

S4 – 3, S5 – 3, S6 – 10, S7 – 5, S8 – 3. Размер гемангиом колебался от 1 см до распространения на всю долю.

Из 29 больных радикально оперированы 14, у остальных 15 мы ограничились лапароскопией, во время солитарные формы гемангиоматоза наблюдалось у 7, множественно-очаговая у 5 и диффузно-очаговая у 3. В данной группе больных отсутствовали показания к хирургическому лечению у 10 (размеры гемангиом меньше 5 см), у 2 – гемангиоматоз сочетался с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, 3 отказались от операции. Все эти больные находились под динамическим наблюдением в сроки от 3 до 12 лет – прогрессирование заболевания в виде увеличения количества или размера мы не отмечали, не отмечали случаев спонтанного разрыва.

Радикально оперированы 13 больных, одной больной выполнена паллиативная операция – перевязка артерии VI – VII сегментов. В группе радикально оперированных больных выполнялись типичные резекции одно-двух-трех сегментов печени с предварительной перевязкой сосудисто-секреторных образований. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 2 больных в виде нагноения послеоперационной раны. Летальных исходов не было. У одной больной отмечался рецидив опухоли через 10 лет, потребовавший выполнение правосторонней гемигепатэктомии, гистологически у этой больной наблюдалась гемангиоэндотелиома (у остальных 12 – кавернозная, у 1 – капиллярная гемангиома).

В заключении мы можем сказать, что для достоверной верификации диагноза гемангиом печени и дифференциальной диагностики с другими очаговыми заболеваниями должны последовательно применяться такие методы обследования, как УЗИ, КТ, лапароскопия. Только по совокупности методов можно судить о характере патологического процесса и в зависимости от этого выбирать тактику хирургического лечения.

Показанием к хирургическому лечению гемангиом считаем их размер, рост в процессе динамического наблюдения, сдавления сосудисто-секреторных образований, поверхностное расположение (из-за опасности травматизации).

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

А.П. Седов, А.А. Карпачев, А.М. Мишустин, М.В. Дуганова
Кафедра хирургических болезней

Наиболее трудным разделом абдоминальной хирургии является лечение больных с механической желтухой опухолевого генеза. В тоже время нужно отметить, что они составляют до 10% от опухолей желудочно-кишечного тракта¹. В наиболее развитых индустриальных странах (США, Великобритания, Япония) рак панкреатодуоденальной зоны составляет 9 больных на 100 тыс. населения

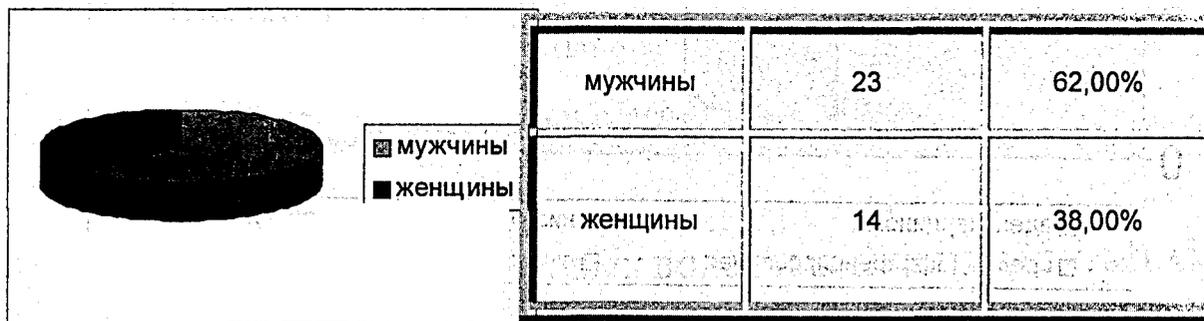
Поджелудочная железа, большой дуоденальный сосок, 12 перстная кишка и дистальный отдел холедоха – органы, которые составляют понятие панкреатодуоденальной зоны (ПДЗ). Эти органы довольно часто поражаются опухолевыми процессами. 80% опухолей этой локализации приходится на поджелудочную железу². Прогрессивно увеличивается количество пациентов, заболевших раком поджелудочной железы в развитых странах (США, Великобритания, Япония). Как отмечает Патютко Ю.И. (1994) за последние 50 лет заболеваемость раком ПДЗ в этих странах увеличилась в 4 раза. В нашей стране среди рака пищеварительного тракта опухоли ПДС составляют 11,5%³

Таким образом, актуальность изучения этого раздела абдоминальной хирургии обусловлена высокой частотой рака ПДЗ и тенденцией к его росту.

Целью данной работы является изучение отдаленных результатов лечения опухолей ПДЗ. В Белгородском межрегиональном центре хирургии печени и поджелудочной железы с 1979 по 2001гг, радикальному хирургическому лечению подверглось 95 больных.

Отдаленные результаты удалось проследить у 37 человек (по архивам БОКБ и БООД).

По полу больные распределились следующим образом:



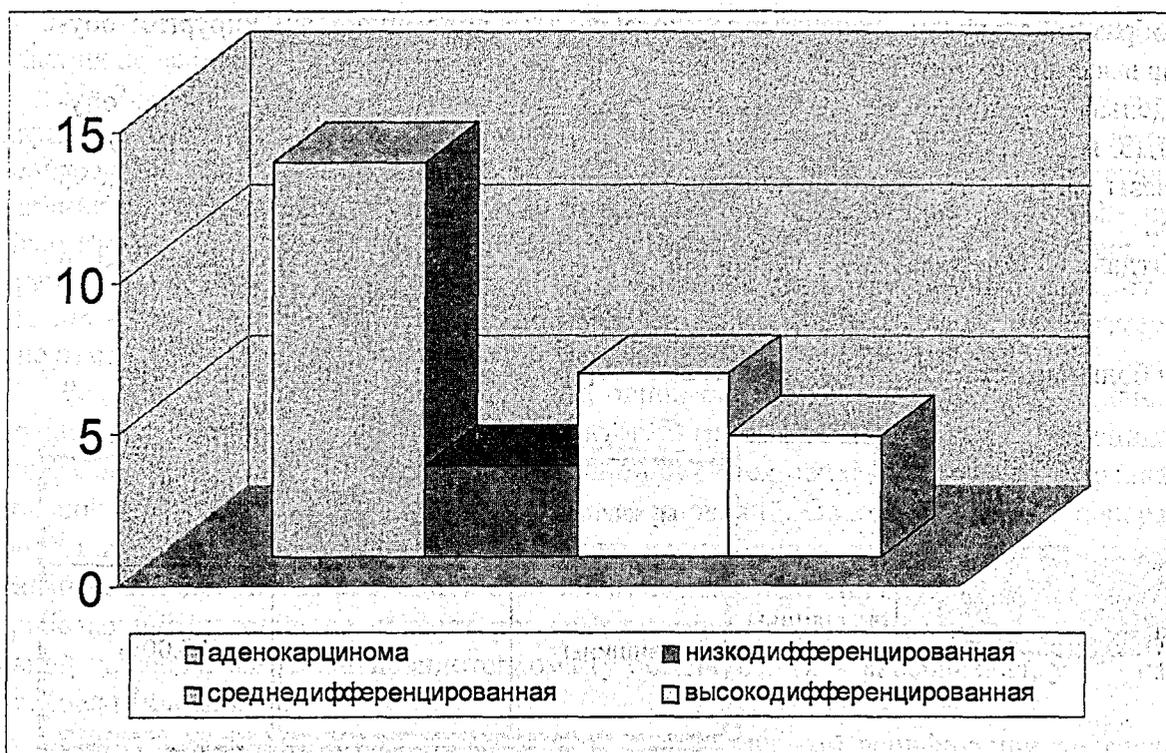
По возрасту больные распределились следующим образом:

возраст	31 – 35	36 – 40	41 – 45	46 – 50	51 – 55	56 – 60	61 – 65	66-70
количество	1	1	6	7	10	6	5	1

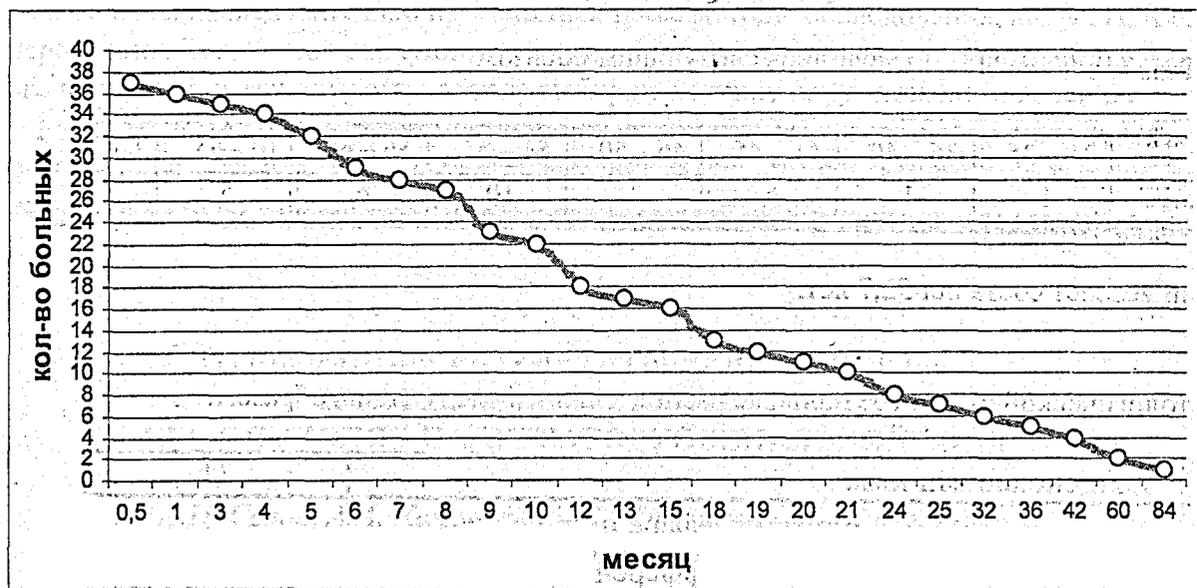
Средний возраст составил 52,7 лет.

По гистологической структуре больные распределились следующим образом:

I. Аденокарцинома	31
• низкодифференцированная	11
• среднедифференцированная	16
• высокодифференцированная	4
II. Железистый рак	4
аденокарцинома	22
• низкодифференцированная	10
• среднедифференцированная	12
• высокодифференцированная	0
III. Лейомиосаркома	2
• среднедифференцированная	6
• высокодифференцированная	4
аденокарцинома	13
• низкодифференцированная	3



Отдаленные результаты хирургического лечения представлены в виде графика:



Из которого видно, что 5 летняя выживаемость среди больных в данной группе составило 8,1%.

Выживаемость	Кол-во пациентов	%
До 1 года	20	54%
2 года	10	27%
3 года	7	18,9%
4 года	4	10,8%
5 лет	3	8,1%
7 лет	1	2,7%

Длительное время такие больные считались неоперабельными но с совершенствованием техники радикальных методов оперативного лечения в течении последних десятилетий привело к определенному успеху. Увеличение процента радикально оперированных больных, что произошло за счет внедрения расширения ГПДР и ПДР, внедрения различных методов декомпрессии желчных путей. Данная работа показывает, что значительный процент больных переживает рубеж 1 и 2 лет. Несмотря на, казалось бы, низкую 5-летнюю выживаемость, лечение таких больных должно иметь место с последующим совершенствованием техники как самого оперативного вмешательства, так и ведения послеоперационного периода.

Литература

1. Блохин Н.Н. в соавт., 1982, Патютко Ю.И. 1994.
2. Патютко Ю.И. 1994.
3. Трапезников Н.Н., Двойрин В.В. 1990.

СПОСОБ ПЛАСТИКИ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ ПРИ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖАХ

А.А.Смирнов, В.М.Воронин, И.А.Шестаков
Кафедра общей хирургии БелГУ

Пупочные грыжи у взрослых, по данным статистики, составляют от 5% [Воскресенский Н.В., Горелик С.Л., 1965] до 12% [Тоскин К.Д., Жебровский В.В. 1990] от всех оперированных наружных грыж живота и по частоте занимают 3-е место после паховых и послеоперационных. Тенденция к учащению пупочных грыж может быть обусловлена возрастом количества тучных людей, а также расширением показаний к хирургическому лечению этой категории больных. В основе возникновения пупочных грыж у взрослых лежит, с одной стороны, дефект анатомического строения пупочного кольца, с другой – факторы, вызывающие повышение внутрибрюшного давления и растяжение передней брюшной стенки, из которых наибольшее значение имеют беременность и ожирение. В самом начале развития хирургии пупочные грыжи из-за сложности и опасности операции подвергались хирургическому вмешательству лишь при ущемлении, а для неущемленных форм конструировали различные, подчас весьма сложные, бандажи. И в наши дни многие хирурги предпочитают не оперировать пожилых тучных больных, особенно если у них имеются сопутствующие заболевания, хотя именно у них наиболее часто наблюдаются такие осложнения грыжи, как ущемление и спаечная непроходимость в грыжевом мешке.

Существует ошибочное мнение, что лечение пупочных грыж – уже решенный вопрос, а применяемые рутинные оперативные вмешательства обеспечивают вполне удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты. Количество рецидивов не имеет тенденции к уменьшению и составляет 15–20%, а при больших грыжах – 30–40% [Тоскин К.Д., Жебровский В.В. 1983; Шпаковский Н.И. 1983; Корнилаев и соавт. 1987; Alvarez P. et al., 1984], что заставляет искать новые пути уменьшения последних.

Нами предложен и применен на практике новый способ пластики грыжевых ворот при пупочных грыжах непрерывным двухрядным, с использованием элементов П-образного, швом рассасывающейся нитью, соединяющего апоневроз в виде дубликатуры (положительное решение на изобретение №006472 от 19.03.2001г.). По заявленной методике прооперировано 56 больных, находящихся на лечении в хирургическом отделении №2 муниципальной городской клинической больницы №1 г.Белгорода, из них 48