

стенке луковицы ДПК — 5 мм, на малой кривизне средней трети желудка — 28 мм, в антральном отделе желудка — 17,5 мм, малая кривизна пилороантрального отдела желудка — 10 мм, при локализации в препилорическом отделе желудка — 6 мм, в пилорическом отделе желудка — 13,5 мм.

Сопутствующие осложнения перфоративных гастродуоденальных язв: декомпенсированный стеноз — у 2 (1,9 %) пациента, субкомпенсированный стеноз — у 3 (2,8 %) пациентов, хроническая каллезная язва желудка — у 6 (5,8 %) пациентов, кровотечение — у 3 (2,9 %) пациентов, пенетрация язвы в гепатодуоденальную связку — у 1 (1 %) пациента.

При несоответствии клинической картины рентгенологическим и эндоскопическим данным, в качестве завершающего этапа диагностической программы 5 (4,8 %) пациентам выполнена диагностическая лапароскопия.

Все пациенты с установленным диагнозом перфоративной гастродуоденальной язвы были прооперированы в течение ближайших часов (1–4) с момента поступления в стационар.

Выводы

1. Использование алгоритма клинического, лабораторного и инструментального исследования в условиях стационара позволяет своевременно верифицировать клинический диагноз перфоративной гастродуоденальной язвы.

2. При проведении обзорной рентгенографии органов брюшной полости, обнаруженный свободный газ под куполом диафрагмы является достоверным признаком перфорации полого органа.

3. ФГДС является ценным методом диагностики при сомнительной картине перфорации гастродуоденальных язв, с помощью которого можно определить локализацию и диаметр перфоративного отверстия, сопутствующие осложнения.

4. Наиболее информативным методом диагностики является лапароскопия, которая позволяет достоверно установить диагноз перфоративной гастродуоденальной язвы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алыбаев, Э. У.* Диагностические особенности хирургии перфоративной пилородуоденальной язвы в современном аспекте / Э. У. Алыбаев, А. А. Сопуев, Д. С. Абдуллаев // Известия вузов. — 2003. — № 2. — С. 32–37.
2. *Жерлов, Г. К.* Современные тенденции диагностики и лечения гастродуоденальных язв / Г. К. Жерлов // Бюл. Сиб. медицины. — 2003. — № 4. — С. 5–14.
3. *Курбанов, К. М.* Хирургическая тактика при перфоративных гастродуоденальных язвах, сочетающихся пенетрацией и стенозом / К. М. Курбанов // Хирургия. — 2005. — № 12. — С. 33–35.

УДК 616.33/.342-002.44-089

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Слепцова А. А., Ткаченко А. Н., Ковалевский Д. В.

Научный руководитель: ассистент Д. М. Адамович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) на сегодняшний день остается одной из важнейших проблем urgentной медицины, имеющей большую медицинскую и социальную значимость [1].

Перфоративная язва желудка или ДПК является абсолютным показанием к хирургическому вмешательству. В настоящее время операцией выбора следует считать ушивание перфоративной язвы, а применение современных противоязвенных препаратов в послеоперационном периоде позволяет достичь ремиссии гастродуоденальных язв [2].

Широкое распространение получили видеолапароскопические операции, которые позволили не только улучшить диагностику перфоративной язвы, но и внести существенные коррективы в традиционные способы лечения перфораций [3].

Цель

Анализ вариантов и оценка эффективности хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ случаев стационарного лечения в 2013–2016 гг. в Гомельской областной клинической больнице 104 пациентов, госпитализированных с перфоративной гастродуоденальной язвой.

Проанализированы следующие параметры: возраст, пол пациентов, давность заболевания, локализация перфоративной язвы, вариант операции, частота и структура послеоперационных осложнений, послеоперационная летальность, продолжительность госпитализации.

Результаты исследования и их обсуждение

Особенности распределения пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами по полу и возрасту представлены в таблице 1.

Как следует из таблицы, в исследованной группе преобладали лица от 20 до 60 лет и старше (102 чел. — 98 %), преимущественно мужчины (76,9 %).

Таблица 1 — Половозрастная характеристика при перфоративных гастродуоденальных язвах

Возраст, лет	Количество пациентов		Пол			
	n	%	женский	%	мужской	%
18–19	2	1,9	0	0	2	1,9
20–29	24	23,1	3	2,9	21	20,2
30–39	21	20,2	3	2,9	18	17,3
40–49	14	13,5	4	3,8	10	9,6
50–59	18	17,3	4	3,8	14	13,5
60 и старше	25	24,0	10	9,7	15	14,4
Всего	104	100	24	23,1	80	76,9

До 6 часов с момента перфорации поступил 21 (20,2 %) пациент, от 6 до 24 часов — 9 (8,6 %) и свыше 24 часов — 74 (71,2 %) пациента.

Чаще всего перфоративные язвы локализовались на передней стенке луковицы ДПК — 87 (83,6 %), малой кривизне средней трети тела желудка — 5 (4,8 %), в антральном отделе желудка — 3 (2,9 %), в препилорическом отделе желудка — 4 (3,8 %), в пилорическом отделе желудка — 2 (1,9 %), наиболее редкую локализацию имели перфоративные язвы на задней стенке луковицы ДПК — 1 (1 %), верхней стенке луковицы ДПК — 1 (1 %) и малой кривизне пилороантрального отдела желудка — 1 (1 %).

Основным оперативным вмешательством при перфоративной язве гастродуоденальной локализации являлось ушивание перфоративного отверстия — у 64 (61,5 %) пациентов. В послеоперационном периоде наблюдались такие осложнения как: поддиафрагмальный абсцесс у 2 (3,1 %) и ранняя спаечная непроходимость у 1 (1,6 %) пациента.

Иссечение перфоративных язв с пилоропластикой осуществлено у 2 (1,9 %) пациентов, с дуоденопластикой у 1 (1 %) пациента. Показанием к иссечению перфоративной язвы был субкомпенсированный стеноз. Осложнений в послеоперационный период не наблюдалось.

Резекция желудка, в объеме 2/3, в различных модификациях была выполнена у 12 (11,5 %) пациентов. Показанием для резекции желудка являлись: декомпенсированный стеноз у 2 (1,9 %) пациентов, хроническая каллезная язва желудка у 6 (5,8 %) пациентов, пенетрация язвы в гепатодуоденальную связку у 1 (1 %) пациента и у 3 (2,9 %) пациентов показанием к резекции было сочетание перфорации и кровотечения. Осложнений в послеоперационный период не наблюдалось.

Видеоассистированное ушивание перфоративной язвы применялось у 26 (25,0%) пациентов. У всех пациентов с ушитой перфоративной язвой во время лапароскопии осложнений после операции как со стороны раны брюшной полости, так и смежных органов, не наблюдали.

Послеоперационная летальность пациентов с гастродуоденальными язвами составила 0 %.

Средний срок стационарного лечения при простом ушивании перфоративного отверстия составил 11,5 (от 5 до 19) койко-дней, при видеоассистированном ушивании перфоративной язвы — 8,5 (от 5 до 11) койко-дней, при иссечении перфоративной язвы — 10,5 (от 9 до 11 дней) койко-дней, при резекции — 16 (от 9 до 30) койко-дней.

Выводы

1. В исследованной группе преобладали лица от 20 до 60 лет и старше (102 чел. — 98 %), преимущественно мужчины (76,9 %).

2. Выбор оперативного лечения перфоративных гастродуоденальных язв должен быть индивидуально обоснованным с учетом общего состояния пациента, локализации язвы, особенностей морфологических изменений окружающих ее тканей, сопутствующих осложнений.

3. Лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы является менее травматичным и сопровождается меньшим числом осложнений, более легким течением послеоперационного периода, сокращением сроков пребывания больных в стационаре, а в сочетании с полноценной консервативной терапией достоверно улучшить отдаленные результаты лечения, что в совокупности дает возможность повысить качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гришин, И. Н. Функциональные и органические стенозы пилородуоденального канала / И. Н. Гришин, В. Н. Бордаков, П. И. Лобко. — Минск: Выш. шк., 2011. — 319 с.

2. Бронштейн, П. Г. Выбор способа лапароскопического вмешательства при прободной пилородуоденальной язве / П. Г. Бронштейн, В. П. Сажин, Д. Е. Климов // Эндохирургия. — 2005. — № 4. — С. 17–20.

3. Гостищев, В. К. Перфоративные язвы: взгляд на проблему / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев, Р. А. Головин // Российский медицинский журнал. — 2005. — № 5. — С. 3–7.

УДК 551.578.4+911.51.7

ВКЛАД ГЕНОВ ДОФАМИНОВОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИЕ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Снытков Е. В.

Научный руководитель: д.б.н., профессор С. Б. Мельнов

Учреждение образования

**«Международный государственный экологический институт имени А. Д. Сахарова»
Белорусского государственного университета
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Широкая информатизация населения, неограниченный доступ в мировую паутину имеют не только позитивное значение, но и несет ряд скрытых угроз, к числу которых следует отнести и игровую зависимость. Такие игровые жанры как MMORPG, онлайн-шутеры и другие, вовлекают миллионы людей, а существующие варианты онлайн-казино и карточных игр способствуют развитию патологической тяги к азартным играм у широких масс населения.

Одной из причин возникновения этой формы психопатологии является генетическая компонента. Патологическая игровая зависимость определяется как хроническая и прогрессирующая неспособность противостоять импульсам к игровому поведению, которое нарушает или разрушает личность, семью и карьеру.

В мировой литературе имеются данные, указывающие на то, что в патологическую игровую зависимость вовлечены ряд нейромедиаторов [1]. Наиболее значительный вклад в развитие патологической игровой зависимости вносили такие гены как DRD2, DRD4, DAT/DAT1, TPH, ADRA2C, NMDAR1 и PS1. Гены дофаминовой, серотониновой и норадреналовой систем вносят приблизительно равный вклад в риск развития патологической игровой зависимости.

На влияние дофаминовой системы на развитие игровой зависимости указывает случай развития данной психопатологии при лечении синдрома беспокойных ног с использовани-