

На современном этапе женщина получила возможность работать и достигать видных позиций в компаниях. Однако для того, чтобы построить карьеру, японке все еще требуется намного больше усилий, чем японцу.

Вывод. Таким образом, принятие конституции способствовало изменению семейного уклада японцев. Однако и по сей день не все представители японского общества готовы отказаться от традиций, формировавшихся веками.

Литература:

1. Загадочная Япония [Электронный ресурс] – 2006 <http://leit.ru/modules.php?name=Pages&pa=showpage&pid=288> - Дата доступа 19.02.2015
2. Все женщины [Электронный ресурс] - 2010 <http://www.allwomens.ru/6165-otnosheniya-mezhdu-muzhchinoj-i-zhenshinoj-v.html> - Дата доступа 19.02.2015

## **ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ**

*Говор М.М., Колоцей Л.В., Бурим М.Г.*

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра хирургических болезней

Научный руководитель – к.м.н., доцент Колоцей В.Н.

**Актуальность.** В последние десятилетия отмечается резкий рост заболеваемости желчнокаменной болезнью, что также проявляется увеличением количества возникающих осложнений. Желчнокаменная кишечная непроходимость возникает вследствие холелитиаза, осложненного образованием внутреннего билиодигестивного свища.

Целью работы является изучение этиопатогенеза, особенностей диагностики и результатов лечения желчнокаменной кишечной непроходимости.

**Материал и методы.** Нами проведен анализ историй болезни пациентов, которые были оперированы в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно с 2005 по 2014 годы по поводу желчнокаменной кишечной непроходимости. Всего было 4 пациента, во всех случаях это были женщины 57, 72, 77 и 91 года. При поступлении они предъявляли жалобы на боли в эпигастрии, у двух больных боли имели схваткообразный характер. На обзорном снимке брюшной полости чаши Клойбера найдены у одного пациента. В связи с нечеткостью клинических проявлений огромную роль играл тщательно собранный анамнез, данные ультрасонографии, в одном случае возникла необходимость в выполнении лапароскопии. Предоперационный диагноз острой кишечной непроходимости выставлен только двум пациенткам.

**Результаты.** Хирургическая тактика при данной патологии заключалась в проведении экстренного оперативного вмешательства. Во всех описанных нами случаях выявлен внутренний свищ, образованный между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой. Причиной образования такого свища является длительное многолетнее нахождение крупного конкремента в желчном пузыре. Вследствие возникающего воспалительного процесса стенка желчного пузыря спаивается со стенкой двенадцатиперстной кишки. Постепенно образуется пролежень и возникает пузырно-дуоденальный свищ, через который конкремент мигрирует в желудочно-кишечный тракт. Миграция крупного конкремента (не менее 3,5-4 см в диаметре) привела к обтурации тощей кишки, во всех 4 случаях обтурирующий камень располагался на расстоянии 0,7-1 метр от связки Трейтца.

Операцией выбора при желчнокаменной кишечной непроходимости являлась энтеролитотомия. Конкремент по возможности смещали проксимальнее для того, чтобы произвести вскрытие просвета кишки на менее измененном участке. После извлечения конкремента тонкая кишка ушивалась двухрядным швом. У одной пациентки наступил некроз кишки в зоне ущемления конкремента. Кишка на этом уровне признана нежизнеспособной. Произведена резекция тощей кишки вместе с конкрементом в пределах на 30 см выше и 15 см ниже участков некроза с наложением анастомоза «конец в конец». Ни в одном случае не выполнялась операция по разобщению билиодигестивного свища, так как это представляло большой риск для жизни пациентов пожилого и старческого возраста, находящихся в тяжелом состоянии. Из 4 пациентов умерла 1 пациентка 91 года, страдавшая тяжелой сопутствующей кардиальной патологией. В остальных случаях, в том числе у пациентки 77 лет, которой выполнялась резекция тощей кишки, наступило выздоровление.

Выводы. Результаты лечения желчнокаменной кишечной непроходимости могут быть улучшены за счет знаний о характере течения заболевания, правильной интерпретации полученных анамнестических данных и результатов проведенных исследований, а также выбора оптимального варианта хирургического вмешательства.

Литература:

1. Особенности течения, диагностики и лечения желчнокаменной кишечной непроходимости / М.Д. Дибиров [и др.] // Хирургия. – 2007. – № 5. – С. 13-19.

## **БОЛЕВОЙ АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**Голенко К.Э.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра детских болезней

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Волкова М.П.

Актуальность. Одна из самых частых жалоб, предъявляемых детьми и подростками - боли в животе. Жалоба на боль в животе является наиболее частой при обращении за медицинской помощью [1].

Цель исследования - оценить частоту встречаемости абдоминального болевого синдрома у детей и подростков среди госпитализированных пациентов.

Было проанкетировано 269 детей в возрасте от 7 до 17 лет. Анкета включала 48 вопросов, касающихся характера болевого абдоминального синдрома, частоты болей в животе, наследственности, характера питания и режима дня, сопутствующих заболеваний. Среди опрошенных было 57% мальчиков и 43% девочек. В возрасте : 7-11 лет было 36% детей, 12-14 лет – 22%, 15-17 лет – 42% пациентов. Все дети находились на стационарном лечении, из них по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы – 26%, органов дыхания – 21%, органов желудочно-кишечного тракта – 28%, органов мочевыделительной системы – 8% и других заболеваний – 16%. На боли в животе предъявили жалобы 54% детей, из них периодические боли отмечали 86% детей, частые боли беспокоили 18% опрошенных детей. Боли отмечены в равной степени, как у мальчиков, так и у девочек. Чаще всего болевой абдоминаль-