- основного заболевания;
- сопутствующей патологии;
- осложнений;
- должны выполняться в специализированных колопроктологических отделениях;

2) выбор метода закрытия стомы зависит от ее типа, локализации и характера заболевания;

3) реконструктивно-восстановительные операции являются важной составной частью в реабилитации стомированных больных.

Литература:

1. Воробей, А.В. Колоректальный рак / под ред. А.В. Воробья. – Мн.: Зорны верасень, 2005. – 159 с.

2. Кныш, В.И. Рак ободочной и прямой кишки / под ред. В.И. Кныша. – М.: Медицина, 1997. – 291–391 с.

3. Воробей, А.В. Энтеро-и колостомия / А.В. Воробей и др. – Мн.: Зорны верасень, 2005. – 79 с.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕАТОГЕННОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Дундаров З.А., Майоров В.М., Адамович Д.М., Лин В.В., Батюк В.И.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Гомель, Беларусь

Одним из тяжелых осложнений хронического панкреатита (ХП) является подпеченочная портальная гипертензия (ППГ), обусловленная сдавлением или тромбозом вен воротной системы на сегменте, прилегающем к поджелудочной железе. Частота встречаемости ППГ у больных ХП, колеблется в пределах 18–56%. ППГ при ХП сопровождается расширением вен портальной системы, в том числе подслизистых вен пищевода и желудка, асцитом, спленомегалией, гиперспленизмом.

Цель. Изучить результаты лечения ППГ у больных ХП.

Материалы и методы. Пролечено 43 больных с признаками ППГ. Мужчин было 35 (81,4%), женщин 8 (18,6%). Диагностический алгоритм включал: клинические проявления, лабораторные исследования, УЗИ с цветовым дуплексным сканированием, ФГДС, КТ и МРТ при необходимости. При УЗИ признаками ППГ являлось снижение линейной и объемной скорости кровотока, расширение вен бассейна воротной системы.

Результаты и обсуждение. Основное место в клинической картине

ХП занимал стойкий болевой синдром – 39 (90,7%) больных; прогрессирующая потеря массы тела у – 31 (72,1%); признаки билиарной гипертензии у 8 (18,6%); сдавление двенадцатиперстной кишки различной степени выраженности – у 15 (34,9%). Кроме общих для больных ХП признаков, были выявлены и специфичные для ППГ признаки: напряженный (стабильный) асцит – у 5 (11,6%), мягкий (транзиторный) – у 11 (25,6%). На основании УЗИ, КТ, ФГДС и интраоперационных данных больных разделили на две категории. У 25 (58,1%) человек панкреатогенная компрессия магистральных притоков воротной вены (ВВ) обуславливала развитие шунтирующих порто-портальных коллатералей: области гепатодуоденальной связки, вен по большой кривизне желудка, вен большого сальника, брыжейки кишечника. За счет развития коллатерального венозного кровотока происходит частичная компенсация портальной гипертензии. ППГ у этой категории больных рассматривали как компенсированную. У второй категории – 18 (41,9%) чел. – отмечалась более выраженная компрессия портальных магистралей, что обуславливало грубые гемодинамические нарушения в бассейне ВВ, исходом которых являлось как дальнейшее развитие выраженной порто-портальной коллатеральной сети, так и расширение подслизистых вен дна желудка и пищевода – 6 (14%) человек, формирование асцита. ППГ у этой категории больных рассматривали как декомпенсированную.

Наиболее значимыми факторами, обуславливающими компрессию магистральных вен воротной системы, являлось увеличение головки ПЖ и наличие ретропанкреатических псевдокист.

Все эти больные оперированы: в двух случаях выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР), в 17 – пилоросохраняющая ПДР, в 24 – дуоденосохраняющая резекция головки ПЖ по Бегеру. После удаления резецируемого комплекса верхнебрыжеечная и ВВ на всем протяжении тщательно освобождались от рубцовых сращений. Оперативные вмешательства у таких больных достаточно сложны и сопровождаются повышенной кровопотерей из-за развития выраженной сети хрупких коллатеральных сосудов с высоким венозным давлением и трудностях при выделении мезентерикопортального венозного ствола. В послеоперационном периоде умерли 2 (4,7%) больных.

Во всех остальных случаях получен положительный клинический эффект, выражающийся в устранении болевого синдрома, исчезновении асцита в сроки от 2 недель до 3 месяцев после операции, устранении сопутствующих патологических синдромов, восстановлении питания и увеличении массы тела. Отмечена нормализация гемодинамических показателей в венах воротной системы у 29 (67,4%) больных и значительное улучшение у 14 (32,6%).

Выводы. Течение ХП нередко осложняется развитием ППГ, вызы-

ваемой сдавлением магистральных вен воротной системы, что, наряду с другими осложнениями ХП, обуславливает необходимость оперативного лечения. УЗИ с дуплексным сканированием сосудов высокоинформативно при качественной и количественной оценке изменений портальной гемодинамики.

Патогенетически обоснованным способом хирургического лечения ХП, осложненного ППГ, является проксимальная резекция с поперечным пересечением ПЖ и тщательным освобождением мезентерико-портального венозного ствола.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЯИЧНИКОВ

Шелкович С.Е., Анищенко А.Е., Демидчик Ю.Е., Швец Е.В., Литвинова Т.М.
УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
Минск, Беларусь

Введение. Рак яичников занимает особое место в онкологической практике. Это связано, прежде всего, с высокой смертностью больных. Пятилетняя общая выживаемость при данной патологии не превышает 35%. Комплекс терапевтических мероприятий при лечении яичниковых карцином включает хирургические и лекарственные методы.

Целью хирургического лечения является удаление максимально возможного объема первичной опухоли и ее видимых метастазов. Если полное удаление опухоли невозможно, удаляют большую ее часть. Характер выполненных операций по полноте удаления опухолевых очагов делится на полную циторедукцию, оптимальную и субоптимальную. При лечении рака яичников возможно повторное использование хирургического пособия. В зависимости от времени его проведения выделяют следующие оперативные вмешательства: *первичная циторедуктивная операция, промежуточная циторедуктивная операция, «second-look» операция и вторичная циторедуктивная операция.*

При проводимых на первом этапе лечения обширных хирургических вмешательствах отмечается высокий процент послеоперационных осложнений, что приводит к удлинению интервала до начала столь необходимой при данной патологии лекарственной терапии.

Цель исследования. Изучить результаты лечения пациенток с распространенным серозным раком яичников (T2b-3cN0-1V0-1) в зависимости от объема выполненных циторедуктивных операций.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ