

**А. В. Бодрова, М. В. Бодрова**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Г. Малаева;  
ассистент Е. М. Жандарова*

*Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь*

## **АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

### ***Введение***

Язва желудка – одно из самых распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Это хроническая патология, при которой возникают дефекты в слизистой оболочке желудка. Язва желудка встречается у 4 % населения Земли [1].

Страдают в возрасте от 20 до 65 лет. Больше подвержены развитию данного заболевания мужчины, так как мужские половые гормоны косвенно повышают кислотность и агрессивность желудочного сока, а женские – понижают [2].

Язвенный дефект можно классифицировать по размеру: язвы малых (до 0,5 см в диаметре), средних (0,6–1,9 см в диаметре) размеров, большие (2,0–3,0 см в диаметре), гигантские (свыше 3,0 см в диаметре) язвы. По количеству язвенных поражений различают одиночные и множественные язвы [3].

Язва желудка может осложниться:

– кровотечением – является наиболее частым и опасным осложнением, встречается у 20–25 % пациентов;

– перфорацией – также одно из наиболее тяжелых и опасных осложнений, происходит образование в стенке желудка сквозной раны, через которую не переварившаяся пища вместе с кислым желудочным соком попадает в брюшную полость. Встречается в 10–15 % случаев;

– пенетрацией – это нарушение целостности желудка, содержимое которого разливается в расположенные рядом поджелудочную железу, сальник, петли кишечника или другие органы;

– рубцовым стенозом – это анатомическое искажение и сужение просвета сфинктера, произошедшее в результате рубцевания язвы пилорического канала. Подобное явление ведет к затруднению или полному прекращению эвакуации (прохождению) пищи из желудка в двенадцатиперстную кишку;

– малигнизацией – это раковое перерождение наблюдается при локализации язвы в желудке, чаще у пожилых людей. Встречается данное осложнение не менее чем в 5 % случаев [4, 5].

### ***Цель***

Проанализировать данные пациентов Гомеля и Гомельской области с осложненной язвой желудка.

### ***Материал и методы исследования***

Был проведен ретроспективный анализ 120 историй стационарных пациентов в возрасте от 30 до 92 лет, которые находились на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом и хирургическом отделениях в учреждении «Гомельская областная клиническая больница» в 2018–2022 гг.

Все обследуемые пациенты были разделены на две группы по полу. Первую группу составили 65 мужчины, а во вторую группу вошли 55 женщин.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения Microsoft Office Excel 2016.

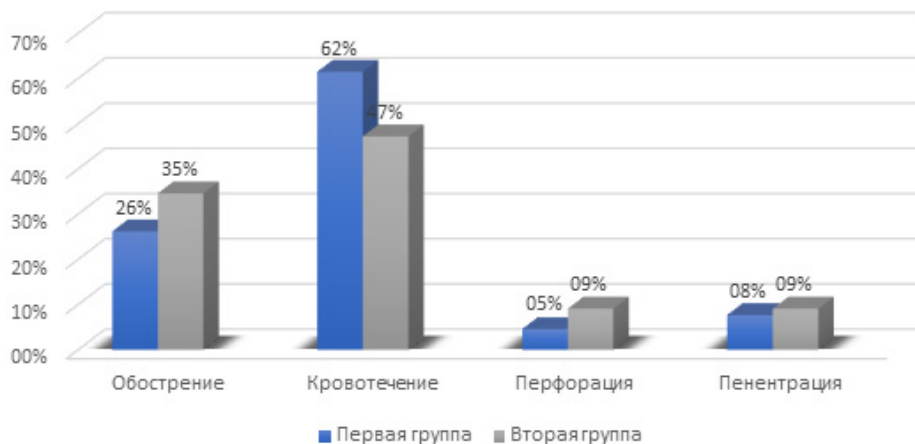
### **Результаты исследования и их обсуждение**

В ходе исследования из 120 пациентов было выявлено 65 (54,2 %) мужского пола, а женского – 55 (45,8 %). Число мужчин на долю женщин составило 1,2:1. Средний возраст всех обследуемых составил 55,2 лет. Среди мужчин средний возраст получился – 54,9 лет, а среди женщин – 55,4 лет.

Язвенный дефект желудка в первой и во второй группе чаще всего локализовался в антральном отделе у 30 пациентов, что составило 46,2 и 54,6 % соответственно. На втором месте по локализации поражения также у обеих групп стоит тело желудка у 21 (32,3 %) мужчин и у 11 (20 %) женщин. У первой группы реже встречался дефект в пилорическом отделе желудка у 8 (12,3 %) и в области угла желудка у 6 (9,2 %) мужчин. А во второй группе также поражения реже локализовались в пилорическом отделе и в области угла желудка у 7 (12,7 %) женщин.

Размер язвенного дефекта в двух группах преобладает средний, в первой группе у 43 (66,2 %) мужчин и во второй группе у 28 (50,9 %) женщин. Далее по распространенности выступает язва малых размеров у 18 (27,7 %) пациентов из первой группы и у 15 (27,3 %) пациентов из второй группы. Большие язвы и гигантские язвы чаще встречались во второй группе у 5 (9,1 %) и у 7 (12,7 %) женщин, чем в первой группе – 3 (4,6 %) и 1 (1,5 %) соответственно. Одиночные язвы встречались чаще в двух группах, в первой группе у 60 (92,3 %) пациентов, а во второй группе у 47 (85,5 %) женщин. На долю множественных язв пришлось 5 мужчин (7,7 %) и 8 (14,5 %) женщин.

Кровотечение являлось самым частым осложнением язвы желудка в двух группах, у 40 (61,5 %) мужчин и у 26 (47,2 %) женщин. У 3 (4,6 %) мужчин самым редким осложнением была перфорация. У 5 (9,1%) женщин язва желудка осложнилась пенетрацией и перфорацией. У всех пациентов с перфорацией был выставлен серозно-фибринозный перитонит в реактивной фазе. Данные представлены на рисунке 1.



**Рисунок 1 – Частота осложнений язв желудка в двух группах**

У 28 (43 %) пациентов из первой группы и 26 (47,3 %) пациентов из второй группы встречалась постгеморрагическая анемия различной степени тяжести. В первой группе у 13 (46,4 %) мужчин чаще встречалась анемия средней тяжести. Во второй группе у 11 (42,3 %) женщин чаще встречалась анемия легкой тяжести. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Степень тяжести постгеморрагической анемии в двух группах

Степень тяжести анемии	Первая группа	Вторая группа
Легкая	9 (32,1 %)	11 (42,3 %)
Средняя	13 (46,4 %)	6 (23,1 %)
Тяжелая	6 (21,5 %)	9 (34,6 %)

### **Выводы**

1. Язва желудка встречалась чаще у мужчин, чем у женщин, соотношение составило 1,2:1 соответственно.

2. Язва желудка чаще всего локализовалась в антральном отделе как в первой группе у 30 (46,2 %) мужчин, так и во второй группе у 30 (54,6 %) женщин.

3. Средний размер язвенного дефекта преобладал в двух группах, в первой группе у 43 (66,2 %) мужчин и во второй группе у 28 (50,9 %) женщин.

4. Кровотечение являлось самым частым осложнением язвы желудка в двух группах, у 40 (61,5 %) мужчин и у 26 (47,2 %) женщин.

### **СПИСОК ИСПОЛЪЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Василенко, В. Х. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / В. Х. Василенко, А. Л. Гребенев. – М.: Медицина, 2016. – 344 с.
2. Анохина, Г. А. Болезни пищевода, желудка и кишечника. Монография / Г. А. Анохина. – Москва: СПб. : Питер, 2016. – 162 с.
3. Анохина, Г. А. Болезни пищевода, желудка и кишечника / Г. А. Анохина. – М.: Кворум, 2016. – 342 с.
4. Гончарик, И. И. Болезни желудка и кишечника / И.И. Гончарик. – М.: Высшая школа, 2015. – 160 с.
5. Рухляда, Н. В. Диагностика и лечение язвенной болезни, осложненной стенозом: монография / Н. В. Рухляда, В.Е. Назаров, И. А. Ермолаев. – М.: ДЕАН, 2017. – 240 с.
6. Тестовые задания по внутренним болезням : учеб.-метод. пособие для студентов 4-6 курсов всех факультетов медицинских вузов / Е. Г. Малаева [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2015. – 80 с.

**УДК 616.342-002.45-06**

**М. В. Бодрова, А. В. Бодрова**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Г. Малаева;*

*ассистент Е. М. Жандарова*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

### **Введение**

Язва двенадцатиперстной кишки – это хроническое сезонное рецидивирующее заболевание, которое характеризуется возникновением язвенных дефектов на слизистой оболочке [1].

Распространенность язв двенадцатиперстной кишки достигает 1 случая на 1000 пациентов в год [2]. Не смотря на достижения фармацевтики и использования в клинической практике препаратов, снижающих кислотность желудочного сока.

По числу язвенных поражений различают одиночные и множественные язвы. В зависимости от размеров язвенного дефекта: язвы малых (до 0,5 см в диаметре), средних (0,6–1,9 см в диаметре) размеров, большие (2,0–3,0 см в диаметре), гигантские (свыше 3,0 см в диаметре) язвы [3].