

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Ачилов Мирзакарим Темирович¹, Амонов Худойберди Равшанович², Ахмедов Гайрат Келдибаевич¹, Джаббаров Зокир Исмаилович²

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ОШҚОЗОН ОСТИ БЕЗИ БОШЧАСИНИНГ ЎСМАЛАРИДА ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИ НАТИЖАЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Ачилов Мирзакарим Темирович¹, Амонов Худойберди Равшанович², Ахмедов Гайрат Келдибаевич¹, Джаббаров Зокир Исмаилович²

1 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

2 – Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TACTICS IN NEOPLASMS OF THE HEAD OF THE PANCREAS

Achilov Mirzakarim Temirovich¹, Amonov Khudoiberdi Ravshanovich², Akhmedov Gayrat Keldibaevich¹, Jabbarov Zokir Ismailovich²

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: dr_gayrat@inbox.ru

Резюме. Мақолада механик сариқлик билан асоратланган ошқозон ости беzi ўсмасини жарроҳлик йўли билан даволашнинг клиник ҳолати ва таҳлили баён этилган. Мақолада таъхис қўйиш усуллари, жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар, шунингдек, Уиппл операциясини (панкреатодуоденал резекция) бажаришнинг ўзига хос хусусиятлари батафсил кўриб чиқилган. Шунингдек, операциядан кейинги асоратлар ва даволашнинг ўзига хос хусусиятлари, шу жумладан кимётерапия муҳокама қилинади. Натижалар эрта таъхис қўйиш ва операцияни тўғри бажаришда жарроҳлик аралашувининг самарадорлигини кўрсатади.

Калит сўзлар: ошқозон ости беzi ўсмаси, жарроҳлик йўли билан даволаш, Уиппл операцияси, механик сариқлик.

Abstract. The article describes a clinical case and analysis of surgical treatment of a pancreatic tumor complicated by mechanical jaundice. The article discusses in detail the diagnostic methods, indications for surgery, and the specifics of performing the Whipple procedure (pancreatoduodenal resection). Possible postoperative complications and treatment features, including chemotherapy, are also discussed. The results demonstrate the effectiveness of surgery with early diagnosis and correct performance of the operation.

Key words: pancreatic tumor, surgical treatment, Whipple procedure, mechanical jaundice.

Разные злокачественные опухоли поджелудочной железы по встречаемости занимает 7-место из всех злокачественных опухолей. По отделам самого органа выявлено, что в основном поражается головка панкреаса [3, 11].

По последним статистическим исследованиям, ежегодно по всему миру злокачественными опухолями поджелудочной железы болеют около 200 000 человек [7]. Из-за скрытости клинической картины они обычно диагностируются в более поздние сроки.

По функциональному строению орган состоит из экзокринных и эндокринных клеток. В основном встречаются злокачественные опухоли экзокринных клеток. А эндокринные опухоли, как, инсулинома, гастринома, соматостатинома и глюкагономы встречаются более редко [2, 16].

При диагностике злокачественных опухолей панкреаса из неинвазивных методов, первую очередь стоит УЗИ. Потому что, многие пациенты отправляются к онкологу после предварительной УЗИ-диагностики. А также, КТ или МРТ брюшной полости,

ожно получить более информативную характеристику органов, регионарных лимфатических узлов, наличие метастазов в органах брюшной полости. Инвазивные методы диагностики являются более информативными чем неинвазивные. Им относятся ретроградное холангиопанкреатография (РПХГ), чрескожное чреспечное холангиография (ЧЧХГ) и др [1, 5, 13].

Основным методом лечения злокачественных опухолей поджелудочной железы является - хирургический метод. В некоторых случаях хирург может удалить только головку поджелудочной железы вместе с частью тонкой кишки и/или желудка, желчным пузырем и общим желчным протоком. Затем тело и хвост железы подшивают к тонкой кишке, после чего они могут и дальше выполнять свои функции. В некоторых случаях приходится удалять всю железу [6, 17].

В комплексную терапию лечения злокачественных опухолей поджелудочной железы относятся химиотерапия и лучевая терапия. Они назначаются в качестве адъювантной (для предотвращения рецидива после операции) или неадъювантной (для сокращения размеров опухоли перед хирургическим вмешательством, перевода неоперабельного рака в операбельный) лечения. Если опухоль неоперабельна, лучевая терапия и химиотерапия становятся основными видами лечения. У некоторых пациентов возможно применение таргетного препарата эрлотиниба (Тарцева). Он блокирует EGFR — белок-рецептор, который заставляет раковые клетки размножаться [12, 15].

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) или операция Уиппла является основным хирургическим методом, который включает в себя удаление головки поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, части желудка и начального отдела тонкого кишечника. Некоторые авторы в этот комплекс включают холецистэктомию [8, 10].

Кроме злокачественных опухолей головки панкреаса показания к ПДР являются - рак и опухоли большого дуоденального сосочка, наружных желчных протоков, двенадцатиперстной кишки. Противопоказания к ПДР - тяжелые общетерапевтические болезни в стадии декомпенсации, кахексия – раковая или другая, выраженное метастазирование рака [9, 14].

Осложнения встречаются в той или иной мере у 42% пациентов: инфекция послеоперационной раны

или брюшной полости (10-20%), свищ поджелудочной железы (выделение сока поджелудочной железы за пределы брюшной полости) (10-12%), парез желудка от 4 до 6 недель (сопровождается тошнотой, рвотой). Возникает у 25% пациентов из-за нарушения иннервации желудка после операции. Диарея из-за недостатка ферментов ПЖ, диабет из-за дефицита инсулина (15%), потеря веса, рецидив онкологии, метастазирование в легкие, печень и брюшину, летальный исход (5-12%) [14, 15, 17].

Клинический случай:

Больной У., 1964 года рождения, из Пастдаргамского района Самаркандской области, обратился в клинику «КОНСТАНТ МЕДИСАЛ» 28 января 2025 года с жалобами на периодические боли в левом подреберье и эпигастральной области, потерю веса, потерю аппетита, общее недомогание. Из анамнеза известно, что в декабре 2024 года в онкологической больнице г. Ташкента ему поставили диагноз «опухоль поджелудочной железы. Осложнение: механическая желтуха», была проведена процедура ЧЧХС. После процедуры химио, лучевой терапию не получал.

Он чувствует себя плохо уже несколько месяцев. При осмотре общее состояние больного относительно удовлетворительное. Кожа и слизистые оболочки светло-розовые. Дыхание свободное, при аускультации в легких выслушивается везикулярное дыхание. Пульс ритмичный, 78 ударов в минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. Сердцебиение приглушено. Язык влажный, покрыт легким белым налетом. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий при пальпации. Через дренажную трубку из правой подвздошной области отведено около 400 мл желчи. Перитонеальных симптомов нет. Газы отходят. Стул белый. МРТ холонгиография: МРТ-признаки участок патологической интенсивности головки поджелудочной железы (объемное образования?). Эктазия внутри и внепеченочных желчных протоков и проток Вирсунгова (рис. 1).

Анализ крови: Hb-112,0; SOE-15; общий белок-56; Сахар в крови-4.85; мочевины-5,9; Креатинин-95,54; Общий билирубин-35,87, АлТ-33,5 U/L; 1; АсТ-30,1 U/L. Больному проведена плазматрансфузия неоднократно и консервативные мероприятия. После предоперационной подготовки пациенту была проведена операция 01.02.2025 г. (рис. 2).



Рис. 1. МРТ-холонгиография больного

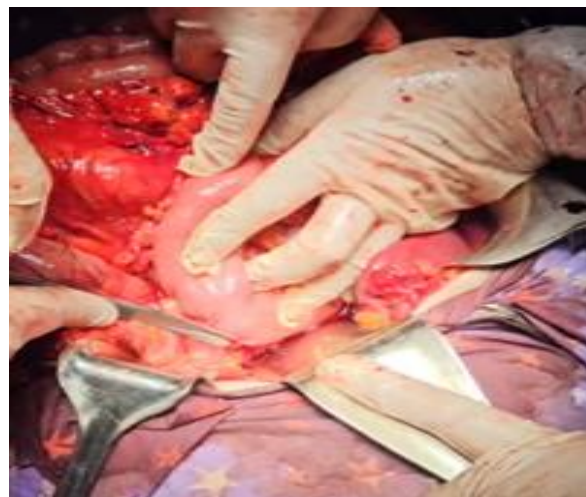
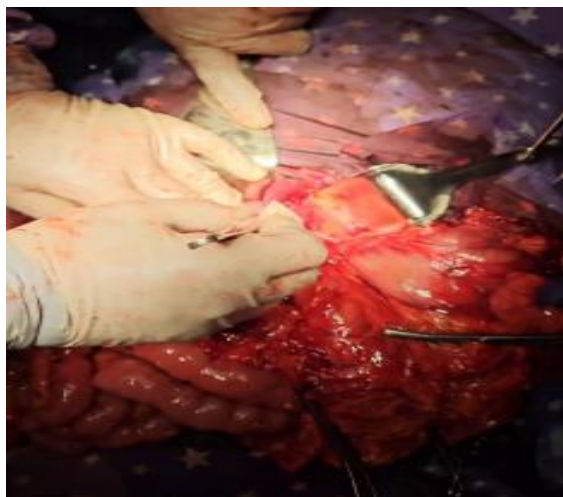


Рис. 2. Этапы операции



Рис. 3. Макропрепарат удаленным одним блоком

Первоначально двенадцатиперстную кишку мобилизовали по методу Кохера. Затем толстую кишку отделяли от толстой кишки и мобилизовали вдоль большой кривизны желудка. Гастродуоденальная артерия перевязана и ушита. Двенадцатиперстную кишку и тонкую кишку мобилизовали и отвели в забрюшинное пространство, а верхнюю брыжеечную артерию и вену отвели назад и переместили на правую сторону раны. В этой же области был выделен и изолирован увеличенный до 0,5x1,0 см лимфатический узел в тонкой кишке. Заднюю поверхность шейки поджелудочной железы вскрыли путем туннелирования, и верхнюю брыжеечную вену отделили от паренхимы железы. Затем была выполнена резекция путем рассечения шейки поджелудочной железы, а панкреатический мешок был гемостатически закрыт. Тонкую кишку отделили от верхней брыжейки и воротной вены. Выполнена лимфодиссекция в области гепатодуоденальной связки, поджелудочная железа отделена от тканей гепатодуоденальной связки, общий желчный проток рассечен в области общего печеночного протока, макропрепарат извлечен. Панкреатикоеюнальный анастомоз сформирован протоково-слизистым методом по Блюмберту. На 15 см выше анастомоза сформирован терминолатеральный гепатикоеюнальный анастомоз с использованием атравматичных швов. На 60 см ниже этого анастомоза сформирован желудочно-кишечный анастомоз двумя рядами швов. Наложен анастомоз по Брауну двухрядными непрерывными швами между восходящей и нисходящей петлями тонкой кишки на

расстоянии 15 см от созданного резервуара. Все анастомозы выполнялись за одной желудочно-ободочной петлей. Метод Уимпла.

На разрезе макропрепарата в центре ее полость, заполнена розовой рыхлой тканью, капсула плотная, с толщиной до 2 см, серовато-желтого цвета (рис. 3). Заключение гистологического исследования: Инсуляр карцинома поджелудочной железы.

Послеоперационный период протекал относительно гладко. Были проведены необходимые процедуры. У больной в течение 5-6 дней сохранялся парез кишечника, был установлен эпидуральный катетер, через который 4 раза вводилось по 4 мл 2% раствора лидокаина. Через 7 дней появилась перистальтика кишечника и отхождение газов. Подпеченочная дренажная трубка была удалена на 6-й день, а дренажная трубка тазовой полости была удалена на 18-й день в связи с подтеканием из трубки серозной жидкости. У пациента не наблюдалось послеоперационных абсцессов или ранних послеоперационных осложнений. После улучшения общего состояния на 16-сутки после операции больной выписан из стационара.

Вывод: При осложнении опухоли поджелудочной железы механической желтухой наиболее оптимальным является хирургическое лечение, и если операция выполнена технически правильно на ранних стадиях опухоли, послеоперационные осложнения возникают редко. Послеоперационная химиотерапия целесообразна в зависимости от результатов гистологического анализа.

Литература:

1. Ачилов М.Т. и др. Панкреатодуоденальная резекция – методика физиологической реконструкции // Достижения наук и образования – 2020. -№6 – С. 38-42.
2. Ачилов М.Т., Ахмедов Ф.К. Панкреатодуоденальная резекция асортлари ва уларнинг профилактикаси. // Журнал биомедицины и практики. Спец.выпуск-2. Часть-8. Ташкент-2020. Стр. 960-966.
3. Верткин А.Л. и др. Особенности антибактериальной терапии при панкреатодуоденальной резекции // Consilium Medicum – 2023. - №5 – С. 320-324.
4. Ризаев Э. А., Бабакулов Ш. Х., Сайфуддинов А. А. Современные аспекты прогнозирования тяжести тече-

ния острого панкреатита и его осложнений (обзор литературы) // Tadqiqotlar. – 2025. – Т. 61. – №. 2. – С. 325-332.

5. Ризаев Э. А., Агабабян И. Р., Арзикулова М. Ш. К. Аутоиммунное воспаление как причинно-следственная связь пародонтита и атеросклероза // Вопросы науки и образования. – 2022. – №. 6 (162). – С. 50-64.

6. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза // Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.

7. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита // Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.

8. Ризаев Э. А. и др. Дифференцированный хирургический подход к лечению острого панкреатита на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ исходов //Scientific approach to the modern education system. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 138-139.

9. Ризаев Э. А. и др. Применение визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости для выбора хирургической стратегии при остром панкреатите: анализ эффективности и летальности //scientific approach to the modern education system. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 140-141.

10. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация хирургических стратегий при остром панкреатите на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ эффективности и летальности //Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 189-189.

11. Ризаев Э. А. и др. Роль визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости и влияние на клинические исходы //Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 120-120.

12. Семенцов КВ. и др. Возможности ускоренной реабилитации пациентов после панкреатодуоденальной резекции // Вестник Северо-Западного государствен-

ного медицинского университета им. И.И. Мечникова - 2016. - Том 8 - №2 - С. 107-115.

13. Фшльц Э.Э. Рак поджелудочной железы. Бюллетень медицинских интернет-конференций №3, 2019. С. 146-151.

14. Feng M, Cao Z, Sun Z, Zhang T, Zhao Y. Pancreatic head cancer: Open or minimally invasive pancreaticoduodenectomy? Chin J Cancer Res. 2019 Dec;31(6):862-877.

15. McGuigan A, Kelly P, Turkington RC, Jones C, Coleman HG, McCain RS. Pancreatic cancer: A review of clinical diagnosis, epidemiology, treatment and outcomes. World J Gastroenterol. 2018 Nov 21;24(43):4846-4861.

16. Park W, Chawla A, O'Reilly EM. Pancreatic Cancer: A Review. JAMA. 2021 Sep 7;326(9):851-862.

17. Zhao Z, Liu W. Pancreatic Cancer: A Review of Risk Factors, Diagnosis, and Treatment. Technol Cancer Res Treat. 2020 Jan-Dec;19:1533033820962117.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Ачилов М.Т., Амонов Х.Р., Ахмедов Г.К.,
Джаббаров З.И.*

Резюме. Статья описывает клинический случай и анализ хирургического лечения опухоли поджелудочной железы с осложнением механической желтухой. В статье подробно рассматриваются методы диагностики, показания для хирургического вмешательства, а также особенности выполнения операции Уиппла (панкреатодуоденальная резекция). Также обсуждаются возможные послеоперационные осложнения и особенности лечения, включая химиотерапию. Результаты демонстрируют эффективность хирургического вмешательства при ранней диагностике и корректном выполнении операции.

Ключевые слова: опухоль поджелудочной железы, хирургическое лечение, операция Уиппла, механическая желтуха.