

патологии шейки матки 6–13 недель. Полип шейки матки диагностирован первично во время беременности у 83% пациенток, в то время как 17% пациенток имелиотягощенный гинекологический анамнез. В 22% случаев выявлены инфекции, передающиеся половым путем. В 70% случаев беременность была первой по счету, 30% пациенток явились повторнобеременными. При обнаружении полипа шейки матки все пациенты обследованы на УЗИ, в ходе которого детализированы размеры полипов, точная локализация, отношение к внутреннему зеву и амниотическим оболочкам, наличие кровотока и питающего сосуда. С помощью радиоволнового аппарата Сургитрон выполнено иссечение доброкачественных новообразований шейки матки и коагуляция питающих сосудов с гемостазом. При гистологическом исследовании обнаружены признаки железистых и фиброзно-железистых полипов. Все пациентки получали беременность сохраняющую терапию и антибактериальное лечение. В результате в 100% случаев беременность была доношенная и роды своевременные. Новорожденные родились с оценкой по шкале Апгар 8/8 и 8/9 баллов без признаков внутриутробной инфекции.

Полип шейки матки является фактором риска таких осложнений беременности, как угроза прерывания, плацентарные нарушения, инфицирование амниотических оболочек и плаценты. Своевременная диагностика и лечение полипов шейки матки во время беременности способствует пролонгированию гестации, минимизации плацентарных нарушений и профилактике преждевременных родов.

Смотрин С.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СУЖЕНИЙ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

Актуальность. Стриктуры желчных протоков и их хирургическое лечение являются одной из сложных и актуальных проблем хирургической гепатологии.

Цель. Оценить результаты хирургической коррекции доброкачественных сужений гепатикохоледоха.

Методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 27 пациентов с доброкачественными сужениями гепатикохоледоха в возрасте от 32 до 65 лет. Из них у 19 пациентов рубцовые стриктуры возникли в результате повреждения желчевыводящих путей во время эндоскопических и открытых вмешательств на желчном пузыре. Стриктура типа «0» по Гальперину – была диагностирована у 3 пациентов, типа «+1» – у 7 пациентов и типа «+2» у 9 пациентов. У 8 пациентов причиной сужения холедоха явился хронический панкреатит. При этом в 5 случаях в головке поджелудочной железы имелись кисты различной величины. Для диагностики сужений гепатикохоледоха были использованы УЗИ, МРТ и КТ.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты оперированы открытым способом. Троим пациентам со стриктурой типа «0» произведена бигепатикоентеростомия на выключенной по Ру петле тонкой кишки. Оставшимся пациентам наложен гепатикоеюноанастомоз по Ру. Пациентам с сужением дистальной части холедоха, вызванной кистозно-дегенеративными изменениями в головке поджелудочной железы в 3 случаях произведена резекция поджелудочной железы по Бегеру и дополнительно наложен холедоходуоденоанастомоз по Флеркену, двоим пациентам выполнен панкреатоцистодуоденоанастомоз с холедоходуоденоанастомозом по Флеркену. Троим пациентам с индуративным процессом в головке поджелудочной железы выполнена холедоходуоденостомия по Флеркену. В послеоперационном периоде у 8 пациентов отмечено временное подтекание желчи по страховочным дренажам. Летальных исходов не наблюдалось. В течение 3 лет рецидива заболевания не наблюдалось. Таким образом, лечение доброкачественных сужений гепатикохоледоха требует индивидуального подхода к выбору метода хирургической коррекции зоны сужения.
