

Среди абортированных плодов с ВПР ЦНС было 57 (43,8%) плодов мужского пола и 73 (56,2%) – женского. 3 плода были из двоен. При этом у вторых плодов в 2 случаях ВПР не было выявлено, а в 1 наблюдении был найден врожденный порок сердечно-сосудистой системы (декстракардия) и омфалоцеле. Анализ структуры ВПР ЦНС показал, что наиболее частым пороком была внутренняя гидроцефалия (29 случаев – 22,3%), вторым по частоте – рахисхиз (22 случая – 16,9%). В 14 (10,8%) наблюдениях диагностирована анэнцефалия, в 6 (4,6%) – экзенцефалия, в 4 (3,1%) – мозговые грыжи. В единичных наблюдениях выявлены проэнцефалия, голопроэнцефалия, алобарная проэнцефалия. В 31 (23,8%) наблюдениях отмечалось сочетание рахисхиза с гидроцефалией, а в 20 (15,4%) случаях – другие сочетания ВПР ЦНС. У 22 (16,9%) плодов ВПР ЦНС сочетались с ВПР других органов, среди которых наиболее частыми были нарушения развития лица и опорно-двигательного аппарата.

Таким образом, ВПР ЦНС остаются одними из наиболее частых пороков развития. Ведущими из них являются внутренняя гидроцефалия, рахисхиз и анэнцефалия. Патоморфологическое исследование абортусов в комплексе с клиническими и генетическими методами исследования позволит провести оценку тератогенного и мутагенного действия внешних факторов и риска повторного рождения больного ребенка.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Демидик С.Н., Пилецкая Е.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – к.м.н., доцент Матиевская Н.В.

Актуальность. На 01.01.2010 г. количество ВИЧ-инфицированных пациентов, зарегистрированных в Гродненской области, составило 424 случая или 3,97% от общего количества ВИЧ-инфицированных в Республике Беларусь. У 60 (14 %) из 424 ВИЧ-инфицированных больных зарегистрированы различные формы туберкулеза, что значительно выше, чем в популяции в целом. Иммунодефицит, обусловленный ВИЧ-инфекцией усугубляет течение туберкулеза, приводит к высокой частоте летальных исходов.

Цель исследования: изучить патоморфологические особенности туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов по результатам вскрытия больных.

Материал и методы. Проанализированы протоколы вскрытия 78 больных, погибших от разных форм туберкулеза. В зависимости от инфицирования ВИЧ все больные были разделены на 2 группы: 1 группа (ВИЧ –) – 62 пациента с отсутствием ВИЧ-инфекции и 2 группа (ВИЧ+) – 16 больных, инфицированных ВИЧ. В 1 группе было 53 мужчины и 8 женщин, во 2 группе – 13 мужчин и 3 женщины. Средний возраст больных 1 группы составил – 52,9±13,1 лет, 2 группы – 34,8±3,7 лет.

Результаты. Больные 2 группы (ВИЧ+) были значительно моложе больных 1 группы (ВИЧ–) ($p < 0,05$). В обеих группах большинство пациентов были мужского пола: в 1 группе – 53 (85%), во 2 группе – 13 (81%), $p > 0,05$.

Установлено, что генерализованные формы туберкулеза достоверно чаще встречались во 2 группе больных – у 14 (87,5%), в то время как в 1 группе – у 5 (8%) пациентов. По результатам патологоанатомического вскрытия у 5 больных генерализованным туберкулезом в 1 группе отмечено вовлечение следующих органов и систем: легкие – 5, почки – 2, головной мозг – 3, печень – 3, селезенка – 1. При этом поражение легких было представлено инфильтративным туберкулезом (ИТ) – у 2 больных, диссеминированным (ДТ) – у 1, казеозной пневмонией (КП) – 1, фиброзно-кавернозным туберкулезом (ФКТ) – у 1.

Генерализованный туберкулез у 14 пациентов 2 группы протекал с вовлечением легких – у 13, почек – 6, головного мозга – 11, печени – 7, селезенки – 10, кишечника – 1, сальника – 1, надпочечников – 1. Поражение легких у больных генерализованными формами были представлены следующими формами: ИТ – 1 (7%), ДТ – 2 (14%), МТ – 4 (29%), КП – 1 (7%),

ФКТ – 2 (14%), туберкулома – 1(7%), единичные туберкулезные гранулемы обнаружены у 2 больных (14%) и отсутствие поражений легких – у 1 (7%) пациента.

Легочные формы туберкулеза достоверно чаще встречались у больных 1 группы – 57 (92%) и 2 (12,5%) случая, соответственно ($p < 0,05$). Легочной туберкулез у больных 1 группы был представлен следующими формами: ИТ – 4 (7%), ДТ – 5 (9 %), МТ – 4 (7%), КП – 24 (42%), ФКТ – 19 (33 %), туберкулома – 1 (2%). У больных 2 группы в 2 случаях отмечен инфилтративный туберкулез легких.

Вывод. Результаты патологоанатомического исследования больных, болевших туберкулезом, установили, что у ВИЧ-инфицированных больных туберкулез часто имел генерализованное течение, в отличие от больных без коинфекции ВИЧ, среди которых преобладали тяжелые легочные формы туберкулеза. У 21% ВИЧ-инфицированных больных, несмотря на генерализацию туберкулеза, отмечены слабовыраженные изменения в легких или их отсутствие, что затрудняло прижизненную диагностику туберкулеза.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Демчук И.Л., Дорофей С.Г., Скок А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – Пакульневич Ю.Ф.

Лечение острого панкреатита – одна из сложных проблем экстренной хирургии. В тоже время широкое внедрение в хирургическую практику новых технологий, инструментальных методов исследования и малоинвазивных вмешательств дает возможность пересмотреть некоторые вопросы лечебной тактики.

С 1999г. по 2008г. в клинике общей хирургии ГрГМУ на лечении находились 3096 больных панкреатитами. Хронический рецидивирующий панкреатит диагностирован у 1291 (41,6%), острый у 1805 (58,3%), острый некротический панкреатит (ОНП) установлен у 134 (4,3%) больных в возрасте от 26 до 84 лет. У лиц пожилого и старческого возраста среди причин ОНП преобладала желчекаменная болезнь и ее осложнения, у пациентов молодого и среднего возраста – употребление алкоголя и его суррогатов.

Проведен анализ результатов лечения 134 больных ОНП.

Лечение больных ОНП в стадии токсемии было, преимущественно, консервативным. При появлении или нарастании признаков ферментативного перитонита у 87 (64,8%) больных выполнялась лапароскопия, во время которой проводилась санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости с последующим перитонеальным диализом, у 49 из них данный объем операции дополнен наложением холецистостомы, у 28 пациентов, при наличии желчной гипертензии и механической желтухи, выполнялось чрескожное/чреспеченочное дренирование желчного пузыря под УЗ-контролем. При формировании объемных образований в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке у 34 больных осуществлялась их пункция и дренирование под УЗ-контролем.

В послеоперационном периоде продолжалась массивная антибактериальная дезинтоксикационная и посиндромная терапия. У 94 (70,1%) больных малоинвазивные методы диагностики и лечения были эффективными и оказались окончательными.

Таким образом, применение малоинвазивных вмешательств в сочетании с интенсивным дезинтоксикационным лечением во многих случаях позволило отказаться от лапаротомий, уменьшить количество гнойных осложнений и снизить летальность при остром деструктивном панкреатите.