

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

результатов хирургического лечения у больных серозным раком яичников за период с 2006 по 2010 гг. среди жительниц города Минска. За исследуемый период впервые поставлены на учет 703 женщины. Гистологическая верификация получена у 624 (89%) пациенток. У 79 (11%) из них рак верифицирован только цитологически. По морфологическому строению наиболее представленный вариант составил серозный рак яичников – 73% (456 из 624 пациенток с гистологической верификацией заболевания). Оценка степени распространения опухоли проведена по клинико-хирургической классификации FIGO и TNM UICC (2002 г.). Ранний рак яичников T1-2aN0M0 выявлен у 103 (22,6%) женщин. Подавляющее большинство пациенток (353, 77,4%) к моменту установления диагноза имели позднюю стадию заболевания T2b-3cN0-1M0-1. Всем исследуемым на одном из этапов комплексного лечения было проведено хирургическое вмешательство. В объеме полной циторедуктивной операции оперированы 198 (43%) пациенток, в объеме оптимальной циторедукции – 127 (27,9%) и субоптимальной – 130 (28,7%). При раннем раке яичников в 100% случаев проведено удаление первичного опухолевого очага и видимых метастазов. При распространенном раке яичников полную циторедукцию (отсутствие визуальных признаков остаточной опухоли в брюшной полости, малом тазу и забрюшинном пространстве) удалось выполнить только в 29,6%, оптимальную (наличие остаточной опухоли до 1 см в наибольшем измерении) – в 34,8%, субоптимальную (наличие остаточной опухоли более 1 см в наибольшем измерении) – в 35,6% случаев. В процессе динамического наблюдения после завершения комплексного лечения у пациенток с ранним раком яичников рецидивы заболевания были зарегистрированы у 9% наблюдаемых. При распространенном раке яичников, даже при условии выполнения полной циторедуктивной операции, у 33% пациенток отмечено прогрессирование опухолевого процесса. Причем основная масса рецидивов (66%) при распространенном процессе выявлена в первые 6 месяцев после окончания специального лечения. Все исследуемые прослежены в течение $53,4 \pm 2,5$ месяца (ДИ 95%, 48,5–58,3). За время наблюдения умерли 162 женщины. Трех- и пятилетняя общая наблюдаемая выживаемость составила 51,7% и 41,8% соответственно. Медиана времени жизни – $38,9 \pm 3,6$ месяца. Общая пятилетняя выживаемость при раннем раке яичников составила 80%. При распространенном раке яичников после выполнения полной циторедукции общая пятилетняя выживаемость составила 63%, после выполнения оптимальных циторедукций – 32%, после выполнения субоптимальных циторедукций – 16%.

Выводы. Выполнение полных циторедуктивных операций при раннем раке яичников возможно в 100% случаев и при распространенном

опухолевом процессе – в 29,6%.

Общая пятилетняя выживаемость при распространенном раке яичников обратно пропорциональна величине остаточной опухоли к моменту начала химиотерапии.

При выполнении полных циторедукций пятилетняя выживаемость составила 63%, оптимальных – 32%, субоптимальных – 16%.

Литература:

1. Кормош, Н.Г. Оптимальная циторедуктивная хирургия у первичных больных раком яичников II–IV стадий / К.П. Лактионов, Н.С. Кержовская // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2010. – Т. 4. – С. 103–110.

2. Berek JS, Hacher NF. Staging and second-look operations in ovarian cancer. In: Alberts DS, Sur-vit EA, eds. Ovarian cancer. – Boston: Martinus Nijhoff, 1985. P. 109–27.

3. Kim.H., Ju W. et al. The efficacy of systemic lymphadenectomy for overall survival in epithelial ovarian cancer; A systematic review and meta-analysis by KOGYUMAG. J.Clin. Oncol. 27, 2009 (abstr. E 16509).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В СОЧЕТАНИИ С НАРУШЕНИЕМ ПРОХОДИМОСТИ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

Белюк К.С., Жандаров К.Н., Кухта А.В., Вихарев А.А.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»
Гродно, Беларусь

Цель исследования. Разработка и внедрение в практику нового патогенетически обоснованного метода хирургического лечения хронического панкреатита с внутрипротоковой гипертензией, осложненного стенозом интрапанкреатической части общего желчного протока (ОЖП) и механической желтухой.

Материалы и методы. При поступлении в стационар пациенты с гипертензионно-протоковым типом хронического рецидивирующего панкреатита в сочетании со стенозом интрапанкреатической части ОЖП и механической желтухой проходили общеклинические и специальные методы обследования, включающие УЗИ и МРТ. По данным МРТ гепатобилиарной системы расширение главного панкреатического протока от 4 мм до 10 мм в сочетании с признаками билиарной гипертензии (расширение ОЖП от 12 до 21 мм) имело место у всех 11 пациентов, успешно прооперированных с помощью данной методики.