32(19,51%) пациентов, проводилась лапароскопия брюшной полости, а у 4(2,44%) – лапароцентез, что позволило установить окончательный диагноз и предпринять верную тактику лечения. При закрытых и открытых повреждениях живота, сопровождающихся изолированной и сочетанной травмой повреждения селезёнки наблюдалось у 48(29,27%) пациентов, печени у 45(27,44%), желудка у 14(8,57%), диафрагмы у 5(3,05%). У всех больных с повреждением селезёнки производили спленэктомию, а при изолированной травме её и гемоперитонеуме больше 400-500 мл выполняли аутогемотрансфузию, а так же аутотрансплантацию ткани селезёнки в область брыжейки тонкой кишки. При травме печени проводили ушивание ран печени, при глубоких ранах использовали большой сальник на питающей ножке, а так же изолированный. В 3-х случаях при размозжении ткани печени, выполнили атипичную резекцию печени с применением гемостатической губки тахокомб. При ранении желудка у 12(85,71%) больных выполнили ушивание ран желудка и у 2(14,39%) пациентов произведена резекция желудка, поскольку имелись нарушения трофики части желудка. У всех 5(100%) больных с ранениями диафрагмы произведено её ушивание. У 52(31,71%) больных отмечались редко встречающиеся повреждения других органов брюшной полости, что отражено в таблицах 1 и 2.

Выводы.

1. Самой частой причиной открытых травм живота были ножевые ранения, а закрытых ДТП.
2. Наиболее часто при травмах живота повреждаются паренхиматозные органы (селезёнка и печень).
3. При травмах живота с целью диагностики необходимо учитывать механизм травмы, клинические проявления и данные дополнительных методов исследования.
4. Лечение должно быть строго индивидуализировано.

Литература

1. Соколов В. А. Множественные и сочетанные травмы / В.А. Соколов. – М.: Гео-тармедиа, 2006. -512с.
2. Замятин П.Н., Бойко В.В., Овусу Франк. Структура повреждений и факторы травматогенеза при кататравме// Клиническая хирургия. – 2008. – №1. – С. 43-45.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ АССОЦИИРОВАННЫХ С HELICOBACTER PYLORI ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Климович И.И.¹, Страпко В.П.¹, Киселёва Е.А.², Власов О.В.²

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

² УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи г.Гродно»

Актуальность. В настоящее время отмечается рост язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и 12 перстной кишки (12 ПК) на фоне вос-

палительных заболеваний этих органов, таких как эрозивный гастрит, дуодениты, ассоциированных с *Helicobacter pylori* (*H. Pylori*). Сочетание же их при ЯБЖ и 12 ПК, осложняет течение заболевания и снижает эффективность традиционно проводимого противоязвенного лечения [1]. Бактерия *H. Pylori* рассматривается как один из факторов хронического воспаления желудка и 12 ПК, способствующего развитию эрозивного гастрита и язвенной болезни этих органов и на сегодняшний день установлено, что 95% язв 12-ПК и почти 70% язв желудка ассоциированы с этой инфекцией [1,2]. Впервые *H. Pylori* был описан двумя австралийскими учеными: Маршаллом и Уорреном в 1983 году, а спустя примерно 22 года эти 2 ученых были удостоены Нобелевской премии. Всё это определяет необходимость разрабатывать более эффективные методы диагностики наличия *H. Pylori* и эрадикации [1-3].

Цель. Проанализировать эффективность комплексной терапии ЯБЖ и 12 ПК при ассоциированных с *H. Pylori* воспалительных заболеваниях желудка и 12 ПК и определить частоту рецидивов после эрадикации.

Методы исследования. Нами ретроспективно изучено 140 историй болезни пациентов, лечившихся в 2013- 2014 г. в УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» по поводу наличия ослабленных ЯБЖ и 12 ПК, эрозивного гастрита и дуоденита. Многие пациенты, у которых имело место обострение хронических ЯБЖ, 12 ПК, эрозивного гастрита и дуоденита или образование острых язв, являлись пациентами других отделений: травматологического, токсикологического, гинекологического. В диагностике данных заболеваний учитывали анамнез, объективные и дополнительные (ФГДС, лабораторные, рентгенологические) методы исследования. Наиболее информативным в диагностике ЯБЖ, 12 ПК, эрозивного гастрита и дуоденита является эндоскопическое исследование, которое визуально подтверждает наличие язвенного дефекта, позволяет уточнить его локализацию, глубину, форму, размеры, позволяет оценить состояние дна и краев язвы, выявить сопутствующие изменения слизистой оболочки.

При проведении эндоскопического исследования имеется возможность произвести прицельную биопсию ткани из краев или дна язвенного дефекта и направить на гистологическое исследование, которое позволяет выявить возможную природу обнаруженного язвенного дефекта. Данное исследование даёт возможность исключить злокачественный характер язвенного поражения и определить наличие в слизистой оболочке желудка *H. Pylori*

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов мужчин было 95 (68%), женщин 45 (32%). В возрасте 18 - 20 лет было 21 (15%) пациентов, 21 - 40 лет - 67 (48%), 41 - 60 было 35(25%) пациентов и свыше 61 года – 17 (12%). У 92 (66%) пациентов был эрозивный га-

стрит и дуоденит. Язва 12 ПК наблюдалась у 32 (23%) и ЯБЖ у 11 (8%), сочетанная патология отмечалась у 5 (3%) пациентов. Из всех пациентов 45 (32,1%) были медицинские работники, 33 (23,6%) - пенсионеры, 31 (22,1%) - водители, бухгалтера, экономисты, 15 (10,7%) - студенты, 16 (11,4%) – инженерные работники, строители. Пациенты с ЯБЖ и 12 ПК 43 (30,7%) по длительности язвенного анамнеза распределились следующим образом: 2 (2%) - впервые выявленные, 13 (10%) 1-3 года, 28(19%) - 4-6 лет, 2 (2%) более 10 лет. При исследовании мазков и биоптата слизистой желудка, взятого при ФГДС у 97 (69%) пациентов выявили наличие бактерии *H. Pylori*, у 43 (31%) пациентов анализ был отрицательным. При наличии *H. Pylori* с целью эрадикации пациентам была назначена терапия препаратом «Пептипак» в течение 14 дней. Наряду с этим все пациенты получали внутривенно капельно через день 10% раствор глюкозы 500 мл с комплексом витаминов группы В, всего 6-8 инъекций, а также физиотерапевтическое лечение в отделении реабилитации: магнитотерапию, электрофарез, ультразвук. Через 6 месяцев после лечения пациентам было выполнено контрольное исследование мазков и биоптата слизистой желудка, при котором было выявлено, что у 83(85,6%) из 97 пациентов *H. Pylori* не было обнаружено. Через 6 месяцев после лечения *H. Pylori* выявлен у 14% пациентов, а через год у 57%, причём чаще *H. Pylori* находили у пациентов с эрозивным гастритом и язвенной болезнью 12 ПК.

Выводы.

1. У пациентов ЯБЖ и 12 ПК ассоциированных с *H. Pylori* эрадикация проводится лучше всего препаратом «Пептипак» в течение 14 дней.

2. При эрозивных гастритах и дуоденитах, ассоциированных с *H. Pylori* наряду с эрадикацией необходимо проводить комплексную противоязвенную терапию, направленную на предупреждение развития ЯБЖ и 12 ПК.

3. *H. Pylori* через 6 месяцев после эрадикации выявлен у 14% пациентов, а через год у 57%, причём чаще *H. Pylori* находили у пациентов с эрозивным гастритом и язвенной болезнью 12 ПК.

Литература

1. Короткевич, А.Г. Современная концепция язвенной болезни: взгляд эндоскописта/ А.Г. Короткевич // Хирургия. – 2014. - № 11. - С.55-59.

2. Милюков, В.Е. Острые язвы желудка при острой кишечной непроходимости/ В.Е. Милюков, Е.Н. Долгов, К.К. Нгуен, А.Б. Богданов, Д.Н. Телепанов, Х.М. Муршудова// Хирургия.- 2013. - № 9. - С.79-84.

3. Сажин, В.П. Лечение больных с высокой вероятностью развития рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений / В.П.Сажин, В.М. Савельев, И.В. И.В.Сажин, Д.Е. Климов, Н.О.Сорокин// Хирургия. – 2013. - №7.- С.20-23.