

тельно повысить эффективность лечения пациентов с осложненными формами желчнокаменной болезни.

#### Литература:

1. Батвинков, Н. И. Механическая желтуха (диагностика и лечение) / Батвинков Н. И., Гарелик П. В. – Гродно, 2001. – 156 с.

## ВЛИЯНИЕ HELICOBACTER PYLORI НА РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Крупича Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра хирургических болезней

Научный руководитель д-р мед. наук, профессор Климович И.И.

**Актуальность.** Бактерия *Helicobacter pylori* (*H. Pylori*) рассматривается в настоящее время как один из причинных факторов способствующих развитию эрозивного гастрита и язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (ЯБЖ и 12 ПК)[1,2].

**Цель.** Оценить значение *H. Pylori* в развитии эрозивного гастрита ЯБЖ и 12 ПК.

**Материалы и методы.** Нами с 2013 по 2015 гг. было обследовано 217 пациентов, лечившихся в больнице скорой медицинской помощи, в связи с наличием эрозивного гастрита, ЯБЖ и 12 ПК, которые находились на лечении в хирургическом, ожоговом, травматологическом, гинекологическом отделениях. В диагностике данных заболеваний учитывали анамнез, объективные и дополнительные (ФГДС, биопсия слизистой на *H. Pylori*, лабораторные) методы исследования.

**Результаты.** Среди пациентов мужчин было 136 (62,6%), женщин 81 (37,4%). Эрозивный гастрит отмечался у 132 (61%) пациентов. Из них мужчин было 75 (57%), а женщин – 57 (43%). Положительный анализ на наличие *H. Pylori* был у 55 (73%) мужчин и 21 (37%) женщин. Мужчин было: в возрасте с 18-20 лет – 11 (14,7%), 21-40 лет – 33 (44%), 41-60 лет – 25 (33,3%) и старше 60 лет 6 (8%). Возраст женщин с эрозивным гастритом: с 18-20 лет – 8(14%), 21-40 лет – 19 (33,3), 41-60 лет – 21 (37%), более 60 – 9 (15,7%). Язва 12 ПК отмечалась у 51 (23%) пациента, из них: 29 (57%) мужчин и 22 (43%) женщины. Положительный анализ на наличие *H. Pylori* был у 19 (65,5%) мужчин и у 10 (45%) женщин. Возраст мужчин с язвенной болезнью 12 ПК: 18-20 лет – 6 (20,7%), 21-40 лет – 11 (38%), 41-60 лет – 9 (31%), старше 60 – 3 (10,3%) пациента. Возраст женщин: 18-20 лет – 3 (13,6%), 21-40 лет – 10 (45,5%), 41-60 лет – 6 (27,3%), старше 60 – 3 (13,6%). Язвенная болезнь желудка выявлена у 21 (9%) пациента. Из них мужчин было 20 (95%), а женщин – 1 (5%). Положительный анализ на наличие *H. Pylori* был у 16 (80%) мужчин и 1 женщины. Возраст мужчин: с 18-20 лет – 5 (25%), 21-40 лет – 4 (20%), 41-60 лет – 8(40%) и старше 60 – 3 (15%). Язвенная болезнь желудка была лишь у 1 пациентки в возрасте 29 лет. Сочетание ЯБЖ и 12 ПК отмечалась у 13 (7%) пациентов. Из них мужчин – 12 (95%), а женщин- 1 (5%). Положительный анализ на наличие *H. Pylori* был у 8 (66,7%) мужчин и у 1 женщины. Возраст мужчин: с 18-20 лет – 1 (8,3%), 21-40 лет – 3 (25%), 41-60 лет – 2 (16,6%) и старше 60 лет наблюдалось 6 (50,1%) пациентов. Возраст женщины с сочетанной патологией был 43 года. Пациенты с ЯБЖ и 12 ПК по длительности язвенного анамнеза распределились следующим образом: 56 (26%) - впервые выявленные, 78 (36%) 2-4 года, 5-7 лет – 63 (29%), более 7 лет – 20 (9%).

**Выводы.** 1. *H. pylori* наиболее часто обнаруживается при эрозивном гастрите и ЯБЖ в возрасте 21-40 лет, чаще у мужчин. 2. Всех пациентов при наличии ЯБЖ, 12 ПК и эрозивного гастрита необходимо исследовать на наличие *H. Pylori*.

#### Литература:

1. Исаков В. А. Диагностика и лечение инфекции, вызванной *Helicobacter pylori*: IV Маастрихтское соглашение / Новые рекомендации по диагностике и лечению инфекции *H. Pylori* — Маастрихт IV (Флоренция). Best Clinical Practice. Русское издание. 2012. Вып.2. С.4-23.

2. Баранская Е. К., Ивашкин В. Т., Шептулин А. А. Гл. 4. Париет в лечении язвенной болезни, симптоматических гастродуоденальных язв и функциональной диспепсии. Стр. 75 / В кн. Профилактика и лечение хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта. / Под. ред. акад. РАМН В. Т. Ивашкина. 2-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2013, 152 с. ISBN 978-5-98322-905-1.

## ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Крючков С.А., Корнелюк Д.С., Кондак О.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра хирургических болезней

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Колоцей В.Н.

**Актуальность.** Острая кишечная непроходимость является одним из наиболее сложных патологических состояний, относящихся к острой хирургической патологии. Результаты лечения больных с острой кишечной непроходимостью остаются неудовлетворительными.

**Целью** работы является изучение причин возникновения и особенностей диагностики обтурационной кишечной непроходимости.

**Материал и методы.** Нами проведен анализ историй болезни пациентов, которые были оперированы в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно с 2004 по 2015 годы по поводу острой обтурационной кишечной непроходимости. Всего было 195 пациентов в возрасте от 22 до 88 лет. Из них мужчины составили 54,7%, женщины - 45,3%. Время от начала заболевания до поступления в стационар составляло от 2 часов до 2 недель.

**Результаты.** Проведенный анализ случаев оперативного лечения позволил выявить следующие причины, вызвавшие острую обтурационную кишечную непроходимость: злокачественные опухоли ободочной кишки - 139 (71,3%), злокачественные опухоли других органов (чаще всего матка и придатки) вследствие сдавления, прорастания или метастазирования - 30 (15,4%). У 26 (13,3%) оперированных больных острая обтурационная кишечная непроходимость была вызвана редко встречающимися причинами. Желчнокаменная непроходимость вследствие холецистодуоденального свища встречалась у 5 пациентов, в одном случае с некрозом участка кишки. Объемные жидкостные образования брюшной полости и забрюшинного пространства стали причиной непроходимости у 2 пациентов. Так высокая кишечная непроходимость развилась у пациента 33 лет, поступившего с закрытой травмой живота, вследствие забрюшинной гематомы, вызвавшей компрессию тощей кишки. В одном случае у 66-летней пациентки тонкокишечную непроходимость вызвала гигантская мукоидная киста (мукоцеле) червеобразного отростка. В другом случае гиперплазия ювенильного полипа с трансформацией в кисту в области илеоцекального перехода явилась причиной подвздошно-ободочной инвагинации. В 2 случаях непроходимость была вызвана карциноидной опухолью. Обтурационная кишечная непроходимость вследствие дивертикула Меккеля была обнаружена у пациента 34 лет. Причиной непроходимости стал рубцово-воспалительный процесс у основания дивертикула. В 2 случаях обтурационная толстокишечная непроходимость была вызвана болезнью Крона, что привело к рубцово-инфильтративным изменениям стенок толстой кишки, диагноз был подтвержден при гистологическом исследовании препарата. Обтурационная кишечная непроходимость вследствие калового завала оперирована в 2 случаях. Непроходимость кишечника по причине наличия инородных тел обнаружена у 6 пациентов. В 3 случаях причиной непроходимости стало туберкулезное поражение кишечника.

**Выводы.** Диагностика обтурационной кишечной непроходимости в большинстве случаев представляется трудной. Знание причин, приводящих к обтурационной кишечной непроходимости, может помочь в своевременной постановке диагноза и определить показания к операции, что положительным образом сказывается на результатах лечения.

**Литература:**