

Послеоперационных осложнений выявлено не было, все пациенты выписаны с выздоровлением.

Выводы

Таким образом, проблема ущемленных грыж остается актуальной в современных условиях. Средний уровень лейкоцитов в периферической крови неспецифичен и составляет $9,9 \pm 2,8 \times 10^9/\text{л}$. В подавляющем большинстве случаев (80 %) ущемленной оказывается петля тонкой кишки, что требует принятия экстренных мер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2017 г. — Минск : ГУ РНМБ, 2018. — 274 с.
2. Райляну, Р. И. Концепция наружных брюшных грыж как формы соединительнотканной дисплазии для поиска эффективных способов хирургического лечения / Р. И. Райляну, Г. И. Подолинный // Исследования и практика в медицине. — 2019. — № 6(4). — С. 138–150.

УДК 616.33/342-02.45(476.2)

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ В УЧРЕЖДЕНИИ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» ЗА 2017–2018 ГГ.

Мироненко Е. С.

Научный руководитель: ассистент В. В. Лин

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

Введение

Острая и хроническая или неуточненная язва желудка с прободением (К25.1, К25.5) или язва двенадцатиперстной кишки (ДПК) с прободением (К25.5, К26.5), которые будут рассмотрены в данной статье — острое хирургическое заболевание, возникающее в результате сквозного разрушения стенки желудка или ДПК в зоне язвы.

Прободная язва (ПЯ) развивается у 2–10 % больных язвенной болезнью (ЯБ). На протяжении последних 20 лет заболеваемость прободной язвой колебалась от 11,7 до 25,9 на 100 тыс. населения. Такая ситуация сохраняется на фоне возросшей эффективности противоязвенной терапии 4 при хроническом течении заболевания. В Европе заболеваемость ПЯ за последний 10-летний период снизилась с 9,7 до 5,6 на 100 тыс. населения [2].

Факторы риска развития прободной язвы многообразны, но не всегда имеют доказательную базу.

Характерными клиническими признаками прободной язвы является: острое начало заболевания с «кинжальной» болью в животе; «доскообразное» напряжение мышц живота, боль при пальпации живота, предшествующий язвенный анамнез [1].

Цель

Проанализировать истории болезни пациентов и выявить встречаемость прободной язвы желудка и 12-перстной кишки, виды хирургического вмешательства, используемые при ее лечении.

Материал и методы исследования

Материалами исследований явились литературные источники и данные историй болезни учреждения «Гомельская областная клиническая больница».

Выборка включала всех пациентов, прооперированных по поводу прободной язвы в хирургическом отделении № 1 УГОКБ за 2017–2018 гг., их количество составило 37.

Данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного интервала (25;75). Сравнение двух независимых групп по количественным признакам проводили

с использованием U-критерия Манна-Уитни, по качественному признаку выполняли с построением таблиц сопряженности и использовали критерий χ^2 (точный двусторонний критерий Фишера).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате интерпретации полученных данных было выявлено, что у всех пациентов наблюдалась внезапная слабость, острая боль в верхней половине живота и напряжение брюшной стенки.

Встречаемость прободной язвы желудка и 12-перстной кишки представлена на рисунке 1.

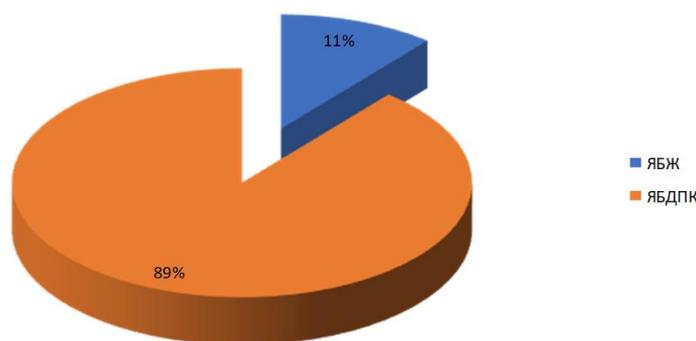


Рисунок 1 — Встречаемость прободной язвы желудка и 12-перстной кишки

Прободная язва желудка составляет 4 (10,8 %) случая, а прободная язва 12-перстной кишки 33 (89,2 %) случая. Встречаемость прободной язвы у мужчин составляет 75,7 %, а на долю женщин приходится всего лишь 24,3 %, что составляет двух пациентов из всей выборки. Возраст данной группы пациентов ($n = 37$) различен и колеблется от 17 до 90 лет, средний возраст составил 48 ± 18 .

В данной когорте жители города и сельской местности были представлены практически в равных количествах 17 (45,9 %) и 20 (54,1 %) соответственно.

В настоящее время перфорация язвы является абсолютным показанием к проведению хирургического вмешательства. Всем пациентам была произведена экстренная операция не более чем через 2 ч после поступления в приемное отделение.

В данной выборке было произведено четыре различных вида оперативного вмешательства:

1. Лапароскопическое ушивание с видеоассистированием было проведено 15 (40,5 %) пациентам.
2. Лапаротомия с ушиванием перфоративной язвы узловыми швами была осуществлена 19 (51,4 %) пациентам.
3. Резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру была выполнена 2 (5,4 %) пациенту.
4. Пилоропластика по Джадду 1 (2,7 %) пациенту.

В процессе исследования пациенты были разделены на две сравнительные группы: первая ($n = 19$), которым было праведно лапароскопическое ушивание ПЯ с видеоассистированием и вторая группа ($n = 15$) лапаротомия с ушиванием перфоративной язвы узловыми швами.

Данные группы сопоставимы по возрасту ($p = 0,155$) и медиана возраста составила у первой группы ($n=19$) — 47 (33;57), у второй группы ($n = 15$) — 57 (34;83). И сопоставимы по полу ($p=0,462$).

Также было выяснено, что послеоперационный период у пациентов, перенесших малоинвазивную операцию (40,5% от всей выборки) составила 8 (8;11) дней, в отличие от пациентов с лапаротомическим вмешательством (51,4 %) пребывание в больнице которых составило 11 (11;13) дней ($p=0,005$).

Выводы

По результатам проведенного исследования было выявлено, что:

1. Прободная язва 12-перстной кишки встречается чаще, чем прободная язва желудка в 8,25 раза ($p = 0,001$).
2. Мужчины чаще женщин болеют ПЯ.
3. Лапароскопическое ушивание с видеоассистированием позволяет существенно сократить послеоперационной койко-день ($p = 0,005$).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Зеньков, А. К.* Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А. К. Зеньков. — Витебск: ВГМУ, 2010. — 102 с.
2. *Барановский, А. Ю.* Неблагоприятные варианты течения язвенной болезни / А. Ю. Барановский, Л. И. Назаренко. — СПб., 2006. — С. 22–68.

УДК 615.849.19:616.441 - 089.843 - 092.9

РЕЗУЛЬТАТЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ КРАСНОЙ И СИНЕЙ ОБЛАСТЕЙ СПЕКТРА НА АУТОТРАНСПЛАНТАТ СЕЛЕЗЕНКИ

Мороз Р. В., Колб М. В.

Научный руководитель: старший преподаватель Т. С. Гуца

Учреждение образования

**«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь**

Введение

Комбинированные повреждения органов брюшной полости являются наиболее тяжелым видом травмы, угрожающей жизни человека. Большинство urgentных хирургов при массивных комбинированных повреждениях селезенки и печени выполняют обоснованную спленэктомию и ушивание раны печени с дренированием подпеченочного пространства. Спленэктомия является серьезной иммунокомпрометирующей операцией, так как удаляется наиболее крупный орган иммунной системы. После оперативного вмешательства из организма выносятся огромный массив пулов иммунокомпетентных клеток и иммуноактивных факторов, страдают как специфические, так и неспецифические врожденные звенья иммунитета. Все это приводит к развитию постспленэктомического синдрома. Одним из способов его профилактики является метод аутотрансплантации селезеночной ткани в большой сальник и рану печени (трансплантат, богатый тромбоцитами, при его фиксации к печени может оказывать и гемостатический эффект). Тем не менее, в литературе до сих пор активно обсуждается поиск способов сохранения в организме ткани селезенки, позволяющих снизить частоту послеоперационных осложнений [2–5].

В различных областях медицины на сегодняшний день активно применяется низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ), оказывающее противовоспалительный, регенераторный, бактерицидный, биостимулирующий, улучшающий региональное кровообращение эффекты в тканях, органах и в целом живом организме [1].

Цель

Изучить в эксперименте воздействие НИЛИ красной и синей областей спектра на регенерацию селезеночной ткани после аутотрансплантации.

Материал и методы исследования

Исследования проводились на 30 белых беспородных крысах (200–250 г). В условиях операционной под внутримышечным наркозом (кетамин: 0,1 мл на 100 г массы тела крысы) выполняли лапаротомию и спленэктомию. Из селезеночной ткани форми-