

Хирургическая помощь при опухолях поджелудочной железы в РС (Я).

Научный руководитель – Протопопова Анна Ивановна

Толеев Акылбек Азизбекович

Студент (бакалавр)

Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова, Медицинский институт, Отдел ординатуры и интернатуры, Якутск, Россия

E-mail: akylbek.toleev@mail.ru

Актуальность проблемы. По данным Российского общества клинической онкологии среди опухолей желудочно-кишечного тракта РПЖ на 5-ом месте по заболеваемости и смертности. Соотношение мужчин к женщинам, заболевшим РПЖ 1,3:1 [3].

Соотношение показателей смертности к заболеваемости по данным ВОЗ равняется 0,99 [5].

Медиана выживаемости больных по американским данным - 4,1 месяца, пять лет выживают менее 5% заболевших.

Уровень послеоперационных осложнений 20%-75%

Госпитальная летальность при ПДР колеблется, по данным разных авторов, от 7 до 50% [1].

Таким образом, поздние клинические проявления рака поджелудочной железы и периампулярной зоны, отсутствие скрининговых схем обследования, сложности прямой лучевой визуализации опухолей, низкая резектабельность из-за высокой частоты местнораспространенного процесса или метастазирования, технические трудности самой операции, пока еще высокая частота послеоперационных осложнений и главное неудовлетворительные отдаленные результаты придают этой проблеме высокую степень актуальности.

Целью данной работы является анализ проведенных операций, их осложнений и результатов лечения на поджелудочной железе в Республике Саха (Якутия) по данным ГБУ РС(Я) «РБ №2-ЦЭМП» и ГБУ РС(Я) «РБ №1-НЦМ» за 2017 - 2018 гг.

История вопроса История панкреатодуоденальной резекции (ПДР) начинается с конца XIX века, когда в 1898 г. Codivilla произвел успешную резекцию головки поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки по поводу рака поджелудочной железы. Подобная операция была выполнена W. Halsted в 1899 г. В 1907 г. A. Desjardins в эксперименте разработал технику двухэтапной ПДР, Sauve в 1908 г. отработал технику ПДР на трупе.

Однако становление оперативного лечения рака головки поджелудочной железы фактически началось с 1935г., Kogaа A. Whipple, W. Parsons и C. Mullens опубликовали сообщение об успешной двухэтапной радикальной ПДР по поводу карциномы ампулы Фатера [2].

Виды радикальных операций

1. Стандартная ПДР по Уиплу с удалением привратника на 2х петлях.

2. Пилорус-сохраняющая резекция по Траверзо.

3. Дистальная резекция поджелудочной железы.

Результаты собственных исследований

В рамках проведения курсовой работы были использованы статистические, аналитические методы, позволяющие всесторонне проанализировать изучаемые явления. Объектом исследования является взрослое население города Якутска. Предметом исследования является пациент.

В качестве источника информации использованы материалы официальной статистики - Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по РС (Я),

ГУ «Якутский республиканский медицинский информационно-аналитический центр» МЗ РС (Я) [4]. Выкопировка данных из карт стационарного больного.

Пациенты: Первично поступившие 13. С ЧЧХС 4. После курсов химиотерапии 1. Прооперированный по поводу образования БДС 1.

Виды вмешательств: Лапароскопические операции 6. Лапаротомные операции 6. Операции с конверсией (с лапароскопического на лапаротомный) 7.

Причины конверсий: В 5 случаях - инвазия опухолевого процесса в стенку сосудов брюшной полости (воротной вены, верхнебрыжеечной артерии, чревного ствола).

В 1 случае - массивная распространенность опухолевого процесса.

В 1 случае - интраоперационная находка второго образования каменистой плотности тела ПЖ.

Гистологическая картина у больных за 2017 год: Аденокарцинома БДС 2. Серозная цистаденома ПЖ 1. В-клеточная лимфома ПЖ 1. Карцинома ПЖ 1. Нейроэндокринная опухоль ПЖ 1.

Гистологическая картина у больных за 2018 год: Аденокарцинома ПЖ 3. Цистаденокарцинома ПЖ 1. Аденокарцинома 12 п. к. 1. Аденокарцинома панкреатической части холедоха 1. Доброкачественное новообразование головки ПЖ (киста) 1. Рак дистального отдела холедоха 1. Аденокарцинома БДС 1.

Осложнения и исход проведенных операций: Несостоятельность ПЕА 2. Несостоятельность ГЕА 1. Несостоятельность аппаратного шва желудка 1. Кровотечение 5. Экссудативный плеврит 1. ДН 1.

Летальность: Летальность после ПДР - 5,3%. Летальность после дистальных резекций с удалением селезенки- 0%. Летальность после дистальных резекций с сохранением селезенки- 5,3%. Летальность после тотальной панкреатэктомии - 0%.

Заключение: С 2017 по 2018 было проведено 19 операций на ПЖ: 14 по поводу рака панкреатодуоденальной области. 5 по поводу кист ПЖ. Относительное равенство среди мужчин и женщин (47% x 53%).

Наибольшее количество пациентов было прооперировано в возрасте от 51 до 70 лет (79%).

В результате радикальной операции с выздоровлением выписано 89 % больных. Для 11% операция закончилась смертельным исходом. Что соответствует лучшим показателем по РФ.

Общее количество послеоперационных осложнений 59%. Что соответствует средним данным по РФ.

Умершим пациентам была проведена лапароскопическая ПДР и операция с конверсией. Летальность: после ПДР - 5,3%; после дистальных резекций с удалением селезенки- 0%; после дистальных резекций с сохранением селезенки- 5,3%; после тотальной панкреатэктомии - 0%

Источники и литература

- 1) 1 Рыжкин В.В. Современные аспекты панкреатодуоденальной резекции (ПДР)
- 2) 2 Whipple A.O. et al., 1935.
- 3) 3 <https://rosoncoweb.ru/>
- 4) 4 www.clinicaltrials.gov
- 5) 5 <https://www.who.int/ru>