

было предложено перечислить 5 основных качеств врача при ответе на вопрос: «Идеальный врач. Какой он?» В результате было названо 47 характеристик. Наиболее частотные из них – добрый (32 употребления), чуткий (19 употреблений), уверенный в себе и в своих знаниях (14 употреблений), трудолюбивый (13 употреблений), ответственный (13 употреблений), честный (12 употреблений), умный (12 употреблений), вежливый (12 употреблений).

Выводы. Таким образом, идеальный врач в представлении мальдивских студентов гармонично сочетает в себе профессиональные и личностные качества. При этом следует отметить, что идеальный врач является личностью, обладающей высокими морально-этическими качествами.

В дальнейшем планируется продолжить исследование и сравнить представление об идеальном враче у мальдивских студентов и их родителей, а также провести межкультурный сопоставительный анализ.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Масюкевич А. И., Стасюкевич Е. А.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., профессор Гарелик П. В.

Актуальность. В настоящее время острый панкреатит (ОП) является одной из самых актуальных проблем экстренной абдоминальной хирургии. Различные варианты течения ОП, отсутствие четкого представления о патогенезе и единой хирургической тактики часто приводят к неудовлетворительным результатам [1]. Тяжелый панкреатит с локальными и системными осложнениями, развивающийся в 10-20% случаев, сопровождается летальностью, достигающей 45%. Таким образом, в хирургической практике имеется необходимость выработки единой тактики лечения ОП в зависимости от его формы и тяжести [2, 3].

Цель. Провести ретроспективный анализ хирургического лечения при различных формах ОП.

Методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 347 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в УЗ ГКБ №4 г. Гродно» за период с 2018 по 2021 г. с диагнозом острый панкреатит. Согласно пересмотренной классификации Атланты (2012 г.), диагноз устанавливался при обязательном наличии двух из трех критериев: абдоминальная боль; повышение сывороточной амилазы (в 3 раза больше верхней границы нормы); характерные признаки ОП при проведении инструментальных исследований (МРТ, РКТ, УЗИ органов брюшной полости).

Были выделены следующие группы пациентов: 1 группа – отечная форма ОП, 2 – очаговый панкреонекроз (ПН), 3 – субтотальный ПН, 4 – тотальный ПН. В каждой из групп определялся половой и возрастной состав, а также методы лечения – консервативное, оперативное малоинвазивное (лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, пункция/дренирование жидкостных образований под УЗИ-наведением), открытое лапаротомное (некрсеквестрэктомия). В ходе получения и обработки данных использовались программы «4DClient» и MS Office Excel 2013.

Результаты и их обсуждение. В состав 1 группы вошли 296 пациентов (средний возраст $49,23 \pm 14,22$ лет; мужчины (М) – 57,77%, женщины (Ж) – 42,23%); 282 пациента (95,27%) лечились консервативно, 14 пациентам (4,73%), помимо консервативного, было выполнено малоинвазивное оперативное лечение (МОЛ). 2-ю группу составили 28 пациентов (средний возраст $47,56 \pm 11,76$ лет; М – 67,86%, Ж – 32,14%), у 11 из них (39,29%) ограничились консервативным лечением, еще 17 пациентам (60,71%) потребовалось МОЛ, причем 2 из них пришлось выполнить открытое лапаротомное лечение (ОЛЛ). В 3 группе находилось 14 пациентов (средний возраст $52,56 \pm 15,48$ лет; М – 64,28%, Ж – 35,72%), консервативно вылечились 3 пациента (21,43%), МОЛ проведено 11 пациентам (78,57%), причем в 7 случаях пришлось перейти на ОЛЛ. На 4 группу (средний возраст $57,82 \pm 14,71$ лет; М – 66,67%, Ж – 33,33%) пришлось 9 пациентов, во всех 100% случаев на фоне консервативной терапии было выполнено МОЛ, однако у 8 пациентов (88,89%) была необходимость в ОЛЛ. Летальность в 1 и 2 группах – 0%, летальность в 3 и 4 группах – 14,29% и 22,22% соответственно.

Выводы.

1. Тактика хирургического лечения ОП зависит от его формы и течения.
2. Основным направлением лечения ОП на ранних стадиях является консервативная терапия как базовый элемент с использованием индивидуально подобранных комбинаций МОЛ.
3. МОЛ является наиболее перспективным направлением в хирургическом лечении некротизирующего ОП.
4. При инфицированном ПН предпочтителен принцип поэтапного эскалационного подхода.
5. При неэффективности МОЛ и отрицательной клинической динамике показано ОЛЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ранняя диагностика легкого острого панкреатита (с комментарием) / А. В. Попов [и др.] // Хирургия. – 2016. – №7. – С. 11-17.
2. Surgical treatment for severe acute pancreatitis: extent and surgical control of necrosis determines outcome / Gotzinger P. [et al.] // World J Surg. – 2002. – Vol. 26 (4). – P. 474-478.
3. Савельев, В. С. Панкреонекрозы / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, С. З. Бурневич. – М. : МИА, 2008. – 264 с.