

Так, 6 (16, 2 %) обследованных отдали предпочтение врачу-хирургу, считая, что «доктор, работающий со студентами и занимающийся наукой, недостаточно компетентен в практическом плане». 19 (51,3 %) пациентов индифферентны к выбору врача.

Таким образом, в результате исследования были выявлены следующие закономерности: у пациентов с желчно-каменной болезнью в предоперационный период превалирует умеренная личностная тревожность, у 9 (24,3%) была выявлена депрессия. Сочетание депрессии с высокой тревожностью отмечалось у 5 (13,5 %) человек. Значительная часть больных индифферентны к выбору оперирующего врача, а 16,2 % отдают предпочтение хирургу, занимающемуся только практической деятельностью. Больные с состоянием депрессии и высоким уровнем тревожности нуждаются в психокоррекционных мероприятиях.

Литература:

1. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учеб. для вузов. М., 2002.
2. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М., 1988.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Ващенко В.В., Куль С.А., Войтович С.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мармыш Г.Г.

Актуальность. Лечение больных с гастродуоденальными кровотечениями по-прежнему является одной из наиболее оживленно обсуждаемых проблем современной хирургии. Старение населения, неконтролируемый прием нестероидных противовоспалительных препаратов, рост потребления некачественной алкогольной продукции привело в настоящее время к увеличению удельного веса кровотечений язвенной этиологии.

Цель исследования. Оптимизировать лечебно-диагностический алгоритм при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии.

Материал и методы. С 2002г. по 2006г. в специализированном центре гастродуоденальных кровотечений (ГДК) г.Гродно находилось на лечении 2016 больных. У 1617 (80,2%) пациентов источником кровотечения явилась язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Кровотечения язвенного характера имели место у 381 (18,9%) госпитализированного больного. У 18 (0,9%) больных источник кровотечения не был выявлен. Среди 381 пациента опухоли желудка диагностированы у 36 (9,5%), синдром Меллори-Вейса – у 152 (39,9%), эрозивный гастрит, дуоденит – у 24 (6,3%), полипы желудка – у 23 (6%), варикозное расширение вен (ВРВ) – у 146 (38,3%).

В отношении пациентов с язвенными ГДК, кровотечениями из ВРВ в клинике в последние годы разработан и успешно применяется патогенетически обоснованный лечебно-диагностический алгоритм, позволяющий улучшить непосредственные результаты лечения этой категории больных. При острой геморрагии язвенного генеза преимущественно использовались методики эндоскопического гемостаза. У 81,7% больных было выявлено продолжающееся кровотечение из источников геморрагии (острые язвы, эрозии, трещины слизистой, опухоли). У 192 пациентов предпринята попытка эндоскопического гемостаза. Применили: инъекции паравазально

этоксисклерола, спирта, физраствора, глюкозы, диатермокоагуляцию, орошение местными гемостатиками, клипирование кровоточащих сосудов. Параллельно с эндогемостазом проводилась интенсивная инфузионно-трансфузионная терапия с учетом гемодинамических и гематологических показателей. Принципиально важным при лечении таких больных считаем поддержание круглосуточно рН желудочного содержимого в пределах 5,0-6,0.

При эндогемостазе 192 пациентам первичное кровотечение удалось остановить у всех. Однако нестабильный гемостаз имел место у 18 (9,4%) больных, что проявлялось неоднократными рецидивами кровотечения. В этих случаях повторно применялся эндогемостаз с использованием разнообразных методик. У 6 больных данной группы справиться с рецидивом кровотечения эндоскопическим методом не удалось. Данным пациентам выполнены экстренные операции: субтотальная резекция желудка (3 чел.), иссечение кровоточащей острой эрозии с дуоденопластикой (1 чел.), клиновидная резекция желудка (1 чел.), прошивание кровоточащего сосуда в острой язве (1 чел.). Всего умерло 5 человек. Общая летальность среди больных с неязвенными гемorragиями составила 2,1%.

Выводы. Современная хирургическая тактика при неязвенных ГДК должна предусматривать обязательное использование разнообразных эндоскопических методик. Эндоскопия относится к эффективным способам локального гемостаза, что позволяет довольно часто воздерживаться от опасных экстренных операций и снизить общую летальность.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПАЙРА У ДЕТЕЙ

Ведник Г. А., Курлович Е.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Научный руководитель – к.м.н., доц. В.М.Шейбак

По данным различных авторов, в развитых странах хроническим колостазом страдают 30 - 40% населения. В 46% случаев причиной хронического колостаза является именно болезнь Пайра. Синдром Пайра - непроходимость ободочной кишки на уровне селезеночного угла, обусловленная перегибом в этом месте чрезмерно длинной кишки. Но определённые трудности в диагностике и недостаточная осведомлённость врачей о данном заболевании приводят к тому, что люди, страдающие болезнью Пайра, длительное время лечатся с диагнозами различных заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Цель: Выявление наиболее оптимальной схемы диагностики и лечения болезни Пайра у детей.

Материал и методы исследования

Были обработаны журналы рентгенологических исследований с 1.01.2003 по 1.01.2008 года. Проанализированы все 9 случаев болезни Пайра за 5 лет по принципу: а) ключевой момент в выставлении диагноза, б) проведённое лечение, в) исход заболевания.

Результаты

Во всех исследованных нами случаях решающим фактором в диагностике стала ирригография в вертикальном положении. Результаты приведены в таблице:

	2003	2004	2005	2006	2007
Долихоколон	8	11	18	9	17
Болезнь Пайра	-	1	2	-	6