

Можно ли родить без поджелудочной железы, и можно ли рожать после рака

Врачи.РФ

Егоров Вячеслав Иванович

Недавно на сайте "Врачи РФ" прочитал публикацию под названием «[Врачи и пациенты, которые нас удивили](#)». Все случаи были заграничными, но ни один из них не шел в сравнение с нашим отечественным событием, о котором я пишу ниже, и о котором, как выясняется, мало кто знает. А оно того заслуживает по ряду причин, о которых ниже.

Четыре с половиной года назад мне позвонил муж пациентки из Саратовской области, сказал, что у 36-летней женщины опухоль поджелудочной железы, 2 года наблюдали, оперировать отказывались, а сейчас она очень плохо себя чувствует, почти не ходит, падает в обмороки, и могу ли я помочь. Я попросил прислать документы по электронной почте, чтобы обсудить с коллегами и руководством возможность госпитализации, амбулаторного дообследования и прочее. Но ситуация радикально изменилась на следующий день, когда Вадим, так звали звонившего, подошел ко мне после утренней конференции и сказал, что привез жену.

Ходить она не могла, он принес ее на руках и положил на кушетку. Сама Оля была худая, бледно-желтого цвета, еле шевелила руками и ногами. Ни о каком амбулаторном обследовании речь, естественно, не шла, мы госпитализировали ее в реанимацию с гемоглобином 4 г/л и билирубином около 240 мкмоль/л и МНО около 4. Оказалось, что она пожелтела около недели назад, у нее несколько раз были желудочно-кишечные кровотечения. На фоне гемо- и плазиотрансфузии и других реанимационных мероприятий, обследовали ее и на КТ обнаружили огромную опухоль, поражающую всю поджелудочную железу, прорастающую в 12-перстную кишку, с изъязвлением стенки последней, и эта язва была источником кровотечений.

Но, о чудо!, не было вовлечения крупных сосудов и отдаленных метастазов. Это было необычно для опухоли ПЖ таких размеров, но разбираться почему так не было ни времени, ни возможности, т.к. сохранялся высокий риск рецидива кровотечения. После дренирования желчного пузыря билирубин снизился до 70 мкмоль/л и мы **оперировали** ее по срочным показаниям: никаких шансов для сохранения хотя бы части ПЖ не было, и мы сделали тотальную дуоденопанкреатэктомию со спленэктомией.

Молодость, искусство реаниматологов и анестезиолога дали себя знать (не могу не вспомнить добрым словом Армена Валерьевича Оганесяна и Погодина Сергея Юрьевича): послеоперационный период прошел неплохо для такого случая: 16 дней на восстановление и дней 10 ушло на компенсацию сахарного диабета, который после полного удаления ПЖ характеризуется большой амплитудой колебаний сахара в связи с отсутствием контринсулярных факторов, которые тоже вырабатывает ПЖ.

Оля выписалась и поехала к себе в Саратовскую область. К этому моменту пришел ответ **гистологического исследования опухоли**, и это было первое в России описание внутрисекреторной тубуло-папиллярной карциномы - злокачественного варианта редчайшей опухоли поджелудочной железы.

Немецкие коллеги подтвердили наш диагноз, и наша [совместная статья вышла в Journal of the Pancreas](#) (прилагаю). Но Олины приключения продолжались, и обусловлены они были тем, что у нее в городе никто не верил, в то, что можно нормально жить без поджелудочной железы, и никто не понимал, зачем ее нужно принимать 250 000 единиц именно Креона (специальной формы панкреатина), кроме инсулина. Ей не давали лекарства бесплатно, как должны были, она боролась за них 1,5 года, писала во все инстанции, включая прокуратуру, и, наконец, добилась своего. Это была та еще история, и я даже попросил Олю написать

инструкцию для пациентов, как нужно добиваться положенных тебе препаратов. Она прилагается в конце рассказа.

Так как наша больница имела тогда и имеет сейчас самый большой опыт тотальных панкреатодуоденэктомий (полного удаления ПЖ), мы несколько лет назад образовали при ней «Апанкреатическое общество» для помощи пациентам после полного удаления поджелудочной железы.

В цивилизованных странах таких обществ нет, но в России пациенты постоянно сталкиваются с незнанием и необразованностью врачей, дефицитом лекарств или лекарствами плохого качества, нежеланием им помогать жизненно важные проблемы. Поэтому, такое общество и наша помощь и сопровождение пациентов оказались очень полезными.

Олю мы тоже наблюдали, регулярно обследовали, писали письма в медицинские учреждения, с которыми она была связана. Муж ее поддерживал, когда поликлиника не давала лекарств и приходилось их покупать, а это немалые деньги.

Спустя почти 3 года после операции, она позвонила мне и сказала, что беременна. Что делать? Все врачи вокруг нее советовали прервать беременность, т.к., по их мнению, это могло привести к рецидиву заболевания, и, невынашиванию беременности без ПЖ, с нестабильным диабетом плюс гестационный диабет и т.д.

Я проконсультировался со всеми авторитетными источниками по поводу рака и беременности и обнаружил, что на сегодняшний день нет НИ ОДНОГО доказательства того, что риск рецидива при любой опухоли, кроме хорионэпителиомы, возрастает во время беременности и после родов.

Я рассказал ей об этом и, учитывая ее хорошее состояние и желание оставить ребенка, мы решили, что беременность надо сохранить и ребенка выносить. Наблюдала Олю замечательный эндокринолог Роза Михайловна Есяян, и наконец, это фантастическое событие произошло: Оля родила здорового мальчугана через 3,5 года после удаления поджелудочной железы по поводу злокачественной опухоли, и это был первый в России случай, и эксклюзивный для многих стран мира.

На фото - она через неделю после рождения сына зашла к нам в отделение. Счастливый муж на заднем плане.



А это - ее дети.

«Добрый день, Вячеслав Иванович!

Отправляю вам фотографию моих сокровищ. Вашему крестнику месяц (на этой фотографии)». Это из письма Оли. Дочка родилась до рака, а сын после.



ТВ показало трогательный, на мой взгляд, репортаж на эту тему.

Это событие почему-то у нас не афишируется, но оно очень важное в двух аспектах:

1. Пациенты без поджелудочной железы могут быть абсолютно здоровыми. Настолько здоровыми, что могут родить еще одного человека.

2. Женщины, получавшие лечение по поводу рака могут рожать без риска рецидива опухоли, о чем мало знают в России даже врачи, в стране с демографическими проблемами. В США, например, ежегодно 25 000 женщин, прошедших лечение по поводу рака, планируют беременность.

У нас все непросто - вот, что ждет мою пациентку, в г. Вольске, Саратовской области (или в любом другом месте, если ты не депутат, не шишка, а просто человек), когда она вернется со своим ребенком домой. Это ее письмо после возвращения:

«В соответствии с Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. N 1024н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы" 14.11.2016 года, была проведена комиссия по установлению группы инвалидности, снята 1 группа и присвоена 2 группа с правом заниматься трудовой деятельностью. «В своем решении комиссия руководствуется: п.14.2.6 Злокачественное новообразование поджелудочной железы C25, п.14.2.6.1. В течение первых 5 лет после радикального лечения I-II стадий (или рака in situ), протекающих без осложнений, потеря трудоспособности составляет 70-80 %. п.14.2.6.2 В течение первых 5 лет после оперативного лечения III-IV стадии потеря трудоспособности составляет 100 %. По истечении пяти лет группа присваиваться не будет». Это выписка из приказа, согласно которому, с нее будет снята группа инвалидности, дающая ей право на бесплатное обеспечение недешевым, но единственным эффективным для нее Креоном, который таким пациентам жизненно необходим, и который обеспечивает ее хорошее самочувствие. Т.к. состояние после удаления поджелудочной железы никак не прописано в этом приказе, такие пациенты для чиновников полностью отсутствуют. Они им и не пытаются помочь, возможно, имея негласные указания сокращать число инвалидизированных. Ситуация предполагает, что если состояние пациента, после отмены или снижения дозы жизненно важного препарата, значимо ухудшится (а оно, конечно, ухудшится), тогда снова можно будет обсуждать возможность назначения группы инвалидности и бесплатных жизненно важных лекарств. То, что за это время пациент может умереть или потерять значительную часть здоровья, не обсуждается. При попытке сообщить об этом показываю приказ, в котором ничего про это нет.

Такая иезуитская практика появилась около двух лет назад, и это реально убивает больных. Понятно, что такие приказы надо менять, пациентам надо бороться за это, но они не этим озабочены. Они выживают, не имея возможность жить как нормальные люди. Им нужно

помогать сейчас, исправляя приказы параллельно, демонстрируя примеры. Оля и есть такой пример. И, пользуясь случаем, ниже я составил короткую памятку для коллег об этом.

Апанкреатическое (панкреатопривное) состояние: редкое заболевание, требующее осознания, наблюдения и лечения

Физическое отсутствие или потеря большей части поджелудочной железы после хирургических вмешательств является самостоятельным заболеванием, накладывающимся на основное, по поводу которого была выполнена операция. Чаще всего полное удаление поджелудочной железы (тотальная панкреатодуоденэктомия) или удаление большей части железы (субтотальная резекция) предпринимаются по поводу злокачественных, реже доброкачественных опухолей поджелудочной железы. Самыми частыми нозологическими формами в России, при которых выполняются такие вмешательства, являются: внутрисекреторная папиллярно-муцинозная опухоль и карцинома, а также протоковая аденокарцинома поджелудочной железы. Непосредственная послеоперационная летальность в специализированных центрах при этих операциях не превышает 1%. Пятилетняя выживаемость этих пациентов варьирует в зависимости от заболевания: согласно нашим данным она достигает 45% при внутрисекреторной папиллярно - муцинозной карциноме и не превышает 12% при протоковой аденокарциноме. При внутрисекреторной папиллярно-муцинозной опухоли, метастаз рака почки в ПЖ и при доброкачественных заболеваниях 10 и 20-летняя выживаемость не является редкостью.

Приблизительное количество этих пациентов формируется группами больных с резектабельными (удалимыми) опухолями поджелудочной железы ($\approx 1/100\ 000$), раком большого сосочка 12-перстной кишки ($\approx 1/100\ 000$), раком общего желчного протока и 12-перстной кишки ($\approx 1/100\ 000$), хроническим панкреатитом ($\approx 2/100\ 000$) и муковисцидозом ($\approx 2/100\ 000$). В целом - около 150 человек на Россию, учитывая естественное уменьшение вследствие смерти от основного заболевания.

Нередко, а как показывает опыт, как правило, пациент не может получить адекватную помощь для компенсации полностью или в значительной степени утраченных функций железы. Обычно, в большей или меньшей степени удается компенсировать сахарный диабет, находясь под контролем эндокринолога, хотя и в этих случаях характерны значительные колебания показателей сахара крови, что требует дисциплины и комплаентности (способности к сотрудничеству) от самого больного. Что касается компенсации внешнесекреторной недостаточности, связанной с полным отсутствием ферментов поджелудочной железы, то здесь дела обстоят гораздо хуже. Это связано с тем, что минимальная необходимая доза панкреатической липазы после панкреатэктомии находится в пределах 240 000-300 000 ЕД. Единственным препаратом панкреатина, эффективность которого у послеоперационных больных доказана рандомизированным исследованием является Креон, а он недешев, и часто на местах его пытаются под разными предлогами заменить на более дешевые и малоэффективные препараты. На этом фоне у пациентов продолжается диарея, они истощаются, перестают переносить химио- или химиолучевую терапию, что не только ухудшает, но и укорачивает их жизнь. Замена препарата часто приводит к такой же ситуации.

Кроме того, социальная адаптация этих больных затруднена, они требуют понимания окружающими, в т.ч., работодателями, их положения. Отсутствие информированности не только общества, но и врачей о нуждах этих пациентов, невозможность их контактировать друг с другом, недостаток опыта наблюдения и лечения таких больных значительно затрудняют и укорачивают им жизнь. И таких примеров масса. Как и противоположных.

Найдите об этом, и помните, что эти пациенты становятся абсолютно нормальными при компенсации эндо- и экзокринной панкреатической недостаточности. Важно делать для этого все возможное и таких пациентов, как Оля будет больше.

Инструкция для больных от Ольги Душаньковой. Как получить полагающиеся тебе лекарства

15.04.2015 [HTTP://EGOROV.SCI-MED.RU](http://EGOROV.SCI-MED.RU)

Мне была проведена операция по удалению поджелудочной железы, рекомендовано принимать Креон 40000 с каждым приемом пищи и Креон 25000 с каждым перекусом. Также необходимо измерять уровень глюкозы в крови шесть раз в день перед приемом пищи до введения инсулина. Данные лекарственные средства являются дорогостоящими, но их можно получать в аптеке по рецепту бесплатно. Чтобы добиться их получения необходимо собраться с силами и запастись терпением, я добивалась этого 1,5 года. Хочу поделиться опытом и дать подробный план действия.

1. После операции предъявить выписной эпикриз лечащему участковому терапевту или онкологу (в эпикризе д.б. указано, что Креон жизненно необходим и расписана дозировка).
2. Если операция проводилась в области, отличной от области Вашего проживания, то потребуется подтверждение областного гастроэнтеролога в необходимости Креона.
3. Необходимо собрать пакет документов для предъявления в МСЭ для получения группы инвалидности.
4. Сдать справку МСЭ лечащему терапевту и добиться, чтобы Вас уведомили, что на Вас направили дополнительные списки, если это конец года, если списки только формируются, что Ваша фамилия включена в общие списки необходимых препаратов которые выдаются по рецепту бесплатно. Этот список направляется в Министерство здравоохранения, и там проводятся торги по закупкам лекарственных средств между фармацевтическими компаниями. На эту процедуру должно уходить около трех месяцев, но может и меньше. В моем случае все длилось 1,5 года. Если Вы в это время попадаете по каким либо причинам на стационарное лечение или проходите курс химиотерапии, лечащему врачу предъявляете назначение о необходимости Креона и инсулина в нужной для вас дозировке, и больница Вас должна обеспечивать лекарственными средствами. В моем случае этого сначала не было. Креон я покупала за свой счет, в аптеке брала кассовый и товарный чек (оба вида чеков будут необходимы). После выписки из стационара чеки можно предъявить для оплаты в страховую компанию, где вы получали медицинский полис, для оплаты. Форма заявления простая, можно даже письма направлять заказной почтой с приложением всех копий чеков и выписных эпикризов (дата покупки лекарственного препарата должна быть когда вы находились в стационаре). Деньги взыскиваются с медицинского учреждения, но зато когда вы поступаете на последующую госпитализацию, лекарственные средства для вас уже есть в достаточном количестве.
5. Периодически общайтесь с представителями поликлиники на предмет «не выписан ли вам рецепт». Обязательным моментом является проведение врачебной комиссии в поликлинике на предмет выписки Креона. Это тоже выясняйте, в карточке должен быть протокол ВК.
6. Все запросы лучше направлять письменно на имя главного врача, себе оставляйте копии. Необходимо направить несколько писем в Министерство здравоохранения с вопросами «почему вам не выдают жизненно необходимый препарат» и второй вопрос «проведены ли в отношении вашего лекарственного средства торги и когда начнется выдача». Письма направляете заказной почтой, либо относите лично и ставьте отметку о принятии. На сайте министерства можно также оставить свой запрос, ответ на него дается в установленные сроки.
7. За время переписки Креон покупаете сами, чеки складывайте, если поликлиника будет Вам выдавать рецепты, Вы их берите, относите в аптеку, там их будут ставить на контроль. После окончания переписки, если не будет результата в Вашу пользу, начинается не менее длительная стадия судебного процесса.
8. Обращайтесь в суд по Вашему месту жительства или по месту нахождения Министерства здравоохранения с исковым заявлением о взыскании всех потраченных денежных средств на приобретение лекарственных препаратов и еще выдвигайте требование о принудительном проведении торгов на закупку лекарственного средства для вас, если таковые до настоящего времени не проведены. К исковому заявлению необходимо приложить все кассовые и товарные чеки, письма которые вы направляли в поликлинику, в мин. Здрав. и полученные на них ответы, выписные эпикризы после операции, назначение гастроэнтеролога и эндокринолога.

9. Также если вы несли транспортные расходы, чеки тоже предъявляются на оплату и можно выставить требования о возмещении морального вреда. Я ничего не писала об инсулине, т.к. с ним проблем нет. Выдают сразу в надлежащем количестве, единственно не давали тест полоски для глюкометра, но после обращения в мин. здрав все стали давать. Если несли материальные затраты на их приобретение, то чеки также прикладывайте к исковому заявлению в суд. Подлинники всех чеков и писем в суде предъявите лично судье, почтой не отправляйте, может потеряться. После удовлетворения моих требований в суде, мин здрав торги провел сам, в суде были предъявлены результаты, и с декабря 2014 года Креон получаю в аптеке. Совет: жалобы на врачей поликлиники не писать: они не виноваты, это такая в России система, денег у мин. здрав нет, а черствость чиновников к людям есть. Не думайте, что в больницах к вам будут относиться как к жалобщику, наоборот, еще больше любят и стараются угодить.

Помогайте себе сами, закон такое право нам дает, только терпение.

Желаю удачи !!!!

Душанькова Ольга

Прочитать статью, опубликованную в *Journal of the Pancreas*
[Invasive Tubulopapillary Carcinoma of the Head of the Pancreas Complicated with Profuse Gastrointestinal Bleeding and Jaundice on the Background of an Intraductal Tubulopapillary Neoplasm \(ITPN\) of the Whole Gland](#)

Комментарии (8)

[maskazorro](#)

30 января 2018 15:28

Заметьте, операция не только дала возможность жить молодой женщине ещё какое-то время (долголетие вряд-ли здесь будет достигнуто), но и дать новую жизнь. Поэтому лечением спасли не одну, а две жизни! Респект врачам, не только хирургам, но и другим спецам, т.к. здесь важна работа команды. Осталось самое сложное - выжить в борьбе с бездушной чиновничьей машиной.

[Ответить](#) [Ссылка на этот комментарий](#)

21 [Мне нравится](#) [Не нравится](#)

[Вячеслав Иванович Егоров](#)

позавчера в 20:54

→ [maskazorro](#)

Спасибо за интерес. Долголетие в данном случае возможно. 10-летняя выживаемость при этом раке не редкость. Просто нет 20-летних наблюдений. Опухоль описали только 15 лет назад.

[maskazorro](#)

позавчера в 21:07

→ [Вячеслав Иванович Егоров](#)

Ну что же, подождем и 20 лет :)))

[Владимир Иванович Бакшеев](#)

30 января 2018 21:14

И позора нашим средствам массовой информации. Если бы она была артисткой то тогда да!!! А так - нужно самой бороться.

[Татьяна Геннадьевна Хлыбова](#)

30 января 2018 22:10

Благодарю за публикацию. Во-первых, поразило, что больная из региона была сразу же госпитализирована, прооперирована. Большое уважение вызвала квалифицированная медицинская помощь. Результат выше всяких похвал.



[Ольга Давидовна Нугис](#)

31 января 2018 18:51

Результат - супер. В течении последних 3-х лет наблюдаю пожилую пациентку (78 лет) после подобной операции - она живёт уже 10 лет , единственное осложнение - у неё mts в лёгких и гидроторакс небольшой. Она ведёт активной образ жизни (работает на даче и дома ведёт хозяйство для всей семьи).



[Глеб Валерьевич Маренков](#)

31 января 2018 19:34

Хорошая статья. На деле невозможность в получении лекарственного обеспечения без присвоения группы инвалидности - бич очень многих больных.

[Вячеслав Иванович Егоров](#)

позавчера в 20:44

Коллеги, спасибо за интерес. Наше кредо - сложные и непонятные, ну и, конечно, простые и понятные :) случаи заболеваний поджелудочной железы. Если будет необходимость, пишите egorov12333@gmail.com, или на сайт egorov.sci-med.ru. Поможем. Ниже, список того, что мы сделали и делаем (хорошо).

Для скорости скопировал нашу заявку на грант по развитию панкреатической хирургии

1. В отделении абдоминальной онкологии внедрены и широко используются современные методы выполнения комбинированных и расширенных операций при опухолях органов желудочно-кишечного тракта и забрюшинного пространства, а также
2. методики резекции магистральных сосудов при опухолях поджелудочной железы (WATSA, модифицированная операция Appleby и операция Warsaw). Результаты этих операций были опубликованы и неоднократно доложены на национальных и международных съездах и конференциях (Москва, Кейптаун, Париж, Шанхай, Мельбурн, Сеул, Стокгольм, Прага, Цюрих, Саутгемптон, Берн, Лион)
4. Клиника имеет самый большой в России и СНГ опыт обширных и органосохраняющих резекций поджелудочной железы и мультиорганных резекций при наследственном опухолевом синдроме фон Хиппель-Линдау (von Hippel-Lindau, VHL) и уникальный опыт лечения этих сложных пациентов, который был доложен на хирургическом обществе Москвы и Московской области и высоко оценен экспертами и главными специалистами на конкурсе на премию г.Москвы 2017 г. Результаты лечения этих пациентов позволили специалистам клиники участвовать в изменении международных рекомендаций по лечению нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы при VHL, и эти изменения будут опубликованы в самом авторитетном онкологическом журнале Journal of Clinical Oncology.
5. Клиника имеет самый большой в России и СНГ опыт тотальных дуоденопанкреатэктомий (полного удаления поджелудочной железы) при опухолях и уникальный опыт послеоперационного ведения и наблюдения таких больных. Непосредственные и отдаленные результаты этих операций были доложены на национальных конференциях, съездах Европейского панкреатического клуба в Саутгемптоне (Великобритания), всемирном конгрессе международной гепато-панкреато-билиарной ассоциации в г.Сеуле (Корея) и мировом конгрессе международной ассоциации хирургов и гастроэнтерологов в г.Москве.
6. В больнице создано и успешно функционирует единственное в России «Апанкреатическое

общество» для поддержки больных после полного удаления поджелудочной железы.

7. Клиника имеет самый большой опыт в России и Европе дистальных резекций поджелудочной железы с резекцией чревного ствола без артериальных реконструкций - способа лечения погранично-резектабельного рака тела поджелудочной железы. Этот опыт опубликован и неоднократно докладывался на Всероссийских, мировых, Европейских и Азиатско-тихоокеанских конгрессах.

8. В клинике успешно и систематически применяется уникальный метод лечения особой, но нередкой, формы хронического панкреатита - дуоденальной дистрофии. Методика панкреосохраняющей резекции 12-перстной кишки доказала свою эффективность и не имеет аналогов в мире. Результаты панкреосохраняющих резекций ПЖ при дуоденальной дистрофии были многократно опубликованы, доложены и высоко оценены на многочисленных национальных и международных съездах: Европейского панкреатического клуба (Стокгольм, Прага, Цюрих, Саутгемптон), Всемирной, Европейско-африканской и Азиатско-тихоокеанской ассоциаций гепато-панкреатобилиарной хирургии (Кейптаун, Париж, Шанхай, Мельбурн, Сеул), Европейского гастроэнтерологического общества (Стокгольм, Берлин, Вена), Американского и Японского панкреатологических ассоциаций (Гонолулу), мировом конгрессе международной ассоциации хирургов и гастроэнтерологов в г.Москве. Репортажи об этой уникальной и приоритетной для России методике прошли в Медицинской газете и на радио Голос России (The Voice of Russia) в Вашингтоне, Чикаго, Нью-Йорке и Майами. Недавно такая операция была успешно выполнена жителю Санкт-Петербурга, который специально приехал в Бахрушинскую больницу для сохранения поджелудочной железы, поскольку все остальные клиники России предлагали ему панкреатодуоденальную резекцию. Репортажи об этом событии сделали ЦТВ и журнал «Московская медицина»

9. В содружестве с коллегами из других московских клиник нами был разработан план внедрения международных рекомендаций по лечению острого панкреатита в России, который был доложен на Всероссийском хирургическом съезде в Ростове и трижды на хирургических обществах Москвы и Московской области в связи с колоссальным интересом к этому вопросу. Предложенные рекомендации должны увеличить эффективность лечения острого панкреатита при значительном сокращении расходов.

10. В клинике разработана новая эффективная и безопасная методика соединения поджелудочной железы с полыми органами, результаты которой опубликованы в журнале «Хирургия» и доложены на съезде хирургов - гепатологов России и СНГ в Минске в 2016 г., в Каролинском университете (Стокгольм, Швеция) и на мировом конгрессе IASGO в Лионе (Франция) в 2017 году.

11. Панкреатологическая служба больницы является активным участником работы Российского панкреатологического клуба, активно участвует в работе согласительных съездов по заболеваниям поджелудочной железы и вносит существенный вклад в функционирование Клуба и популяризацию в России и за рубежом.

12. Сотрудниками больницы впервые были успешно выполнены резекции ПЖ при инсулиномах у пациентов со сверхнизким функциональным статусом ECOG 3 и ECOG 4.

13. На основании проведенных исследований, внедрено обязательное подтверждение нерезектабельности рака поджелудочной железы двумя наиболее информативными методами: КТ и эндоУЗИ. Результаты исследований доложены на радиологических конгрессах ESR в Вене (2012) и ESGAR в Барселоне (2013), а также на конгрессе Европейской и азиатско-тихоокеанской гепато-панкреато-билиарной ассоциаций в г.Белграде (Сербия) и Шанхае (КНР)

14. В клинике впервые в России были описаны исключительно редкие новообразования поджелудочной железы - тубуло-папиллярные опухоли и карциномы. Сложные вопросы, связанные с диагностикой и тактикой у этих больных решались в тесном взаимодействии с зарубежными коллегами из Технического университета г. Мюнхена (Германия), Университета Зальцбурга (Австрия), клиники «Мерсу», Университетов Джонса Хопкинса, г Балтимор и MD Anderson, Хьюстон (США). Результаты доложены в 2014 и 2017 гг на хирургическом обществе г.Москвы и Московской области, съездах Европейского панкреатического клуба, всемирном конгрессе международной гепато-панкреато-билиарной ассоциации в г.Сеуле (Корея) и мировых конгрессах международной ассоциации хирургов и гастроэнтерологов в Москве и Лионе.

15. В области определения диагностической и лечебной тактики в онкологических отделениях больницы внедрена система информационной поддержки клинических решений, основанной на данных доказательных исследований и международных рекомендациях, что привело к улучшению результатов лечения, экономии средств и сокращению зарубежного

медицинского туризма.

16. Сотрудниками больницы было издано несколько монографий и методических рекомендаций по хирургической панкреатологии

1. Ошибки и опасности в диагностике и лечении опухолей органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Егоров В.И., Федоров В.Д. Из «Ошибки в клинической онкологии» Под ред. Чиссова В.И. и Трахтенберга А.Х., ГЭОТАР Медиа, Москва, 2009.
2. Эпителиальные опухоли поджелудочной железы. Лечение рака поджелудочной железы. Нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы Егоров В.И. с. 403-504. Из «Лекции по гепатопанкреатобилиарной хирургии». Под. ред. Гальперина Э.И. и Дюжевой Т.Г. Видар», Москва, 2011, 528с.
3. Атлас сравнительной рентгенхирургической анатомии. Под ред. Л.С. Кокова Раздел 10. Артерии брюшной полости. ...Егоров В.И.... Радиология-Пресс, Москва, 2012, 367с.
4. Заболевания поджелудочной железы. Книга для пациентов. Егоров В.И., Кучерявый Ю.А., Тримедиа Контент Москва, 2014, 47с