

**Выводы.** Таким образом, при неэффективности эндоскопического склерозирования и лигирования, а также неблагоприятной анатомии для выполнения порто-кавального шунтирования наиболее оптимальными оперативными вмешательствами, направленными на лечение и вторичное предупреждение рецидивов кровотечений из ВРВПЖ при портальной гипертензии у пациентов с циррозом печени класса А и В по Child-Pugh, следует считать лапароскопические варианты азигопортального разобщения. Высокой эффективностью обладает использование TIPS у пациентов с портальной гипертензией, сопровождающейся резистентным асцитом и ВРВПЖ, что позволяет улучшить качество жизни и возможность дожития до трансплантации печени. Перспективными являются определение прогностических факторов исходов и дальнейшее изучение показаний и сроков выполнения разных видов оперативных вмешательств.

## **КРАЕВАЯ РЕЗЕКЦИЯ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ В РАДИКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

<sup>1</sup> Могилевец Э. В., <sup>1</sup> Белюк К. С., <sup>2</sup> Камарец А. М., <sup>2</sup> Гаврон И. В.,  
<sup>1</sup> Макалович Я. И., <sup>1</sup> Жук И. Т.

<sup>1</sup> УО «Гродненский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup> УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Гродно, Беларусь

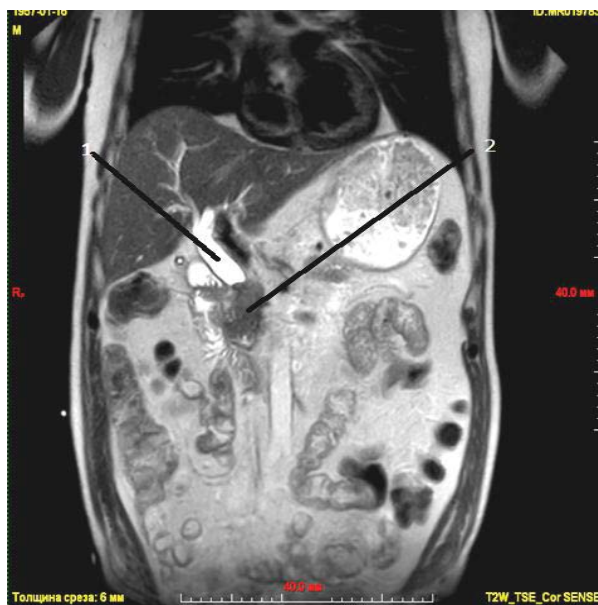
**Введение.** Рак поджелудочной железы (РПЖ) – одна из самых актуальных проблем медицины и всего человечества, особенно населения развитых стран. Значимым направлением в хирургической панкреатологии является совершенствование методов лечения РПЖ, так как непосредственный контакт ПЖ с аортой и ее висцеральными ветвями, воротной веной и ее притоками, а также с нижней полой веной предрасполагают к изначальной распространенности процесса даже при незначительных размерах опухоли. [1, 2]

**Цель:** улучшение результатов лечения пациентов, страдающих раком головки поджелудочной железы с проращением в магистральные сосуды.

**Материалы и методы.** Пациент Р., поступил в УЗ «Гродненская областная клиническая больница» с жалобами на желтушность кожных покровов, потемнение мочи. Общее состояние пациента – средней степени тяжести. Наблюдалась иктеричность кожных покровов и склер. Проведен комплекс лабораторно-инструментальных исследований: по данным биохимического анализа крови, уровень общего билирубина крови составил 210 мкмоль/л, прямого билирубина – 93,7 мкмоль.

УЗИ: желчный пузырь: в просвете застойное содержимое, размеры 110\*38 мм, стенки уплотнены. Желчные протоки: холедох 19-20 мм. Внутривеночные протоки 3-4 мм. Воротная вена (ВВ) 9 мм. Поджелудочная железа: головка – 30 мм, тело – 18 мм, хвост – 23 мм, контуры размытые, эхоструктура неоднородная в головке, вирсунгов проток – 3 мм, эхогенность снижена.

По данным МРТ (рис. 1): печень правильной формы, размер правой доли по среднеключичной линии до 119 мм, левой доли – до 32 мм, без очаговой патологии; внутривеночные желчные протоки умеренно расширены. Желчный пузырь до 41 мм шириной, без чётких контуров, со стенкой равномерной толщины; образований, подозрительных на конкременты, в нём не найдено, в просвете уровень более густой жидкости. Холедох расширен до 18,2 мм, без видимых дополнительных образований в просвете, резко суживается у края головки поджелудочной железы, стенка его здесь утолщена. Воротная вена до 9 мм диаметром. Поджелудочная железа обычно расположена, с чёткими, неровными контурами, сигнал от паренхимы диффузно повышен, в задней части головки имеется неправильной формы зона значительно сниженного сигнала размером около 28 на 20 на 25 мм; головка – 31; тело – 17,5; хвост – 19,5 мм. Вирсунгов проток не расширен (2 мм шириной – верхняя граница нормы), заканчивается в области головки. Парапанкреатическая клетчатка не изменена.



**Рисунок – МРТ-грамма**

1 – общий желчный проток; 2 – головка поджелудочной железы

22.09.2015 выполнено хирургическое вмешательство – панкреатодуоденальная резекция с краевой резекцией воротной вены. При ревизии метастазов в печени и брюшине не обнаружено. Отмечалось увеличение головки поджелудочной железы с наличием в ней опухолевидного обра-

зования с частичной инвазией в правую полуокружность воротной вены. Наблюдалось увеличение лимфатических узлов по ходу гастродуоденальной артерии. В результате экстренного цитологического исследования из опухолевидного образования головки ПЖ были обнаружены группы клеток рака. Выполнена мобилизация 12-перстной кишки по Кохеру. Рассечена желудочно-ободочная связка с лигированием сосудов, мобилизован правый изгиб ободочной кишки. Лигированы *a. et v. gastroepiploica dextra*, выделена верхне-брыжеечная вена (ВБВ) ниже шейки поджелудочной железы, взята на держалку, сформирована нижняя часть тоннеля между ВБВ и шейкой ПЖ. Рассечена *pars flaccida lig. hepatogastricum*. Произведена лимфодиссекция лимфатических узлов гастродуоденальной артерии, общей и собственной печеночной артерий, которые были направлены на патогистологическое исследование. Выделена гастродуоденальная артерия, лигирована после пробного пережатия и констатации удовлетворительной пульсации собственной печеночной артерии. Выделена воротная вена выше шейки ПЖ, взята на держалку. Сформирован тоннель между воротной веной и шейкой ПЖ. После лигирования ветвей правой желудочно-сальниковой артерии и вены, правой желудочной артерии и вены выполнена резекция антрального отдела желудка с использованием линейного аппарата GIA и кассеты 8 см. Произведена холецистэктомия с отдельным лигированием артерии и вены. Выделен и пересечен выше впадения пузырного протока общий печеночный проток. Тощая кишка пересечена на расстоянии 10 см от связки Трейтца с помощью аппарата кишечного шва. Брыжейки проксимальной части тощей кишки, дуоденоеюнального изгиба лигированы и пересечены. Выполнена трансекция шейки ПЖ над ВБВ и воротной веной. Лигированы верхняя и нижняя панкреатодуоденальные артерии и вены. После мобилизации головки ПЖ констатирована инвазия опухоли в воротную вену по правой полуокружности участком 3\*5 мм. Выполнено краевое отжатие воротной вены зажимом Статинского. Произведена краевая эллипсоидная резекция правой полуокружности воротной вены. Ушивание обвивным швом полипропиленом 5.0. Констатирован удовлетворительный диаметр анастомоза и кровотока по вене. Дополнительно выполнена лимфодиссекция лимфатических узлов аорто-кавального промежутка. Ушит дефект брюшины в области связки Трейтца. Тощая кишка проведена правее средних ободочных сосудов в верхний этаж брюшной полости с ушиванием окна в брыжейке поперечной ободочной кишки. Сформирован панкреатоеюноаностомоз двухрядным инвагинационным швом «конец в бок» атравматичной нитью *pds 4.0*. Наложен гепатикоеюноаностомоз на расстоянии 8 см дистальнее отдельными узловыми швами атравматичной нитью *pds 5.0*. Гастроэнтероаностомоз сформирован на 40 см дистальнее гепатикоеюноаностомоза с использованием аппарата линейного шва GIA 60 мм. Дренажи установлены к зоне операции и левое поддиафрагмальное пространство. Выполнен послойный шов раны.

**Результаты и обсуждение.** Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено, пациент выписался в удовлетворительном состоянии для дальнейшего амбулаторного лечения по месту жительства. При повторном поступлении на контрольное обследование: по данным РКТ и УЗИ воротная вена проходима, прогрессирования процесса не выявлено.

**Выводы.** Представленный вариант операции расширяет возможности лечения РПЖ с прорастанием в магистральные сосуды, позволяет выполнить радикальную операцию и улучшить результаты лечения данной патологии. Тангенциальное иссечение воротной вены вместе с инвазирующей в ее стенку опухолью головки поджелудочной железы способствует достижению радикальной резекции. Вовлечение в опухолевый процесс воротной вены не является противопоказанием к выполнению радикального оперативного вмешательства.

#### **Литература:**

1. Котельников, А. Г. Клинические рекомендации по диагностике и лечению злокачественных опухолей поджелудочной железы / А. Г. Котельников, Ю. И. Пятютко, А. А. Трякин. – Москва, 2014. – 31-38 с.
2. Прохоров, А. В. Опухоли поджелудочной железы / А. В. Прохоров, В. Е. Папок, М. Н. Шепетько, В. Е. Папок – Минск, 2013. – 6-7 с.

## **ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА**

<sup>1</sup> Можейко М. А., <sup>1</sup> Сушко А. А., <sup>2</sup> Кропа Ю. С.

<sup>1</sup> УО «Гродненский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup> УЗ «Гродненская областная клиническая больница»  
Беларусь, Гродно

**Введение.** Травма пищевода является тяжелой патологией, сопровождающейся быстрым (в течение нескольких часов) развитием воспаления параэзофагеальной клетчатки с последующим гнойным поражением средостения, клетчатки и брюшины. Летальность при данной патологии достигает 20-85%, она удваивается с удвоением времени с момента травмы. Если операция проводится до 6 ч, летальность составляет 12-14,5%, через 12 ч – 24-28%, через сутки – 48-56%. Высокая летальность чаще всего обусловлена поздней диагностикой повреждений пищевода.

**Цель исследования:** проанализировать собственные данные лечения пациентов с травмой пищевода и выработать оптимальные варианты лечения данной патологии.

**Материал и методы исследования.** В торакальном отделении УЗ «Гродненская областная клиническая больница» находились на лечении 35 пациентов с разным характером травм пищевода, которые отражены в таблице.