

период с 1997 по 2007 год.

Результаты. Все больные были разделены на две группы: первую составили дети с болезнью Гиршспрунга - 21 ребенок. Из них - 13 с ректо-сигмоидной формой, 8 - с ректальной. Вторую группу составили 16 детей с атрезией и эктопией анального отверстия и прямой кишки. Больные второй группы, в свою очередь, были разделены в зависимости от принадлежности к свищевой (8 детей) или безсвищевой (8 детей) форме. С промежностным свищом -1 ребенок, ректо-вестибулярным -5, ректо-промежностным-1, промежностно-прямокишечным -1. Все больные с атрезией госпитализировались в первые сутки и даже часы жизни (8 детей). Поводом к направлению в стационар было отсутствие отхождения мекония, признаки кишечной непроходимости. Остальные дети с атрезией были госпитализированы в более поздние сроки, а именно: 4 детей - в возрасте до 1 года, 2 - в возрасте до 2 лет, 4- в возрасте старше 2 лет. С болезнью Гиршспрунга 2 детей были госпитализированы в сроки до 1 мес., 3- до 2-х лет и остальные (16) старше 2-х лет. Основным методом диагностики при болезни Гиршспрунга была ирригография в прямой и боковой проекциях, при атрезиях - инвертограмма по Вангенстину. При сочетании порока со свищом применялась фистулография. Всем больным были произведены радикальные операции. Следует отметить, что первым этапом у большинства оперированных детей по поводу атрезий было превентивное наложение раздельной колостомы - 14 детей, 1 ребенку формировался противоестественный задний проход и 3 детям радикальная операция была выполнена сразу. Больным с болезнью Гиршспрунга сначала формировался anus praeternaturalis (7детей), затем следовало выполнение радикальной операции, а 14 детям было возможным выполнение одноэтапного радикального хирургического вмешательства (ЗСПП). Все дети выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. У 1 ребенка в послеоперационном периоде наблюдалась стриктура заднего прохода с недержанием кала. Избыток слизистой, требующий оперативного лечения, был у 2- х детей.

Вывод:

1. ЗСПП является основным методом хирургического лечения больных с атрезией прямой кишки и заднего прохода и дистальной формой болезни Гиршспрунга.
2. У детей, оперированных методом ЗСПП, наблюдаются хорошие и удовлетворительные результаты.

Литература:

1. Исаков Ю.Ф., Долецкий С.Я.. Детская хирургия. Руководство для врачей // М. «Медицина», 1970 г .
2. Баиров Г.А. Неотложная хирургия новорожденных. М., 1963 г.

РОЛЬ РЕФЛЮКС ГАСТРИТА В РАЗВИТИИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Шульга Е.Р.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Цилиндзь И.Т.

Введение. Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) является актуальной проблемой хирургии.

Причины, приводящие к этому синдрому, многообразны, изучены они недостаточно, диагностика их порой весьма сложна, поэтому профилактика и лечение ПХЭС недостаточно эффективны.

Материал и методы. Нами обследовано 199 больных, поступивших в клинику с

таким диагнозом. Для обследования больных и определения степени дуоденогастрального рефлюкса использован эндоскопический метод – эзофагогастродуоденоскопия.

Результаты и обсуждение. Диагностированные патологические состояния как причина ПХЭС, относящиеся непосредственно гепатобилиарной системе, составили 37,2% (74 случая).

В 125 случаях причиной ПХЭС явилась патология смежных с гепатобилиарной системой органов, что составило 62,8% больных с данным синдромом. Среди этих пациентов в структуре ПХЭС заболевания поджелудочной железы составили 16,1% рефлюкс-эзофагит – 4,0%, хронический гастрит – 9,5%, рефлюкс-гастрит – 21,6%, язва желудка или 12-перстной кишки – 3,0%, заболевания почек – 3,5%, дуоденостаз – 1,5%, хронический колит и недостаточность илеоцекального клапана – по 1,0%, дивертикулы 12-перстной кишки, рак толстой кишки и остеохондроз позвоночника – по 0,5%.

Как видно из представленных данных, наибольшее значение в структуре ПХЭС этой группы больных имеет рефлюкс-гастрит (43 случая), который эндоскопически расценен как поверхностный в 10 случаях (23,3%), атрофический – в 27 случаях (62,8%), гипертрофический – в 6 случаях (13,9%). При этом желчный дуоденогастральный рефлюкс в 14 случаях (32,6%) был первой степени, в 19 – второй степени (44,2%), в 10 – третьей степени (23,2%).

У 21 больного с рефлюкс-гастритом определено содержание желчных кислот в желудочном соке. Интенсивность дуодено-гастрального рефлюкса первой степени была в 9 случаях (42,9%), второй – у 8 больных (38,1%), третьей – у 4 (19,0%).

Кроме того, обращает на себя внимание то, что в 55,8% случаев при проведении фиброгастродуоденоскопии у всех больных с ПХЭС обнаружен был рефлюкс-гастрит.

Таким образом, такая желудочно-дуоденальная патология как дуодено-гастральный рефлюкс с последующим развитием рефлюкс-гастрита является одним из ведущих компонентов в возникновении ПХЭС.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРОГНОЗА РАКА ЯИЧНИКОВ

Шульга А.В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины
Научный руководитель – д.м.н. Басинский В.А*

Рак яичников занимает особое место в структуре онкологических заболеваний. Это наиболее агрессивная злокачественная опухоль женской репродуктивной системы. Смертность от нее выше, чем от рака шейки матки и эндометрия, вместе взятых, а пятилетняя выживаемость, по данным различных авторов, не превышает 25-35%. Вместе с тем, используемые в настоящее время традиционные клиничко-морфологические факторы не позволяют реально оценить злокачественный потенциал конкретной опухоли. Известно, что даже в пределах одной стадии заболевания и морфологической формы опухоли прогноз может существенно варьировать, что свидетельствует о необходимости поиска дополнительных прогностических факторов.

Целью настоящего исследования явилось изучение клиничко-морфологических особенностей эпителиальных новообразований яичников, оказывающих влияние на течение рака яичников. Материалом для исследования стали 126 наблюдений рака яичников, выявленных у женщин Гродненской области в 1999-2002 гг. в возрасте от 24 до 75 лет. Клинические сведения получены из амбулаторных карт, историй болезни пациентов и канцер-регистра Гродненского областного онкологического диспансера.