

дуоденального соска в большинстве наблюдений диагностируется в поздних стадиях заболевания.

Цель исследования: изучение ранней диагностики (инструментальными методами) рака большого дуоденального соска, осложненного синдромом желтухи.

Материал и методы. Нами проанализировано 25 историй болезни пациентов с раком большого дуоденального соска, находившихся на стационарном лечении. Мужчин было 16, женщин – 9. Использовались инструментальные методы исследований: ультразвуковые, рентгенологические, эндоскопические. Проводилась их оценка.

Результаты. Рак фатерова соска в I стадии установлен у 9, II – у 7, III – у 6, IV – у 3 пациентов. На начальном этапе инструментальной диагностики использовалась ультразвуковая томография. Гомогенный расширенный печечно-желчный проток прослеживался на всем протяжении, вплоть до стенки двенадцатиперстной кишки. Рак фатерова соска у 16 пациентов визуализировался в виде гиперэхогенного образования, с мелкоячеистой структурой, у 9 – как гипоэхогенное образование. Метастатическое поражение лимфатических узлов установлено у 16 пациентов: у 5 – парадуоденальных, у 4 – перипанкреатических, у 5 – парадуоденальных и перипанкреатических, у 2 – перихоледохеальных. Метастазы рака фатерова соска в печень по данным ультразвукового исследования выявлены в 2 наблюдениях. Проведенное рентгеноэндоскопическое исследование 12-ти перстной кишки позволило у 24 пациентов диагностировать рак фатерова соска и установить распространенность опухолевого процесса на стенку органа. При рентгеноконтрастном исследовании желчных протоков при раке фатерова соска устанавливался точный уровень обструкции желчных протоков, определялась зона опухолевого роста, уточнялась распространенность опухолевого процесса по стенке общего желчного протока. Фистулохолангиодуоденография имела значение в планировании объема радикального вмешательства. У 4 пациентов выявила переход опухолевого процесса за стенку двенадцатиперстной кишки на интрапанкреатический отдел общего желчного протока. В 6 наблюдениях опухоль локализовалась только в области большого дуоденального соска, при этом выявлялся неизмененный интрамуральный отдел общего желчного протока.

Выводы. Таким образом, проведенные инструментальные методы исследования обеспечили достижение достоверного диагноза и позволили избрать правильную тактику лечения.

Литература:

1. Блохин Н.Н., Итин А.Б., Клименков А.А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей. - М.: Медицина, 1982. - 272 с.
2. Долгушин Б.И., Чулкова Н.Н., Джумагулова Г.Ш. РКТ в комплексной диагностике заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной зоны. // В кн.: Современная компьютерная и магнитно-резонансная томография в многопрофильной клинике. - М., 1997. - С. 179-181.

УКУШЕННЫЕ РАНЫ ЛИЦА У ДЕТЕЙ

Малыхина А.В. Кендыш Е.Н.

Кафедра общей хирургии

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Цилиндзь И.Т.

Актуальность. За последнее пятилетие отмечается рост количества укушенных ран лица у детей. Это связано с ростом количества домашних животных. Родители, заводя дома кошку или собаку, забывают о том, что это хищники с присущими им инстинктами. Как известно, хищники кусают чаще всего при приеме пищи, или когда им причиняют боль. Что нередко делают неумышленно дети. И в результате получают укусы и оцарапывания, в том числе и лица. При укушенных ранах лица возможна частичная ампутация мягких тканей, что делает эту травму тяжелой. С другой стороны, раны на лице и волосистой части головы в

связи с хорошим кровоснабжением, заживают быстрее и лучше, чем раны других локализаций, особенно в детском возрасте.

Цель исследования: изучение особенностей клиники и лечения укушенных ран лица у детей.

Материал и методы. Нами проанализировано 20 историй болезни детей с укушенными ранами лица, нанесенными млекопитающими. Всем детям выполнялась первичная хирургическая обработка - ПХО, шов раны, в некоторых случаях постановка дренажа. Введение антирабического иммуноглобулина и вакцины.

Результаты. В ходе проведенного исследования нами выявлено, что укушенные раны лица практически одинаковой частотой встречаются как у мальчиков 11 - (55%), так и у девочек 9 - (45%). Укушенные раны лица в основном встречались у детей в возрасте до 10 лет 14 - (70%), из них в возрасте до 6 лет у 7 - (50%), что, вероятно, связано с недостаточным или отсутствием опыта обращения с животными. Все пострадавшие дети были доставлены в стационар в течение первых суток после травмы 20 - (100%). По локализации укушенные раны лица встречались в области верхней 5 - (25%) и нижней 3 - (15%) губы, щеки 3 - (15%), скуловой области 2 - (10%), нескольких анатомических областей 7 - (35%). При изучении обстоятельств получения травмы установлено, что укусы животных были спровоцированы детьми. Клиническое обследование челюстно-лицевой области показало, что укушенные раны лица имели нередко неправильную форму, края их были неровными. За счет сокращения мимической мускулатуры, наличия выраженной подкожно-жировой клетчатки, укушенные раны лица зияли, особенно в области губ. Дефекты мягких тканей губ, щек, скуловой области встречались в 2 - (10%) случаев. Так как укушенные раны лица у детей были контаминированы микрофлорой полости рта животных, несмотря на проводимую первичную хирургическую обработку, они нагнаивались в 2 - (10%) случаях. Что в 2-3 раза чаще, чем раны лица другого происхождения. Воспаление проявлялось местно: гиперемией, отеком, болью, гнойным отделяемым. Общей реакцией организма: повышением температуры тела, лейкоцитозом, ускорением СОЭ. Нагноение укушенных ран вело к некоторой несостоятельности швов, частичному расхождению, заживлению их вторичным натяжением.

Выводы. Таким образом, укушенные раны лица имеют склонность к воспалению и нагноению. При выполнении ПХО ран необходимо тщательно проводить антисептическую обработку, дренирование, в случае больших ран, а так же адекватную антибиотикотерапию. Ушивание ран должно быть с тщательным сопоставлением краев. С профилактической целью образования рубцов амбулаторное проведение физиотерапевтического лечения.

Литература:

1. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста / Под ред. Л. В. Харькова. М. «Книга плюс». – 2005. – 470 с.

ПОТРЕБНОСТЬ В ПЛАСТИКЕ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ГОЛЕНИ

Манукян А.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель – ассист. Бритько А.А.

Актуальность. По данным разных авторов, разрывы крестообразных связок коленного сустава встречаются с частотой от 5% до 60% среди всех повреждений капсульно-связочного аппарата коленного сустава. Наиболее подверженной группой населения являются молодые люди, вовлеченные в игровые виды спорта. Из всех внутрисуставных повреждений связок коленного сустава разрывы передней крестообразной связки (ПКС) случаются чаще и составляют 1:3500 населения в год [1]. Исходом данного патологического состояния является развитие хронической передней нестабильности коленного сустава, что приводит к нарушению его опорной и двигательной функции, резко снижает уровень физической активности.