

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%, дивертикул 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.

Комбинированная терапия больных проводилась по сходной схеме. Гистологические микропрепараты пересмотрены в соответствии с принятой для данной локализации опухоли Международной гистологической классификацией (ВОЗ, 2003). Помимо гистологической формы рака и степени его дифференцировки, проведена полуколичественная оценка соотношения стромального и паренхиматозного компонентов, клеточности стромы, выраженности ее лимфоидной инфильтрации и некрозов, плотности микрососудистого окружения и митотической активности опухолевых клеток.

Менее 1 года после установления диагноза и начала терапии прожили 22 пациента (17,5%), от года до пяти лет – 60 (47,6%), более 5 лет – 44 (34,9%).

У больных с I- II клинической стадией, выявленной в 45,2 % случаев (57 женщин), 5-летняя выживаемость составила 56,1%. При III - IV клинической стадии, установленной у 69 больных (54,8%), пятилетняя выживаемость составила лишь 14,5%. Также прослеживалась зависимость 5-летней выживаемости от степени дифференцировки рака. При высокодифференцированных (G1) опухолях она составила 52,5%, при умеренно-дифференцированных (G2) – 31,7%, а низкодифференцированных (G3) – 15,4%. При этом выявлено, что плотность микрососудистого окружения была выше в группе с выживаемостью больных от 1 до 5 лет и коррелировала с наличием метастазов. При выявлении умеренной и выраженной лимфоидной инфильтрации пятилетняя выживаемость составила 40,5%, при ее отсутствии или слабой степени выраженности она была несколько ниже и составила 30,9%. Анализ соотношения паренхиматозного и стромального компонентов рака яичника выявил обратную взаимосвязь между процентной долей эпителиального компонента в раковом узле и продолжительностью жизни больных. С уменьшением дифференцировки новообразования повышалось количество некрозов. В анализируемом материале выявлено 9 первично-множественных опухолей с локализацией одного узла в яичнике. Рак яичников сочетался с новообразованиями матки (4 случая), молочной железы (4 случая), толстого кишечника (1 случай). Во всех наблюдениях прогноз заболевания ухудшался. При двустороннем поражении яичников пятилетняя выживаемость составила 19,6%, а при одностороннем поражении 55,5%.

Таким образом, помимо общепринятых критериев оценки инвазивного и метастатического потенциала рака яичников, включающих определение гистологической дифференцировки новообразования и ее клинической стадии, требуется тщательный анализ, выяснение роли ряда стромальных компонентов опухоли, что возможно при иммуногистохимическом исследовании.

АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ВЫРАЖЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПО РОДИЛЬНЫМ ОТДЕЛЕНИЯМ БСМП

Щерженя М.П., Горбач А.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научные руководители - Белуга В.Б.; Шейбак Л.Н.

Одной из важнейших проблем практического акушерства является проблема иммунологии беременности и родов. В ряде случаев иммунологическая несовместимость между матерью и плодом становится причиной тяжелых нарушений эмбриогенеза и постнатального развития. Гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН) до сих пор занимает одно из первых мест среди заболеваний у новорожденных и может способствовать инвалидизации в последующем.