

Нельзя отрицать определенную роль в появлении внутренних нарушений и внешних проявлений псориаза такой очаг фокальной инфекции, как синусит. В оригинальном исследовании I. J. Kellerg в течение 5 лет наблюдали за пациентами с хроническим риносинуситом без назальных полипов. Среди 13242 пациентов встречаемость псориаза составила 1,41 случая на 1000 человек в год. Это обуславливает повышенный риск развития псориаза у таких пациентов. Авторы объясняют сопоставление двух различных заболеваний тем, что хронический синусит без назальных полипов и псориаз считаются Th1-опосредованной патологией. Одним из вероятных механизмов развития псориаза считают участие S100-протеинов, включающих псориазин и кальпротектин, которые играют определенную роль в формировании и поддержании антимикробной защиты. Выявлено снижение экспрессии этих протеинов в эпителии у пациентов с хроническим риносинуситом без назальных полипов, что способно приводить к снижению иммунной резистентности и барьерной функции. Что в результате может инициировать развитие псориаза.

Имеется предположение, что в патогенезе псориаза определенная роль принадлежит вирусу папилломы человека (HPV, human papilloma virus). Установлена связь псориаза с HPV-носительством. Имеются данные об обнаружении в эпидермальных чешуйках ДНК EV (epidermodysplasia verruciformis — эпидермодисплазия верруциформная) HPV различных типов, а также специфических антител в крови. Предложена модель патогенеза псориаза, основанная только на EV HPV-влиянии.

HPV-носительство может протекать бессимптомно достаточно долго. По данным S. L. Sigurdardottir, в коже 23 (74 %) здоровых пациентов без каких-либо внешних проявлений свыше 6 месяцев постоянно обнаруживался вирус бета-HPV.

По данным исследований было подтверждено, что многие типы HPV являются комменсалами кожи. HPV обнаружили в образцах кожи у 38 (71 %) пациентов, страдающих псориазом и только у 36 (58 %) пациентов контрольной группы. Было показано, что уровень HPV у пациентов, страдающих псориазом достоверно ниже в стадии ремиссии по сравнению со стадией обострения. Увеличение уровня HPV коррелирует с нарушениями микрофлоры кожи и обострением псориаза (в частности, увеличивается количество *S. aureus*) [5].

#### **Выводы**

Источником бактериотоксемии при псориазе могут стать различные очаги инфекции, которые повышают чувствительность организма пациента к воздействию внешних факторов, а это может привести к возникновению или обострению данного дерматоза.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Tervaniemi, Mari*. Gene expression and functional studies on psoriatic epidermis: Doctoral dissertation (article-based) / Mari H. Tervaniemi; University of Helsinki and Folkhälsan Institute of Genetics Finland. — Helsinki, 2016. — 86 p.
2. *Адашкевич, В. П.* Псориаз / В. П. Адашкевич, Н. П. Базеко. — М.: Мед. лит., 2007. — 192 с.
3. *Talay, S. R.* Co-operative binding of human fibronectin to Sfb1 protein triggers streptococcal invasion into respiratory epithelial cells / S. R. Talay, A. Zock, M. Rohde // Cell. Microbiol. — 2000. — Vol. 2, № 6. — P. 521–535.
4. Two distinct pathways for the invasion of *Streptococcus pyogenes* in non-phagocytic cells / G. Molinari [et al.] // Cell. Microbiol. — 2000. — Vol. 2, № 2. — P. 145–154.
5. *Песляк, М. Ю.* Модель патогенеза псориаза. Часть 1. Системный псориатический процесс / М. Ю. Песляк. — Издание г 4.0 (испр. и доп.). — М.: МУРЕ, 2012. — 94 с.

**УДК 616.33/.342-002.44-002.44-07**

### **ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

**Слепцова А. А., Ткаченко А. Н.**

**Научный руководитель: ассистент Д. М. Адамович**

**Учреждение образования**

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

#### **Введение**

Своевременность и качество диагностики экстренной хирургической патологии органов брюшной полости оказывают непосредственное влияние на эффективность лечения, возникновение послеоперационных осложнений и летальность [1].

Несмотря на медикаментозное лечение гастродуоденальных язв, у ряда пациентов возникает такое осложнение как перфорация язвы с последующим развитием перитонита [2]. В диагностике этого осложнения имеет значение детальный анализ анамнеза заболевания, данные объективного исследования, а также такие методы, как обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ, ФГДС, диагностическая лапароскопия [3].

### **Цель**

Оценить диагностическую значимость в комплексе отдельных методов исследования при перфоративных гастродуоденальных язвах.

### **Материал и методы исследования**

Проведен анализ случаев стационарного 2013–2016 гг. в Гомельской областной клинической больнице 104 пациента, страдающих перфоративной гастродуоденальной язвой.

Проведена оценка результатов диагностики перфоративных гастродуоденальных язв у 104 пациентов.

### **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

Основной жалобой пациентов при поступлении в стационар была внезапная сильная боль локализованная в эпигастрии справа у 42 (40,3 %) пациентов, в эпимезогастррии — у 8 (7,7 %) пациентов, диффузная — у 54 (52 %) пациентов.

Перитонеальные симптомы вызывались у 94 (90,4 %) пациентов.

Всем пациентам выполнены клинические и биохимические анализы крови, которые выполнялись в динамике. Уровень лейкоцитов составил в среднем  $13,4 \times 10^9/\text{л}$  (3,2; 32), гемоглобин — 135 г/л (81; 172), эритроциты —  $4,25 \times 10^{12}/\text{л}$  (2,10; 5,85), тромбоциты —  $220 \times 10^9/\text{л}$  (88; 412).

При УЗИ органов брюшной полости, которое выполнялось 87 (83,6 %) пациентам, было выявлено в 31 (35,6 %) случае свободная жидкость в брюшной полости, в 25 (28,8 %) в брюшной полости и малом тазу, в 31 (35,6 %) случае свободная жидкость не определялась.

Обзорная рентгенограмма брюшной полости проводилась 73 (70,2 %) пациентам. Свободный газ в брюшной полости при рентгенографии обнаружен под куполом диафрагмы с двух сторон у 41 (56,2 %) пациента, под куполом диафрагмы справа — у 23 (31,5 %), что явилось достоверным признаком перфорации полого органа и показанием к экстренному хирургическому вмешательству. У 9 (12,3 %) пациентов свободный газ и жидкость не выявлялись. В отсутствие свободного газа в брюшной полости и при сомнительной клинической картине следующим этапом в диагностической программе выполняли ФГДС.

ФГДС выполняли у 16 (15,4 %) пациентов, на основании исследования выставлен диагноз гастродуоденальной язвы.

Дуоденальная язва имела место в 91 (87,5 %) случае, желудочная в 13 (12,5 %).

Диаметр перфоративного отверстия при локализации язвы на передней стенке луковицы ДПК в среднем составил 5,2 мм, на задней стенке луковицы ДПК — 5 мм, на верхней

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].