

**ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЬЮ ГОЛОВКИ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

**TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH A TUMOR OF
THE HEAD OF THE PANCREAS AND HEAVY OBSTRUCTIVE JAUNDICE**

**МЕХАНИК САРИҚЛИК БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ОШҚОЗОН ОСТИ БЕЗИ
БОШНИНГ О'СМАСИ БИЛАН ОГ'РИГАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОΗЛИК ДАВОЛАШ
ТАКТИКАСИ**

*Райимов Гайрат Набиевич - д. м. н., профессор
Ферганский медицинский институт общественного здоровья
Тел.: (+998) 97 944-30-03, e-mail: dr.rayimov.gayrat@gmail.com*

*Салохитдинов Нозимжон Абдубаннопович - Ферганский филиал Республиканского
научного центра экстренной медицинской помощи
Холмухамедов Жасурбек Рахматжон угли
Central Asian Medical University
Абдуллаев Мухаммадали Халимович - частная клиника "Endomed+"*

Аннотация. В данной статье приводятся результаты анализов хирургического лечения больных с диагнозом опухоль головки поджелудочной железы, осложненной механической желтухой, в Ферганском филиале РНЦЭМП в период с 2014 по 2023 гг. Все больные были подразделены на 2 группы в зависимости от хирургической тактики. Доказано, что преимуществами эндоскопического стентирования билиарной системы тиноловыми стентами, по сравнению с выполнением открытых хирургических вмешательств, является быстрое восстановление физиологического пассажа желчи и желудочного содержимого.

Ключевые слова: рак поджелудочной железы, механическая желтуха, непроходимость двенадцатиперстной кишки, эндоскопический ретроградный дренаж желчного протока.

Abstract. This article presents the results of the analysis of surgical treatment of patients with a diagnosis of Pancreatic head tumor complicated by mechanical jaundice in the Fergana branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care in the period from 2014 to 2023. All patients were divided into 2 groups depending on the surgical tactics. It has been proven that the advantages of endoscopic stenting of the biliary system with tinol stents, compared with open surgical interventions, are the rapid restoration of the physiological passage of bile and gastric contents.

Keywords: pancreatic tumor, mechanical jaundice, duodenal obstruction, endoscopic retrograde drainage of the bile duct.

Annotatsiya. Ushbu maqolada 2014 yildan 2023 yilgacha bo'lgan davrda Respublika Shoshilinch Tibbiy Yordam Ilmiy Markazi Farg'ona filialida Obstruktiv sariqlik bilan asoratlangan oshqozon osti bezi boshchasi saratoni tashxisi qo'yilgan bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash tahlillari natijalari keltirilgan. Barcha bemorlar jarrohlik taktikasiga qarab 2 guruhga bo'lingan. Ochiq jarrohlik aralashuvlar bilan solishtirganda, biliar tizimini tinol stentlari bilan endoskopik stentlashning afzalliklaridan safro va oshqozon shirasining tarkibining fiziologik tiklanishi tezlashishi ekanligi isbotlangan.

Kalit so'zlar: oshqozon osti bezi saratoni, obstruktiv sariqlik, o'nikkibarmoq ichak tutilishi, o't yo'llarining endoskopik retrograd drenaji.

Введение. Около 75% больных опухолью головки поджелудочной железы (ОГПЖ), осложненным механической желтухой, выполняют только паллиативное хирургическое лечение, направленное на устранение холестаза. Однако у 5–8 % таких пациентов уже при

первичном обращении выявляют признаки нарушений эвакуации из желудка [4-6]. У 10–20 % больных, перенесших только билиодигестивное шунтирование через 4–5 месяцев после коррекции холестаза развивается обструкция двенадцатиперстной кишки (ДПК) опухолью с прогрессирующим кахексией и грубыми метаболическими нарушениями, что ухудшает качество жизни больных и требует повторного второго, вмешательства [1–3]. Поэтому для решения вопросов выбора хирургической тактики и техники подобных операций обоснованным является проведение сравнительного анализа эффективности открытых хирургических вмешательств с малоинвазивными эндоскопическими операциями, предусматривающими стентирование билиарной системы нитиноловыми стентами [9-12]. Особую актуальность проблема выбора технологии хирургического лечения подобных больных приобретает у пожилых людей при наличии, кроме осложнений основного заболевания, тяжелой патологии [12-14].

Литературный обзор. По мнению Давлатов С.С. 2017, Назыров Ф.Г. и др. 2011, Механическая желтуха – это симптомокомплекс клинических и морфологических проявлений, развивающихся при нарушении проходимости желчных путей и прекращении поступления желчи в кишечник, встречающийся примерно в 45-50% случаев всех видов желтух. Нарушение оттока желчи в кишечник вызывается как доброкачественными заболеваниями, так и опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны. Согласно Курбаниязов З.Б. и др. 2012, непроходимость желчевыводящих путей неопухолевой этиологии диагностируется у 45-55% больных. Причиной её возникновения является: желчнокаменная болезнь - 61,3 (73,6%) больных, стеноз большого дуоденального соска – 15(30%), панкреатит - 5,4 (20%), рубцовое сужение внепеченочных желчевыводящих протоков – 11,8(15%), паразитарные заболевания печени – 4(6%) больных. Практически все хирурги, занимающиеся проблемой диагностики и лечения заболеваний гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны считают диагностическим скрининг методом ультразвуковую эхолокацию, позволяющую достаточно полно оценить состояние желчного пузыря, печени и поджелудочной железы, а также получить определенную информацию о состоянии внутри- и внепеченочных желчных протоков.

Цель исследования. Анализ результатов хирургического лечения больных нерезектабельным ОГПЖ, осложненный механической желтухой с высоким хирургическим и анестезиологическим рисками (физический статус пациентов соответствует градации ASA III, согласно рекомендациям Американской ассоциации анестезиологов, 2020) и оптимизация методик эндоскопического стентирования

Материалы и методы исследований. Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения двух групп пациентов (31 больных в первой и 47 — во второй), проходивших лечение в хирургических клиниках кафедры Факультетской и госпитальной хирургии Ферганского медицинского института общественного здоровья по поводу нерезектабельной ОГПЖ, что осложнен механической желтухой. Пациентам I группы выполняли только билиодигестивное шунтирование путем открытых хирургических вмешательств. Больным II группы эндоскопическая папилосфинктеротомия, а затем протезирование ДПК нитиноловыми стентами. Средний возраст пациентов I группы составлял $(66,6 \pm 7,7)$ лет, II – $(67 \pm 8,7)$ лет. При госпитализации уровень гипербилирубинемии у лиц I группы составлял $(238,2 \pm 18,3)$ мкмоль/л, II группы — $(114 \pm 20,2)$ мкмоль/л. По основным клинико-биохимическим показателям сравнительные группы были репрезентативными. Все пациенты имели высокий хирургический и анестезиологический риски (физический статус пациентов согласно классификации Американского общества анестезиологов, в 2020 г., соответствовал градации ASA III). Диагноз ОГПЖ верифицировали в соответствии с протоколом по лечению и диагностике ОПЖ European Society For Medical Oncology, 2015-2019 г. и рекомендаций National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2015-2021 г. [7-11]. Все больные страдали ОГПЖ IV стадии, а по гистологической структуре раковая опухоль у всех пациентов идентифицировалась как протоковая аденокарцинома. Резектабельность опухолей ППЖ определяли на основании сопоставлений данных клинических, лабораторных и лучевых методов обследования (мульти спиральная КТ, МРТ, эндоскопическая ультрасонография)

согласно рекомендациям NCCN, 2015–2021 г. Учитывая установки ESMO 2010 – 2021 в исследование было включено больных, которым из-за генерализации опухолевого процесса, проявлений холангита, печеночно – почечной дисфункции, геморрагического синдрома, возраста, тяжелой сопутствующей патологии проведение неoadьювантной химиотерапии было противопоказано [3-7]. Все они подлежали только паллиативному симптоматическому хирургическому лечению с целью декомпрессии билиарной системы.

Результаты исследований и их обсуждение. Учитывая крайне высокий риск открытых хирургических вмешательств больным I группы по срокам показаниям (в течение 24–48 часов от госпитализации) осуществляли только билиодигестивного шунтирования, которое было выполнено 5 пациентам в 2 этапа (на первом этапе внешняя под холангиостом) – одно этапное, путем наложения различных типов билиодигестивных анастомозов. При этом удельный вес послеоперационных осложнений составлял 32,7%, а летальность – 17,3%. Средняя продолжительность их жизни после коррекции холестаза составила $(51,3 \pm 6,4)$ дней. Поэтому, актуальна разработка и клиническая апробация малоинвазивных технологий, способных заменить прямые хирургические вмешательства билиодигестивного на внутреннее эндоскопическое билиодигестивное, а по показаниям и гастродигестивное протезирование. Пациентам II группы коррекцию билиарной обструкции и нарушений эвакуации из желудка осуществляли эндоскопически, по срочным показаниям (в течение 24–48 часов от момента госпитализации), что предусматривало выполнение на первом этапе транспапиллярного стентирования пустой кишки зонда для энтерального питания. Через 7–10 дней интенсивной терапии, которая устраняла метаболические нарушения и холангит. Удельный вес послеоперационных осложнений у пациентов II группы составил 22,22 % при отсутствии летальности, что в 3,27 раза меньше, чем у пациентов контрольной группы. Эндобилиарный стент обеспечивал эффективную дренажную функцию желчевыводящих путей в 85,2 % случаев. Холангит, диагностируемый у четырех больных, был устранен путем целенаправленной антибиотикотерапии с учетом результатов посевов желчи на чувствительность микрофлоры к антибиотикам, санацией дренажа и интенсивной терапией. Эндобилиарные стенты эффективно функционировали на протяжении всей остальной жизни больных. Анализ эффективности дуоденального стентирования у больных опытной подгруппы показал клинически значимую успешность процедуры во всех случаях. Так, при начальном уровне орального питания в $(1,72 \pm 0,59)$ баллов, после хирургической коррекции он составлял $(2,53 \pm 0,54)$ баллов, что свидетельствует о безусловном улучшении перорального питания. Степень эффективности процедуры была разной. Так, из 27 пациентов в 21 дисфагические и диспепсические явления были ликвидированы. У 6 человек их выраженность становилась меньше, однако эти больные до самой смерти могли питаться перорально. При сравнительном анализе сроков пребывания в стационаре пациентов контрольной и опытной подгрупп установлено, что этот период составлял $(24,3 \pm 3,74)$ и $(8,7 \pm 0,91)$ суток соответственно, что свидетельствовало о несомненных преимущества эндоскопического протезирования билиарной системы перед традиционными методиками хирургического лечения больных. Средняя продолжительность жизни после хирургической коррекции у пациентов контрольной группы составляла $(51,3 \pm 6,41)$ дней, у больных опытной подгруппы — $(59,3 \pm 7,18)$ дней ($P \geq 0,05$). Как видим, разница продолжительности этих сроков статистически недостоверна, но меньшее количество осложнений и отсутствие летальности при замене открытых хирургических операций на малоинвазивные эндоскопические вмешательства в объеме стентирования обтурированных желчевыводящих путей и имеют безусловные преимущества.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что операцией выбора паллиативного хирургического лечения больных с нерезектабельной опухолью головки поджелудочной железы, осложненной механической желтухой и нарушениями эвакуации из желудка, с высоким риском оперативных вмешательств (ASA III), является выполнение эндоскопического транспапиллярного стентирования желчных путей стентами.

Заключение. Преимуществами эндоскопического стентирования билиарной системы тиноловыми стентами, по сравнению с выполнением открытых хирургических вмешательств, является быстрое восстановление физиологического пассажа желчи и желудочного содержимого. Процедура легче переносится больными, сопровождается меньшим количеством осложнений, уменьшением летальности, позволяет больным на вторые сутки начинать задаваться естественным образом.

Список литературы:

1. Гальперин, Э.И.. Классификация тяжести механической желтухи / Э.И. Гальперин // *Анналы хирургии, гепатол.* — 2012. — Т 17, №2. - С.26-33.
2. Гарин, А.М. Десять наиболее распространенных злокачественных опухолей / А.М. Гарин, И.С. Базин. - 2-е изд. - М.: МАКСПресс, 2010.-380с.
3. Гарин, А.М. Злокачественные опухоли пищеварительной системы / А.М. Гарин, И.С. Базин. - М.: Инфомедиа Паблишерз, 2003. -264с.
4. Глебов, К.Г. Эндоскопическое транспапиллярное стентирование желчных протоков металлическими самораскрывающимися эндопротезами / К.Г. Глебов, Т.Г. Дюжева, Н.А. Петрова и др. // *Аннал. хирургии гепатол.* - 2012. - Т. 17, №3. - С. 65-74.
5. Кудашкин, Н.Е. Стратегия радикального лечения опухолей периампулярной локализации, осложненных механической желтухой / Н.Е. Кудашкин, М.Г. Агафонова, А.Г. Котельников и др. // *Фарматека.* - 2012. - №8. - С.77-81.
6. Патютко, Ю.И. Криохирургическое лечение опухолей печени и поджелудочной железы, «Криохирургия. Современные методы и инновационные технологии» / Ю.И. Патютко, Д.В. Подлужный, И.В. Сагайдак и др. // *Материалы II международной научно-практической конференции 2012 г.* - СПб., 2012. - С.38.
7. Патютко, Ю.И. Опыт криохирургии при опухолях печени и поджелудочной железы / Ю.И. Патютко, Д.В. Подлужный, А.Г. Котельников и др. // *Материалы V съезда онкологов и радиологов СНГ 14-16 мая 2008 г., Ташкент.* - Ташкент, 2008. -С. 316.
8. Райимов, Г. Н., Салохиддинов, Н. А., & Рахматов, Д. Р. (2023). Современные подходы к диагностике и хирургическому лечению больных с повреждением поджелудочной железы. *ББК 51: 74.03 (ЗКур) М34, 22, 101.*
9. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 году / под ред. М.И.Давыдова Е.М. Аксель // *Вестник РОНЦ.* - 2011. - Т.22, №3, прил.1. - 172с.
10. Шевченко, Ю.Л. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме механической желтухи / Ю.Л. Шевченко, П.С. Ветшев, Ю.М. Стойко и др. // *Аннал. хирургии, гепатол.* - 2008. - Т. 13, №4. - С.96-105.
11. Rayimov, G. N., Kholmukhamedov, Z. R., Khasanov, B. T., Salokhiddinov, N. A., & Sotkinov, G. A. (2022). The role of minimally invasive technologies in the diagnosis and treatment of patients with acute destructive pancreatitis. *Czech Journal of Multidisciplinary Innovations, 11, 84-87.*
12. Rayimov, G. N., Kholmukhamedov, Z., Tillaboldiev, A. R., Dekhkonov, S. S., & Kosimov, S. K. (2023). Results of surgical treatment of destructive pancreatitis. In *BIO Web of Conferences* (Vol. 65, p. 05036). EDP Sciences.
13. Reed, J.C. Bcl-2 and the regulation of programmed cell death. / J.C. Reed // *J. Cell. Biol.* - 1994. - Vol. 124, N 1.- P. 1-6.
14. Riediger, H. Postoperative morbidity and long-term survival after pancreaticoduodenectomy with superior mesenterico-portal vein resection / H. Riediger, F. Makowiec, E. Fischer et al. // *J. Gastrointest. Surg.* - 2006. - Vol. 10, N8. - P. 1106-1115.