

хирургами данной проблемы, необходима коррекция устоявшихся тактических канонов.

Литература

1. Цынцарь, С.И. Открытая травма живота – современный подход, собственный опыт / С.И. Цынцарь, Г.А. Рожновяну, И.М. Гагауз и др. // Актуальные вопросы неотложной хирургии. Материалы XXVII пленума хирургов РБ. – Минск, 2016. –С. 157-158.

СТРУКТУРА ТРАВМЫ ЖИВОТА В ОТДЕЛЕНИИ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Ковалева Д.А., Авдеева Е.Ю.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель – к.м.н., доцент Цилиндзь И.Т.*

Актуальность. Травматические повреждения являются ведущей причиной смерти, а также временной и стойкой нетрудоспособности у лиц моложе 40 лет. В структуре травм мирного времени повреждения живота составляют в среднем 3-4% [1].

Цель: изучить структуру травмы живота в отделении общехирургического профиля.

Материалы и методы исследования. Анализ результатов диагностики и лечения пациентов с травмами живота в клинике общей хирургии в период с 2011 г. по 2015 г.

Результаты. За указанный период на лечении в клинике общей хирургии находилось 78 пациентов с данной патологией, из них мужчин было 62(79,5%) человека, женщин - 16(20,5%), в возрастном составе от 18 до 75 лет. Средний возраст пациентов составил 49 лет.

С закрытой травмой живота было 42 человека (54%); у 36(46%) пациентов установлен диагноз открытой травмы. В группе с открытой травмой живота непроникающие ранения были у 11 пострадавших, что составило 30,6%, проникающие ранения составили 69,4%(25 пациентов). Среди последних у 80% человек (20 пациентов) проникающие ранения были с повреждением внутренних органов, у 20% (5 пациентов) повреждений органов брюшной полости не было. Пострадавшим с непроникающими ранениями была выполнена первичная хирургическая обработка ран.

Из 78 пациентов 29(37,2%) человек с закрытой и проникающей травмой живота были оперированы, 25(32%) пациентам произведена лапаротомия, выявлено и произведено хирургическое лечение следующих повреждений: травмы тонкой кишки у 9 (31%); травмы толстой кишки у 2(6,9%); травмы селезенки у 4(13,8%); травмы печени у 5(17,2%); травмы внутрибрюшной стенки мочевого пузыря у 1(3,4%); ранения большого сальника с продолжающимся кровотечением у 1(3,4%).

У 4 пациентов (13,8%) при лапароскопии выявлена гематома (ненапряженная) в брыжейке тонкого кишечника.

Выводы. В структуре повреждений живота преобладала закрытая травма (54%), у пострадавших с открытой травмой – проникающие ранения живота (69,4%).

Литература

1. И.З. Козлов, С.З. Горшков, В.С. Волков. Повреждения живота. М.: Медицина, 1988. -224 с.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА К ЛЕВОЙ ДОЛЕ ПЕЧЕНИ И ЧРЕСКОЖНОЙ ЕЕ ПУНКЦИИ У КРОЛИКА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Павлова Д.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Научный руководитель – ассист. Бойко Д.Н.

Актуальность. Внимание к данной проблеме привлекает тот факт, что количество оперативных вмешательств на печени с каждым годом увеличивается (Республика Беларусь в настоящий момент находится в тройке лидеров по странам Европы, предоставляющих услуги медицинского туризма).

Цель.Целью данной работы является разработка оптимального метода выбора места чрескожной пункции и оперативного доступа к левой доле печени.

Материалы и методы исследования. В эксперименте использованы кролики массой 2,0-3,0 кг. Методом выбора места оптимальной чрескожной пункции или оперативного доступа к левой доле печени являлась бесконтактная пирометрия операционного поля.

Результаты. В зависимости от целей предстоящей манипуляции выбиралась зона с температурной картиной, максимально соответствующей предполагаемой локализации левой доли печени. Так, в 20% случаев левая доля печени находилась по верхнесрединной линии, что подтверждается медианой температурной кривой. В остальных случаях левая доля печени находилась на 1-1,5 см ниже и левее мечевидного отростка грудины, что в дальнейшем подтверждалось интраоперационно. Плотность прилегания передней брюшной стенки к печени была определена по максимально определяемой температуре, которая составила при данной методике измерения 37.1 ± 1.1 гр.С.

Выводы. Результаты бесконтактной пирометрии коррелируют с формой реберных дуг экспериментальных животных, а также с вариантной голотопией печени. Предложенный метод позволяет с максимальной экономической эффективностью определить локализацию левой доли печени в верхнем этаже брюшной полости, провести чрескожную пункцию и определить оптимальный оперативный доступ к левой доле печени, причём