

При выполнении оперативного лечения в группе 1 проведенные центральные лимфодиссекции составили 373 (55,9%), другие лимфодиссекции – 294 (44,1%). Во 2 группе центральных лимфодиссекций было 25 (27,2%), других лимфодиссекций – 67 (72,8%). Различия по критерию Фишера p -value = 0,00001 статистически значимы. Можно отметить тенденцию к использованию более радикальных вмешательств на лимфоаппарате у пациентов с РЩЖ в «после чернойбыльской» популяции, что объясняется возросшей частотой метастазирования в регионарные лимфатические узлы в этой группе.

Выводы

Статистически значимых различий между полом и местом проживания у пациентов установлены не были. Возраст пациентов в РЩЖ в «дочернойбыльской» статистически значимо выше, чем в «послечернойбыльской».

Не отмечено статистически значимых различий в распределении стадий Т и М. Наблюдается статистически более частое выявление N₁ стадии в группе 2, чем объясняется возрастание радикальности вмешательств на регионарном лимфоаппарате в «после чернойбыльской» популяции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцеррегистра за 2010–2019 гг. / А. Е. Океанов [и др.]; под ред. С. Л. Полякова. – Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2020. – С. 17–18.
2. Elteley, A. M. Neck Dissection in the Surgical Treatment of Thyroid Cancer / A. M. Elteley, D. J. Terris // Endocrinol Metab Clin North Am. – 2019. – Vol. 48(1). – P. 143–151.
3. Worldwide Increasing Incidence of Thyroid Cancer: Up- date on Epidemiology and Risk Factors / G. Pellegriti [et al.] // Journal of Cancer Epidemiology.– 2013. – Vol. 2013. – ID 965212. – 10 p.

УДК 616.37-006.6-089:616.36-089.48

Д. В. Мироненко, А. С. Смолякова

Научный руководитель: заведующий кафедрой, к.м.н., доцент И. В. Михайлов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО БИЛИАРНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ

Введение

В периапулярной зоне сосредоточено около 5–9% всех злокачественных образований, при этом заболеваемость и летальность продолжают увеличиваться, а уровень смертности занимает 8-е место в мире. Механическая желтуха является одним из первых клинических проявлений новообразований данной локализации. При резектабельных опухолях периапулярной зоны, которые имеют осложнение в виде механической желтухи, единственным способом лечения является применение резекционных методов. Для решения проблемы, связанной с наличием подпеченочной желтухи, существует один из способов – это предоперационное дренирование желчных путей [1]. В то же время существуют разногласия на целесообразность его выполнения. В качестве основного показателя к проведению предоперационного билиарного дренирования было превышение общего билирубина в пределах 250 мкмоль/л. Одновременно существуют разногласия по поводу того, насколько это необходимо и имеет ли смысл его выполнять. Предварительно проведенное дренирование желчевыводящих путей (ЖВП) способствует улучшению

функций печени и уменьшению воспалительного процесса в этой области [1]. Пациенты, которым было выполнено предоперационное билиарное дренирование, имеют значительно более высокий уровень раневых инфекций и риска развития сепсиса, вероятность появления внутрибрюшных абсцессов и риск развития кровотечения. При отказе от рутинной процедуры ПБД можно рассчитывать на улучшение отдаленных результатов лечения рака головки поджелудочной железы [2].

Группа авторов из Италии, Matteo De Pastena и соавт., провели обширное исследование, в котором они изучили влияние дренирования желчевыводящих путей перед панкреатодуоденальной резекцией. Их исследование показало, что предоперационное дренирование увеличивает риск послеоперационных инфекций по сравнению с пациентами, которым не делали предварительное дренирование ЖВП. Однако, уровень смертности и общая частота осложнений в группах пациентов статистически значимо не отличались [3]. Другие исследователи также отмечают, что рутинное проведение предоперационного дренирования ЖВП чаще сопровождается послеоперационными [4].

Цель

Оценка влияния предварительного билиарного дренирования (ПБД) на результаты хирургического лечения пациентов с раком головки поджелудочной железы.

Материал и методы исследования

Базой для проведения исследования явился учреждение «Гомельский областной клинический онкологический диспансер». Материалом для исследования стали истории болезни 87 пациентов с раком головки поджелудочной железы, оперированных в период с 1994 по февраль 2016 г.

В ходе исследования пациенты были разделены на две группы. Группа I состояла из 40 пациентов, которым была выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) без предшествующей дренирующей операции. Группа II включала 47 пациентов, у которых перед ГПДР были проведены дренирующие операции по поводу механической желтухи.

Операция билиарного дренирования была проведена на пациентах с уровнем общего билирубина более 250 мкмоль/л. Для анализа результатов и сравнения характеристик между группами использовались параметрические методы, такие как среднее значение и стандартное отклонение, и они оценивались с использованием критерия Стьюдента. Анализ структуры операций, частоты осложнений и летальности проводился с помощью непараметрического критерия χ^2 .

Для оценки случаев послеоперационной летальности учитывалась смерть в течение 60 дней после операции, а также госпитальная летальность. Анализ данных проводился с использованием программы Statistica 7,0 (Statsoft).

Уровень значимости для всех статистических методов был установлен на 5% ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов исследуемых групп ($58,3 \pm 10,6$ лет в группе I и $54,4 \pm 9,7$ лет в группе II) не имел статистически значимых различий ($p > 0,05$). Однако структура по половому признаку различалась: в группе I было 45% мужчин и 55% женщин, в то время как во II группе преобладали мужчины (72% против 28% женщин) ($p = 0,01$). Распространенность опухолевого процесса между исследуемыми группами также значимо не различалась. Показателем для включения во II группу был уровень общего билирубина выше 250 мкмоль/л, исследования указали на отсутствие зависимости между уровнем холемии и степенью распространенности рака головки ПЖ. В группе I у 63% пациентов наблюдалась механическая желтуха, у 35% уровень общего билирубина превышал 100 мкмоль/л,

включая 5% случаев с уровнем выше 200 мкмоль/л (237 и 239 мкмоль/л). Средний уровень билирубина перед выполнением ГПДР составил $77,6 \pm 70,7$ мкмоль/л у пациентов I группы и $33,6 \pm 31,4$ мкмоль/л у пациентов II группы, что было статистически значимо ($p < 0,01$). Наличие подпеченочной желтухи не наблюдалось у 16 (18,4%) пациентов обеих исследуемых групп.

Среди методов восстановительной хирургии у пациентов II группы наиболее распространенной была холецистозентеростомия (32 случая, 68%), также проводились холецистостомия (8 случаев, 17%), холедоходуоденостомия (5 случаев, 11%), чрезкожная чрезпеченочная холангиостомия (1 случай; 2%) и холедохостомия (1 случай; 2%). Средний интервал между проведением дренирования ЖВП и гастропанкреатодуоденальной резекцией и составлял 28 дней. Структура оперативных вмешательств у пациентов в обеих группах статистически значимо не различалась ($p > 0,05$). У 14 (35,0%) пациентов из группы I и 20 (42,5%) из группы II возникли послеоперационные осложнения. Наиболее частым осложнением был панкреатит культи, иногда с развитием несостоятельности панкреатоэюноанастомоза. Статистически значимых различий в частоте осложнений между исследуемыми группами не обнаружено (таблица 1). В группе I умер 1 пациент (2,5%), а в группе II – 4 пациента (8,5%) ($p = 0,22$). Причиной смерти стали осложнения в виде несостоятельности на фоне очагового панкреонекроза культи с развитием разлитого перитонита. В 75% случаев летального исхода панкреатоэюноанастомоз был выполнен на той же петле кишки, что и гепатикоэюноанастомоз.

Таблица 1 – Структура послеоперационных осложнений и летальности

Послеоперационные осложнения	I группа (n=40)		II группа (n=47)		P
	n	%	n	%	
Несостоятельность ПЕА (тип «С»)	4 (1)	10,0	8 (4)	17,0	>0,05
Панкреатит культи (тип «В»)	3	7,5	5	10,6	
Абсцессы брюшной полости	1	2,5	1	2,1	
Другие	3	7,5	2	4,3	
Всего	14 (1)	35,0	20 (4)	42,5	

Выводы

1. При выполнении гастропанкреатодуоденальной резекции на фоне механической желтухи у пациентов первой группы не наблюдалось увеличения частоты послеоперационных осложнений (35% против 43% во второй группе), по сравнению с пациентами второй группы, которым проводилось двухэтапное лечение. Различия между группами были статистически незначимыми ($p > 0,05$).

2. Выполнение предварительного билиарного дренирования также не привело к улучшению непосредственных результатов ГПДР.

3. Показатели выживаемости значительно выше у пациентов, которым была выполнена одномоментная ГПДР, смертность составила 2,5% в первой группе и 8,5% во второй группе ($p > 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о целесообразности расширения показаний к одномоментному выполнению ГПДР на фоне механической желтухи [5].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Профилактическая и клиническая медицина / К. В. Семенов [и др.] // Профилактическая и клиническая медицина Учредители: Северо-Западный государственный медицинский университет им. ИИ Мечникова. – № 1. – С. 26–32.
2. Одноэтапные операции при раке головки поджелудочной железы, осложненном механической желтухой / И. В. Михайлов [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. – 2019. – № 3(61). – С. 33–38.
3. Impact of preoperative biliary drainage on postoperative outcome after pancreaticoduodenectomy: an analysis of 1500 consecutive cases / M. De Pastena [et al.] // Digestive Endoscopy. – 2018. – Т. 30. – № 6. – С. 777–784.

4. Preoperative biliary drainage in resectable pancreatic cancer: a systematic review and network meta-analysis / P. J. Lee [et al.] // *Нрб.* – 2018. – Т. 20. – № 6. – С. 477–486.

5. Результаты хирургического лечения рака головки поджелудочной железы в зависимости от выполнения предварительного билиарного дренирования / И. В. Михайлов [и др.] // *Новости хирургии.* – 2017. – Т. 25. – № 3. – С. 286–291.

УДК 618.19-006.6-084

Д. В. Михайлова, А. А. Волкович

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. Н. Беляковский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ САМООБСЛЕДОВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Введение

Рак молочной железы (РМЖ) – это самая частая опухоль, которая встречается у женщин, особенно после 50 лет. Из 10 млн новых случаев злокачественных опухолей различных органов, выявляемых в мире, на долю молочной железы приходится 10% [1]. В Республике Беларусь в структуре заболеваемости злокачественными опухолями (включая гемобластозы) у женщин РМЖ занимает одно из первых мест, составляя 17,6%. При этом в 23,4% случаев устанавливается III–IV стадии заболевания [2]. За последние года появилась угрожающая тенденция – «омоложение» рака молочной железы, что заставляет разрабатывать и внедрять новые методы не только для ранней диагностики, но и для предупреждения развития заболевания.

Рак молочной железы, диагностированный на ранних стадиях развития, характеризуется благоприятным прогнозом и высокими показателями общей выживаемости: при I стадии пятилетний срок переживают 95–100% больных. На данный момент скрининг является основным методом доклинической диагностики и вторичной профилактики РМЖ. Основная цель скрининга рака молочной железы – сократить смертность за счет выявления опухоли до появления различных клинических признаков.

По результатам различных исследований существуют 3 основных скрининговых метода обнаружения РМЖ: самообследование (BSE-Breast Self-Examination, клиническое обследование (CBE-Clinical Breast Examination), маммография.

Метод самообследования самый доступный, однако менее эффективный из всех трех (чувствительность методики 26%). Только 8% женщин проводят самообследование регулярно и 36% – нерегулярно [3].

Наиболее распространенным методом является клиническое обследование медицинским персоналом. Канадскими учеными установлена, что чувствительность метода может достигать 47–80% [3].

На сегодняшний день ведущим скрининговым методом выявления РМЖ является маммография. Каждая женщина в возрасте 40 лет и старше должна пройти базисную маммографию, а в последующем проходить периодическое маммографическое обследование в зависимости от возраста. Чувствительность маммографии составляет 77–95% [4].

УЗИ не входит в скрининг РМЖ, однако тем не менее является высоко востребованным и информативным методом диагностики рака молочной железы и имеет более высокую диагностическую ценность в сравнении с маммографией у женщин с плотными молочными железами.