

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 KOGYMAG. 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.

Под общим обезболиванием в положении пациента на спине с подложенным под спину валиком в области X–XI ребер выполнялась верхнесрединная лапаротомия. Доступ к поджелудочной железе осуществлялся через желудочно-ободочную связку. Производилась субтотальная интрапаренхиматозная резекция головки поджелудочной железы с продольной вирсунготомией длиной до 6–12 см и продольной клиновидной резекцией вдоль панкреатического протока в проекции тела и хвоста поджелудочной железы. Через культю пузырного протока или холедохотомическое отверстие выполнялась ревизия желчевыводящих протоков для установления уровня начала стеноза интрапанкреатической части ОЖП. В последующем на металлическом зонде Долиотти, введенном через культю пузырного протока или холедохотомическое отверстие, в пристенотической части ОЖП выполнялось с помощью диатермокоагулятора вскрытие ОЖП с продлением разреза вверх до 1,0–1,5 см для формирования адекватного оттока желчи. При необходимости накладывались швы из рассасывающегося материала (дексон 3\0) на атравматической игле для герметизации наложенного холедохопанкреатического сообщения от забрюшинной клетчатки.

В последующем через культю пузырного протока вводился дренаж (типа Холстеда-Пиковского) и выводился через сформированное нами холедохопанкреатическое соустье во вскрытый панкреатический проток, при этом отверстия в дренаже располагаются как в просвете ОЖП, так и выходят в просвет панкреатического протока. Фиксируется дренаж наложением лигатуры из рассасывающегося шовного материала (короткого срока) на культю пузырного протока. После контроля гемостаза приступают к следующему этапу операции, которым является наложение изоперистальтического продольного панкреатоеюноанастомоза на выключенной из пищеварения по методике РУ петле тощей кишки длиной 30–40 см.

Результаты. Во время операций и в послеоперационном периоде осложнений не было. Все больные выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии. Рецидива болевого синдрома и желтухи не выявлено. Все пациенты вернулись к прежней работе при сроке наблюдения 1–5 лет, повторных поступлений в стационар не было.

Выводы. Предложенный метод обладает рядом преимуществ:

1. Не требуется 2 изолированные петли тонкой кишки для формирования отдельных панкреатоеюноанастомоза и холедохоеюноанастомоза.
2. Осуществляется декомпрессия как протоковой системы поджелудочной железы, так и желчевыводящих протоков.
3. Уменьшается время оперативного вмешательства за счет более быстрого наложения холедохопанкреатического сообщения.
4. Данный способ может быть осуществлен при холангите с инфиль-

тративно-воспалительными изменениями стенки общего желчного протока и при любом его диаметре.

Заключение. Таким образом, предлагаемый метод действительно обеспечивает возможность одновременного адекватного внутреннего дренирования общего желчного протока и главного панкреатического протока, что улучшает результаты лечения у больных с гипертензионно-протоковым типом хронического панкреатита в сочетании с протяженной стриктурой в области интрапанкреатической части поджелудочной железы общего желчного протока и билиарной гипертензией.

ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Жандаров К.Н., Савицкий С.Э., Белюк К.С., Кухта А.В., Карнович В.Е.

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Гродно, Беларусь

Цель работы – показать возможность и необходимость проведения коррекции панкреатической гипертензии во время органосохраняющих операций на поджелудочной железе при хроническом панкреатите и его осложнениях.

Материалы и методы. В хирургической клинике УЗ «ГОКБ» за период 2002–2012 гг. находилось на лечении 211 больных, подвергшихся оперативным вмешательствам, с патологией протоков (71) поджелудочной железы (вирсунголитиазом (29), склерополикистозом (22), кальцинозом (19), кистами (126) и свищами (14) ПЖ.

С целью профилактики в отдаленном послеоперационном периоде хронической панкреатической гипертензии выполняли при вирсунголитиазе, склерополикистозе и кальцинозе головки ПЖ интрапаренхиматозную субтотальную или клиновидную (по типу операции Frey) резекцию головки ПЖ с наложением продольного панкреатоеюноанастомоза по Ру (54). При расположении кист в отдалении от ПЖ на одной петле по Ру формировали панкреатоцистоеюноанастомоз и продольный панкреатоеюноанастомоз (6), или же для наложения 2-х анастомозов формировали 2 петли по Ру (4).

При кистах ПЖ, расположенных по задней или боковым поверхностям ПЖ, выполняли панкреатоцистовирсунгоеюностомию (анастомоз кисты с протоком через ткань ПЖ, а затем производили продольную пан-