

4. Lindam, A. Symptoms of Obstructive Sleep Apnea, Gastroesophageal Reflux and the Risk of Barrett's Esophagus in a Population-Based Case – Control Study / A. Lindam et al. // PLoS One. – 2015. – Vol. 10. – № 6. – P. 831–836.

5. Risk factors for Barrett's esophagus among patients with gastroesophageal reflux disease: A community clinic-based case control study / Z. R. Edelstein [et al.] // American Journal of Gastroenterology. – 2009. – Vol. 104, N 4. – P. 834–842.

6. Бузунов, Р. В. Храп и синдром обструктивного апноэ сна у взрослых и детей / Р. В. Бузунов, И. В. Легейда, Е. В. Царева // Практическое руководство для врачей. – Москва. – 2012 – С. 43–46.

7. Zirlik, S., Hildner, K.M., Targosz, A. [et al.] Melatonin and omentin: influence factors in the obstructive apnoea syndrome? / S. Zirlik, K.M. Hildner, A. Targosz [et al.] // J. Physiol Pharmacol. – 2013. – № 3. – P. 353–360.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**<sup>1</sup>Карпуть И.А., <sup>2</sup>Гривачевский А.С., <sup>1</sup>Каравай А.В., <sup>2</sup>Камарец А.М.,  
<sup>1</sup>Божско Г.Г., <sup>2</sup>Болбатун А.И., <sup>1</sup>Жолик А.Ю.**

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

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

**Актуальность.** Рак поджелудочной железы (РПЖ) является одной из наиболее агрессивных злокачественных опухолей. В последние десятилетия отмечается тенденция к росту и достаточно высокие показатели заболеваемости раком поджелудочной железы. Хотя хирургическое удаление опухоли является ведущим методом специального лечения, однако остается одним из самых сложных и нерешенных аспектов онкохирургии. Резектабельность при РПЖ не превышает 30%. Результаты лечения характеризуются значительной частотой послеоперационных осложнений и летальностью, низкими показателями пятилетней выживаемости [1].

**Цель исследования** – оценить результаты радикального хирургического лечения первичного РПЖ у пациентов города Гродно и Гродненской области.

**Материал и методы.** С 2012 по ноябрь 2017 гг. в канцер-регистре г. Гродно и Гродненской области зарегистрировано 662 случая впервые установленного рака поджелудочной железы. Из них радикальное хирургическое лечение выполнено 86 (13,0%) пациентам, среди которых мужчин было несколько больше – 49 (57,0%), чем женщин – 37 (43,0%) в возрасте от 35 до 84 лет. Установлена прямая зависимость между заболеваемостью РПЖ и возрастом: у пациентов в возрасте старше 45 лет РПЖ выявлялся более чем в 6 раз, чаще. Большинство пациентов (66 человек (76,7%) получили лечение в онкологическом отделении № 5 УЗ «Гродненская областная клиническая больница», в других учреждениях здравоохранения Республики Беларусь – 20 (23,3%).

Гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) выполнена 63 (73,3%) пациентам, дистальная резекция поджелудочной железы со спленэктомией (ДРПЖ) – 21 (24,4%), тотальная панкреатодуоденэктомия (ТПДЭ) – 2 (2,3%). Комбинированные операции при ГПДР выполнены в 7 случаях, при ДРПЖ – 3, при тотальной панкреатэктомии – 1. Ранняя послеоперационная летальность 4(4,7%) случая. В зависимости от стадии опухолевого процесса части пациентов проводилась адъювантная химиолучевая терапия в соответствии с Республиканскими «Алгоритмами диагностики и лечения злокачественных новообразований».

**Результаты и их обсуждение.** По данным патогистологического исследования установлено, что чаще всего опухоль локализовалась в головке поджелудочной железы – 61 (70,9%) пациент, и реже – в теле и хвосте органа – 11 (12,8%) и 8 (9,3%) соответственно. В единичных случаях были поражены головка-тело-хвост – 2 (2,3%) и тело-хвост – 4 (4,6%). Среди морфологических вариантов опухоли преобладала внутритротоковая аденокарцинома ПЖ – 76 случаев (88,4%), нейроэндокринные опухоли выявлены у 9 пациентов (10,5%) и плоскоклеточная карцинома неороговевающая – у 1 (1,2%).

Данные о распространении опухоли ПЖ представлены в таблице 1, из которой видно, что радикальные операции выполнялись преимущественно при I-Стадии рака.

Таблица 1. – Распределение радикально прооперированных пациентов РПЖ по распространенности опухолевого процесса

Стадия заболевания	TNM	Кол-во пациентов
I-II	T1-3N0M0, T1-3N1M0	66 (76,7%)
III	T4N0-1M0	12 (13,9%)
IV	T1-4N0-1M1	8 (9,3%)

По нашим данным 5-летняя общая выживаемость пациентов после радикального хирургического лечения РПЖ составила 10,5%, что вполне сопоставимо с литературными данными [1]. При этом необходимо отметить, что значимых различий в выживаемости между лицами мужского и женского пола не наблюдалось. Среди прооперированных в течение 5 лет 42 (73,7%) человека умерло от основного заболевания, от осложнений лечения – 4 (7,0%), от общих, не связанных с раком ПЖ, причин – 11 (19,3%). Основной причиной смертельного исхода были местный рецидив рака – 20 (47,6%) пациентов и генерализация опухолевого процесса – 22 (52,4%). Прослеживается взаимосвязь между возрастом пациента и выживаемостью. Мы изучили результаты лечения во всех возрастных группах с интервалом в 10 лет. Как показали наши исследования, у лиц, достигших 50 лет и более, 5-летняя выживаемость снижается, как за счет основного заболевания, так и, возможно, от наличия сопутствующей соматической патологии.

Таблица 2. – Зависимость между возрастом пациентов и результатами радикального хирургического лечения РПЖ

Возраст	Кол-во пациентов	Смертность от основного заболевания и осложнений лечения	Смертность от других заболеваний
35-44	4(4,6%)	3 (6,5%)	0 (0,0%)
45-54	25(29,1%)	9 (19,8%)	2 (18,2%)
55-64	26(30,2%)	14 (30,4%)	1 (9,1%)
65-74	26(30,2%)	17 (37,0%)	6 (54,6%)
75-84	5(5,8)	3 (6,5%)	2 (18,2%)

Данные литературы свидетельствуют о достоверном влиянии распространенности опухоли на результаты лечения РПЖ [1]. При исследовании влияния распространенности опухоли на выживаемость у исследуемых пациентов можно констатировать, что результаты лечения напрямую зависят от этого показателя (табл. 2).

Таблица 3. – Влияние распространенности опухоли на результаты радикального хирургического лечения РПЖ

Стадия заб-ния	Кол-во пациентов	Общая выживаемость			
		до 1 года	от 1 до 2 лет	от 2 до 3 лет	от 3 до 5 лет
I-II	66	36(54,6%)	14(21,2%)	7(10,6%)	9(13,6%)
III	12	8(66,7%)	2(16,2%)	2(16,2%)	-
IV	8	7(87,5%)	1(12,5%)	-	-

Как видно из данных таблицы, срок более 3-х лет после радикального хирургического лечения переживают пациенты, у которых опухоли ограничены поджелудочной железой (1-2 стадии) без, или с единичными регионарными метастазами. И в тоже время резкое снижение продолжительности жизни наблюдалось при опухолях 3-4 стадии заболевания, характеризующихся экстрапанкреатическим распространением опухоли, регионарным и отдаленным метастазированием, что указывает на прямую зависимость между распространением рака и выживаемостью пациентов.

**Выводы:**

1. Заболеваемость РПЖ в последние годы имеет отчетливую тенденцию к росту, несколько чаще поражая мужчин.
2. По прежнему РПЖ остается трудной для своевременной диагностики нозологической формой. Среди первичных опухолей резектабельность остается невысокой и составила 13,0%.
3. Основной гистологической формой рака является протоковая аденокарцинома с преимущественным поражением головки железы.
4. Общая 5-летняя выживаемость пациентов, страдающих РПЖ, после

радикального хирургического лечения достаточно низкая и составила 10,5%. Основной причиной смерти пациентов являлись местный рецидив опухоли и генерализация процесса, а также сопутствующая соматическая патология.

5. Отдаленные результаты радикального хирургического лечения РПЖ зависят от степени распространенности опухолевого процесса, а также сопутствующей патологии и возраста пациента.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии (9, Минск) (2016): материалы 9 съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии: – Минск: УП «Профессиональные издания», 2016. – 447 с.

2. Шалимова, С.А. Рак поджелудочной железы: Онкология / С.А. Шалимова, Д.С. Осинский[и др.] – М: ГОЭТАР-Медиа, 2009. – 448 с.

### ЧАСТОТА ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

*Карчевский А.А., Горбачевский П.Р.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) рассматривается как возможная причина возникновения патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) из-за большой «коллагенизированнойности» пищеварительной системы. По данным ряда авторов, гастроэнтерологическая патология у детей с соединительнотканной дисплазией встречается до 69,7% случаев [1, 2]. Ряд публикаций исследователей ДСТ указывают на высокий процент (57–88%) заболеваний ЖКТ у этой категории детей [3, 4], что может говорить о взаимосвязи этих состояний.

**Цель.** Определить частоту вовлечения в патологический процесс других органов желудочно-кишечного тракта у детей, страдающих хроническим гастродуоденитом (ХГД), ассоциированных с дисплазией соединительной ткани.

**Методы исследования.** Для исследования случайным образом были взяты пациенты в возрасте от 6 до 17 лет, поступающие в 6-е педиатрическое отделение УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» для обследования и лечения, с морфологически подтвержденным диагнозом хронический гастродуоденит. В основную группу вошли 158 пациентов с ХГД на фоне ДСТ, которые были разделены на 1-ю основную группу (101 ребенок с ХГД, ассоциированным с легкой ДСТ (легкая степень согласно критериям Т. Милковска-Димитровой) и 2-ю основную группу (57 пациентов с ХГД с выраженной ДСТ (умеренная и выраженная степень согласно критериям Т. Милковска-Димитровой)). Группа сравнения – 36 детей с хронической патологией проксимальных отделов ЖКТ без ДСТ. В сформированных группах детей отсутствовали статистически значимые отличия по возрасту и половому