

3. Масюкова, С.А. Глубокий кандидоз – актуальность и перспективы проблемы / С.А.Масюкова, М.В. Устинов, И.В. Ильина // Рус. мед. журн. – 2004. – Т. 12, № 4. – С. 189-195.
4. Сергеев, А.Ю. Грибковые инфекции: руководство для врачей / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев. –2-е изд. – М. : Изд-во БИНОМ, 2008. – 480 с.
5. Dixon, D.M. Fungal infection a growing threat / D.M. Dixon // Public Health Reports. – 1996. – Vol. 3. – P. 226-235.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гаврилик Б.Л., Мироненко О.Н., Сугоняко Ю.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро»

УЗ «ГКБ СМП г.Гродно»

Доброкачественные опухоли протоков, аденомы, цистаденомы поджелудочной железы встречаются крайне редко. Данные опухоли эпителиального строения и могут располагаться в любых отделах органа. На начальных этапах своего развития протекают бессимптомно и могут являться случайной находкой при ультразвуковом исследовании, компьютерной томографии. При увеличении опухоли до 4-5 см и более в диаметре появляются постоянные ноющие боли в животе, диспепсические расстройства. Если опухоль расположена в головке поджелудочной железы, редко, но может быть механическая желтуха, симптомы компрессии двенадцатиперстной кишки. В хирургической панкреатологии при доброкачественных заболеваниях поджелудочной железы последнее время широко используются различные варианты органосохраняющих операций. Причем, это также касается дистальных и проксимальных резекций поджелудочной железы. Проксимальные резекции поджелудочной железы, как правило, выполняются с сохранением двенадцатиперстной кишки индивидуально для каждого больного с учетом морфологических и анатомических изменений в органе (1). При операциях по поводу доброкачественных опухолей головки поджелудочной железы наиболее приемлемы энуклеации образования и проксимальные резекции железы в модификациях Бинкли, Дежардена-Уиппли, Бегера, Фрея и др.

Приводим собственное наблюдение.

Больная М., 61г., жительница Гродненского района, поступила в хирургическое отделение больницы скорой медицинской помощи г.Гродно 13.12.2011г. с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, тошноту. Из анамнеза выяснено, что в марте 2010 года при обследовании в терапевтическом отделении городской клинической больницы №3 г.Гродно, где находилась на лечении по поводу внегоспитальной очаговой пневмонии, выявлено при УЗИ гипозоногенное, эхооднородное, с четкими контурами образование в области головки поджелудочной железы, 37x29 мм. Консультирована онкологом. С подозрением на злокачественное новообразование поджелудочной железы дважды в течение 2010 года находилась на обследовании в онкологическом отделении № 5 Гродненской областной клинической боль-

ницы. Выполнялось КТ и МРТ-исследование. Заключительный диагноз: цистаденома головки поджелудочной железы. От предложенного оперативного лечения больная воздержалась. В 2011 году трижды амбулаторно в отделении диагностики УЗ «ГКБ СМП г.Гродно» больной выполнялась сонографическое исследование. Образование поджелудочной железы значительно увеличилось в размерах, однако сохраняло четкие контуры и прежнюю структуру. Общий анализ крови и мочи от 06.12.2011г. – без особенностей, со стороны биохимического анализа крови отмечалось повышение общего билирубина до 25,9 мкмоль/л. Фиброгастродуоденоскопия от 13.12.2011г.: хронический гастродуоденит. Живот при поступлении не вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Пальпаторно опухоль не определяется.

С предположительным диагнозом аденома поджелудочной железы, желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит 14.12.2011 года больная оперирована (опер.- доц. Гаврилик Б.Л.). Под общим обезболиванием разрезом Кохера в правом подреберье послойно вскрыта брюшная полость. В желчном пузыре пальпируются мелкие камни. Холедох не расширен, дм 7мм, без признаков гипертензии. Головка поджелудочной железы представлена плотной опухолью в капсуле, диаметром до 6 см, поверхность опухоли гладкая. Взята биопсия. Гистологический ответ: фиброзная ткань и мелкие кисты. Паранкреатические лимфоузлы не увеличены. Метастазы в печени не выявлены. Выполнена резекция головки поджелудочной железы в пределах здоровых тканей. Оставлены тело и хвост поджелудочной железы, которые соединены инвагинационным анастомозом с петлей тощей кишки, выделенной по Ру. Панкреатоеюноанастомоз, а также межкишечный анастомоз по Ру наложены двухрядным, узловым, капроновым швом. Холецистэктомия от шейки с перевязкой пузырной артерии. Ушивание ложа желчного пузыря. Дренажирование холедоха по Пиковскому. В брюшную полость проведены через отдельные проколы 3 толстые дренажные трубки и поставлены к винслову отверстию – одна, и две другие к зоне панкреатоеюноанастомоза. Послойное ушивание раны. Кровопотеря по ходу операции до 400 мл. Во время операции перелита однорупная плазма.

Макропрепараты представлены желчным пузырем 10x7x4см, со склерозированной стенкой и наличием в просвете около 80 мелких конкрементов, а также головкой поджелудочной железы с округлой опухолью в центре диаметром до 6 см, на разрезе которой белесая ткань соединительнотканного строения.

Патогистологическое заключение от 20.12.2011г.: аденома поджелудочной железы, хронический холецистит.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка получала антибактериальную, инфузионную терапию, ингибиторы ферментов поджелудочной железы, спазмолитики. Общий анализ крови перед выпиской из стационара от 27.12.2011г: Эр – $3,1 \times 10^{12}/л$, Нб – 102г/л, лейкоц. – $7,3 \times 10^9/л$, э-2, п-1, с-67, лимф. – 29, м-1, СОЭ – 9 мм/час; биохимический анализ крови от 28.12.2011г.: мочевины – 4,9

ммоль/л, билирубин – 8,7 мкмоль/л, амилаза – 62 ед/л, АсАТ – 22ед/л, АлАТ-19ед/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л. Выписана на 18-е сутки из стационара в удовлетворительном состоянии. Осмотрена через 11 месяцев и через 2,5 года. Жалоб не предъявляет. Соблюдает диету. УЗИ от 16.11.2012г.: холедох - 5,5мм поджелудочная железа – головка не лоцируется, тело 15 мм, хвост до-23 мм, вирсунгов проток – 3,5 – 4мм.

Таким образом, данное наблюдение представляет определенный интерес, как случай успешного хирургического лечения доброкачественной опухоли головки поджелудочной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Щастный, А.Т. Варианты проксимальных резекций у больных хроническим панкреатитом/ А.Т. Щастный, В.И. Егоров// Новости хирургии. – 2009. - №3. – С.145-153.

АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИИ ЧЕЛОВЕКА

Гаджиева Ф.Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Изучение вариантной анатомии подколенной артерии имеет прикладное значение, так как а. poplitea зачастую является местом постановки шунта, при выполнении ангиопластических операций на нижних конечностях, а также нередко повреждается при травмах конечностей или при хирургическом лечении переломов голени и дистальных участков бедренной кости [2,5,6].

Цель исследования: установить анатомо-топографические особенности подколенной артерии.

Материалом для исследования послужили 60 препаратов нижних конечностей от 30 трупов взрослых людей старше 50 лет (женского пола – 18, мужского пола – 12) и 34 клинических ангиограммы нижней конечности людей в возрасте 37–88 лет (женского пола – 12, мужского пола – 22).

Для получения данных о вариантной анатомии, соотношении компонентов сосудисто-нервных пучков выполнено макромикротрепарирование под бинокулярной лупой ЛБ-2М. Фотографирование проводилось фотокамерой Canon EOS 500D Kit с последующей обработкой фотографий с применением программы Adobe Photoshop CC. На ангиограммах изучались варианты отхождения конечных ветвей подколенной артерии. Морфометрические показатели сосудов измерялись с использованием стандартных антропометрических приборов (штангенциркуль, зонд анатомический трупный с делениями), под бинокулярной лупой ЛБ–2М (ув. х2) с помощью окуляр-линейки с градуировкой 0,1 мм и автоматическим способом с помощью компьютерных программ ImageJ и PhotoM 1.31. Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакетов компьютерных программ «Microsoft Excel'2007» и «Statistica 6.0». Для установления степени вариабельности а. poplitea использовался коэффициент изменчивости Рокицкого (A_i).