

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Биомаркеры и таргетная терапия при раке лёгкого/ О. В. Шнейдер [и др.] // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2021. – № 1. – С. 74–94.
2. Первый опыт применения Бригатиноба- нового ALK-ингибитора для лечения немелкоклеточного рака легкого в Республике Беларусь / Н. Б. Ермаков [и др.] // Медицинские новости. –2021. – № 3(318). – С. 42–44.
3. Мутации EGFR и KRAS, важные для таргетной терапии немелкоклеточного рака легких / Н. Н. Мазуренко [и др.] // Молекулярная медицина. – 2013. – № 6. – С. 55–59.
4. Таргетная терапия больных немелкоклеточным раком легкого: наиболее частые осложнения и принципы их коррекции / Е. В. Реутова [и др.] // Российский онкологический журнал. – 2017. – № 6. – С. 300–306.
5. Определение соматических мутаций у пациентов с немелкоклеточным раком легкого методом секвенирования нового поколения / А. Н. Щаюк [и др.] // Молекулярная и прикладная генетика. –2019. – № 26. – С. 96–104.

**УДК 616.37+616.33+616.342+616.366]-089**

**Д. А. Сидоренко**

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

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОРОСОХРАНЯЮЩЕЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ**

### ***Введение***

Рак поджелудочной железы (РПЖ) остается нерешенной проблемой медицины, несмотря на современные достижения хирургии. Согласно мировой статистике, распространенность РПЖ составляет 10,4 на 100 тыс. населения у мужчин и 7,1 на 100 тыс. у женщин. По данным разных авторов, выживаемость у пациентов с РПЖ после радикального хирургического вмешательства составила: 1-летняя – от 20,6 до 78 %, 3-летняя – от 7,6 до 45 %, 5-летняя от 0,2 до 29 % [1]. Такой разброс данных авторы исследования объясняют неоднородностью когорты пациентов, а также применением различных операционных технологий.

На данный момент хирургическое вмешательство является наиболее эффективным способом лечения злокачественных новообразований поджелудочной железы. Операция Уиппла, или панкреатодуоденальная резекция (ПДР) сегодня является золотым стандартом оперативного вмешательства при злокачественных новообразованиях поджелудочной железы и периампулярной зоны, и существует в различных модификациях. Так, стандартная гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) включает в себя резекцию холедоха, выходного отдела желудка с прилежащим малым и правой половиной большого сальника, удаление головки поджелудочной железы, всей двенадцатиперстной кишки, лимфодиссекцию в стандартном объеме, а также удаление прилежащей к головке поджелудочной железы клетчатки и фасциально-клетчаточных футляров общей и собственной печеночной артерии, верхней брыжеечной и воротной вены [2].

Однако, несмотря на накопленный опыт, при опухолях данной локализации сохраняется повышенный риск развития послеоперационных осложнений, частота развития которых достигает 58%. Так, у 8–45% больных наблюдаются явления гастростаза. В 2–22% случаев формируется панкреатическая фистула (ПФ). Реже встречаются местные инфекционные осложнения (1–17%), кровотечения (3–13%) и несостоятельность гепатикоеноанастомоза (3–8%) [3]. Поэтому продолжается поиск оптимальной хирургической тактики относительно злокачественных новообразований поджелудочной железы.

Так, одним из вариантов ПДР является пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция (ППДР). В последние годы ППДР приобрела большую популярность, так как, в отличие от классической ГПДР, при ее проведении удается достигнуть значительно меньшего объема кровопотери. Преимуществами ППДР также являются меньшая продолжительность оперативного вмешательства, сохранение целостности желудка, снижение риска расстройств пищеварения и предотвращение желчного рефлюкса наряду с сохранением радикальности операции.

Несмотря на эти преимущества, ряд исследований показал, что ППДР может быть ассоциирована с повышенным риском развития гастростаза [4]. Некоторые авторы связывают ППДР с увеличением риска возникновения гастростаза ввиду деваскуляризации и денервации привратника, а также послеоперационного его спазма. За последнее десятилетие было проведено большое количество клинических исследований, посвященных поиску оптимальной модификации ПДР, однако результаты этих исследований противоречивы, и все еще не существует единого мнения касательно необходимости сохранности или же резекции пилоруса [5].

### ***Цель***

Провести анализ ближайших результатов ППДР в сравнении с ГПДР

### ***Материал и методы исследования***

Исследование проводилось на базе государственного учреждения здравоохранения «Гомельский областной онкологический диспансер». Выполнен ретроспективный анализ 72 медицинских карт пациентов, прооперированных по поводу рак поджелудочной железы и других новообразований панкреатодуоденальной зоны в период с 2015 по 2021 год. Дизайн исследования – ретроспективное, поперечное. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием критерия согласия Пирсона  $\chi^2$ .

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

В наблюдаемой когорте преобладали мужчины – 48 человек, женщин – 24 человека. Средний возраст пациентов составил  $57,5 \pm 9,8$  лет.

В структуре диагнозов наиболее часто встречался рак головки поджелудочной железы – 62,5% случаев, рак большого дуоденального сосочка составил 11,1% случаев, псевдотуморозный панкреатит – 8,3%, рак холедоха – 5,6% случаев. Рак двенадцатиперстной кишки головки и тела поджелудочной железы, а также метастатические поражения и цистаденома поджелудочной железы встречались реже.

Выбор хирургической тактики был следующим: 46 пациентам была проведена ГПДР, 22 – ППДР, тотальная дуоденопанкреатэктомия (ТДПЭ) была проведена одному пациенту пилоросохраняющая ТДПЭ – 3 пациентам.

Для дальнейшего анализа когорта пациентов была разделена на 2 группы: группа А, в которую вошли 47 пациентов (46 после проведенной ГПДР и 1 после ТДПЭ) и группа Б, которую составили 25 пациента (22 пациента, перенесших ППДР, и 3 после пилоросохраняющей ТДПЭ). В обеих группах хирургическое вмешательство проводилось с предварительным дренированием желчных протоков примерно в половине случаев. В половозрастной структуре групп существенных различий не наблюдалось. В большинстве случаев у одного и того же больного регистрировали несколько осложнений.

Летальный исход в обеих группах фиксировался с примерно одинаковой частотой (6,4% (3 случая) группы А против 4% (1 случай) группы Б,  $p > 0,05$ ). Медиана длительности госпитализации после операции в обеих группах составила 15 дней.

Осложнения в обеих группах встречались с примерно одинаковой частотой (59,6% группы А и 64% пациентов группы Б,  $p>0,05$ ). Наиболее частым осложнением стала панкреатическая фистула, которая имела тенденцию к более частому возникновению у пациентов с пилоросохраняющими операциями (25,5% для группы А и 40,9% для группы Б соответственно,  $p>0,05$ ). Тенденция к формированию абсцессов брюшной полости также была более характерна для этой группы (2,1% группы А и 8% группы Б соответственно,  $p>0,05$ ). Несостоятельность анастомозов имела тенденцию к более частой встречаемости в группе ГПДР и ТДПЭ (17% пациентов группы А против 8% группы Б,  $p>0,05$ ).

Внутрибрюшное кровотечение с примерно одинаковой частотой встречалось в обеих группах (12,7% группы А и 8% группы Б соответственно,  $p>0,05$ ). Гастростаз в обеих группах также регистрировался с примерно одинаковой частотой (8,5% группы А и 12,0% группы Б,  $p>0,05$ ). С частотой 2,1% (1 случай) в группе пациентов перенесших ГПДР и ТДПЭ встречались аррозия воротной вены, тромбофлебит, ДВС-синдром, а также развилась полиорганная недостаточность. Перитонит и механическая кишечная непроходимость осложнили послеоперационный период 4% пациентов с пилоросохраняющими операциями.

### **Выводы**

Послеоперационные осложнения в обеих группах развивались с примерно одинаковой частотой. У пациентов с пилоросохраняющими операциями была отмечена тенденция к более частому возникновению панкреатической фистулы и абсцессов брюшной полости. У пациентов перенесших ГПДР и ТДПЭ наблюдалась тенденция к возникновению несостоятельности реконструктивных анастомозов. Статистических же различий в формировании гастростаза в обеих группах отмечено не было.

Таким образом, полученные нами результаты в целом соответствуют данным мировой литературы. Единое же мнение относительно преимуществ и недостатков ГПДР и ППДР в современной литературе на данный момент отсутствует, что говорит о необходимости дополнительных исследований для улучшения результатов лечения больных злокачественными опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны [6].

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Гурмиков, Б. Н. Отдаленные результаты хирургического лечения рака поджелудочной железы. Обзор литературы / Б. Н. Гурмиков, М. С. Болоков, Н. Л. Гурмикова // Кубанский медицинский вестник. – 2017. – № 2(163). – С. 142–147.
2. Панкреатодуоденальная резекция – методика физиологической реконструкции / М. Т. Ачилов [и др.] // Достижения науки и образования. – 2020. – С. 38–42.
3. Современные подходы к профилактике и лечению послеоперационных осложнений при раке головки поджелудочной железы / М. Ю. Кабанов [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова – 2023. – Т. 18, № 2. – С. 128–133.
4. Delayed gastric emptying after classical Whipple or pylorus-preserving pancreatoduodenectomy: a randomized clinical trial (QUANUPAD) / J. Busquets [et al.] // Langenbeck's Arch. Surg. 407 (2022) – P. 2247–2258.
5. Randomized trial of pylorus-preserving vs. pylorus-resecting pancreatoduodenectomy: long-term morbidity and quality of life / U. Klaiber [et al.] // J Gastrointest Surg. – 2020. – № 24(2). – P. 341–352.
6. Особенности послеоперационного периода при гастропанкреатодуоденальной резекции и панкреатодуоденальной резекции с сохранением привратника / Н. Ю. Коханенко [и др.] // Вестник СПбГУ. – 2014. – № 4(11). – С. 107–113.