

например, в случае лимфомы Беркитта (ЛБ), когда происходит перенос гена МУС в область, кодирующую ген тяжелых или легких цепей Ig. Следует подчеркнуть, что именно высокая транскрипционная активность гена МУС приводит к снижению выживаемости больных независимо от наличия транслокации.

Выводы

При изучении данного вопроса были выявлены кластеры из 4 точечных мутаций в транслоцируемом гене BCL2. Это позволяет сделать вывод о действии соматического гипермутационного механизма, ассоциированного с Ig-генами. Выявлена роль BCL2 в доброкачественном течении лимфом, но более часты были рецидивы. Что касается BCL6, то отмечается высокая степень злокачественности, но при раннем распознавании низкий процент рецидивов [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. <http://www.genome.jp/kegg>. — Дата доступа: 30.01.2018.
2. The Bcl-2 gene translocation t(14;18) identifies a subgroup of patients with diffuse large cell lymphoma having an indolent clinical course with late relapse / T. P. Miller [et al.] // Proc Am Soc Clin Oncol. — 1994. — Vol. 13. — P. 370–370.
3. Developmental regulation of the Bcl-2 protein and susceptibility to cell death in B lymphocytes / R. Merino [et al.] // EMBO. J. — 1994. — Vol. 13. — P. 683–691.

УДК 616.37-006.6-089

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАНОЗОМ «РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ» ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Медведев М. А., Губко А. Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Д. В. Введенский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) — хирургический метод лечения, который позволяет увеличить продолжительность жизни больных со злокачественным поражением органов билиопанкреатодуоденальной зоны [1]. Основные показания: рак желудка, 12-перстной кишки, рак поджелудочной железы (ПЖ). Выделяют несколько этапов: резекция патологически измененной части железы и близлежащих органов и реконструкция пищеварительного тракта, общего желчного протока и протока поджелудочной железы. Одним из основных моментов при выполнении панкреатодуоденальной резекции является включение поджелудочной железы в пищеварение. Большое значение придается технике оперативного вмешательства для предупреждения развития послеоперационного панкреатита и несостоятельности панкреативного соустья [2]. Для этого необходимо выполнение следующих условий: исключение контакта рассеченной ткани железы с просветом анастомозирующей с ней кишки, минимальная травматизация железы и предупреждение воспаления в лигатурных каналах, сохранение условий для функционирования оставшейся части поджелудочной железы [3]. Панкреатодуоденальная резекция проводится по единой методике. Выделение органокомплекса осуществляем с максимальным щажением ПЖ и покрывающей ее брюшины. Пересечение перешейка ПЖ осуществлялось после мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру, вскрытия сальниковой сумки, пальпаторной и визуальной оценки панкреатодуоденального комплекса, пересечения желудка, тощей кишки, гепатикохоледоха. В этих условиях удается контролировать ход общей печеночной артерии, верхней брыжеечной и воротной вен (ниже и выше перешейка ПЖ). Проход под перешейком железы создавался с обеих сторон навстречу друг другу. Пересечение собственной связки крючковидного отростка ПЖ проводилось в условиях отчетливой ориентировки в

местоположении магистральных вен и верхней брыжеечной вены. При выделении и удалении панкреатодуоденального комплекса технические трудности особенно часто возникают при обширном росте опухоли с ее распространением на верхнебрыжеечные сосуды [4].

Цель

Провести анализ выживаемости пациентов оперированных в гомельском областном клиническом онкологическом диспансере по поводу рака поджелудочной железы, после выполненной панкреатодуоденальной резекции за период 2012–2015 гг.

Материал и методы исследования

Для анализа были использованы 36 медицинских карт стационарных пациентов за период 2012–2015 гг., с установленным диагнозом: рак тела или головки поджелудочной железы с последующей проведением панкреатодуоденальной резекции. При исследовании учитывались возраст пациентов и выживаемость. Все операции были выполнены в одном учреждении. Результаты исследований обработаны при помощи пакета прикладных программ «MS Excel 2010».

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе медицинских карт были выявлены следующие варианты опухолей поджелудочной железы: 1) рак тела поджелудочной; 2) рак хвоста и тела; 3) тотальное опухолевое поражение поджелудочной железы. Анализ выживаемости после панкреатодуоденальной резекции представлен в таблице 1.

Таблица 1 — Длительность жизни пациентов после ПДР

Длительность жизни пациентов после панкреатодуоденальной резекции				
Год	2012 г., n = 7	2013 г., n = 6	2014 г., n = 12	2015 г., n = 11
Средняя длительность жизни пациентов умерших после операции	6 мес. ± 10 дней	5,5 ± 6 мес.	5,4 мес. ± 7 дней	10,1 мес. ± 5 дней
5-летняя выживаемость (живущие на момент исследования)	2 (28,5 %) пациента	1 (6 %) пациент	3 (25 %) пациента	2 (18,2 %) пациента

За период 2012 г. было изучено 7 медицинских карт стационарных пациентов, с проведенной ПДР. Длительность жизни пациентов после панкреатодуоденальной резекции в данной группе в среднем составила 6 мес. ± 10 дней, из них на данный момент живы 2 (28,5 %) пациента. В 2013 г. было прооперированно 6 пациентов, из них живы на данный момент 1 (6 %) человек. Средняя длительность жизни после операции в данной группе — 5,5 мес. ± 6 дней. За период 2014 г. произведена ПДР 12 пациентам, из них живы на данный момент 3 (25 %) человека. Средняя длительность жизни после операции — 5,4 мес. ± 7 дней. В 2015 г. было прооперированно 11 пациентов, из них живы на данный момент 2 (18,2 %) пациента. Средняя длительность жизни после операции составила 10,1 мес. ± 5 дней.

Показаниями к панкреатодуоденальной резекции были: рак головки поджелудочной железы, рак двенадцатиперстной кишки, холангиокарцинома (опухоль из клеток желчных протоков или желчных ходов печени), рак ампулы (области, где желчь и панкреатический проток входят в двенадцатиперстную кишку). При этом лишь у 20 % таких пациентов была возможность проведения данного хирургического вмешательства. В основном это пациенты, у которых опухолевый процесс находился в головке поджелудочной железы и не распространялся на любые близлежащие крупные кровеносные сосуды, печень, легкие. Прежде чем определяются потенциальные кандидаты, проводится тщательная, углубленная диагностика. У некоторых больных есть шанс на выполнение ПДР лапароскопическим методом, что обеспечивает сниженные кровопотери, короткое пребывание в стационаре, более быстрое восстановление и меньшее количество осложнений. Однако, к сожалению, для 40 % пациентов хирургия не могла рассматриваться в качестве варианта лечения.

За последние 15 лет в г. Ассуте (клиника в Израиле) были достигнуты отличные результаты после ПДР, показатель смертности составил менее 5 % [4]. Исследования американских ученых показывают, что исход операции напрямую зависит от опыта больницы и

хирургов, выполняющих данное оперативное вмешательство [4]. В клиниках, где проводится 10 и более ПДР в год, уровень смертности составлял менее пяти процентов. В больницах, которые выполняют менее 10 операций в год, отмечается гораздо более высокий уровень осложнений, показатель смертности достигает 15–20 % [5].

Выводы

1. ПДР должна проводиться в специализированных учреждениях, где возможны ранняя диагностика и четкая идентификация характера поражений билиопанкреатодуоденальной зоны.
2. Спорадическое, единичное выполнение ПДР, даже в крупной клинике, но без должного опыта, как правило, не приводит к ожидаемым результатам. При этом наличие врачебного персонала соответствующей квалификации является определяющим моментом.
3. Качественная предоперационная подготовка и опережающая интенсивная терапия во время операции и в раннем послеоперационном периоде позволяет облегчить страдания пациентов, улучшить исход операции.
4. На наш взгляд, данную операцию следует отнести к разряду экстраординарных вмешательств, требующих особого отношения. Можно ли считать данную операцию паллиативным видом помощи? По нашему мнению этот вопрос является дискуссионным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хирургическая тактика при онкологических заболеваниях органов панкреатобилиарной зоны, осложненных механической желтухой / И. В. Ярема [и др.] // Вестн. хирургии. — 2003. — № 3. — С. 27–30.
2. *Мирошников, Б. И.* Опыт 110 панкреатодуоденальных резекций / Б. И. Мирошников, М. М. Лабазанов, А. К. Макаревич // Вестн. хирургии. — 1997. — № 6. — С. 53–57.
3. *Ганцев, Ш. Х.* Онкология: учебник / Ш. Х. Ганцев. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 516 с.
4. Электронный ресурс. — Режим доступа: <http://msassuta.com/otdeleniya/onkologiyarakpodzheludochnoyzhelczy/operaciya-uippla.html>.
5. *Asbun, H. J.* Laparoscopic vs open pancreaticoduodenectomy: overall outcomes and severity of complications using the Accordion Severity Grading System / H. J. Asbun, J. A. Stauffer // J. Am. Coll. Surg. — 2012. — Vol. 215. — P. 810.

УДК 612.12.-008.46:616.36

ВЗАИМОСВЯЗЬ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

Медведев М. А., Губко А. Ю.

Научный руководитель: ассистент А. М. Цыбульский

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В настоящее время растет распространенность и количество пациентов с хронической патологией сердечно-сосудистой системы. Кардиоренальный синдром (КРС) – это патологические взаимообусловленные состояния с вовлечением сердца и почек, развивающиеся вследствие острой или хронической дисфункции одного из органов с последующей острой или хронической дисфункцией другого органа. В многочисленных клинических исследованиях была установлена тесная ассоциация между тяжестью почечной дисфункции и риском общей смерти от сердечно-сосудистых событий [1]. Ранняя диагностика КРС позволяет своевременно начать необходимое лечение, предупредить развитие осложнений, предотвратить развитие тяжелой сочетанной патологии, в том числе снизить общую смертность.

Цель

Изучить взаимосвязь сердечной недостаточности с заболеваниями почек на основании научной литературы.

Материал и методы исследования

Использовались научные статьи и монографии.