелонефрит (1), внематочная беременность (1 переведена в гинекологическое отделение), 10 обследовано амбулаторно с подозрением на О.А (отпущены домой по настоянию, после убеждения в необходимости госпитализации). Сопутствующие заболевания - ожирение 3 степени (1), хронический пиелонефрит (1). Угроза прерывания беременности (2).

По нашим данным О.А наиболее часто встречается во 2-ом и 3-ем триместрах беременности. Начало острое. У 8 начало болей отмечалось в эпигастрии и 3 по всему животу, с последующей локализацией в правую подвздошную область, у 3 начало болей – правая подвздошная область. Тошнота - 9 больных, рвота - 3, сухость во рту - 10, подъём температуры - 4, учащённое мочеиспускание – 2. При осмотре удовлетворительное состояние - 12 больных, тяжёлое – 2, язык сухой – 10, влажный – 4. обложен белым налётом – 6. Симптомы Ситковского (5), Бартомье-Михельсона (6), Ровзинга (4), Воскресенского (8), Щёткина-Блюмберга (6) положительны, остальные недостоверны.

Окончательный диагноз устанавливался консилиумом в составе акушера-гинеколога и хирурга, при необходимости уролога. С момента поступления до операции максимально проходило 3 часа. В послеоперационном периоде велось тщательное обследование: в первый день через три часа хирургом и реаниматологом, в последующем при хорошем состоянии беременной 2 раза в день хирургом и реаниматологом с рекомендацией гинеколога при выписке. Госпитализация 6-7 дней.

Осложнения (1): острый флегманозный аппендицит (беременность

34 нед.) – инфильтрат послеоперационной раны (консервативное лечение).

Литература:

1.Стрижаков, Диагностика трудных случаев острого аппендицита.М-Триада-Х,1997, С.125

2.Томашук И.П. Острый аппендицит (симптомы, дифференциальная диагностика, лечение) – Киев. - Здоровье, 1994, С. 80

3.Стрижаков, Современные принципы обследования и ведения беременных с острым аппендицитом.Акушерство,гинекология,1997,№ 4, С.24

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

Гарбар Ю.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – доцент В.И.Аверин

Пилоростеноз – это врожденное заболевание, в основе которого лежит нарушение проходимости пилорического отдела желудка, обусловленное пороком развития пилорического жома в виде нарушения морфологических его структур. Популяционная частота 0,5-3:1000. Отмечается преобладание пилоростеноза у мальчиков – в соотношении (мальчики:девочки) 4:1. Пилоростеноз требует оперативного лечения. Классической операцией для лечения пилоростеноза является пилоромиотомия по Фреде – Рамштедту. В последнее время в лечении пилоростеноза стали внедряться малоинвазивные методики, в частности, лапароскопия.

Цель: изучить и сравнить результаты хирургического лечения пилоростеноза из лапаротомного доступа и лапароскопическим методом.