

Результаты исследования. Наличие дополнительного артериального сосуда к правой доле, в процессе нашего исследования, определено в 70 случаях (25,2%).

Таким образом, практически у каждого четвертого пациента возможно наличие дополнительного артериального сосуда, участвующего в кровоснабжении правой доли печени. При наличии дополнительного артериального сосуда к правой доле печени необходимо изменение тактики забора транспланта. Особенno важно учитывать возможное наличие дополняющей артерии к правой доле печени при операциях по удалению желчного пузыря, когда возникает необходимость клипирования и пересечения пузырной артерии, зачастую имеющей исток именно из дополняющей артерии, кровоснабжающей правую долю печени.

В проведенном нами исследовании было обнаружено, что в 243 случаях (87,4%) источником дополняющей артерии к правой доле печени являлась верхняя брыжеечная артерия. Что дает основание считать этот вариант классическим местом истока дополняющей артерии к правой доле печени. В 23 случаях (8,3%) местом истока дополняющей артерии к правой доле печени является желудочно-двенадцатиперстная артерия. В 12 случаях (4,3%) был выявлен дополняющий артериальный сосуд, питающий правую долю печени, исходящий из пузырной артерии. Данный, достаточно казуистический вариант, дает основание задуматься о решении вопроса сохранения адекватного кровоснабжения печени, при удалении желчного пузыря с пересечением пузырной артерии. Средний диаметр дополняющей артерии к правой доле печени был 4,2 мм. Данный показатель варьировал в пределах от 2 до 6,1 мм. Нами выявлено, что наличие дополняющей артерии к правой доле печени имеет определенную закономерность. Эта закономерность заключается в снижении диаметра правой ветви на 1,7 мм и более от среднего диаметра правой ветви, то есть показатель 3,1 мм и ниже.

В 13 (4,7%) случаях нашего исследования, было обнаружена дополняющая артерия к левой доле печени. Этот показатель гораздо ниже, чем по другим литературным данным. Объяснением этого, возможно, является «U»-образный ход левой ветви, отходящей от короткой собственной печеночной артерии, т.е. при ее большой длине. Источником дополняющей артерии к левой доле в двух случаях являлась левая желудочная артерия.

В 2 случаях (0,7%), мы установили новый, ранее не описанный в литературе, вариант, при котором дополняющая артерия участвует в кровоснабжении и правой, и левой долей. В обоих случаях дополняющая артерия исходила от верхней брыжеечной артерии.

Заключение. Результаты исследования показывают, что варианная анатомия аберрантного кровоснабжения печени имеет выраженную вариабельность. Сохранение дополнительных артерии, кровоснабжающих печень, является серьезной задачей при заборе транспланта для последующей пересадки, а также иных манипуляциях в области печеночно-двенадцатиперстной связки.

АНАЛИЗ ПАЦИЕНТОВ С КАРЦИНОИДНОЙ ОПУХОЛЬЮ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Белоцкая А.Н., Минич Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. А.В. Каравай

Актуальность темы. Карциноидные опухоли относятся к числу редко встречающихся заболеваний и составляют 0,1–0,5 % всех видов опухолей. За последние 10 лет, частота их выявления возросла в 2-3 раза. Это медленно растущая форма злокачественных новообразований, встречающаяся в любых участках организма, в которых содержатся нейроэндокринные (гормон-продуцирующие) клетки. Пик развития приходится на возраст - 50-60 лет. Примерно 65% карциноидов развиваются в желудочно-кишечном тракте, 24% развиваются в легких, и 10% - в других частях тела. Карциноидные опухоли нередко развиваются при отсутствии выраженных симптомов в течение нескольких лет, поэтому выявить их на ранней стадии сложно, зачастую обнаруживаются случайно. К моменту установления диагноза, примерно, у 13 % больных имеются отдаленные метастазы. Пятилетняя выживаемость при карциноиде составляет, в среднем, 50-67%.

Цель. Целью работы является анализ пациентов с карциноидной опухолью различной локализации.

Задачи. Изучить распространенность данного новообразования среди населения Гродненской области, дифференцировать карциноиды по степени злокачественности, локализации, месту метастазирования, частоте возникновения в той или иной возрастной и половой категории, продолжительность жизни после взятия на учет, методы лечения.

Материалы и методы. Статистическим методом были проанализированы данные Канцеррегистра Гродненского ООД с 2004 по 2014 гг.

Результаты. По данным Канцеррегистра Гродненского ООД, на момент выборки (2004-2014 г.) на учете в ООД состояли 87 пациентов с карциноидной опухолью различной локализации. Средний возраст пациентов, в исследуемой категории пациентов на момент установления диагноза составил 60,34 года, среди которых преобладали лица женского пола (65%) и городские жители (72,41%). На момент взятия на учет I стадия опухолевого процесса была установлена у 20,69% пациентов, II – 31,03% пациентов, III – 12,64%, IV – 16,09% (в 17 наблюдениях стадия не установлена). У 10 пациентов на момент выявления карциноида имелись другие злокачественные новообразования. При оценке локализации карциноидных опухолей были получены результаты: желудок – 17,24%, тонкая кишечника – 9,19%, толстая кишечника: 28,73% (слепая кишечника – 36%, поперечно-ободочная кишечника – 56%, сигма – 4%, прямая кишечника – 4%), поджелудочная железа – 14,94%, легкие – 24,14%, редкая локализация – 5,75%. Метастазы выявлены в 20,69%, из которых в лимфоузлы средостения, брюшной полости, забрюшинного пространства – 50%, печень – 50%, кости скелета – 11,1%, головной мозг – 5,5%, легкие – 5,5%. Хирургическое лечение было проведено 74 пациентам, химиотерапевтическое – 2, симптоматическое – 3. Послеоперационная химиотерапия проведена 14,86%, лучевая терапия – 2,7% пациентов. Специальное лечение, в силу выраженной сопутствующей патологии или отказа пациента, не проводилось 6 пациентам. Средняя продолжительность жизни пациентов в исследуемой группе составила 24,12 ме-

сяца, причем при I стадии 41,44 мес., при II, III, IV — 33,08 мес., 49,45 мес. и 21,86 мес., соответственно.

Выводы. Таким образом, карциноид является редким злокачественным новообразованием, выявление которого на ранних стадиях проблематично. Наиболее распространенной его локализацией является толстый кишечник и легкие. Карциноид чаще возникает у людей в возрасте около 60 лет и у лиц женского пола.

Литература:

1. Кэплун М., Кволс Л. Нейроэндокринные опухоли: Рук-во для врачей. — М.: Практическая медицина, 2011. — 224 с.; Симоненко В.Б., Дулин П.А., Маканин М.А. Карциноиды и нейроэндокринные опухоли. — М.: Медицина. — 2008. — 176 с.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Белюк К.С. Хакимов Х.В. Лукашевич Ю.Ф.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

1-ая кафедра хирургических болезней

Научный руководитель – к.м.н., Белюк К.С.

Лапароскопия, в настоящее время, получила широкое распространение в хирургии для диагностики и лечения заболеваний органов брюшной полости.

Цель исследования - выявить диагностические возможности лапароскопии при остром аппендиците.

Материалы и методы - для изучения диагностических возможностей лапароскопии нами были проанализированы результаты лапароскопических исследований по поводу предполагавшегося аппендицита у 65 больных. Среди них было 30 мужчин в возрасте от 16 до 54 лет и 35 женщин от 16 до 49 лет.

Результаты - среди больных с подозрением на острый аппендицит, диагноз лапароскопически был подтверждён у 36 (55,3%) больных. В подавляющем большинстве наблюдений диагноз основывался на видимых воспалительных изменениях самого червеобразного отростка. Реже, когда аппендикс был недоступен осмотру, по наличию воспалительного инфильтрата или других проявлений локального воспаления в проекции червеобразного отростка. У 29 (44,7%) больных лапароскопия опровергла диагноз острого аппендицита. При этом у большей части из них – у 20 (68,9%) выявлены другие заболевания, «симулировавшие» аппендицит. В 9 (31,1%) наблюдениях, проявлений воспалительного процесса в брюшной полости не обнаружено. При лапароскопии по поводу предполагаемого острого аппендицита выяснилось, что предположение оказалось ошибочным у 24 (68,5%) женщин, в то время как у мужчин ошибочным диагноз оказался в 5 (16,7%) случаях. Частота расхождения клинического и лапароскопического диагнозов была более высокой у женщин и составила 68,5%, в то время как у мужчин она составила 16,7%. Выявленные при лапароскопии заболевания, протекавшие под маской острого аппендицита, у 20 (68,9%) больных требовали экстренного оперативного лечения, которое было проведено эндогендерохирургическим или традиционными методами. Под маской аппендицита у женщин чаще всего скрывались гинеко-