

## **ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ПЛАНИРОВАНИИ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА**

*Андрющенко В.В., Кононенко Н.Г., Кащенко Л.Г.*

*Терновенко А.А., Каневский А.А., Язык А.В.*

*СумГУ, медицинский институт,*

*кафедра хирургии с детской хирургией и курсом онкологии  
Сумской областной клинической онкологической диспансер*

В Сумском обласкодиспансере за период 2005-2006г.г. было обследовано 28 больных с подозрением на опухоль забрюшинного пространства в возрасте от 18 до 72 лет, из них 16 женщин – 57,1%.

Для хорошей визуализации желудочно-кишечного тракта больные дробно принимали 400,0 - 200,0 мл. 4-5 % раствора триомбраста, за 12, 6 и 3 часа до исследования общим количеством 1,0 л. Затем проводили динамическое сканирование срезами толщиной 3-7 мм с болюсным введением 100- 150 мл неионного контрастного вещества (ультравист, омнипак, юнипак) с помощью автоматического инъектора. У 14 больных 50% установлены следующие диагнозы: аневризма брюшного отдела аорты - 2, гипернефрома почки - 6, фибромиома матки - 2, хондросаркома подвздошной кости - 1, фиброма -1, абсцедирующий псоит-1, осумкованный воспалительный инфильтрат брюшной полости-1.

У 14 больных был выставлен диагноз забрюшинного образования различной локализации. Тяжелое общее состояние не позволило провести специальное лечение 6 больным, трем - была выполнена лапаротомия с биопсией. Радикально удалось прооперировать 5 больных, из них двум больным проведены комбинированные операции с удалением правой и левой половины толстого кишечника. КТ исследование дает возможность оценить локализацию образования, соотношение с магистральными сосудами и другими анатомическими структурами. Среди 14 больных с забрюшинными опухолями применение нативного и болюсного КТ в 92,2 % случаев позволило уточнить диагноз, распространенность опухолевого процесса и выбрать адекватный доступ для радикального удаления новообразования. При низком расположении фибросаркомы в тазу применили парасакральный доступ без традиционной лапаротомии. При локализации липосаркомы каудальнее почки применили пояснично-подвздошный разрез по Моррису. Мобилизацию опухоли больших размеров, расположенную в боковых отделах брюшной полости, невозможно произвести без применения Т-образного разреза по Юингу (1 больной). В остальных случаях применяли срединную лапаротомию. Всего было удалено 2 фибросаркомы, цистаденокарцинома (1), липосаркома (1) и неходжкинская лимфома (1).

Таким образом, анализ результатов КТ исследования позволяет определить распространенность опухолевого процесса и выбрать адекватный доступ для радикального удаления новообразования.