

### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии УЗ «2-я городская клиническая больница» г. Минска в период с января 2014 г. по декабрь 2018 г. с диагнозом «панкреатит».

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

За период с января 2014 по декабрь 2018 года в отделении экстренной хирургии УЗ «2-я городская клиническая больница» проходило лечение 1785 пациентов. Из них женщины составили 39,68 % (744 пациента), мужчины — 60,32 % (1131 пациент). Возраст пациентов составил от 16 до 99 лет, средний возраст пациентов —  $43 \pm 4,2$  года. Чаще данная патология наблюдалась в возрасте от 36 до 45 лет. В период с 2014 по 2018 гг. пик заболеваемости панкреатитом пришелся на 2015 г. (416 случаев), сейчас наблюдается тенденция к снижению заболеваемости панкреатитом и в 2018 г. зафиксирован 231 случай. В 136 (7,6 %) случаев использовалось хирургическое лечение. Чаще всего применялись операции с лапароскопическим доступом (82 случая), в ходе которых была произведена санация брюшной полости с постановкой дренажей. Также использовались эндоскопическая папиллосфинктеротомия (25 случаев), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (18 случаев), наложение панкреатоюноанастомоза на Ру петле (4 случая), резекция тела и хвоста поджелудочной железы (1 случай) и другие методы хирургического лечения. Среднее число койко-дней составило  $8 \pm 0,2$  дня.

### **Выводы**

Чаще панкреатит развивается у лиц мужского пола (60,32 %). Средний возраст пациентов составляет  $43 \pm 4,2$  года. Наиболее часто данная патология наблюдалась у лиц среднего возраста, это связано с изменением пищевого поведения, злоупотреблением алкоголя, наличием вредных привычек, другим стилем жизни в данном возрасте. Хирургическое лечение применяется только в 7,6 % случаев, что свидетельствует о том, что большинство панкреатитов носят легкую форму, которая поддается консервативному лечению. Также была выявлена тенденция к снижению заболеваемостью панкреатитом на 17,5 %.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Черданцев, Д. В. Острый панкреатит: эпидемиология, классификация, оценка тяжести / Д. В. Черданцев // Вестник КБ. № 51. — 2008. — № 3. — С. 16–20.
2. Ромашенко, П. Н. Острый панкреатит. Аспекты диагностики и лечения / П. Н. Ромашенко, Е. Ю. Струков. — М.: ЭЛБИ-СПб, 2013. — 743 с.

УДК [616.33+616.342]-002.45-08(476.2)

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В УЧРЕЖДЕНИИ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» ЗА 2018 Г.**

*Мироненко Е. С.*

**Научный руководитель: ассистент В. В. Лин**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

По данным Всемирной Организации Здравоохранения язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и 12-перстной кишки является одной из самых распространенных патологий среди заболеваний пищеварительной системы [1]. По различным эпидемиологическим данным ВОЗ, данная патология встречается примерно у 10–15 % населения земного шара.

Виды ЯБЖ и 12-перстной кишки по международной классификации болезней многочисленны. Однако в данной статье будет рассмотрена острая (K25.1, K26.1) и хроническая или неуточненная (K25.5, K26.5) прободная ЯБЖ и язва 12-перстной кишки.

Прободная язва (перфоративная) — это возникновение сквозного дефекта в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки и вытекание содержимого в брюшную полость [2].

*Helicobacter pylori* является основным инфекционным агентом, приводящим к развитию язвенной болезни. Однако язва может быть вызвана и другими заболеваниями, такими как сахарный диабет, панкреатит, гастрит, болезнь Крона, цирроз печени, лимфома, сифилис, туберкулез, ВИЧ-инфекция. А также приемом нестероидных противовоспалительных препаратов.

### **Цель**

Изучить литературу по данной теме, проанализировать истории болезни пациентов и выявить встречаемость прободной язвы желудка и 12-перстной кишки, виды хирургического вмешательства, используемые при ее лечении.

### **Материал и методы исследования**

Материалами исследований явились литературные источники и данные историй болезни учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (УГОКБ).

Выборка включала всех пациентов, прооперированных по поводу прободной язвы в хирургическом отделении № 1 УГОКБ за 2018 год, их количество составило 19.

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

В результате интерпретации полученных данных было выявлено, что прободная язва желудка составляет 4 (21,1 %) случая, а прободная язва 12-перстной кишки 15 (78,9 %) человек. Полученные данные представлены на рисунке 1.

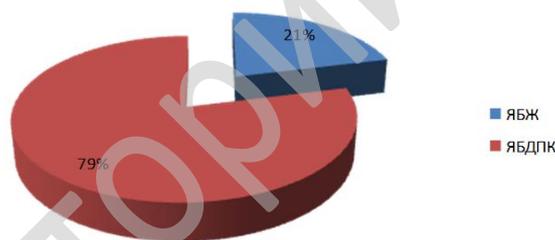


Рисунок 1 — Встречаемость прободной язвы желудка и 12-перстной кишки

Встречаемость прободной язвы у мужчин составляет 89,5 %, а на долю женщин приходится всего лишь 10,5 %, что составляет двух пациентов из всей выборки.

Возраст данной группы пациентов ( $n = 19$ ) различен и колеблется от 21 до 83 лет, средний возраст составил  $48 \pm 18$ . Однако 70,6 % из выборки составили мужчины в возрасте от 30 до 60 лет. В данной группе 64,7 % пациентов являются жителями сельской местности, и все они были доставлены экстренно по скорой медицинской помощи в УГОКБ.

В настоящее время перфорация язвы является абсолютным показанием к проведению хирургического вмешательства.

Всем пациентам была произведена экстренная операция не более чем через 2 ч после поступления в приёмное отделение. В данной выборке было произведено три различных вида оперативного вмешательства:

- 1) лапароскопическое ушивание с видеоассистированием составляет 10 (52,6 %) пациентов;
- 2) лапаротомия с ушиванием перфоративной язвы узловыми швами была осуществлена 8 (42,1 %) пациентам;
- 3) резекция 2 / 3 желудка по Гофмейстеру — Финстереру была выполнена 1 (5,3 %) пациенту.

В процессе исследования было выяснено, что послеоперационный период у пациентов перенесших малоинвазивную операцию (52,6 % от всей выборки) в среднем составил 9 дней, в отличие от пациентов с лапаротомическим вмешательством (42,1 %) пребывание в больнице которых в среднем 12 дней.

### **Выводы**

По результатам проведенного исследования было выявлено, что:

1. Прободная язва 12-перстной кишки встречается чаще, чем прободная язва желудка в 3,75 раза ( $p = 0,001$ ).

2. Широкое применение малоинвазивных методик (лапароскопическое ушивание с видеоассистированием) лечения перфоративной язвы желудка и 12-перстной кишки способствует более ранней активизации пациентов, что позволяет существенно сократить послеоперационный койко-день и ускоряет сроки восстановления трудоспособности.

Для расширения информированности населения и снижения риска развития данной патологии необходима разработка мер по их профилактики и проведение мероприятий, которые будут давать все необходимые сведения о причинах возникновения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Зеньков, А. К.* Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А. К. Зеньков. — Витебск: ВГМУ, 2010 — 102 с.

2. *Антонович, В. Б.* Рентгенодиагностика заболеваний пищевода, желудка, кишечника: рук-во для врачей / В. Б. Антонович. — М., 1987. — С. 184.

УДК 616.36-004+616.149-008.341.1]:577.175.14

## **ЦИТОКИНОВЫЙ ОТВЕТ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ И ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

*Мурашко А. Н., Цыганок Е. В., Ким К. М.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент А. Г. Скуратов**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Цирроз печени и его осложнения сохраняют свою актуальность в настоящее время, и множество клинических и экспериментальных исследований посвящено исследованию этой проблемы [1]. Остаются недостаточно изученными некоторые вопросы патогенеза осложнений цирроза печени портальной гипертензией и роль цитокинов в этих процессах, а результаты научных исследований по этим вопросам остаются противоречивы [2].

Интерлейкин-6 (ИЛ-6) является многофункциональным цитокином, координирующим иммунный и острофазовый воспалительный ответы, а также онкогенез и гемопоэз. ИЛ-6 выполняет функцию медиатора защитных процессов от инфекций и повреждения тканей, способен ингибировать синтез провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 и ФНО  $\beta$ ), может оказывать гормоноподобное действие на печень, поддерживая гомеостаз глюкозы, снижает синтез альбумина и преальбумина.

В настоящее время недостаточно изучены влияние цитокинов (ИЛ-6) на развитие патологического процесса в печени при прогрессировании цирроза и портальной гипертензии. Существуют также данные об активации цитокинового каскада при циррозе печени [3]. Учитывая неоднородность сведений в литературе по вопросам уровня цитокинов в сыворотке крови и их эффектов, исследования механизмов патогенеза и ослож-