

2 сеанса ДУВЛ. У 54% пациентов потребовалось 3 сеанса ДУВЛ. У 2% пациентов потребовалось 4 сеанса ДУВЛ.

Выводы

Таким образом в 70% удалось полное избавление конкрементов в отношении камней почек и верхних мочевых путей у пациентов с МКБ, а при дополнении ДУВЛ УРС с КЛЛТ 30%. Из чего можно сделать вывод о высокой эффективности ДУВЛ при лечении МКБ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Белай, С. И.* Мочекаменная болезнь: актуальность вопроса и перспективы его развития / С. И. Белай, М. А. Довбыш, И. М. Белай // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2019. – № 15 (5). – С. 19–26.
2. *Новрузова, А. А.* Эндоскопический подход к лечению мочекаменной болезни. Наши результаты в ретроградной интратанальной хирургии / А. А. Новрузова // Медицинская наука и образование Урала. – 2019. – Т. 20. – № 4 (100). – С. 159–162.
3. Урологические ведомости : сб. материалов том VIII №4: [<https://journals.eco-vector.com/uroved/issue/view/602>] – Санкт-Петербург 2018 (дата обращения: 27.02.2025).
4. *Канана, А. Я.* Хирургическое малоинвазивное лечение камней / А. Я. Канана // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. – 2019. – Т. 4, № 2. – С. 63–71.
5. Применение экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии и контактной уретеролитотрипсии при лечении конкрементов в дистальном отделе мочеточника / Н. Ю. Степанов, З. А. Дуваяров, Е. В. Бояркин [и др.] // Международный научно-исследовательский журнал. – 2020. – № 6(98). – С 116–118.

УДК 616.34-007.251

Т. Р. Гриппа

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. В. Харитончик

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Введение

Гастродуоденальные язвы являются распространенным заболеванием желудочно-кишечного тракта, которые характеризуются образованием дефектов в слизистой оболочке с поражением различных слоев стенки желудка или двенадцатиперстной кишки [1].

В настоящее время как в Республике Беларусь, так и во всем мире язвенная болезнь остается важной причиной временной нетрудоспособности и инвалидизации населения. Социальная значимость данной патологии обуславливается не только высоким уровнем заболеваемости, но и большой частотой осложнений, таких как кровотечения, перфорации и стенозы [2]. Консервативное лечение названных осложнений зачастую бывает неэффективным, что приводит к необходимости прибегнуть к хирургическому вмешательству. Учитывая тот факт, что язвенная болезнь часто поражает людей трудоспособного возраста, она оказывает серьезное влияние на производительность труда и качество жизни пациентов, создавая серьезную нагрузку на системы здравоохранения и экономику в целом. Существует множество этиологических теорий язвенной болезни, но наиболее распространенными факторами, приводящими к развитию гастродуоденальных язв, являются инфицирование бактерией *Helicobacter pylori*, а также злоупотребление нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) [3].

Цель

Изучить современные хирургические подходы к лечению пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами и определить наиболее эффективный.

Материал и методы исследования

Материалом исследования явились данные 193 историй болезни пациентов УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» за период с 2019 по 2021 годы. В группу вошли: 143 мужчины и 50 женщин (рисунок 1).

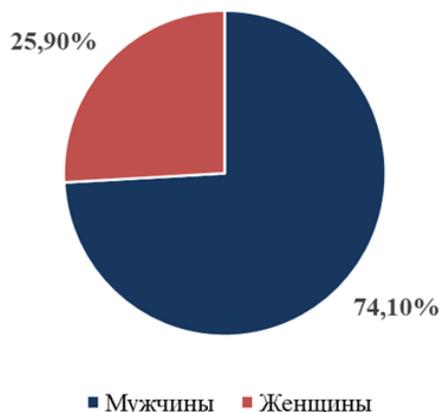


Рисунок 1 – Распределение пациентов по полу

Всем пациентам были проведены предварительные методы диагностики (рентгенологические, УЗИ, КТ-, МРТ-исследования, биохимический и общий анализы крови, анализ мочи, ФГДС). С целью установки механизма образования язв изучены факторы риска для каждого пациента (пол, возраст, физические привычки, курение, гиперлипидемия, диспепсические расстройства, хронические заболевания).

Результаты исследования и их обсуждение

По локализации язвы были выявлены: в 137 (71,0%) случаях в двенадцатиперстной кишке и в 56 (29,0%) случаях в желудке.

Операция потребовалась в 183 (94,81%) из 193 случаев, что говорит о хирургическом методе лечения как преобладающем при данном заболевании.

Из 183 случаев лапароскопическая операция была проведена в 94 (51,4%) случаях (таблица 1).

Таблица 1 – Лапароскопические операции по поводу перфоративных гастродуоденальных язв

	На желудке	На двенадцатиперстной кишке
Ушивание	25 операций	44 операции
Иссечение	6 операций	19 операций

Ушивание перфоративной язвы лапароскопически проводилось в 69 случаях (73,4%), из них 44 операции (63,8%) были проведены на двенадцатиперстной кишке и 25 (36,2%) на желудке.

Лапароскопическое иссечение проводилось в 25 случаях (26,6%), из них 19 (76,0%) – на двенадцатиперстной кишке и 6 (24,0%) – на желудке. Иссечения, чаще всего, сопровождалась пилоропластикой либо дуодено-пластикой: в 3 случаях (12,0%) выполнялась пластика по Гейнеке-Микуличу, в 13 случаях (52,0%) – по Джадду.

Средняя продолжительность лапароскопических вмешательств на двенадцатиперстной кишке составила – 105,5 [71–130] минут, средняя длительность лапароскопических вмешательств на желудке составила – 109,3 [80–142] минуты.

Из 183 случаев лапаротомная операция была проведена в 89 (48,6%) случаях (таблица 2).

Таблица 2 – Лапаротомные операции по поводу перфоративных гастродуоденальных язв

	На желудке	На двенадцатиперстной кишке
Ушивание (64,0%)	10 операций	47 операции
Иссечение (28,2%)	4 операции	21 операция
Резекция (По Бильрот I и Бильрот II) (7,8%)	7 операций	Не производилось

Ушивание перфоративной язвы лапаротомно проводилось в 57 случаях (64,0%), из них 47 операций (82,5%) были проведены на двенадцатиперстной кишке и 10 (17,5%) на желудке.

Лапаротомное иссечение проводилось в 25 случаях (28,2%). Из них 19 (76,0%) на двенадцатиперстной кишке и 6 (24,0%) на желудке.

При лапаротомном иссечении, операции сопровождалась пилоропластикой либо дуоденопластикой: в 8 случаях (32%) из 25 выполнялась пластика по Гейнеке-Микуличу, в 16 случаях (64%) из 25 – по Джадду.

Резекция желудка по Бильрот I была выполнена 5 пациентам (5,6%), по Бильрот II – двум (2,2%).

Средняя длительность лапаротомных операций на двенадцатиперстной кишке составила – 117,5 [102–184] минут, на желудке – 121,1 [112–193] минут.

Выводы

В результате изучения хирургических методов лечения перфоративных гастродуоденальных язв установлено следующее:

1. Язвы чаще возникают в двенадцатиперстной кишке, примерно в 71,35% случаев, что свидетельствует о высокой частоте данного заболевания.

2. Хирургическое вмешательство потребовалось 183 (94,81%) пациентам с перфоративными гастродуоденальными язвами, что указывает на распространенность хирургического метода лечения.

3. Из 183 прооперированных пациентов иссечение и ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы с дренирующей операцией было выполнено лапароскопически 94 (51,4%) пациентам, с помощью лапаротомии – 89 (48,6%) пациентам, что говорит о небольшом преобладании лапароскопического метода, как наиболее оптимального. Лапаротомия выполнялась тогда, когда имелись серьезные технические трудности, не позволявшие выполнять лапароскопическое ушивание или иссечение прободной язвы.

4. Средняя продолжительность лапароскопических вмешательств существенно меньше, чем при лапаротомии.

5. Продолжительность нахождения в стационаре после лапароскопической операции значительно меньше, чем после лапаротомии. Это свидетельствует об экономической выгоде лапароскопического метода не только с точки зрения стоимости анестезиологического пособия, работы операционной, сокращения срока пребывания в палате интенсивной терапии, оплаты труда персонала, но и с позиции более легкого течения послеоперационного периода, снижения временной нетрудоспособности пациента и быстрого возвращения к обычному образу жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сацукевич, В. Н. Хирургическое лечение прободных гастроуденальных язв / В. Н. Сацукевич // Хирургия. – 2001. – Т. 5. – С. 24–27.
2. Хирургическое лечение перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных распространенным перитонитом: лапаротомия или лапароскопия? / А. В. Сажин, Г. Б. Ивахов, Е. А. Страдымов // Эндоскопическая хирургия. – 2019. – № 25(3). – С. 51–58.
3. Жерлов, Г. К. Современные тенденции диагностики и лечения гастроуденальных язв / Г. К. Жерлов // Бюллетень сибирской медицины. – 2003. – Т. 2. – №. 4. – С. 5–14.

УДК 616.366-002-003.7-07-08

А. И. Донцева, П. С. Журавлёва

*Научные руководители: старший преподаватель В. З. Анджум,
ассистент М. А. Али*

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

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Введение

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является многофакторным заболеванием, в патогенезе которого основную роль играет нарушение обмена билирубина и холестерина с последующим образованием конкрементов в просвете желчного пузыря (ЖП), желчных протоках. ЖКБ – это длительный и многостадийный процесс. На начальных этапах заболевания отмечается снижение сократительной функции стенки ЖП, а также изменение физико-химического состава желчи, которое закономерно приводит к повышению ее литогенности. Билиарный сладж по своему химическому составу является суспензией жидких кристаллов моногидрата холестерина или гранул кальция билирубината, других солей кальция в смеси муцина и различных белков [1]. Известны конкременты двух видов: пигментные и холестериновые.

Основными факторами развития ЖКБ являются: возраст, пол, беременность, заместительная гормональная терапия в постменопаузе, прием эстрогенов, отягощенная в анамнезе наследственность по ЖКБ, ожирение, гиперлипидемия, сахарный диабет, цирроз печени, прочее. Известно, что применение некоторых лекарственных средств потенциально может повышать концентрацию холестерина в желчи, снижать моторику желчных путей и нарушать физиологическую функцию *papilla duodeni major*, что негативно может сказаться на продолжительности стационарного пребывания пациентов после выполненной холецистэктомии [2].

Стандартным инструментальным методом диагностики ЖКБ является ультразвуковое исследование (УЗИ). Достоверность обнаружения холецистолитиаза достигает 95,0%, холедохолитиаза – 75,0%. Рентгенологические методы используются реже и, как правило, подходят для диагностики осложнений заболевания [3]. Острый калькулезный холецистит (ОКХ) является одним из наиболее распространенных хирургических заболеваний в ургентной абдоминальной хирургии.

Цель

Дать сравнительную характеристику пациентам с плановой и экстренной госпитализацией по поводу калькулезного холецистита.