

хирургического вмешательства, технические погрешности операции.

2. Объем релапаротомии должен зависеть от характера воспалительного процесса в брюшной полости, прогноза в течении основного хирургического заболевания и общего состояния пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронштейн, А.М. Тропические болезни и медицинские болезни путешественников : руководство / А.М. Бронштейн. – Москва : ГЭОТАР – Медицина, 2014. – 526 с.

2. Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи и информационные материалы по ее положениям / В.И. Покровский [и др.]; под ред. В.И. Покровского. – Н. Новгород : Ремедиум, 2012. – 83 с.

3. Абдиева, А.А. Причины и диагностика осложнений, требующих релапаротомий в абдоминальной хирургии / А.А. Абдиева // Наука, новые технологии и инновация. – 2017. – № 1. – С. 49-52.

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каравай А.В., Миклашевич Ф.С., Божко Г.Г., Лагун Ю.Я., Карпуть И.А.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»*

Актуальность. По данным мировых эпидемиологических исследований, рак поджелудочной железы (РПЖ) ежегодно является непосредственной причиной смерти около 266 тысяч человек и занимает 4-е место в ранге причин смерти от злокачественных новообразований. Ожидается что, при отсутствии кардинальных изменений в поиске более эффективных методов диагностики и комплексного лечения к 2030 году он займет 2-е место среди причин смерти населения от злокачественных новообразований [2, 5]. В настоящее время по определению международной рабочей группы (Biomarkers Definitions Working Group) выделяют следующие виды биологических маркеров [2]: 1) диагностические; 2) прогностические; 3) предиктивные. Целью применения диагностических биологических маркеров является ранняя диагностика злокачественных новообразований. При РПЖ к ним относится карбоантиген (CA 19-9). Прогностические маркеры служат для оценки агрессивности и индивидуального прогнозирования течения опухолевого процесса. Предиктивные биомаркеры используются для индивидуализации лекарственной терапии [1, 2, 3, 4].

Цель. Изучить прогностические факторы и организовать мониторинг за радикально оперированными пациентами при РПЖ.

Методы исследования. В 2006-2015 гг. Гродненском областном онкологическом диспансере (ГООД) по поводу РПЖ взято на учет 987 пациентов. Среди них выделено группа (43 пациента), которым проводилось

радикальное хирургическое лечение в онкологическом отделении № 5 Гродненской областной клинической больницы (ГОКБ), а также химиолучевое лечение в адьювантном режиме. Детально были проанализированы медицинские карты стационарных больных и изучены протоколы патоморфологических исследований макропрепаратов этой группы пациентов. В 36 случаях первичная опухоль локализовалась в головке, в 3 – в теле, в 2 – в зоне хвоста и в 2 – отмечено тотальное поражение ПЖ. Большинство пациентов 24 человека (55,81%) были старше 60 лет. В наблюдаемой группе лиц преобладали городские жители (23 человека – 53,48%) и большинство из них были мужчины (26 – 60,46%). У всех 43 пациентов диагноз был подтвержден данными морфологических методов исследования. У 12 (27,91%) пациентов установлена I стадия опухоли, у 23 (53,49%) – II, у 8 (18,60%) – III. Стадия заболевания окончательно устанавливалась после морфологического исследования макропрепарата. 39 (90,68%) пациентам была произведена стандартная гастропанкреатодуоденальная резекция в 5 (11,62%) случаях с резекцией сосудов, 2 (4,66%) – панкреатэктомия и 2 (4,66%) – дистальная радикальная резекция поджелудочной железы.

Результат. При оценке прогностических факторов у наблюдаемых пациентов установлено:

1) размер первичной опухоли (T) в см: в 3 случаях первичная опухоль имела размер менее 2 см (T1), в 15 – более 2 см (T2), в 23 случаях – опухоль распространяется за пределы поджелудочной железы, без вовлечения чревного ствола или верхней брыжеечной артерии (T3) и в 2 случаях имелось поражение верхней брыжеечной артерии (T4);

2) наличие регионарных метастазов (N) установлено у 7 пациентов;

3) гистологический тип и степень дифференцировки опухоли: тубулярная аденокарцинома G1,2 (29 случаев), низкодифференцированная аденокарцинома G3,4 (7 случаев), цистаденокарцинома (3 случая), злокачественный карциноид (3 случая), плоскоклеточный рак (1 случай);

4) наличие опухолевых клеток в краях операционных разрезов у оперированных пациентов не отмечено (R0);

5) распространение опухоли на воротную и верхнюю брыжеечную вены, когда производилась их резекция установлено в 5 случаях.

Для выявления рецидивов и генерализации опухолевого процесса за радикально прооперированными пациентами был организован мониторинг. Согласно данным канцер-регистра ГООД на конец 2017 года из 43 радикально прооперированных пациентов при РПЖ летальный исход отмечен у 41 человека. Адьювантное химиолучевое лечение проводилось 16 пациентам (37,20%). Средняя продолжительность жизни после хирургического лечения составила 18,6 месяца, а 5-летняя выживаемость – 5,26%.

Выводы:

1. По данным ГООД основным гистологическим типом РПЖ является протоковая аденокарцинома (83,72% – 36 случаев), для которой характерна биологически детерминированная агрессивность и крайне неблагоприятный прогноз.

2. Учет прогностических факторов может служить дополнительным критерием при проведении активного наблюдения и выбора показаний к проведению адьювантной химиолучевой терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1 Патютко, Ю.И. Диагностика и лечение рака поджелудочной железы/ Ю.И. Патютко, И.В. Сагайдак // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2006. – Т.17, № 2. – С. 37-38.

2 American Cancer Society. Pancreatic Cancer. American Cancer Society. Available at <http://www.cancer.org/cancer/pancreaticcancer/detailedguide/pancreatic-cancer-key-statistics>. Accessed March 11, 2011.

3 Bilici, A. Prognostic factors related with survival in patients with pancreatic adenocarcinoma. / A. Bilici // World J Gastroenterol 2014; 20 (31): 10802–12.

4 Lamarca, A. Pancreatic biomarkers: Could they be the answer? / A. Lamarca, J. Feliu // World J Gastroenterol 2014; 20 (24): 7819–29.

5 Siegel, R. Cancer statistics. / R. Siegel, D. Naishadham, A. Jemal // CA Cancer J Clin 2013; 63: 11–3.

РОЛЬ ОЦЕНКИ УРОВНЯ 6-СУЛЬФАТОКСИМЕЛАТОНИНА В ВЫЯВЛЕНИИ ЛИЦ С ВЫСОКИМ РИСКОМ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

¹Карпович О.А., ¹Шишко В.И., ²Пашковский А.Р.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Городская клиническая больница № 2, г. Гродно»

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – одно из самых распространённых заболеваний желудочно-кишечного тракта, заболеваемость которым неуклонно растёт. Распространённость ГЭРБ среди взрослого населения развитых стран составляет 10–25% [1]. В последние годы большой интерес вызывает связь ГЭРБ с таким заболеванием, как синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС), который имеет схожие с ГЭРБ факторы риска и близкий механизм развития [2]. По литературным данным наличие СОАГС способствует увеличению количества рефлюксов из желудка в пищевод, ГЭРБ при сочетании с СОАГС часто имеет нетипичную симптоматику и носит рефрактерный к обычной терапии характер [3]. Имеются данные о возможной связи развития пищевода Барретта (ПБ) на фоне СОАГС, который считается предшественником аденокарциномы пищевода (АКП) [4]. ПБ встречается примерно у 10-15% пациентов, имеющих симптомы ГЭРБ, а АКП выявляется у 0,5% лиц с ПБ в год [5].

«Золотым» стандартом диагностики СОАГС является полисомнография, которая позволяет оценить тяжесть заболевания и провести дифференциальную диагностику обструктивного и центрального сонного апноэ [6]. Однако