

не позволяют дифференцировать функциональный и опухолевый характер новообразования в яичнике. Использование в такой ситуации повторного УЗИ спустя 2-3 недели позволяет определить дальнейшую тактику ведения беременной. Использование УЗИ органов малого таза с ЦДК, определение онкомаркёров СА125, НЕ4, МРТ органов малого таза позволяет в большинстве случаев при опухолевых образованиях в яичнике воздержаться от их хирургического лечения до родоразрешения.

Выводы. Современная диагностика опухолей яичников требует комплексного индивидуального подхода с целью не только своевременно установить диагноз злокачественной опухоли яичника у беременной, но и сократить количество оперативных вмешательств во время беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *ACOG Committee Opinion. Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy and lactation. Number 723 // Obstet Gynecol. 2017. Vol. 130, N. 4. P. e210–216.*

ОПЕРАЦИЯ ГЕЛЛЕРА С ФУНДОПЛИКАЦИЕЙ ПО ДОРУ ИЛИ СТЕПЛЕРНАЯ ЭЗОФАГОФУНДОСТОМИЯ С ФУНДОПЛИКАЦИЕЙ ПО ТУПЕ?

Бродницкий А. А.¹, Вакулич Д. С.¹, Журбенко Г. А.¹,
Игнатюк А. Н.¹, Ковалев А. Ю.¹, Шулейко А. Ч.²

Брестская областная клиническая больница¹,
Минская областная клиническая больница²

Научный руководитель: д-р мед. наук, доц. Шулейко А. Ч.

Актуальность. На сегодняшний день большинство ученых, занимающихся ахалазией кардии (АК) спорят по поводу того, какой метод хирургического лечения выбрать. В литературе предоставлено достаточное количество работ, сравнивающих тот или иной метод лечения, однако каждый из них не лишен недостатков.

Цель. Сравнить результаты лечения операции Геллера с фундопликацией по Дору со степлерной эзофагофундостоимией у пациентов с АК.

Методы исследования. Лечение всех пациентов осуществлялось на базе отделения торакальной хирургии УЗ «Брестская областная клиническая больница» с 2008 по 2024 гг. Контрольную группу составили 22 пациента, которым выполнена операция Геллера с фундопликацией по Дору. Исследуемую группу –

35 пациентов, которым выполнена степлерная эзофагофундостомия (патент ВУ №15248 С1 30.12.2011). Возраст пациентов контрольной группы составил $M \pm SD = 50,41 \pm 13,62$ лет (ДИ (95%)=44,37–56,45; min–22; max–72), n=22. Исследуемой группы $M \pm SD = 50,40 \pm 14,50$ лет (ДИ (95%)=45,42–55,38; min–24; max–76), n=35. В обеих группах доля пациентов трудоспособного возраста была больше, в контрольной – 17 (77,3%), в исследуемой группе – 22 (62,86%) пациента. В контрольной группе женщин было n=15 (68,2%), мужчин n=7 (31,8%). В исследуемой группе женщин n=26 (74,3%), мужчин было n=9 (25,7%). Длительность заболевания пациентов контрольной группы $Me = 4,5$ лет ($Q_1 - Q_3 = 1,25 - 8,75$; min–0,25; max–23,0), n=22. Длительность заболевания пациентов исследуемой группы $Me = 4,0$ лет ($Q_1 - Q_3 = 1,8 - 7,0$; min–0,1; max–31,0), n=35.

Результаты и их обсуждение. Лечение в обеих группах начинали с медикаментозной терапии, использовались в основном ингибиторы кальциевых каналов. У 12 (54,5%) пациентов контрольной группы и у 8 (22,86%) пациентов группы исследования следующим методом лечения была баллонная гидродилатация. Для обеспечения антирефлюксной защиты пациентам контрольной группы выполнялась фундопликация по Doг, пациентам исследуемой группы – по Touret. Продолжительность койко-дня в контрольной группе $Me = 16,00$ дней ($Q_1 - Q_3 = 13,25 - 21,25$; min–9,00; max–29,00), n=22. Продолжительность койко-дня пациентов исследуемой группы $Me = 21,00$ день ($Q_1 - Q_3 = 16,00 - 25,00$; min–12,00; max–42,00), n=35, (p=0,024).

В контрольной группе, в послеоперационном периоде выявлен и ликвидирован ряд осложнений: у 1 пациента – некроз слизистой оболочки эзофагокардиомиотомии. У 1 пациента определена полная дисфагия, с выполнением продолженной эзофагомиотомии в раннем интраоперационном периоде. У 1 пациента – карбокситоракс и карбоксимедиастинум. У 1 пациента – постоперационная пневмония с малым реактивным плевритом. Рецидив заболевания выявлен у 2-х (9,1%) пациентов.

Осложнения в исследуемой группе: у 1 пациента определен дефект аппаратного шва, у 2 пациентов – послеоперационная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. У 1 пациента обнаружена эмпиема плевры. У 1 пациента – гнойный плеврит. У 1 пациента выявлен постоперационный пневмоторакс. У 1 пациента – пневмония, у 3 малый реактивный плеврит. У 1 определен гастроптоз, у 2 пациентов спастические боли по ходу пищевода. У 4 пациентов выявлен гастроэзофагеальный рефлюкс. Рецидив заболевания определен у 5 (14,13%) пациентов.

Выводы. Оба представленных метода хирургического лечения АК обладают достаточной эффективностью. При выборе метода хирургического лечения пациентов с АК, степлерная эзофагофундостомия может рассматриваться как

альтернативный вариант операции Геллера с фундопликацией по Дору, которая на данный момент считается золотым стандартом хирургического лечения [1].

ЛИТЕРАТУРА

1. Результаты лапароскопического лечения ахалазии кардии / Э. А. Галлямов [и др.] // Клиническая и экспериментальная хирургия. – 2022. – №1. – С. 26–33.

ВЕРНОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ И МОРАЛЬНОМУ ДОЛГУ ВРАЧЕЙ ГРОДНЕНЩИНЫ В ГОДЫ НЕМЕЦКОЙ ОККУПАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ Н.ГУЛЕЦКОГО И А.ДОХИ)

Бубен А. Ю.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд. ист. наук, доц. Сильванович С. А.

Актуальность. Актуальность работы обусловлена воспитательным потенциалом деятельности врачей, чья верность профессиональному и моральному долгу достойна стать примером для подрастающего поколения.

Цель. На примере врачей Н. Гулецкого и А. Дохи показать, как проявлялась верность профессиональному и моральному долгу врачей Гродненщины в годы немецкой оккупации.

Методы исследования. Теоретического анализа и синтеза.

Результаты и их обсуждение. Вторжение немцев в СССР в июне 1941 г. и быстрое продвижение в глубь страны привели к тому, что уже к концу июня фактически вся территория Гродненщины была ими оккупирована. Проживающие здесь люди, захваченные в плен красноармейцы, участники движения сопротивления нуждались в медицинской опеке, которая в условиях войны и оккупации стала еще более насущной. Такую помощь, зачастую рискуя жизнью и здоровьем, несли людям местные врачи, а также медицинские работники Красной армии, захваченные в плен, либо находящиеся в партизанских отрядах.

Примером самоотверженного выполнения профессионального и морального долга может быть врач Н. Я. Гулецкий в Дятлово. Местная больница, в которой работал Гулецкий, была заполнена больными. Среди них было немало раненых красноармейцев, чьи ранения тщательно маскировались. Во время одной из проверок немец спросил доктора, где те больные, которые здесь были раньше. Тот ответил, что умерли, хоть на самом деле, все, кто шел на поправку и мог подняться, уходили в глухие хутора Липичанской пуши. Гулецкий работал днем и