

Секция 8 НОВОЕ В ОНКОЛОГИИ

ПРИМЕНЕНИЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЁННЫМ ОБСТРУКТИВНОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Алексеев С. А., Кошевский П. П., Бовтюк Н. Я.,
Гинюк В. А., Попков О. В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Рак поджелудочной железы занимает 13 место по частоте встречаемости среди злокачественных опухолей, 6 место по «онкологической смертности» и входит в четвёрку карцином с наименьшей 5-летней выживаемостью (А. М. Гарин, 2009). В общей структуре злокачественных опухолей, осложнённых обструктивной желтухой, опухоли поджелудочной железы составляют 47% (А. Е. Борисов, 2003). Обструктивная желтуха осложняет течение заболевания и ухудшает исход оперативного вмешательства за счёт развития почечно-печёночной недостаточности. В настоящее время применяются разные подходы к лечению рака головки поджелудочной железы, осложнённого обструктивной желтухой. Применяются и паллиативные вмешательства (дренирование желчных протоков под ультразвуковым наведением, наложение паллиативных билиодигестивных анастомозов), и радикальные операции (панкреатодуоденальная резекция).

Цель: оценить ближайшие результаты радикального лечения пациентов, страдающих раком головки поджелудочной железы, осложнённым обструктивной желтухой в общехирургическом стационаре.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 42 случаев оперативного лечения пациентов, страдающих раком головки поджелудочной железы, осложнённым обструктивной желтухой, в хирургическом отделении УЗ «3-я городская клиническая больница им. Е. В. Клумова» г. Минска в период с

2010 по 2017 гг. Статистическая обработка данных производилась с помощью программ Microsoft Excel и IBM SPSS v. 20. Для анализа результатов лечения использовалась классификация осложнений по Clavien-Strasberg.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов – $70,0 \pm 1,6$ года. Из них женщин – 20 (47%), мужчин – 22 (53%). В зависимости от примененных методов лечения вся выборка была разделена на 3 группы. В первую группу были включены 10 пациентов, которым выполнена ПДР, во вторую группу – 21 пациент, которым были выполнены паллиативные операции по наложению билиодигестивных анастомозов (в 19 случаях наложен гепатико- или холедоходуоденоанастомоз, в 2 случаях – гепатикоеюноанастомоз). Третья группа – это 11 пациентов, которым выполнено дренирование желчных протоков под ультразвуковым наведением. Пациенты третьей группы были исключены из дальнейшего анализа, так как у них в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии или запущенной стадией онкопроцесса операция носила симптоматический характер. При оценке послеоперационных осложнений учитывались только тяжелые осложнения (III-VI класс по Clavien-Strasberg). В первой группе зарегистрирован один случай послеоперационного осложнения, приведший к летальному исходу (частота послеоперационных осложнений и летальность составили 10%). Во второй группе – один случай послеоперационного осложнения и один летальный исход (частота послеоперационных осложнений и летальность – 4,8%). Статистически значимых различий по частоте послеоперационных осложнений и летальности между группами, в которых проводились радикальные и паллиативные оперативные вмешательства, не было ($p=0,406$ (точный критерий Фишера)).

Выводы. Показатели частоты послеоперационных осложнений и летальности в группах пациентов, страдающих раком головки поджелудочной железы, осложненной обструктивной желтухой, которым проводились радикальные (ПДР) и паллиативные оперативные вмешательства, статистически значимо не различались. Таким образом,

оправдано проведение радикальных операций (ПДР) пациентам, страдающих раком головки поджелудочной железы, осложненным обструктивной желтухой.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Гедревич З. Э., Прохоров А. В., Лабунец И. Н.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Несмотря на совершенствование хирургической техники, использование современных сшивающих материалов, формирование толстокишечных анастомозов почти в 40% случаев, по данным ряда исследователей, приводит к осложнениям, ухудшающим исход операции.

Цель настоящего исследования – изучение основных причин, ведущих к осложнениям, и способов их профилактики.

Материал и методы. Изучены результаты хирургического лечения 986 пациентов с колоректальным раком, хирургическое лечение которых сопровождалось формированием толстокишечных анастомозов. Среди пациентов преобладали лица женского пола – 1:1,4. Средний возраст пациентов – $69 \pm 8,3$ года. По типу формирования анастомоза чаще (63%) выполнялись соустья «конец в конец», в 13% – случаев «бок в бок» и 24% – «конец в бок». По способу наложения в 86% случаев использован инвертированный шов, в 9% случаев сформировано эвертированное соустье и в 5% случаев выполнен погружной шов. По виду соединения швов в 84% использован непрерывный вариант, в 12% – механический и в 4% – узловый. По рядности предпочтение в 98% случаев отдано двурядному шву. В 23% случаев пациенты получили предоперационный курс лучевой терапии – 20 Гр. в режиме крупного фракционирования дозы. В качестве мер профилактики несостоятельности швов анастомоза использовали предоперационную подготовку кишечника фортрансом, трансанальное дренирование, формирование превентивной колостомы, обработку анастомоза биологическим клеем.