внедрением нового, разработанного в клинике, хирургического подхода.

Возрастной состав больных распределился таким образом: чаще встречались больные в возрасте 50 - 59 лет и 60 - 69 лет, составляя 45,6 % и 32,6 % соответственно. Возраст самого молодого и пожилого больного составили 18 и 85 лет.

Соотношение мужчин и женщин составили 58,8 % (27), женщины 41,2 % (19).

Установлены следующие локализации опухоли: рак головки поджелудочной железы 62,8 % (28), рак большого дуоденального соска (БДС) 29,4 % (14). Троим больным по поводу осложненных форм рака дистального отдела желудка и одному больному по поводу рака печеночного угла ободочной кишки с прорастанием головки поджелудочной железы (8,6%) произведена комбинированная панкреатодуоденальная резекция.

По результатам операционного материала установлены следующие гистологические формы опухоли: аденокарцинома высокой, средней и низкой степени дифференцировки, светлоклеточный вариант аденокарциномы, злокачественный карциноид с амилоидозом, железистотубулярная аденокарцинома, ацинарноклеточный рак, протоковая аденокарцинома.

Среди послеоперационных осложнений поддиафрагмальный абсцесс, внутреннее кровотечение в 2 случаях.

После операции умерло 2 больных (4,3 %) от сердечно-сосудистой недостаточности. Как видно из приведенных цифр послеоперационное осложнение и летальность составила 21,7 % и 4,3 % соответственно.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Сейсембаев М.А., Наржанов Б.А., Токсанбаев Д.С.,
Садыков Н.К., Молдабеков Е.Т., Исбамбетов А.С.
Национальный научный центр хирургии им. А. Н. Сызганова
Республика Казахстан, город Алматы

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных с опухолями желчных протоков.

Материал и методы. В ННЦХ им. А. Н. Сызганова проанализированы результаты 72 больных со злокачественными опухолями желчных путей в возрасте от 37 до 80 лет, находившихся на лечении в отделении хирургии печени с 2003 – 2010 годы. Из них мужчин 42 (58,3%), женщин 30 (41,7%).

Для диагностики опухолей желчных протоков и причины механической желтухи использовались лабораторные, а также инструментальные методы исследования, как: УЗИ и допплерографией, МРХПГ, КТ, ЭРХПГ и ЧЧХС с фистулохолангиографией.

Основным проявлением заболевания явилась желтуха 100%, кожный зуд – 75,0%, холангит – 49,0%. Большинство пациентов 56 (77,8%) имели желтуху тяжелой степени тяжести (общий билирубин свыше 200 мкмоль/л). Операции проводились в два этапа; первым этапом с целью уменьшения печеночной недостаточности выполняли декомпрессию желчных путей (ЧЧХС, ЭРХПГ + стентирование), вторым этапом проводили основное оперативное вмешательство.

Результаты. Всего при опухолях желчных протоков выполнено 22 (29,1%) радикальных операций. Из них, в 15 случаях выполнены резекции опухолей желчных протоков с дополнительным иссечением передней части IVb сегмента печени, что обеспечило адекватный доступ к внутрипеченочным желчным протокам для формирования билиодигестивного анастомоза (би-, три-, тетрагепатикоеюностомия) на изолированной Ру петле. В одном (1,4%) случае выполнена расширенная правосторонняя гемигепатэктомия, в 5 (6,9%) случаях – гастропанкреатодуоденальная резекция при опухолях терминального отдела холедоха. При опухоли Клатскина с распространением в головку поджелудочной железы одному пациенту (1,4%) выполнена правосторонняя гемигепатэктомия + IVb сегмент и гастропанкреатодуоденальная резекция. В трех (4,2%) случаев из-за инвазии опухоли в стенку воротной вены произведено резекция с пластикой.

Паллиативное хирургическое лечение при опухолях желчных протоков выполнено 50 (69,5%) больным. Проведены следующие оперативные вмешательства: реканализация с дренированием желчных протоков – 24 (33,3%) пациентам, с наложением билиодигестивного анастомоза – 7 (9,7%) пациентам. Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков под УЗ-контролем как окончательный вид хирургического вмешательства выполнено – 19 (26,4%) пациентам.

В послеоперационном периоде наблюдались специфические осложнения у 15 (20,8%) пациентов – желчеистечение с перитонитом, кровотечение и печеночно-почечная недостаточность. Летальность отмечено в 13 (18,0%) случаях, причиной которых были холангит, печеночная недостаточность и ТЭЛА.

Выводы. При опухолях желчных протоках с тяжелой степенью механической желтухой и печеночной недостаточностью необходимо проводить двухэтапное лечение, которое позволяет уменьшить частоту послеоперационных специфических осложнений и летальных исходов. Наличие опыта резекционных вмешательств на печени и желчных протоках, а также техническое оснащение операционного блока специфическим оборудованием, позволяет выполнить радикальное оперативное вмешательство и улучшить отдаленные результаты лечения.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ОНКОКОЛОПРОКТОЛОГИИ

Хожаев А.А., Кайдаров Б.К., Балтаев Н.А., Шатковская О.В.,
Мещанинова И.В., Адиев М.М., Баймухаметов К.К.
Городской онкологический диспансер г.Алматы,
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

Актуальность. Высокий процент осложненных форм колоректального рака (КРР) сопровождается тем, что значительной части больных выполняются обструктивные резекции толстой кишки с формированием концевой колостомы на передней брюшной стенке. При этом реабилитационные мероприятия выходят на первый план, так как восстановление привычного «образа тела» остается доминирующей жизненной задачей этих больных, многие из которых в момент постановки диагноза находятся в трудоспособном возрасте и профессионально востребованы. Как показывает практика, устранение инвалидизирующего фактора остается главной задачей стомика на протяжении всего периода динамического наблюдения, оставляя на втором плане даже продолжительность жизни при наличии такого выраженного физического дефекта, как противоестественный задний проход.

Цель работы: улучшение качества жизни (КЖ) стомиро-