

Цель. Изучить данные гистологического заключения по диагностическим биопсиям и удаленным полипам желудка, определить частоту их малигнизации и осложнения, обосновать методы улучшения результатов лечения.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное изучение результатов эндоскопической диагностики и полипэктомии из желудка у 337 пациентов, обратившихся в клинику общей хирургии в период с 2015 по 2017 гг. Женщин - 99 (29,3%), мужчин – 238 (70,7%) в возрасте от 23 до 84 лет, в возрасте 50-70 лет – 256 (76,1%) пациентов. У 236 (70%) пациентов полипы были в пилорическом отделе, у 88 (26,1%) - в теле желудка, у 13 (3,9%) - в кардиальном отделе. Одиночные полипы диагностированы у 240 (71,1%) пациентов, от 2 до 4 - у 56 (16,8%) и множественные – у 41 (12,1%).

Результаты. В 318 (94,4%) случаях полипы отправлены для гистологического исследования, у 19 (5,6%) - были коагулированы или «потеряны». Гиперпластические полипы II и III вида выявлены у 158 (49,6%) пациентов, IV - у 32 (10%). Аденоматозные полипы II вида - у 70 (22,1%), у 58 (18,2%) – I вида, у 5 (1,6%) - диагностирована малигнизация (высокодифференцированная аденокарцинома). Кровотечения, возникшие во время и после полипэктомии, остановлены: в 6 случаях клипированием кровоточащего сосуда, в 4 – лигированием, и в 3 – коагуляцией.

Выводы. Своевременная диагностика полипноносительства и активная эндоскопическая хирургическая тактика проведения полипэктомии позволит улучшить результаты ранней диагностики, предотвратить возможное озлокачествление полипов, повысит частоту выявления малигнизации полипов, а после гистологического заключения определить соответствующую хирургическую тактику лечения.

Литература

1. Дубровщик, О.И. Полипы толстой кишки: эндоскопическое удаление. Опасности и осложнения/О.И. Дубровщик, М.И. Епифанов, М.Ю Еременко, В.М. Жибер // Актуальные вопросы медицины:матер. Научно-практ. конф., посвящ. 65-летию УЗ «ГКБ № 2 г. Гродно»: гРгму. -2009. -300 С.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА

Михалевич Е. В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель – к.м.н. Милош Т. С.*

Актуальность. Болезнь Шегрена – аутоиммунное системное поражение соединительной ткани, характеризующееся экзокринными железистыми и внежелезистыми проявлениями. Она лидирует среди коллагенозов по частоте

встречаемости с распространенностью в общей популяции 0,1-0,77% [1]. Клиническая картина характеризуется поражением слюнных и слезных желез, в результате которого происходит снижение продукции слюны и слез с развитием хронического паренхиматозного сиалоаденита. Обычно заболевание не несёт угрозы для жизни мамы и малыша. Однако оно и его последствия могут негативно сказаться на ходе беременности и нормальном внутриутробном развитии малыша.

Цель – оценить влияние болезни Шегрена на течение беременности.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы данные журналов истории родов Гродненского областного клинического перинатального центра за 2015-2016 год всего 7642 случая. При обработке результатов исследования высчитывался процент от анализируемой группы.

Результаты исследования. За анализируемый период было выявлено 3 случая (0,04%) болезни Шегрена, из которых 2 случая (66,7%) приходится на 2016 год, а 1 случай (33,3%) – на 2015 год.

Наглядным примером болезни Шегрена при беременности может послужить клинический случай у пациентки Г., 23 года, которая поступила в Гродненский областной клинический перинатальный центр 26.02.2015 по направлению женской консультации с диагнозом: «Предвестники I срочных родов в головном предлежании в сроке беременности 262 дня. Болезнь Шегрена, ассоциированная с антифосфолипидным синдромом, хроническое течение, II степень активности, системная красная волчанка. Люпус-дерматит. Анемия легкой степени. Хронический фарингит, ремиссия». Диагноз «болезнь Шегрена» у данной пациентки был выставлен с 15 лет. В течение беременности консультирована дерматологом, эндокринологом, ревматологом, гематологом, постоянно принимала метилпреднизолон. Ребенок родился живым доношенным, в головном предлежании без видимой патологии.

Выводы. Итак, в большинстве случаев болезнь Шегрена не является противопоказанием для гестации и родов. Ведение беременности требует привлечения смежных специалистов и постоянной гормонотерапии.

Литература

1. Васильев, В. И. Критерии диагноза болезни и синдрома Шегрена / В.И. Васильев, М. В. Симонова, Т. Н. Сафонова // Избранные лекции по клинической ревматологии / Медицина; ред. Насонова В. А., Бондарчук Н.В. – 2001. – С. 112–131.