

сравнительно недорогим изделием. Удешевление протезирования позволит обеспечить доступность среднему слою населения, а также детям, которым ввиду растущего организма, требуется регулярная замена протезов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Круглов, А. В.* Современное состояние вопроса функционального протезирования инвалидов с кистями кисти и пальцев (обзор литературы) / А. В. Круглов, И. В. Шведовченко // *Гений ортопедии.* 2017. № 3. С. 368–373.
2. *Агейкин, А. В.* 3D-моделирование и 3D-принтинг как новый этап в развитии сосудистого протезирования / А. В. Агейкин // *Огарёв-Online.* 2017. № 7 (96). С. 3.
3. *Голуб, И. В.* Использование 3D-принтинга в протезировании / И. В. Голуб, А. В. Лебедев // *Биомедицинская инженерия и электроника.* 2017. № 4 (18). С. 6.

УДК 616.33/.342-002.45-089

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОТКРЫТОЙ
И ЛАПАРАСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ
ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Дешкович Е. В.

Научный руководитель: ассистент Е. А. Артюшков

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная перфорацией — это возникновение сквозного дефекта в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки, с выходом содержимого в брюшную полость.

В последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости населения Республики Беларусь, среди которых широкое распространение получила язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

По статистике, осложненными гастродуоденальными язвами страдает 10–12 % (до 15 %) взрослого населения, преобладающий возраст — 20–50 лет. Соотношение мужчин и женщин составляет 4 к 1. Актуальность этой проблемы определяется тем, что она является основной причиной инвалидности 68 % мужчин и 30 % женщин. Язвенная болезнь — хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся формированием язвенного дефекта в желудке или двенадцатиперстной кишке [1].

Частота перфорации язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки колеблется от 7 до 10 случаев на 100 тыс. населения и осложняет от 2 до 11 % язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Однако это осложнение редко встречается во Франции, Англии и Израиле, за исключением пациентов с недостаточным медицинским обслуживанием. Средний возраст пациентов с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в настоящее время составляет 56 лет при соотношении полов один к одному [2]. В западных странах снижение хирургического вмешательства, как экстренного, так и планового, многофакторна. Усовершенствования терапевтической эндоскопии, внедрение эффективной антацидной терапии, а также выявление и лечение НР-инфекции в значительной степени способствовали успешному консервативному лечению пациентов с язвенной болезнью. Что касается осложненной язвенной болезни, лечение и эрадикация НР-инфекции, привели к переходу от оперативного лечения пациентов к консервативному лечению [3].

Цель

Изучить структуру пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией и провести анализ результатов оперативного лечения.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ методом сплошной выборки историй болезни 54 пациента с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией, находящихся на лечении в ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» за период с февраля 2019 по январь 2022 гг. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel 2016».

Результаты исследования и их обсуждения

В исследование вошло 54 пациента с диагнозом — язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная перфорацией. Из них: 39 (72,2 %) мужчин, 15 (27,8 %) женщин, в возрасте от 21 до 86 лет. Средний возраст пациентов составил 40 лет (33; 55). Из них количество работоспособных пациентов составило 46 (85,1 %) человек. Перфоративная язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке (ДПК) у 48 (88,9 %) пациентов, в желудке — у 6 (11,1 %).

В настоящее время перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки является абсолютным показанием к проведению хирургического вмешательства.

Всем пациентам, которые вошли в нашу выборку, была проведена экстренная операция, сразу после поступления в стационар больницы скорой медицинской помощи г. Гомеля. В данной выборке было проведено три следующих вида оперативных вмешательств:

1. Лапароскопически-ассистированная операция на желудке и тонкой кишке: лапароскопическое ушивание перфоративной язвы передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки составляет 22 (40,7 %) пациента.

2. Лапаротомия. Иссечение язвы и ее ушивание — 29 (53,7 %) пациентов.

3. Лапаротомия, иссечение язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, пилоропластика по Микуличу — 3 (5,6 %).

В процессе исследования было выявлено, что послеоперационный период у пациентов, после лапароскопически-ассистированного вмешательства составил 10,5 дней (9; 12). Пациентам, которым выполнялась лапаротомия длительность пребывания в стационаре, составила 12 дней (10; 12,25). Различия по длительности пребывания в стационаре являлись статистически значимыми (критерий Манна — Уитни, $p < 0,05$).

Средняя длительность операции при лапароскопически-ассистированном вмешательстве составила 90 минут (50; 106,25), а при выполнении лапаротомии длительность операции составила 67,5 мин (55; 81,25). Различия по длительности пребывания в стационаре являлись статистически не значимыми (критерий Манна — Уитни, $p > 0,05$).

Выводы

1. Средний возраст пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией составил 40 лет (33; 55).

2. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки встречается чаще у мужчин (72,2 %), из них трудоспособного возраста было 85 %.

3. В 89 % случаев перфоративная язва располагалась в двенадцатиперстной кишке, в 11 % случаев в желудке.

4. В 59 % случаев пациентам с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией выполняли лапаротомию, в 41 % случаев — лапароскопически-ассистированное вмешательство.

5. Средняя длительность операции при лапароскопически-ассистированном вмешательстве составила 90 мин (50; 106,25), а при выполнении лапаротомии — 67,5 мин (55; 81,25).

6. Средняя длительность пребывания пациентов после лапароскопически-ассистированного вмешательства составила 10,5 дней (9; 12), а после лапаротомии — 12 дней (10; 12,25).

Таким образом, лапараскопически-ассистированное вмешательство сокращает время пребывания в стационаре. После лапараскопически-ассистированного вмешательства сокращается время пребывания койко-дней в стационаре, а также пациенты быстрее восстанавливаются в послеоперационный период. Они быстрее восстанавливают свою трудоспособность, что экономически выгодно для страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузина, М. И. Хирургические болезни / М. И. Кузина; под ред. М. И. Кузина. М.: Медицина, 2002. 281 с.
2. Helicobacter genotyping and detection in peroperative lavage fluid in patients with perforated peptic ulcer / N. A. Komen [et al.] // J Gastrintest Surg. 2008. P. 555–560.
3. Behrman, S. W. Management of Complicated Peptic Ulcer Disease / S. W. Behrman // American Medical Association, 2005. 8 p.

УДК 616.145.74-007.64:616.36-004

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Елисеенко Я. А., Касалапова В. В.

**Научный руководитель: С. А. Ямадов;
старший преподаватель Д. М. Адамович**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Варикозное расширение вен пищевода является довольно частым клиническим проявлением цирроза печени. Частота встречаемости вариксов в верхних отделах желудочно-кишечного тракта при компенсированных формах цирроза составляет от 30 до 40 %, а при декомпенсированном ЦП достигает 60 %. Формирование вариксов, при ЦП вирусной этиологии, в 30 % клинических наблюдений происходит в течение 5 лет, тогда как при алкогольном циррозе, варикоз обнаруживается уже спустя 2 года в половине случаев. Через 10 лет около 90 % больных ЦП имеют ВРВ пищеводно-желудочного перехода [1].

Варикозно расширенные вены пищевода представляют собой портосистемные коллатерали — т. е. сосудистые каналы, которые связывают портальный венозный и системный венозный кровоток. Они формируются как следствие портальной гипертензии (прогрессирующего осложнения цирроза), чаще всего в подслизистой оболочке нижних отделов пищевода. Разрывы и кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода являются главными причинами осложнений портальной гипертензии и связаны с высокой степенью смертности. Кровотечение из варикозных вен является причиной 10–30 % всех случаев кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Склеротерапия вен пищевода — малоинвазивное эндоскопическое вмешательство, во время которого в вену или окружающие ткани вводят специальное вещество — склерозант. Оно вызывает воспаление с последующим формированием фиброзной ткани, в результате чего ток крови по пораженному сосуду прекращается. Оперативная техника эндоскопического склерозирования варикозно расширенных вен заключается во введении определенного склерозанта интравазально, паравазально либо сочетая оба способа, посредством иглы, проведенной через инструментальный канал эндоскопа. Для интравазального введения чаще всего используется тетрадецилсульфат натрия или 3 % раствор этоксисклерола, последний наиболее часто используется при паравазальном склерозировании. Склерозант вызывает воспаление интимы вены, что