

на двух сегментах печени, а у 22 (8,8 ± 1,0 %) больных — на 3-х сегментах ($p < 0,05$).

Произведена эмболизация сосудов при позднем периоде развития опухоли у 71,6 % больных, что явилось показанием к полной и частичной эмболизации сосудов полуселективным, селективным методом. Исходя из этого, считаем, что необходима полная эмболизация, когда размер очага колеблется между 5 и 8 см, наблюдается возникновение прудообразного круга вокруг очага, появление кальцирования и положительного эффекта лечения 73,2 % больных.

Неполная эмболизация необходима в связи с тем, что вышеуказанные симптомы появились при распространенной опухоли, срок сохранения кальцирования был небольшим, что не допускало применения специальных эмболизирующих материалов при эмболизации.

Необходимо производить твердую эмболизацию артерии печени в тех случаях, когда имеется очаговая опухоль размером от 3,1 до 7,1 см с помощью масляного раствора липиодола и специальных эмболизирующих материалов.

Можно произвести мягкую эмболизацию сосудов, когда опухоль имеет размер от 9,1 до 11 см и

множественные метастазы внутри печени при помощи масляного раствора с химиоэмболизацией.

Доказана возможность частичной эмболизации каждого сосуда селективным методом при очаговых опухолях, имеющих метастазы внутри печени.

ВЫВОДЫ

1. Опухолевой очаг при первичном раке печени в 62,4 % случаев располагается в правой доле, в 31,2 % наблюдений — в левой, у 1,8 % больных — в обеих долях печени. У 37,1 % обследованных с первичным раком печени опухолевые очаги были локализованы в двух, а у 8,8 % больных — в трех сегментах печени.

2. Селективная эмболизация сосудов сегмента печени, где локализуется опухолевой очаг при первичном раке печени, у 80,3 % обследованных позволяет продлить жизнь больных от 6 месяцев до 7 лет.

3. Частичная эмболизация артерии селезенки при ее спленомегалии у большинства больных циррозом печени позволяет подавлять синдром гиперспленизма, что необходимо в подготовке тяжелых больных данной категории.

Г.П. Лях, А.А. Реут

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И *HELICOBACTER PYLORI*

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

ЦЕЛЬ

Анализ частоты и степени обсеменения *Helicobacter pylori* (НР) при различных морфологических проявлениях вблизи от края язвенного дефекта (при язвенной болезни желудка различной локализации)

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализу были подвергнуты результаты исследования 32 больных с язвенной болезнью желудка различной локализации. Возраст пациентов был от 27 до 61 года. Из них при эндоскопическом исследовании у 2 (6,25 %) больных язвенный дефект локализовался в кардиальном отделе желудка; у 4 (12,5 %) — по малой кривизне тела желудка; у 7 (18,91 %) — на задней стенке тела желудка; у 12 (37,5 %) — в области угла желудка; у 4 (12,5 %) — в антральном отделе и у 3 (9,37 %) — в препилорическом отделе.

Проводилось морфологическое и цитологическое исследование биопсийного материала со слизистой на расстоянии 0,5 — 0,7 см от края язвенного дефекта.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Вблизи от края язвенного дефекта различной локализации НР был выявлен у 14 (43,75 %)

больных, из них с высокой степенью обсеменения у 9 (64,28 %) больных: у 4 (44,44 %) — с локализацией язвенного дефекта в области угла желудка; у 3 (33,33 %) — на задней стенке тела желудка и у 2 (22,22 %) — в кардиальном отделе желудка.

Выраженные воспалительные изменения выявлены у 11 (34,37 %) больных. У 6 (54,5 %) из них НР выявлен с высокой степенью микробного обсеменения: 2 (18,18 %) — в кардиальном отделе, 3 (27,27 %) — в области угла желудка и 1 (9,09 %) — на задней стенке тела желудка. У остальных умеренная степень воспалительных изменений, НР выявлен с различной степенью микробного обсеменения (2 — первая степень, 3 — третья степень).

ВЫВОДЫ

Проведенный анализ установил связь между выраженностью воспалительных изменений, частотой и степенью микробного обсеменения. При выраженных воспалительных изменениях, независимо от локализации язвенного дефекта НР выявляется чаще и с высокой степенью обсеменения.