

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ

Грибок А.В., Казакевич П.Н.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель – к.м.н., доц. Цилиндзь И.Т.*

Актуальность. Лечение прободных гастродуоденальных язв сохраняют высокую социальную значимость[1]. В ходе операции по поводу прободной дуоденальной язвы перед хирургом нередко встаёт дилемма: ограничиться ушиванием перфоративного отверстия или выполнить более радикальную операцию. Помимо известных определяющих факторов, важным критерием выбора объема операции является достижение удовлетворительных отдаленных результатов вмешательства.

Цель. Сравнить качество жизни пациентов, перенесших ушивание язвы и пациентов, перенесших иссечение прободной язвы с последующей пилоропластикой и стволовой ваготомией.

Материалы и методы. Пациенты были разделены на группы (1 группа (30 человек) – перенесшие ушивание язвы, 2 группа (30 человек) – перенесшие пилороластику и ваготомию). Для достоверности результатов опроса была введена контрольная группа (30 человек). Средний возраст пациентов составил 43 года. 48(80%) были мужчины, 12(20%) - женщины. Срок после операции составил 4-10 лет. Отдаленные результаты хирургического лечения оценивались при помощи опросника GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale).

Результаты. В группе пациентов, перенесших пилороластику и ваготомию, наиболее значительной, по сравнению с контрольной группой, была разница в разделе, характеризующем демпинг-синдром - в 5,4 раза.

В группе пациентов, перенесших ушивание перфоративной язвы, максимальное отклонение наблюдалось в разделе, характеризующем интенсивность абдоминальной боли. Среднее значение этого показателя превысило контроль в 4 раза, также в этой группе наблюдалась большая частота диспепсических расстройств и расстройств стула.

При сравнении первой и второй группы между собой выявлены различия в разделах, характеризующих болевой синдром, демпинг-синдром и собственную оценку состояния здоровья.

Выводы. Отдаленные показатели здоровья, перенёсших оперативное лечение по поводу перфоративной дуоденальной язвы, хуже показателей здоровья в контрольной группе.

Качество жизни пациентов в отдаленном периоде после пилороластики и ваготомии лучше, чем после ушивания перфоративной дуоденальной язвы.

Литература

1.В.В. Климович, А.В. Воробей Хирургия язвенной болезни желудка. – Минск: Полипринт, 2006 – 200с.

СТРУКТУРА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Грибок А.В., Казакевич П.Н.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель – к.м.н., доц. Цилиндзь И.Т.*

Актуальность. Проблема паховых грыж, выбора метода их лечения имеет большую медико-социальную значимость[1]. Грыжесечение – наиболее часто выполняемое плановое оперативное вмешательство в абдоминальной хирургии. При этом классическое хирургическое лечение сопровождается высоким процентом рецидивов, длительными сроками временной нетрудоспособности и в свою очередь значительными расходами[2].

Цель. Определить структуру наиболее часто используемых методов лечения паховых грыж.

Материалы и методы. Работа основана на изучении 230 случаев оперативного лечения паховых грыж в первом хирургическом отделении ГКБ №4 города Гродно за 2016 год.

Результаты и их обсуждение. Оперативные вмешательства были произведены в плановом порядке. Чаще паховые грыжи были у мужчин – 224(97.4%) случая. Средний возраст пациентов составил 58 лет. Среди сопутствующих заболеваний чаще других диагностированы АГ, ИБС, атеросклероз. При проведении анализа установлено, что косые грыжи встречались в 173(75.2%) случаях, в том числе пахово-мошоночные – в 11(4,8%), прямые – в 57(24.8%). Двухсторонние паховые грыжи встречались в 36(15.7%) случаях, рецидивирующие – в 9(3.9%). Скользящие грыжи выявлены в 2 случаях(0,9%). Для хирургического лечения грыж использовались натяжные методики, из них: пластика передней стенки в 9(3.9%) случаях (по Жирару-Спасокукоцкому), пластика задней стенки в 22(9.6%) случаях (по Бассини, Постемскому). Отдаем предпочтение ненатяжным методам герниопластики - операция I. L. Lichtenstein и лапароскопическая герниопластика сетчатым трансплантатом. Ненатяжные методы использовались в 199(86.5%) случаях. Послеоперационная терапия заключалась в назначении пациентам обезболивающих и антибактериальных препаратов. Осложнения в раннем послеоперационном периоде составили 3,1%, среди них наблюдались серомы и инфильтраты. Рецидивов не было. Послеоперационная летальность отсутствовала.