

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР»
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК 616.36/.37-002-006-089-084:615.277.3

На правах рукописи

МУРОДЗОДА АКБАР ИСМАТУЛЛО

**УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание учёной степени
доктора медицинских наук по специальностям:
3.1.17. Хирургия, 3.1.12. Онкология

Душанбе – 2026

Работа выполнена на базах ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и кафедры хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Научный консультант: **Махмадзода Фарух Исроил** - доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Официальные оппоненты: **Каприн Андрей Дмитриевич** - доктор медицинских наук, профессор, генеральный директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Хакимов Мурод Шавкатович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской и госпитальной хирургии №1 Ташкентской медицинской академии;

Кодиров Фарход Давронжонович - доктор медицинских наук, врач-хирург отделения желудка и кишечника, старший научный сотрудник ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан».

Ведущая организация: Самаркандский государственный медицинский университет

Защита диссертации состоится «15» сентября 2026 г. в « » часов на заседании диссертационного совета Д 6D.КОА-040 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» по адресу: Республика Таджикистан, 734026, г. Душанбе, ул. Сино 29-31, зал заседания диссертационного совета.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» и по электронному адресу: www.tajmedun.tj

Автореферат разослан « » « » 2026 г.

**Учёный секретарь
диссертационного совета
к.м.н., доцент**



Али-Заде С.Г.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Хирургическая патология гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ) включает широкий спектр заболеваний доброкачественного и злокачественного генеза. Это подтверждается исследованиями, посвящёнными «причинам возникновения и профилактике панкреатических свищей после резекционных операций на поджелудочной железе» [1, с. 79], а также «роли и месту миниинвазивных дренирующих вмешательств в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны у больных пожилого и старческого возраста» [7, с. 37].

Возрастающий интерес к данной проблеме отражён в работах, где представлены «анализ госпитальной заболеваемости раком поджелудочной железы на территории Красноярского края» [15, с. 61] и «результаты выполнения панкреатодуоденальной резекции в специализированном отделении многопрофильного стационара» [18, с. 54].

С учётом внедрения новых технологий диагностические и лечебно-тактические подходы при патологии ГПДЗ продолжают совершенствоваться, что нашло отражение в исследовании, посвящённом «эндоскопическому билиарному стентированию при опухолевой механической желтухе» [12, с. 59].

Значимую долю в структуре патологии органов ГПДЗ составляют доброкачественные и злокачественные новообразования, а также заболевания, сопровождающиеся нарушением проходимости желчных путей. Это подтверждается публикациями о «рациональном использовании сывороточных онкомаркеров в диагностике злокачественных опухолей поджелудочной железы» [21, с. 120], а также клиническими рекомендациями, посвящёнными «диагностике, лечению и последующему наблюдению пациентов с раком поджелудочной железы» [32, с. 667]. Перечисленные заболевания органов ГПДЗ тесно связаны с развитием панкреатита, билиарной гипертензии, механической желтухи и воспалительных осложнений билиарного тракта. В частности, в литературе отдельно рассматриваются вопросы диагностики и лечения

аутоиммунного панкреатита [5, с. 95], а также хирургического лечения хронического панкреатита [26, с. 804]. Однако, несмотря на высокую диагностическую информативность и лечебную эффективность, антеградные и ретроградные малоинвазивные вмешательства не лишены риска осложнений.

В литературе отдельно рассматриваются вопросы лечения осложнений чреспечёночных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периампулярными опухолями [8, с. 68], а также современные подходы к «антеградному билиарному стентированию: проблеме выбора стента» [6, с. 16]. В связи с этим вопросы профилактики, своевременной диагностики и коррекции послеоперационных осложнений сохраняют высокую клиническую значимость, что подчёркнуто в резолюции, посвящённой минимально инвазивным технологиям в лечении механической желтухи [23, с. 124].

Среди патологических состояний ГПДЗ особое место занимают объёмные процессы, представленные преимущественно злокачественными новообразованиями и хроническим панкреатитом с поражением головки ПЖ. Это подтверждается публикациями, посвящёнными диагностике и хирургическому лечению хронического панкреатита с поражением головки поджелудочной железы [16, с. 103], а также материалами по статистике злокачественных новообразований в России и странах СНГ [3, с. 226]. В целом статистические данные свидетельствуют о стабильно высокой клинической и социальной значимости опухолей поджелудочной железы, а имеющиеся наблюдения указывают на сохранение тенденции к росту заболеваемости [15, с. 61].

В структуре патологических состояний ГПДЗ значительную долю занимают хронические формы панкреатита, сохраняющие высокую клиническую значимость и формирующие выраженное медико-социальное бремя. Данный тезис находит отражение в рекомендациях Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита» [6, с. 70], а также в клинических рекомендациях по хирургическому лечению больных с указанной патологией [10]. Современные

авторы единогласны в том, что хронический панкреатит является прогрессирующим заболеванием, течение которого зачастую требует специализированных хирургических подходов [2, с. 51].

Значительная часть исследователей обосновывает преимущества органосохраняющих и дуоденумсберегающих вмешательств, что отражено в работах «Органосохраняющие и сегментарные резекции головки поджелудочной железы: анатомическое обоснование и хирургическая техника» [20, с. 100] и «Дуоденумсохраняющая резекция головки поджелудочной железы в сравнении с панкреатодуоденэктомией при лечении хронического панкреатита с увеличением головки поджелудочной железы: систематический обзор и метаанализ» [29, с. 1], доказывая их анатомическую и функциональную состоятельность в сравнении со стандартной панкреатодуоденэктомией.

В то же время сторонники более радикального подхода указывают на значимость резекционных операций, что отражено в публикациях «Лечение больных с хроническим панкреатитом - панкреатодуоденальная резекция или операция Фрея» [11, с. 15] и «Доказательные хирургические методы лечения хронического панкреатита - систематический обзор и метаанализ рандомизированных контролируемых исследований» [30, с. 489], аргументируя свою позицию сравнительными результатами панкреатодуоденальных резекций и изолированных дренирующих процедур, включая операцию Фрея.

Однако при злокачественных опухолях ГПДЗ, в том числе при раке ПЖ, одним из основных методов радикального хирургического лечения по-прежнему остаётся ПДР. Это подтверждается публикациями «Методологические аспекты и результаты панкреатодуоденальной резекции» [13, с. 15] и «Не все операции Уиппла одинаковы: предложение классификации панкреатодуоденэктомий» [34, с. 1456]. Ведущие клиники демонстрируют тенденцию к снижению послеоперационной летальности после ПДР, однако частота послеоперационных осложнений остаётся значительной, что подчёркнуто в исследовании о панкреатической фистуле после панкреатодуоденэктомии и её связи с послеоперационной заболеваемостью [25, с. 46]. Вместе с тем данные

литературы не позволяют считать вопрос выбора оптимального метода лечения окончательно решённым. Это подчёркивается в работе, где указано, что «паллиация с помощью эндоскопических металлических стентов может быть предпочтительнее хирургического вмешательства у пациентов с обструктивной аденокарциномой головки поджелудочной железы» [33, с. 1104]. Данное положение, по существу, отражает продолжающуюся дискуссию о показаниях к хирургическим и эндоскопическим паллиативным подходам. В этой связи выбор метода декомпрессии должен основываться на распространённости опухолевого процесса, ожидаемой продолжительности жизни, технической доступности вмешательства и общем состоянии пациента [35, с. 1415]. В литературе отдельно рассматривается вопрос о том, что необходимо знать хирургам о мезопанкреасе [31, с. 2621], а также анализируются особенности сосудистой реконструкции при операциях Уиппла [32, с. 95].

Сохраняет актуальность клинико-морфологическое обоснование выбора лечебной тактики у больных с опухолевыми поражениями данной анатомической зоны, что находит отражение в исследовании, посвящённом морфологической оценке распространённости протоковой аденокарциномы поджелудочной железы [19, с. 130]. Не меньший интерес представляет оценка возможностей комбинированного лечения резектабельного рака ПЖ. Это подтверждается современными данными о периоперационной химиотерапии и химиолучевой терапии у пациентов с резектабельной и погранично-резектабельной аденокарциномой поджелудочной железы [36, с. 282], а также результатами исследования, в котором сравнивались неoadъювантная химиолучевая терапия и немедленная операция при резектабельном и погранично-резектабельном раке поджелудочной железы [37, с. 1763].

В литературе отдельно рассматриваются факторы риска и профилактика послеоперационного панкреатита при резекционных вмешательствах на поджелудочной железе [22, с. 4], а также причины возникновения и профилактика панкреатических свищей после резекционных операций на поджелудочной железе [1, с. 79]. В литературе подчёркивается значение

комплексного подхода к ведению периоперационного периода у больных [10, с. 43]. Также обсуждаются фармакокинетические и клинические аспекты внутривенной аэрозольной химиотерапии под давлением [21, с. 1112].

В совокупности это подчёркивает необходимость дальнейшей разработки и совершенствования способов профилактики интраоперационных и послеоперационных осложнений, поскольку именно такой подход позволяет рассчитывать на улучшение непосредственных и отдалённых результатов лечения у данной тяжёлой категории больных [24, с. 5].

Степень изученности научной темы. Следует подчеркнуть, что проблеме диагностики и лечения заболеваний ГПДЗ посвящён значительный массив современных исследований, в рамках которых достигнуты существенные успехи как в совершенствовании хирургической техники, так и в уточнении анатомо-онкологических аспектов вмешательств. Эти данные свидетельствуют о продолжающемся углублении представлений о технически сложных и прогностически значимых компонентах хирургии ГПДЗ.

Особое место в последние десятилетия занимает изучение возможностей периоперационной терапии у больных со злокачественными новообразованиями ГПДЗ. В этой связи заслуживают внимания как работы, посвящённые профилактике осложнений после резекционных вмешательств на поджелудочной железе [1, с. 79], так и исследования, в которых показано значение послеоперационного течения и панкреатической фистулы для общей заболеваемости после панкреатодуоденэктомии [19, с. 46]. Вместе с тем при выборе лечебной тактики принципиальное значение приобретает корректная дифференциальная диагностика между хроническим панкреатитом и раком поджелудочной железы, что подчёркнуто в работе, посвящённой разграничению хронического панкреатита и рака поджелудочной железы [25, с. 395].

Очевидна необходимость разработки более чёткого алгоритма выбора оперативных вмешательств при ХП, который позволил бы минимизировать риск пропущенного операбельного рака и одновременно обеспечивать приемлемое качество жизни пациентов. В этом отношении представляют интерес данные о

дифференцированном подходе к хирургическому лечению опухолевых заболеваний панкреатодуоденальной зоны [3, с. 49], а также материалы, посвящённые современным минимально инвазивным технологиям в лечении механической желтухи [18, с. 124].

Одним из перспективных направлений улучшения результатов лечения больных с опухолями ГПДЗ остаётся клиничко-морфологическое обоснование комбинированного подхода. Наряду с этим продолжается поиск новых противоопухолевых технологий. Так, в современной литературе обсуждаются, с одной стороны, фармакокинетические и клинические аспекты внутрибрюшной аэрозольной химиотерапии под давлением [21, с. 1112], а с другой - более широкие перспективы радикализации лечения рака поджелудочной железы [22, с. 232]. В совокупности это отражает устойчивое стремление специалистов к разработке более эффективных и патогенетически обоснованных методов лечения патологии ГПДЗ.

В публикациях последних лет прослеживается устойчивая тенденция к расширению показаний и накоплению положительного опыта применения внутрибрюшной аэрозольной химиотерапии под давлением. Это подтверждается данными работ, в которых рассматриваются обоснование, доказательная база и потенциальные показания данного метода [30, с. 368], равно как и трудами, посвящёнными его фармакокинетическим и клиническим аспектам [21, с. 1112]. Указанные публикации свидетельствуют о том, что внутрибрюшная аэрозольная химиотерапия под давлением постепенно занимает всё более заметное место в системе комбинированного лечения больных с распространёнными злокачественными новообразованиями брюшной полости. Наряду с этим в современной хирургии ГПДЗ всё более значимым направлением становится совершенствование «комплексного подхода к ведению периоперационного периода у больных» [14, с. 43], что позволяет рассматривать внедрение программы Fast Track как перспективный путь улучшения непосредственных результатов хирургического лечения.

С учётом изложенного приобретение в нашем центре оборудования для внутрибрюшной аэрозольной химиотерапии под давлением создало предпосылки для изучения эффективности данного метода у пациентов со злокачественными новообразованиями поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки и большого дуоденального сосочка. Одновременно адаптация программы ускоренного восстановления после операции к ведению этой категории больных представляет собой новое и практически значимое направление для онкологии Республики Таджикистан. Именно данным положениям посвящена настоящая диссертационная работа.

Связь исследования с программами (проектами) и научной тематикой.

Диссертационная работа выполнена в рамках научно-исследовательского проекта ГУ «РОИЦ» МЗиСЗН РТ «Своевременная диагностика, лечение и профилактика злокачественных опухолей пищевода и желудка в Республике Таджикистан» (период выполнения: 2021-2025 годы; государственный регистрационный номер №0118ТJ00935), финансируемого из государственного бюджета, а также в рамках практической реализации Программы профилактики и контроля онкологических заболеваний в Республике Таджикистан на 2025-2029 годы, утверждённой Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 29 мая 2025 года, №327.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны путём разработки патогенетически обоснованных методов профилактики интра- и послеоперационных осложнений, и комплексных комбинированных методов лечения.

Задачи исследования:

1. Изучить современные методы диагностики заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны и разработать на их основе оптимальный диагностический алгоритм.

2. Провести клинико-морфологическое обоснование применения комбинированного метода лечения у пациентов с новообразованиями гепатопанкреатодуоденальной зоны.

3. Изучить возможности и эффективность периперационной химиолучевой терапии у пациентов с резектабельным раком поджелудочной железы.

4. Разработать критерии дифференцированной хирургической тактики, включая малоинвазивные вмешательства, при заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной зоны.

5. Оценить эффективность внутрибрюшной аэрозольной химиотерапии под давлением (pressurised intraperitoneal aerosol chemotherapy), а также непосредственные результаты применения Fast Track у пациентов с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны.

6. Установить факторы, предрасполагающие к развитию специфических осложнений в послеоперационном периоде у пациентов, перенёвших хирургическое вмешательство на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны.

7. Разработать усовершенствованные методы профилактики как интраоперационных, так и послеоперационных осложнений, возникающих при выполнении различных видов оперативных вмешательств на данной анатомической области.

8. Оценить эффективность предложенной дифференцированной хирургической тактики путём сравнительного анализа результатов оперативного лечения заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны с применением разработанных методик.

Объект исследования. 216 пациентов с хирургическими патологиями ГПДЗ (99 больных - ретроспективная группа и 117 - проспективная группа).

Предмет исследования. Результаты клинико-лабораторных, лучевых методов исследования заболеваний ГПДЗ, различные способы коррекций, с применением малоинвазивных технологий, в сравнении с традиционными оперативными вмешательствами.

Научная новизна исследования. Определено клинико-морфологическое обоснование применения комбинированного метода лечения у пациентов с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны. Оценены возможности и клиническая эффективность периоперационной химиолучевой терапии у больных с резектабельным раком поджелудочной железы.

Доказана диагностическая значимость магнитно-резонансной холангиопанкреатографии, а также показателей цитокинов и С-реактивного белка при верификации степени тяжести механической желтухи у пациентов с патологией ГПДЗ. Определены критерии выбора дифференцированной хирургической тактики, включая малоинвазивные вмешательства при заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Оценены непосредственные результаты применения программы Fast Track у пациентов с заболеваниями ГПДЗ. На основании проведённого исследования выявлены факторы, влияющие на развитие специфических послеоперационных осложнений при хирургическом лечении данной патологии. Разработаны алгоритмы диагностики и лечения стриктур гепатикохоледоха.

Предложен алгоритм ведения пациентов с объёмными образованиями поджелудочной железы на фоне хронического панкреатита. Разработан способ комбинированного пункционно-видеоэндоскопического малоинвазивного хирургического лечения доброкачественных очаговых образований гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Разработан способ профилактики несостоятельности и рестриктур сформированных билиодигестивных анастомозов. Определены критерии выбора метода лечения хронического панкреатита в зависимости от ведущего механизма болевого синдрома.

Предложен алгоритм малоинвазивной декомпрессии при механической желтухе у пациентов с патологией ГПДЗ. Разработаны алгоритмы лечения рака поджелудочной железы, в том числе его резектабельных форм.

Обоснована лечебная тактика периоперационной малоинвазивной декомпрессии билиарного дерева при злокачественных новообразованиях ГПДЗ,

осложнённых механической желтухой. Данный подход основан на индивидуализированном выборе метода декомпрессии с учётом клинической ситуации.

Установлено, что разработанные малоинвазивные декомпрессионные вмешательства в периоперационном периоде у больных со злокачественными заболеваниями ГПДЗ позволяют провести полноценную подготовку к радикальным резекционным операциям и повысить вероятность их благоприятного исхода.

Разработан способ малоинвазивного лечения больных с опухолевой механической желтухой, сопровождающейся картиной гнойного холангита при патологии ГПДЗ. Уточнены и усовершенствованы критерии включения и исключения пациентов со злокачественными заболеваниями ГПДЗ для ведения по программе Fast Track. Пересмотрены показания к выполнению ускоренной операции у больных раком поджелудочной железы и фатерова сосочка.

Положения, выносимые на защиту:

1. Установлено, что алгоритм диагностики патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны, включающий клинико-лабораторное обследование, эндоскопические методы, в том числе видеоэндоскопию и ЭРХПГ, лучевые методы визуализации, включая УЗИ, МСКТ, МРХПГ и ЧЧХГ, а также малоинвазивную декомпрессию билиарного дерева под УЗИ-контролем, обеспечивает эффективную предоперационную подготовку больных к выполнению радикальных резекционных вмешательств.

2. Доказано, что выбор комбинированного метода лечения новообразований гепатопанкреатодуоденальной зоны и его клиническая обоснованность определяются полнотой комплексной дооперационной клинико-морфологической верификации опухолевого процесса.

3. Обосновано, что периоперационная химиолучевая терапия у пациентов с резектабельным раком поджелудочной железы при наличии соответствующих показаний является одним из значимых условий улучшения исходов заболевания.

4. Показано, что внутрибрюшная аэрозольная химиотерапия под давлением при своевременном применении сопровождается уменьшением выраженности патологических изменений на 50-60% и снижением объёма асцитической жидкости в брюшной полости в 3 раза.

5. Установлено, что реализация программы Fast Track у пациентов с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны возможна только при согласованной междисциплинарной работе с участием онкологов, хирургов, анестезиологов-реаниматологов, радиологов, нутрициологов, клинических фармакологов и медицинских сестёр. Доказано, что именно такой организационный подход создаёт практическую основу для внедрения программы Fast Track в хирургию рака поджелудочной железы в Республиканском онкологическом научном центре Республики Таджикистан.

6. Выявлено, что к основным факторам развития специфических послеоперационных осложнений при хирургическом лечении заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны относятся: неполноценная периоперационная верификация процесса, несвоевременная коррекция желчестаза, отсутствие либо недостаточная предоперационная химиолучевая терапия, а также невысокий уровень квалификации специалиста. Обосновано, что разработанные и усовершенствованные способы профилактики интраоперационных и послеоперационных осложнений при вмешательствах на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны позволяют существенно улучшить непосредственные результаты хирургического лечения данной категории больных.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Анализ результатов интраоперационной биопсии при верификации объёмных образований гепатопанкреатодуоденальной зоны показал возможность получения ложноотрицательных результатов. При осложнённых формах образований ГПДЗ, сопровождающихся механической желтухой и дуоденальной непроходимостью, но без прорастания в соседние сосудистые и органные структуры, обосновано выполнение резекционного вмешательства.

Разработанные алгоритмы ведения пациентов с объёмными образованиями поджелудочной железы на фоне хронического панкреатита, предложенный способ комбинированного малоинвазивного хирургического лечения доброкачественных очаговых образований ГПДЗ и алгоритм выбора тактики при механической желтухе позволяют подобрать адекватный метод лечения, снизить частоту послеоперационных осложнений и уменьшить летальность.

Программа Fast Track у пациентов с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны обоснована и рекомендована к клиническому применению в Республике Таджикистан. Она может служить основой для дальнейшего развития научно-практического направления, связанного с совершенствованием стандартов ведения данной тяжёлой категории больных.

Разработаны и внедрены в клиническую практику алгоритмы малоинвазивной декомпрессии при механической желтухе у пациентов с патологией ГПДЗ, а также алгоритмы лечения рака поджелудочной железы, включая его резектабельные формы. Доказана их эффективность и определены показания к применению в рамках разработанного лечебно-диагностического подхода. Установлено, что малоинвазивные декомпрессионные вмешательства в периоперационный период у больных со злокачественными заболеваниями ГПДЗ позволяют провести подготовку к радикальным резекционным операциям и повысить вероятность их благоприятного исхода.

Предложенный способ малоинвазивного лечения больных с опухолевой механической желтухой, протекающей с клинической картиной гнойного холангита при патологии ГПДЗ, способствует улучшению результатов лечения опухолей данной локализации.

Степень достоверности результатов диссертации. Результаты исследования, положения, выносимые на защиту, и практические рекомендации основаны на анализе достаточного объёма клинического материала, применении современных информативных методов диагностики и использовании различных хирургических вмешательств при патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны. Основные положения

работы отражены в опубликованных научных трудах и статьях, вышедших в рецензируемых изданиях Республики Таджикистан.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Тема диссертации «Улучшение результатов комплексного хирургического лечения заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны» соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 3.1.17. Хирургия, в частности разделам III.1, III.6, III.7 и III.8, а также специальности 3.1.12. Онкология, в частности разделам III.3, III.5, III.6 и III.7, относящимся к области исследования данной специальности.

Методология и дизайн диссертации, применённые диагностические и лечебные подходы соответствуют современным направлениям онкохирургии, включая хирургию гепатопанкреатобилиарной системы. Совокупность представленных данных свидетельствует о том, что тема и содержание диссертационной работы полностью соответствуют заявленным научным специальностям.

Личный вклад соискателя учёной степени в исследование. Обзор доступной литературы, разработка дизайна исследования, сбор собственного клинического материала, анализ результатов обследования и данных пациентов с хирургической патологией ГПДЗ за 1999-2025 гг., статистическая обработка полученных данных, подготовка глав диссертации, формулирование выводов и практических рекомендаций выполнены автором лично.

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные положения диссертационной работы были представлены на следующих научных форумах: International Conference of the Korean Pancreatobiliary Association (Сеул, Республика Корея, 2022), International Conference of Surgeons of Azerbaijan, посвящённой 60-летию Института хирургии имени академика М. Топчибашева (Баку, 2022), 18th World Congress of Endoscopic Surgery (Пусан, Республика Корея, 2022), 70-й юбилейной научно-практической конференции ТГМУ имени Абуали ибни Сино с международным участием «Современная медицина: традиции и инновации» (Душанбе, 2022), International Pancreatobiliary Meeting

(Инчхон, Республика Корея, 2023), Multidisciplinary International Conference Liver Week (Инчхон, Республика Корея, 2023), 20th International Eurasian Congress of Hepatogastroenterology and Surgery, НЕВІРА (Баку, 2024), 4th World Congress of GI Endoscopy (Сеул, Республика Корея, 2024), 53rd Congress of the Korean Society of Endo-Laparoscopic and Robotic Surgery and 14th International Symposium (Сеул, Республика Корея, 2024), International Society of Liver Surgeons Single Topic Symposium (Сеул, Республика Корея, 2024), Юбилейном конгрессе Российского общества эндоскопических хирургов (Москва, 2025), 56th Congress of KSERS and 15th International Symposium (Сеул, Республика Корея, 2025). Результаты исследования также обсуждены на заседании учёного совета ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ с участием сотрудников ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», протокол № 1 от 3 октября 2025 года.

Публикации по теме диссертации. По материалам диссертации опубликовано 27 научных работ, из них 16 статей в журналах, рецензируемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан. Получен один патент на изобретение и одно удостоверение на рационализаторское предложение.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 308 страницах машинописного текста и включает: введение, обзор литературы, 6 глав собственных исследований, обсуждение результатов, выводы и практические рекомендации. Библиографический список содержит 64 источника на русском языке и 304 на иностранных языках. Работа иллюстрирована 80 рисунками и 55 таблицами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Настоящее исследование проведено на клинических базах кафедры хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» и ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. В исследовательскую когорту

включены 216 пациентов с хирургической патологией органов ГПДЗ, проходивших стационарное лечение в период с 1999 по 2023 годы.

Дизайн исследования предполагал разделение пациентов на две группы: основную группу, включавшую 117 пациентов (54,2%), для которых применялись модифицированные и инновационные методики диагностики и лечения, и группу сравнения из 99 пациентов (45,8%), получавших стандартную диагностику и лечение. В целом 32,4% исследуемого материала составили доброкачественные заболевания печени: эхинококкоз печени - 41 (58,6%), непаразитарные кисты печени - 13 (18,6%), абсцессы печени - 9 (12,8%) и гемангиома - 7 (10,0%).

Злокачественные новообразования ПЖ имели место у 72 (33,3%) пациентов, в том числе у 34 (29,0%) пациентов основной группы и 38 (38,4%) пациентов группы сравнения. Доброкачественные заболевания ПЖ, включая хронический панкреатит и доброкачественные очаговые образования ПЖ, выявлены соответственно у 9 (4,2%) и 4 (1,8%) пациентов: хронический панкреатит - у 6 больных основной группы и у 3 больных группы сравнения; доброкачественные очаговые образования ПЖ - по 2 пациента в каждой группе.

Патология ЖВС, в том числе большого дуоденального сосочка, также относится к числу тяжёлых заболеваний ГПДЗ. При этом поражения злокачественного генеза составили 28 (13,0%) случаев, доброкачественного генеза - 20 (9,2%) случаев. Из общего числа обследованных пациентов мужчины составили 132 (61,1%) человека, женщины - 84 (38,9%). Следует отметить, что возраст пациентов различался в зависимости от характера патологии, однако в большинстве случаев не превышал 60 лет. Таким образом, основную часть исследуемой когорты составляли лица зрелого и трудоспособного возраста, что подчёркивает не только клиническую, но и социальную значимость изучаемой проблемы.

Доброкачественная патология ГПДЗ составила 47,7% (n=103), в том числе 56 случаев в основной группе и 47 случаев в группе сравнения. Злокачественная

патология ГПДЗ составила 52,3% (n=113), в том числе 61 случай в основной группе и 52 случая в группе сравнения (таблица 1).

Предоперационную химиотерапию до госпитализации в стационар получили 93,7% пациентов с раком головки ПЖ и 53,8% пациентов с раком тела и хвоста ПЖ. В 46,7% и 30,8% наблюдений терапия проводилась в виде химиоинфузии, а в 24,1% случаев в целом, при наличии соответствующих показаний, химиотерапия сочеталась с лучевой терапией.

Таблица 1. - Распределение больных с раком поджелудочной железы, в зависимости от метода лечения и локализации процесса (при госпитализации в стационар)

Метод лечения	Локализация		Всего
	ГПЖ (n=16)	ТнХПЖ (n=13)	
Предоперационная химиотерапия (ПХ)	15 (93,7%)*	7 (53,8%)*	22 (75,9%)
Адьювантная химиотерапия (АХ)	7 (46,7%)	4 (30,8%)	11 (37,9%)
АХ + лучевая терапия	5 (31,2%)	2 (15,4%)	7 (24,1%)
ХЭ + дренирование ГХ	4 (25,0%)	-	4 (13,8%)
Холедоходуоденоанастомоз	2 (12,5%)	1 (7,7%)	3 (10,3%)
Холедохоэнетроанастомоз	2 (12,5%)	1 (7,7%)	3 (10,3%)

* Примечание: ГПЖ - головка поджелудочной железы, ТнХПЖ - тело и хвост поджелудочной железы, ХЭ - холецистэктомия, ГХ - гепатикохоледох; *один и тот же пациент после паллиативных декомпрессионных вмешательств получил определённые курсы химиотерапии. Трое пациентов с нейроэндокринными опухолями ПЖ были госпитализированы первично в стационар, без предварительного получения ПХ и паллиативных операций.

У 4 (25,0%) пациентов с раком головки ПЖ по неустановленным причинам первично были выполнены холецистэктомия и дренирование ГХ, у 3 (10,3%) - ХДА и у 3 (10,3%) - ХЭА, что в последующем привело к прогрессированию патологического процесса. Следует отметить, что с учётом тяжести и степени поражения ПЖ пациенты получили разное количество курсов ХИ: 1 курс ХИ получил 1 (3,4%) пациент, 2 курса - 3 (10,3%), 3 курса - 4 (25,0%), 4 курса - 3 (10,3%) и 5 курсов - 1 пациент (таблица 2).

Практически все пациенты со злокачественными образованиями ГПДЗ обращались в клинику на осложнённых стадиях опухолевого процесса. Так, у 100 (46,3%) пациентов с РПЖ (n=69), нейроэндокринными опухолями ПЖ (n=3), раком большого дуоденального сосочка (n=22), раком желчного пузыря (n=2) и раком дистального отдела ГХ (n=4) при госпитализации отмечалась клиническая картина МЖ различной степени тяжести.

Таблица 2. – Распределение больных с раком желчного пузыря, дистального отдела гепатикохоледоха, 12-перстной кишки и фатерова сосочка, в зависимости от метода лечения и локализации процесса (при госпитализации в стационар)

Метод лечения	Локализация			Всего
	ЖП и ГХ (n=6)	12 п/к (n=13)	БДС (n=22)	
Предоперационная химиотерапия	2 (33,3%) *	7 (53,8%) *	13 (59,1%)	22 (53,6%)
Адьювантная химиотерапия (АХ)	1 (16,7%)	4 (30,8%)	2 (9,1%)	7 (17,1%)
АХ + лучевая терапия	1 (16,7%)	2 (15,4%)	3 (13,6%)	6 (14,6%)
Дренирование ГХ	2 (33,3%)	-	-	2 (4,9%)
Стентирование вирсунгова протока	-	-	2 (9,1%)	2 (4,9%)
Эндоскопическая остановка КК	-	3 (23,1%)	-	3 (7,3%)

Примечание: *один и тот же пациент после паллиативных декомпрессионных вмешательств получил определённые курсы химиотерапии. 4 пациента с леймиосаркомой 12-перстной кишки были госпитализированы первично в стационар, без предварительного получения ХИ и паллиативных операций; КК - кишечные кровотечения.

У 11 (5,1%) больных с с-г (n=11) и у 4 больных с лейомиосаркомой двенадцатиперстной кишки (ДК) также имели место осложнённые формы патологии, такие как постгеморрагическая анемия тяжёлой степени и клиническая картина стеноза ДК (таблица 3).

Таблица 3. - Показатели уровня билирубина у пациентов с картиной механической желтухи до операции (%)

Уровень билирубина (ммоль/л)	Основная группа (n=55)	Контрольная группа (n=45)	р	Всего (n=100)
От 21 до 99,0	11 (20,0%)	7 (15,5%)	>0,05*	18 (18,0%)
От 100 до 299,0	27 (49,1%)	24 (53,3%)	>0,05	51 (51,0%)
Свыше 300,0	17 (30,9%)	14 (31,1%)	>0,05	31 (31,0%)

*Примечание: р - статистическая значимость различия показателей между группами (критерий χ^2 , *с поправкой Йетса).

С клинической картиной МЖ тяжёлой степени были госпитализированы 33 (30,8%) пациента со злокачественной патологией ПЖ, ДК и БДС (n=107; 31,6% и 30,0% соответственно в сравниваемых группах).

Значительная часть исследуемой когорты - 192 пациента (88,9%) - имела сопутствующие патологические состояния. При этом наиболее частой сопутствующей патологией были заболевания ССС, отмеченные у 164 (75,9%) пациентов. Сахарный диабет имел место в 51 (23,6%) наблюдении.

Всем пациентам с эхинококкозом печени как в основной (n=21), так и в контрольной группе (n=20) выполнены различные виды резекций печени. В 7

(3,2%) наблюдениях гемангиомы печени также выполнены резекции печени. Во всех случаях пациенты основной группы с непаразитарными кистами печени (n=7) и абсцессами печени (n=5) были пролечены с применением малоинвазивных вмешательств (таблица 4).

Таблица 4. - Сравнительная характеристика основной и контрольной групп пациентов с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны (n=216)

Показатель		Группа больных		p
		основная (n=117)	контрольная (n=99)	
Мужчины, абс (%)		73 (62,4)	59 (59,6)	>0,05
Женщины, абс (%)		44 (37,6)	40 (40,4)	
Возраст <60 лет/> 60 лет (%)		19 (16,2)	15 (15,2)	>0,05
Средний возраст, лет (M±SD)		52,1±6,7	52,8±6,3	>0,05 [#]
Локализация процесса в ГПДЗ	Доброкачественные (%):	56 (47,9)	47 (47,5)	>0,05
	Эхинококкоз печени	21 (17,9)	20 (20,2)	>0,05
	Гемангиома печени	4 (3,4)	3 (3,0)	>0,05 ^{**}
	Непаразитарные кисты печени	7 (6,0)	6 (6,1)	>0,05 [*]
	Абсцесс печени	5 (4,3)	4 (4,0)	>0,05 ^{**}
	Стриктура холедоха	11 (9,4)	9 (9,1)	>0,05 [*]
	Хронический панкреатит	6 (5,1)	3 (3,0)	>0,05 ^{**}
	ДООПЖ	2 (1,7)	2 (2,0)	>0,05 ^{**}
	Злокачественные (%):	61 (52,1)	52 (52,5)	>0,05
	Рак поджелудочной железы	38 (32,5)	34 (34,3)	>0,05
	Лейомиосаркома ДК	1 (0,8)	2 (2,0)	>0,05 ^{**}
	Рак ДК кишки	5 (4,3)	5 (5,0)	>0,05 ^{**}
	Рак фатерова сосочка	13 (11,1)	9 (9,1)	>0,05 [*]
	Рак желчного пузыря	1 (0,8)	1 (1,0)	>0,05 ^{**}
Рак дистального отдела холедоха	3 (2,6)	1 (1,0)	>0,05 ^{**}	
Стадия, TNM	I	17 (14,5)	14 (14,1)	>0,05
	II	21 (17,9)	17 (17,2)	>0,05
	III	23 (19,6)	21 (21,2)	>0,05
	IV	-	-	
Наличие механической желтухи		55 (47,0)	45 (45,5)	>0,05
Длительность МЖ > 3 нед.		18 (15,4)	19 (19,2)	>0,05
Средний общий билирубин при госпитализации		167,0±141,3	173,1±148,9	>0,05 [#]
Наличие постгеморрагической ане - мии		11 (9,4)	9 (9,1)	>0,05 [*]
Длительность анемии > 3 недели		10 (8,5)	8 (8,1)	>0,05 [*]
Средний уровень гемоглобина, г/л		92,1±9,4	93,6±9,9	>0,05 [#]
	малоинвазивная*	12 (10,2)	-	
	Паллиативная	12 (10,2)	63 (63,6)	<0,001
	Радикальная	98 (83,8)	36 (36,4)	<0,001
	XI + лучевая терапия	117 (100)	99 (100)	

*Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (критерий χ^2 , *с поправкой Йетса, **точный критерий Фишера, #по U-критерию Манна-Уитни).

Доброкачественные очаговые образования печени. В материалы настоящего исследования были включены 70 пациентов с доброкачественной патологией печени: эхинококкоз печени - 41 (58,6%), гемангиома печени - 7 (10,0%), непаразитарные кисты печени - 13 (18,6%) и абсцессы печени - 9 (12,8%) (таблица 5).

Таблица 5. - Структура ранних внутрибрюшных послеоперационных осложнений (n=420)

Клиническая форма	Основная группа			Контрольная группа*		
	абс.	м	ж	абс.	м	ж
ЭКП	21 (56,7)	9 (24,3)	12 (32,4)	20 (60,6)	7 (21,2)	13 (39,4)
Гемангиома	4 (10,8)	3 (8,1)	1 (2,7)	3 (9,1)	1 (3,0)	2 (6,1)
НКП	7 (18,9)	5 (13,5)	2 (5,4)	6 (18,2)	3 (9,1)	3 (9,1)
Абсцессы печени	5 (13,5)	4 (10,8)	1 (2,7)	4 (12,1)	3 (9,1)	1 (3,0)
Всего:	37 (52,8)	21 (56,7)	16 (43,2)	33 (47,2)	14 (42,4)	19 (57,6)

*Примечание: ЭКП - эхинококковая киста печени, НКП - непаразитарные кисты печени, *p>0,05 при сравнении показателей между группами (по точному критерию Фишера).

Следует отметить, что 58,6% (n=41) доброкачественных очаговых образований печени составили пациенты с ЭКП, что, по сути, соответствует литературным данным.

Группу пациентов с патологиями ПЖ составили 85 (39,3%) человек. Из доброкачественных патологий ПЖ: 10,6% (n=9) составили пациенты с хроническим панкреатитом, 4,7% (n=4) - доброкачественными опухолями ПЖ (ДООПЖ). Основную долю больных с патологиями ПЖ составили РПЖ (72 больных или 84,7%) (таблица 6).

Таблица 6. - Структура клинических форм очаговых образований ПЖ (n=85)

Клиническая форма	Основная группа			Контрольная группа		
	абс.	м	ж	абс.	м	ж
Доброкачественные заболевания поджелудочной железы						
Хр. панкреатит	6 (13)	4 (66,7)	2 (33,3)	3 (7,7)	3 (100)	-
ДООПЖ	2 (4,3)	2 (100)	-	2 (5,1)	2 (100)	-
Злокачественные очаговые образования поджелудочной железы						
РПЖ	38 (82,6)	24 (63,1)	14 (36,9)	34 (87,2)	22 (64,7)	12 (35,3)
Всего:	46 (54,1)	30 (65,2)	16 (34,8)	39 (45,9)	27 (69,2)	12 (30,8)

*Примечание: РПЖ - рак поджелудочной железы, *p>0,05 при сравнении показателей между группами (по точному критерию Фишера).

Группу больных с патологией ЖВС составили 26 (12,0%) человек, из них стриктура ГХ выявлена у 13 (50,0%), киста ГХ - у 7 (26,9%), рак желчного пузыря

- у 2 (7,7%) и рак дистального отдела ГХ - у 4 (15,4%). Следует отметить, что большинство пациентов с патологией ЖВС составили мужчины - 18 (69,3%), женщин было 8 (30,7%). Анализ причин развития стриктур ГХ показал, что в 76,9% случаев они имели травматический характер и возникали после ранее проведённых вмешательств на желчном пузыре и ГХ. На фоне хронического панкреатита стриктура ГХ развилась у 2 (15,4%) больных, на фоне склерозирующего холангита - у 1 (7,7%) больного. Закономерно, что лучевые и эндоскопические методы исследования являются ключевыми в верификации диагноза и определении объёма оперативных вмешательств (рисунок 1).

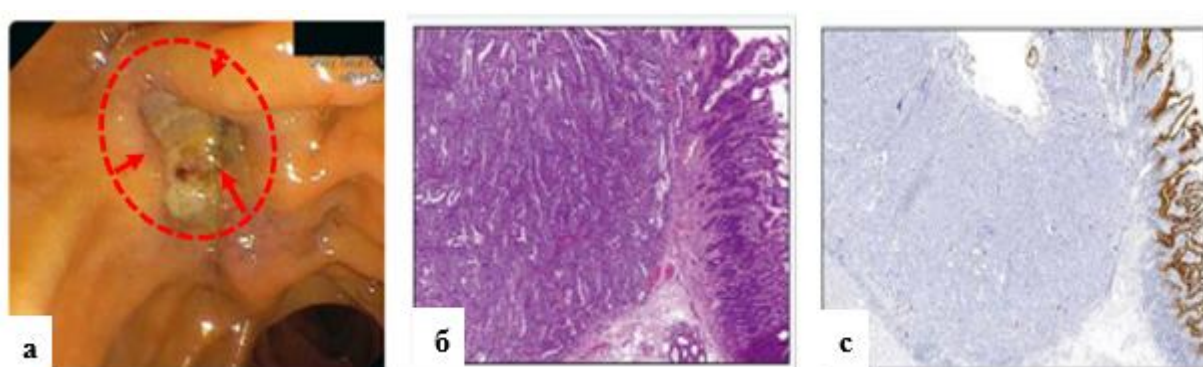


Рисунок 1. - Видеозэндоскопия. Язвенный рост опухоли большого дуоденального сосочка. Гистологическое исследование. Ампулярная карцинома.

В этом аспекте правильная предоперационная диагностика и стадирование злокачественных образований, в частности ампулярных карцином, с помощью морфологических исследований имеют решающее значение для определения прогноза и выбора оптимальной стратегии лечения (рисунок 2).

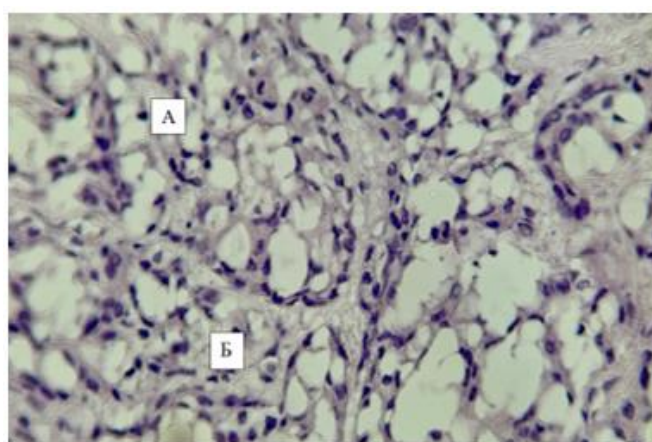


Рисунок 2. - На микропрепарате 40×0,65 кубовидные, многогранные, уплощённые клетки с умеренной ядерной атипией и низкой митотической активностью (менее 6 на 10 полях зрения), формирующие папиллярные неразветвлённые сосочки с фиброзной стромой. Окраска гематоксилин-эозином

Доброкачественные новообразования ГПДЗ в нашем исследовании выявлены у 83 (38,4%) пациентов: в основной группе - у 45 больных, в контрольной группе - у 38. В эту группу дополнительно были включены ещё 20 пациентов со стриктурой ГХ и кистой ГХ - 13 и 7 больных соответственно.

Распределение пациентов с ЭКП и ГП согласно делению печени, на сегменты по С. Couinaud (1957) показало более частое поражение правой доли печени как при ЭКП (n=27), так и при ГП (n=6). В целом поражение правой доли имело место у 33 (68,7%) больных, левой доли - у 15 (31,3%). Соответственно, во всех случаях при ЭКП, как и при ГП, по показаниям были выбраны резекционные методы операций - как анатомические, так и неанатомические (таблица 7).

Таблица 7. - Характер оперативных вмешательств при гемангиомах и эхинококковых кистах печени, абс (%)

Способ операции	ОГ		КГ	
	ГП (n=4)	ЭКП (n=21)	ГП (n=3)	ЭКП (n=20)
Атипичная резекция ПД	2 (50)	9 (42,8)	2 (66,7)	5 (25)
Атипичная резекция ЛД	-	3 (14,3)	-	7 (35)
ПГГЭ	-	3 (14,3)	-	2 (10)
ЛГГЭ	1 (25)	1 (4,8)	-	1 (5)
Сегментэктомия	1 (25)	2 (9,6)	1 (33,3)	3 (15)
Резекция до 3 сегментов ПД	-	3 (14,3)	-	2 (10)
Всего:	4 (100)	21 (100)	3 (100)	20 (100)

*Примечание: ПД - правая доля, ЛД - левая доля, ПГГЭ - правосторонняя гемигепатэктомия, ЛГГЭ - левосторонняя гемигепатэктомия.

Наибольшая частота послеоперационных осложнений зарегистрирована в группе пациентов после анатомических резекций печени. В основной группе послеоперационные осложнения развились у 3 пациентов (14,3%), летальный исход отмечен в 1 случае (4,8%). В контрольной группе зарегистрирована более высокая частота осложнений - 6 случаев (26,1%) и летальности - 2 случая (8,7%).

Группу пациентов с НКП (n=13) и АП (n=9) составили 22 (10,2%) человека. Большую часть больных составляли мужчины: 61,5% среди пациентов с НКП и 77,8% среди пациентов с АП. Средний возраст пациентов с НКП составил 54,5±1,7 года, с АП - 54,5±1,7 года. Диаметр кист и абсцессов варьировал от 6,0 до 24,0 см: при НКП - от 6 до 23 см, при АП - от 6 до 11 см (таблица 8).

Таблица 8. – Ближайшие послеоперационные осложнения резекционных операций у больных с ГП и ЭКП (n=48)

Характер осложнений	ГП		ОШ (95% ДИ)	ЭКП		ОШ (95% ДИ)
	ОГ (n=4)	КГ (n=3)		ОГ (n=21)	КГ (n=20)	
Внутрибрюшное кровотечение	1* (1)	2* (1)	0,17 (0,01-4,52)	-	1	
Правосторонний экссудативный плеврит	-	1		1	1	0,95 (0,06-16,29)
Нагноение послеоперационной раны	-	-		1	-	
П/о полиорганная нед-сть на фоне ОПН	-	-		-	1* (1)	
Всего:	1	3		2	3	0,56 (0,09-4,01)

*Примечание: ОШ - отношение шансов, ДИ - доверительный интервал, * - выполнялась релапаротомия. В скобке указано число случая с летальным исходом.

Все 9 пациентов с АП с учётом классификации Meyers (2001) относились к группе больных с холангиогенными абсцессами, при этом у 5 (55,5%) из них имелась опухоль ГПДЗ. Показаниями к хирургическому лечению НКП являлись выраженная клиническая симптоматика и увеличение диаметра кисты в динамике (таблица 9).

Таблица 9. - Малоинвазивные методы хирургического лечения непаразитарных кист печени (n=13) и абсцессов печени (n=9)

Вид операции	ОГ		КГ	
	НКП (n=7)	АП (n=5)	НКП (n=6)	АП (n=4)
ЧрКП и СКЛ	7 (100%)	-	-	-
Лапароскопическая ФНКП	-	-	2 (33,3%)	-
Лапаротомная ФНКП	-	-	4 (66,7%)	-
Пункция и дренирование под УЗИ-контролем	-	5 (100%)	-	-
Лапаротомное вскрытие и дренирование ОП	-	-	-	4 (100%)

*Примечание: ЧрКП и СКЛ - чрескожная пункция и склерозирование, ФНКП - фенестрация непаразитарных кист печени.

В основной группе пациентов каких-либо осложнений не отмечено. В контрольной группе имели место 3 (23,1%) случая послеоперационных осложнений, в том числе кровотечение (n=1) и 2 случая - дислокации дренажа, потребовавшие повторных вмешательств.

В группу доброкачественной патологии ЖВС вошли 20 (9,2%) пациентов со стриктурами ГХ: основная группа - 11, контрольная группа - 9. Мужчин было 13 (65,0%), женщин - 7 (35,0%). Для верификации стриктур ГХ считали приемлемым использование клинической классификации академика К.М. Курбонова (2021), разработанной в клинике хирургических болезней №1 и основанной на классификациях Н. Bismuth и Э.И. Гальперина.



Рисунок 3. – Алгоритм лечения больных со стриктурой холедоха

Примечание: ЧЧХ - чрескожно-чреспечёночная холангиография, ЧЧДрЖП - чрескожно-чреспечёночное дренирование желчных протоков, СтХ - стриктура холедоха, БД - баллонная дилатация.

Стриктуры после электрической травмы, то есть вследствие ЛХЭ, имели место у 4 больных: у 2 (18,2%) пациентов основной группы и у 2 (22,2%) пациентов контрольной группы. Также в 4 наблюдениях (20,0%) отмечались стриктуры после наложения клипс в основной группе и после перевязки ГХ в контрольной группе. По степени сужения ГХ полные стриктуры отмечены у 14 (70,0%), неполные - у 6 (30,0%) больных. При выборе тактики хирургического лечения важное значение имела протяжённость поражения ГХ. Согласно классификации, в 11 (55,0%) случаях была верифицирована распространённая стриктура (1-3 см), ограниченная стриктура имела место у 5 (25,0%) больных,

субтотальная - у 4 (20,0%). В настоящее время стандартная эндоскопическая тактика при послеоперационных стриктурах ГХ заключается во временной одновременной установке нескольких пластиковых стентов большого диаметра сроком до одного года. Замена стентов обычно проводится каждые 3 месяца с постепенным увеличением их количества до полного разрешения стриктуры.

При выборе хирургической тактики у пациентов основной группы с рубцовыми стриктурами желчных протоков применялись критерии определения способа и объёма реконструктивного вмешательства, ранее разработанные в клинике академиком К.М. Курбоновым. На основании этих критериев были выполнены различные виды реконструктивных операций (таблица 10).

Таблица 10. - Характер реконструктивных вмешательств при стриктурах холедоха

Характер реконструктивных вмешательств	ОГ (n=11)	КГ (n=9)	p	Всего (n=20)
ГЕА по Ру	3 (27,3)	3 (33,3)	>0,05	6 (30,0)
БиГЕА по Кузовлеву-Гальперину	1 (9,1)	1 (11,1)	>0,05	2 (10,0)
ГЕА с межкишечным по Брауну	1 (9,1)	2 (22,2)	>0,05	3 (15,0)
ГЕА по методике клиники	6 (54,5)	-		6 (30,0)
ГЕА на ТПД по Продери-Смиту	-	3 (33,3)		3 (15,0)

*Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера), ГЕА - гепатикоюноанастомоз, ТДП - транспечёночный дренаж.

С целью профилактики несостоятельности ГЕА в клинике разработана модифицированная методика его формирования, включающая предварительное подведение к зоне анастомоза полихлорвиниловой трубки диаметром 1,2-1,3 мм через ранее наложенную ЧЧХС. Способ подан для получения патента на изобретение.

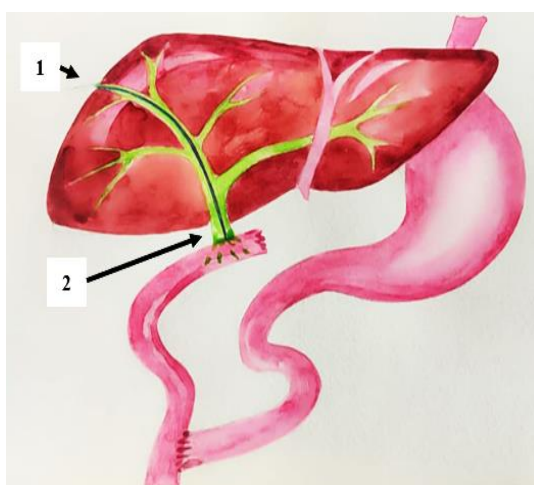


Рисунок 4. - Капельное орошение зоны сформированных билиодегистивных анастомозов через ранее проведённой малоинвазивной ЧЧХС (схематичное изображение)

Применение комбинированной локальной антиоксидантной и цитокиновой терапии в сочетании с системным введением тивортина сопровождалось значимым снижением частоты формирования рестриктур ГЕА.

Таблица 11. - Характер осложнений после реконструктивных вмешательств (n=20)

Осложнения	ОГ (n=11)	КГ (n=9)	Всего
Специфические осложнения			
Внутрибрюшное кровотечение	2 (18,2)	4 (44,4)	6 (30,0)
Несостоятельность швов анастомоза	-	2* (22,2)	2 (10,0)
Острый послеоперационный панкреатит	2 (18,2)	-	2 (10,0)
Неспецифические осложнения			
Нагноение послеоперационной раны	-	2 (22,2)	2 (10,0)
Послеоперационная пневмония	-	1 (11,1)	1 (5,0)

*Примечания: $p > 0,05$ = при сравнении между группами (по точному критерию Фишера), * у одного пациента после релапаротомии на фоне полиорганной недостаточности зафиксирован летальный исход.

В группу доброкачественной патологии ПЖ были включены 13 (6,0%) пациентов с ХП (n=9) и ДООПЖ (n=4). Мужчины составили 76,9%, женщины - 23,1%. Учитывая изложенное, у 9 пациентов с ХП основное внимание было уделено механизму болевого синдрома для обоснования выбора способа лечения (таблица 12).

Таблица 12. – Разработка критериев выбора способа лечения хронического панкреатита в зависимости от механизма боли

Механизм боли	Обоснование способа лечения
Воспалительного характера	Заместительная антиферментная терапия + обезболивание
Панкреатогенная гипертензия	Лекарственная и/или эндоскопические методы декомпрессии вирсунгов протока
Фиброзное изменение ПЖ	Резекция ПЖ и/или гибридные операции
Переход процесса в забрюшинное пространство	Нейролизис чревного сплетения под контролем УСО
Сенсибилизация центральных болевых рецепторов	Психологическое воздействие

*Примечание: ПЖ - поджелудочная железа, УСО - ультрасонография.

Несмотря на практически сходные дооперационные параметры в сравниваемых группах, у 3 пациентов контрольной группы по определённым причинам была выполнена панкреатодуоденэктомия: в 2 случаях - из-за ранее перенесённой операции на желудке, в 1 случае - из-за технических препятствий для выполнения резекции ПЖ с сохранением двенадцатиперстной кишки

(таблица 13). Следует отметить, что во всех случаях ХП макропрепараты ткани ПЖ подтверждали морфологические изменения, соответствующие ХП.

Таблица 13. - Сравнительная характеристика интра- и послеоперационных осложнений хронического панкреатита

Осложнение	ОГ (n=6)	КГ (n=3)	p
Время операции (мин.), медиана (диапазон)	380 [240-470]	340 [230-460]	>0,05
Панкреатический свищ (%)	1 (16,7)	-	
Несостоятельность анастомоза, (абс., %)	1 [#] (16,7)	1 [#] (33,3)	>0,05*
Абсцесс брюшной полости (%)	1 [#] (16,7)	1 [#] (33,3)	>0,05*
Нагноение п/о раны	-	1 (33,3)	
Среднее пребывание на койке	11 [7-23]	15 [8-66]	>0,05

*Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни, *по точному критерию Фишера), [#]у одного и того пациента имело место несколько послеоперационных осложнений.

К группе пациентов с доброкачественными образованиями ПЖ были отнесены: аденома (n=1), нейроэндокринная опухоль (n=1) и кистозные опухоли (n=2). При этом выбор операции у данной группы больных был направлен на выполнение органосохраняющих вмешательств: энуклеации опухоли (n=1), срединной резекции ПЖ (n=1) и дистальной резекции ПЖ с сохранением селезёнки (n=2) (таблица 14).

Таблица 14. - Интраоперационные данные и характер вмешательств у пациентов с раком поджелудочной железы (n=72)

Наименование	ОГ (n=38)	КГ (n=34)	p
Размеры опухоли (см), (M±SD)	5,4±1,7	5,5±1,2	>0,05
Размеры холедоха (мм), (M±SD)	16,8±3,9	15,3±3,2	>0,05
Резецирующие операции, абс (%)	29 (76,3%)	15 (44,1%)	<0,05*
Дренирующие операции, абс (%)	9 (23,7%)	19 (55,9%)	
Средний объём гемотрансфузий (мл), (M±SD)	496,0±36,0	554,0±47,0	>0,05

*Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни, *по критерию χ^2 с поправкой Йетса).

Показанием к выполнению декомпрессии панкреатической протоковой системы послужило наличие внутрипротоковой гипертензии, характеризующейся расширением вирсунгова протока более 8-10 мм. Исходя из результатов анализа клинических параметров, в сравниваемых группах значимых различий не выявлено. Как отмечено выше, пациентам основной группы в большинстве случаев были выполнены резекционные операции (76,3%), тогда как в контрольной группе подобные вмешательства проведены у

44,1% больных. Средний объём гемотрансфузии в обеих группах значимо не различался и составил $496,0 \pm 36,0$ мл и $554,0 \pm 47,0$ мл соответственно. В основной группе целесообразно выделить 6 (15,8%) случаев паллиативных резекционных вмешательств в объёме ПДР. У 3 (50,0%) пациентов паллиативный характер ПДР был верифицирован интраоперационно, у 3 (50,0%) - после операции, в том числе в 2 случаях после гибридной лапароскопической ПДР.

Группу пациентов со злокачественной патологией ПЖ, ДПК и большого дуоденального сосочка составили 107 (49,5%) больных: 57 больных основной группы, в том числе 38 - с патологией ПЖ, 6 - с патологией ДПК и 13 - с патологией большого дуоденального сосочка; 50 больных контрольной группы, в том числе 34 - с патологией ПЖ, 7 - с патологией ДПК и 9 - с патологией большого дуоденального сосочка. Пациентам основной группы в большинстве случаев были выполнены резекционные операции (76,3%), тогда как в контрольной группе подобные вмешательства проведены у 44,1% больных (таблица 15).

Таблица 15. - Критерии показаний к лапароскопическим вмешательствам при раке поджелудочной железы

Критерий	Показано	Противопоказано
Уровень СА 19-9 >150 Ед./мл.	+++	
Уровень СА 19-9 <150 Ед./мл.		+
Асцит с минимальным количеством выпота	+++	
Асцит со средним или большим кол-вом выпота		+++
Опухоль в теле поджелудочной железы	+++	±
Опухоль головки поджелудочной железы	±	+
Опухоль хвоста поджелудочной железы	±	+
Опухоль размером более 3,0 см	+++	±
Лимфаденопатия общего желчного протока	+++	
Отсутствие лимфаденопатии ОЖП*		+

* Примечание: * - пациентам с погранично резектабельными размерами опухоли, которым планируется проведение неoadьювантной химиотерапии, с целью уменьшения объёма новообразования перед предстоящей плановой хирургической операцией - лапароскопия не является обязательной процедурой.

В контрольной группе, по данным ретроспективного анализа, паллиативная ПДР была выполнена 13 (38,2%) больным, что среди общего числа резекционных вмешательств в данной группе составило 86,7% (рисунок 5). Все пациенты имели местно-распространённый опухолевый процесс, что было

подтверждено морфологически: у 6 больных - интраоперационно, у 7 - после операции. В целом радикальная ПДР была выполнена 44 (77,2%) пациентам основной группы, в том числе 3 больным - гибридно-лапароскопическим способом. В эту группу вошли пациенты со злокачественной патологией ПЖ (n=25), двенадцатиперстной кишки (n=6) и большого дуоденального сосочка (n=13).

В контрольной группе 46 (92,0%) пациентам с РПЖ (n=31), злокачественной патологией двенадцатиперстной кишки (n=7) и большого дуоденального сосочка (n=8) были выполнены паллиативные ПДР (n=13; пациенты с РПЖ) и другие дренирующие паллиативные операции (рисунок 5).

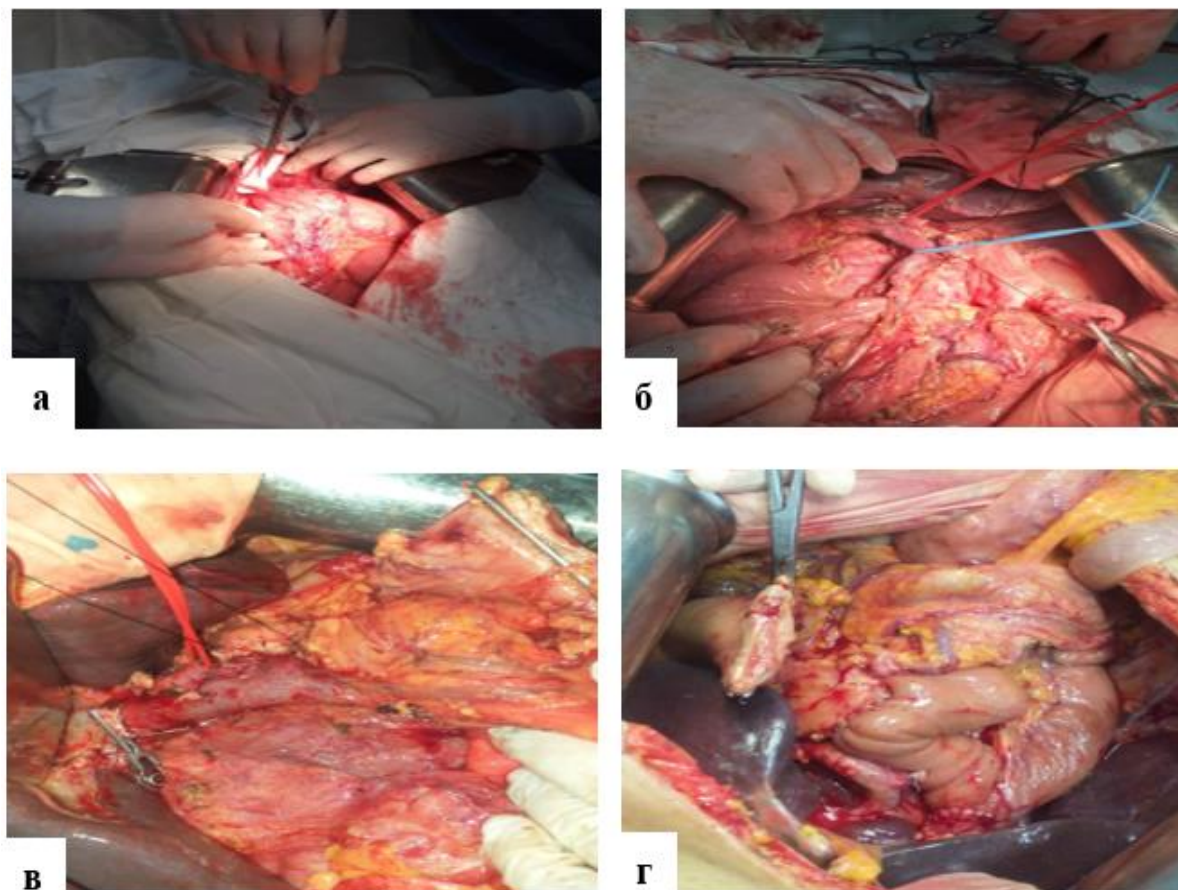


Рисунок 5. - Этапы паллиативной панкреатодуоденальной резекции

Лишь в 4 случаях (РПЖ - 3, рак БДС - 1) были выполнены радикальные операции. В послеоперационном периоде осложнения были зарегистрированы у 2 пациентов: в основной группе развилась гемобилия (25,0%), а в контрольной группе - желчный перитонит, потребовавший выполнения повторного корригирующего оперативного вмешательства.

Таблица 16. – Распределение пациентов со злокачественными патологиями поджелудочной железы, 12-перстной кишки и фатерова сосочка по стадиям опухолевого процесса (n=107)

Стадия	РПЖ (n=72)		С-р 12 п/к (n=13)		С-р БДС (n=22)		Всего (n=107)	
	ОГ (n=38)	КГ (n=34)	ОГ (n=6)	КГ (n=7)	ОГ (n=13)	КГ (n=9)	ОГ (n=57)	КГ (n=50)
IA	3 (4,2)	2 (2,8)	-	-	1 (4,5)	-	4 (3,7)	2 (1,9)
IB	6 (8,4)	5 (14,7)	1 (7,7)	-	2 (9,1)	2 (9,1)	9 (8,4)	7 (6,5)
IIA	12 (16,7)	13 (18)	2 (15,4)	3 (23,1)	4 (18,2)	3 (13,6)	18 (16,8)	19 (17,7)
IIB	16 (22,2)	13 (18)	3 (23,1)	3 (23,1)	4 (18,2)	3 (13,6)	23 (21,5)	19 (17,7)
III	1 (1,4)	1 (1,4)	-	1 (7,7)	2 (9,1)	1 (4,5)	3 (2,8)	3 (2,8)
IV	-	-	-	-	-	-	-	-
Всего:	38 (52,8)	34 (47,2)	6 (46,1)	7 (53,9)	13 (59,1)	9 (40,9)	57 (53,3)	50 (42,7)

*Примечание: *p>0,05 - при сравнении показателей между группами (по точному критерию Фишера).

В основной группе малоинвазивные методы декомпрессии билиарной системы были применены всем пациентам с уровнем билирубинемии выше 100,0 мкмоль/л, что составило 18 (51,4%) случаев (рисунок 6; таблица 17).



Рисунок 6. - Выбор малоинвазивного метода декомпрессии механических желтух у пациентов с патологиями ГПДЗ

Таблица 17. - Чрескожно-чреспечёночные вмешательства у пациентов со злокачественными патологиями поджелудочной железы, 12-перстной кишки и фатерова сосочка, осложнённой механической желтухой (n=18)

Метод декомпрессии под УЗИ-контролем	РПЖ (n=11)	Рак дуоденума и БДС (n=7)	Всего (n=18)
ЧЧ холецистостома	4 (36,4%)	1 (14,3%)	5 (27,8%)
ЧЧ холангиостома:	7 (63,6%)	6 (85,7%)	13 (72,2%)
- левый печёночный проток	4 (36,4%)	4 (57,1%)	8 (44,4%)
- правый печёночный проток	3 (27,3%)	2 (28,6%)	5 (27,8%)
Всего:	11 (61,1%)	7 (38,9%)	18 (51,4%)

В клинике 38 пациентам основной группы с резектабельным РПЖ до операции была проведена двухкомпонентная ХТ по модифицированным схемам FOLFIRINOX (mFOLFIRINOX: оксалиплатин, иринотекан и фторурацил) и гемцитабин/наб-паклитаксел. Указанные модифицированные схемы ранее применялись в крупных клиниках США. Пациенты были разделены на 2 группы: в 1-й группе (n=20) больные получали лечение по схеме mFOLFIRINOX: оксалиплатин 85 мг/м², затем иринотекан 180 мг/м², затем 5-фторурацил 2400 мг/м² инфузионно через химиотерапевтический насос в течение 46 часов. Курс лечения продолжался 14 дней и включал в общей сложности 6 неоадьювантных и 6 адьювантных введений. Во 2-й группе (n=18) больные получали лечение наб-паклитакселом 125 мг/м², затем гемцитабином 1000 мг/м². Лечение проводилось циклами: 3 недели введения препарата и 1 неделя перерыва, всего 9 неоадьювантных и 9 адьювантных введений.

После завершения неоАХТ пациенты проходили повторную диагностику с применением МСКТ и МРТ. При отсутствии прогрессирования заболевания определялись показания к ПДР в течение 4-8 недель после последнего введения неоАХТ. Согласно схеме, в течение 4-12 недель после ПДР больные получали АХТ. При этом окончательные дозы неоАХТ использовались в качестве начальных доз АХТ.

Среди 15 (75,0%) пациентов 1-й группы и 11 (61,1%) пациентов 2-й группы, перенёвших ПДР, резекция R0 была достигнута соответственно у 12 (80,0%) и 10 (90,9%) пациентов, резекция без поражения лимфатических узлов -

у 7 (46,7%) и 6 (54,5%) пациентов, а полный или выраженный патоморфологический ответ - у 4 (26,7%) и 4 (36,4%) пациентов (таблица 18).

Таблица 18. - Результаты панкреатодуоденальных резекций в сравниваемых группах

Характеристика	1-я группа (n=15)	2-я группа (n=11)	p
Резекция R ₀	12 (80,0%)	10 (90,9%)	>0,05
Резекция R ₁	3 (20,0%)	1 (9,1%)	>0,05
Патологическая реакция:			
- Полная	4 (26,7%)	4 (36,4%)	>0,05
- Умеренная	9 (60,0%)	6 (54,5%)	>0,05
- Нет	2 (13,3%)	1 (9,1%)	>0,05
Отсутствие поражений ЛУ	7 (46,7%)	6 (54,5%)	>0,05

*Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера).

На этапе предоперационной подготовки пациентам со злокачественными новообразованиями дистального отдела гепатикохоледоха (n=4) выполнялось ЧЧХС с последующим формированием БДА. В послеоперационном периоде осложнения были зарегистрированы у 2 пациентов: в основной группе развилась гемобилия (25,0%), а в контрольной группе - желчный перитонит, потребовавший выполнения повторного корригирующего оперативного вмешательства. В данной подгруппе пациентов летальных исходов не зафиксировано.

За период с 2020 по 2024 год в клинике выполнены 6 гибридных лапароскопических ПДР (рисунок 7) у пациентов с РПЖ (n=4) и злокачественными периампулярными опухолями большого дуоденального сосочка (n=2). Мужчин было 4 (66,7%), женщин - 2 (33,3%). Средний возраст больных составил 48,9±2,4 года. В 1 случае из-за технических трудностей, связанных с перипроцессом и инвазией опухоли в крупные сосуды при РПЖ, была выполнена конверсия, поэтому операция была квалифицирована как открытая ПДР.

Показания к лапароскопической ПДР определялись согласно критериям резектабельности протоковой аденокарциномы ПЖ по рекомендациям Национальной комплексной онкологической сети.



Рисунок 7. –Этапы лапароскопической панкреатодуоденальной резекции

Примечание: ПВ - портальная вена, ОПА - общая печёночная артерия, НПВ - нижняя полая вена, ВБВ - верхняя брыжеечная артерия, КО - крючковидный отросток, ОПП - общий печёночный проток, ГДА - гастродуоденальная артерия, ОПА - общая печёночная артерия, АОДК - антральный отдел 12-перстной кишки

После операции все пациенты находились в отделении интенсивной терапии в среднем 2,5 дня (от 2 до 5 дней), а общая продолжительность пребывания в стационаре составила в среднем 15 суток (12-18,9 суток). После гибридных лапароскопических вмешательств пациенты начинали самостоятельно принимать пищу на 4-6-е сутки. Частота и характер развившихся у них ранних послеоперационных осложнений представлены в таблице 19.

Таблица 19. – Ранние послеоперационные осложнения гибридных лапароскопических панкреатодуоденальных резекций (n=5)

Наименование осложнения	Абс.	%
Панкреатический свищ (В):	1	20,0
- Малые (<100,0 мл в сутки)	-	-
- Средние (100,0-700,0 мл в сутки)	1	20,0
- Большие (>700,0 мл в сутки)	-	-
Замедленное опорожнение желудка	1	20,0
Гнойно-септические осложнения	1	20,0
Плеврит	1	20,0

За исключением 26 (45,6%) пациентов с резектабельным РПЖ, которым после периоперационной АХТ была выполнена ПДР, и 5 (8,8%) больных, перенёсших гибридную лапароскопическую ПДР (РПЖ - 3, рак большого дуоденального сосочка - 2), ещё 26 (45,6%) больным с РПЖ (n=9), злокачественными образованиями ДПК (n=6) и большого дуоденального сосочка (n=11) были выполнены резекционные и дренирующие операции. В этой подгруппе мужчин было 21 (80,8%), женщин - 5 (19,2%). Алгоритм выбора метода лечения данной когорты представлен на рисунке 8.



Рисунок 8. – Алгоритм лечения рака поджелудочной железы
 Примечание: АХТ - адъювантная химиотерапия, НеоХТ - неoadъювантная химиотерапия, ХЛТ - химиолучевая терапия, ХТ - химиотерапия

Прорастание РПЖ в ДПК и дистальный отдел ГХ имело место у 2 (7,7%) больных, метастазы в печень - у 5 (19,2%), картина канцероматоза брюшной полости - у 2 (7,7%). Злокачественные образования ДПК имели прорастание в верхнюю брыжеечную артерию (n=2), ободочную кишку (n=3) и желудок (n=1).

У 11 пациентов с раком большого дуоденального сосочка в 4 (15,4%) наблюдениях отмечалось прорастание в селезёнку и селезёночные сосуды, в 3 (11,5%) - в ГХ, в 2 (7,7%) - в воротную вену, по 1 случаю (3,8%) - в желудок и верхнюю брыжеечную артерию. Развитие осложнений после выполнения ПДР

было отмечено в 2 (28,6%) случаях. В связи с неэффективностью ПЕА у обоих пациентов наблюдалась клиническая картина ПС и желчного перитонита. В 1 случае к указанным осложнениям присоединился плеврит, что в совокупности привело к летальному исходу. Послеоперационная летальность после ПДР в данной группе составила 14,3%. В 19 (73,1%) из 26 случаев по показаниям были выполнены дренирующие операции (рисунок 9). Выбор способа дренирующего вмешательства зависел от локализации образования в ГПДЗ, характера осложнения и его стадии (таблица 20).

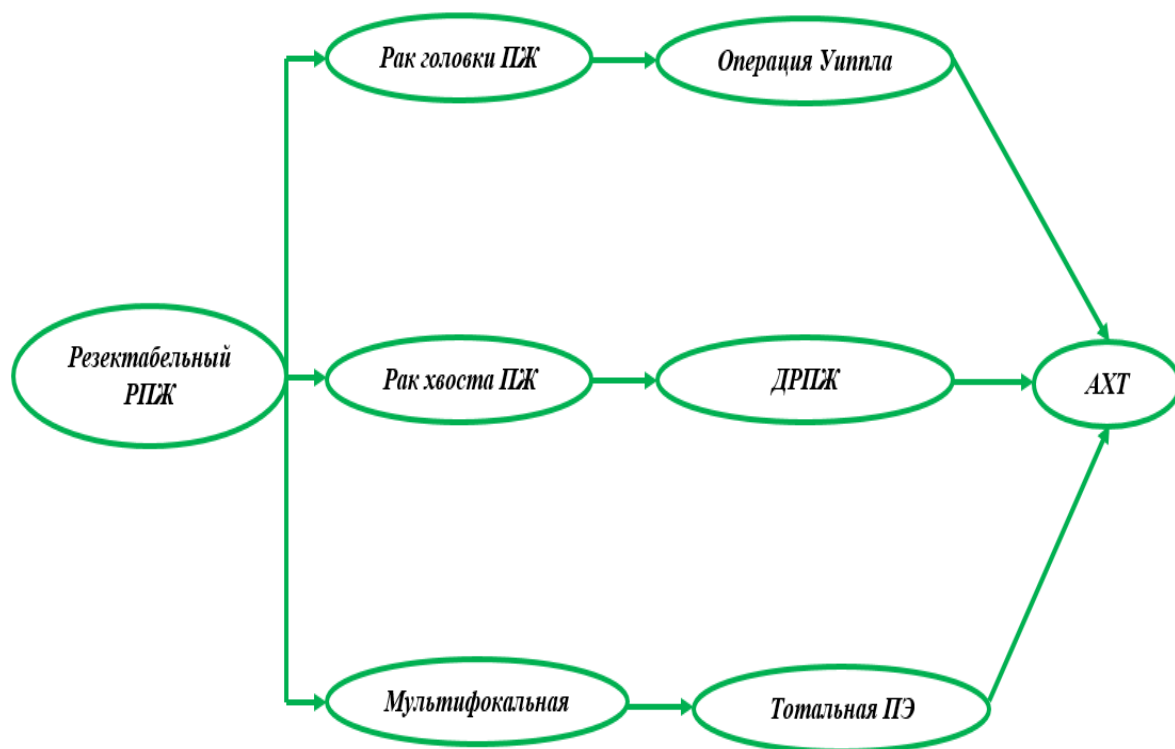


Рисунок 9. – Алгоритм лечения резектабельных форм рака поджелудочной железы

Примечание: АХТ - адьювантная химиотерапия, РПЖ - рак поджелудочной железы, ДРПЖ - дистальная резекция поджелудочной железы, ПЭ - панкреатэктомия

В 50 (50,5%) наблюдениях пациентам контрольной группы, в том числе при осложнении МЖ (n=15), были выполнены различные виды открытых вмешательств. В данную группу вошли 34 (68,0%) пациента с РПЖ, 7 (14,0%) - со злокачественной патологией двенадцатиперстной кишки и 9 (18,0%) - с параампулярными новообразованиями БДС.

Таблица 20. – Характер дренирующих операций у пациентов со злокачественными патологиями поджелудочной железы, 12-перстной кишки и большого дуоденального сосочка (n=19)

Вид операции	РПЖ (n=9)	12 п/к (n=4)	Рак БДС (n=6)
Билиодигестивные анастомозы (БДА)	6 (66,7)	-	-
БДА + ГЭА	-	-	4 (66,6)
БДА + ПЕА + ГЭА	-	3 (75)	-
БДА + ПЕА	3 (33,3)	-	-
ГЭА + ПЕА	-	-	1 (16,7)
ГЭА	-	1 (25)	1 (16,7)

*Примечание: ПЕА - панкреатоеюноанастомоз, ГЭА - гастроэнтероанастомоз.

Пациентам с МЖ (n=15) в 9 (60,0%) наблюдениях с целью предоперационной подготовки была проведена декомпрессия ЖВС. В 6 (40,0%) случаях по определённым причинам был проведён комплекс консервативных мероприятий, направленных на снижение интоксикации, коррекцию проявлений МЖ и поддержание функций жизненно важных органов, что позволило получить временный положительный эффект.

Таблица 21. - Характер хирургических вмешательств у пациентов контрольной группы

Характер оперативных вмешательств	РПЖ (n=31)			Рак дуоденума и БДС (n=15)		
	n	осложнения	летальность	n	осложнения	летальность
ПДР	12 (26,1%)	6 (50,0%)	4 (33,3%)	1 (2,2%)	1 (100,0%)	1 (100,0%)
ГЕА	3 (6,5%)	1 (33,3%)	-	3 (6,5%)	2 (66,7%)	-
ХЕА	2 (4,3%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	1 (2,2%)	1 (100,0%)	-
ХДА	3 (6,5%)	1 (33,3%)	-	8 (17,4%)	4 (50,0%)	3 (37,5%)
Холецистостомия	11 (23,9%)	4 (36,4%)	2 (18,2%)	2 (4,4%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)
p		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05
Всего:	31 (67,4%)	13 (41,9%)	7 (22,6%)	15 (32,6%)	9 (60,0%)	5 (33,3%)

*Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2), ГЕА - гепатикоеюноанастомоз, холецистоеюноанастомоз, ХДА – холедоходуоденоанастомоз.

Методика РПАС в клинике ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ была внедрена в 2021 году. В течение более 3 лет методика была применена 17 (14,5%) пациентам со злокачественными образованиями ГПДЗ, осложнёнными ПК. Из них 15 (88,2%) пациентов имели

РПЖ, 2 (11,8%) - злокачественные заболевания двенадцатиперстной кишки и БДС; все они ранее перенесли различные варианты ПДР (таблица 22).

Таблица 22. – Характеристика пациентов с перитонеальным канцероматозом, получивших внутрибрюшную аэрозольную химиотерапию (n=17)

Показатель	Абс.	%
Возраст	59	[52-69]
Пол: Мужчины	14	82,3
Женщины	3	17,7
Локализация первичной опухоли:		
- Поджелудочная железа	15	88,2
- 12-перстная кишка, фатеров сосочек	2	11,8
- удалено во время первой операции	17	100
- не удалено	-	-
Регионы перитонеального канцероматоза:		
- 0-4	6	35,3
- 0-6	7	41,2
- 0-10	4	23,5
Неoadъювантная химиотерапия:		
- Да	6	35,3
- Нет	11	64,7
Полная оценка циторедукции		
- CC-0	17	100
- CC>1	-	-
Тип химиотерапии:		
- Митомидин С	5	29,4
- Oxali/5FU/LV	12	70,6
Время процедуры РИАС	98,6	[80-120]
Кровопотеря (мл)	110,0	[90-130]
Среднее пребывание на койке (сутки)	1,85	[1-3]

*Примечание: Oxali/5FU/LV - оксалиплатин, 5-фторурацил, лейковорин.

Всего было проведено 51 успешное вмешательство РИАС у 17 пациентов с ПК. Мужчин было 14 (82,3%), женщин - 3 (17,7%). По шкале Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) только 1 пациент (5,9%) имел показатель «2», тогда как остальные 16 (94,1%) пациентов имели функциональный статус «0» или «1».

Анализ показывает, что все пациенты попали в процедуру РИАС после полной циторедукции первичного очага (рисунок 10), в то время до проведения лапароскопии 64,7% (n=11) не получали НеоХТ. Среднее время проведения процедуры РИАС составило 98,6 минут, со средней кровопотерей - 110,0 мл. В целом пациенты в клинике лежали от одного до трёх суток. Случаев интра- и послеоперационных осложнений, и летальности после проведения процедуры

РПАС не было обнаружено. Всего у двоих (11,8%) больных имели место незначительные болевые ощущения в животе, которые купированы наркотическими анальгетиками.

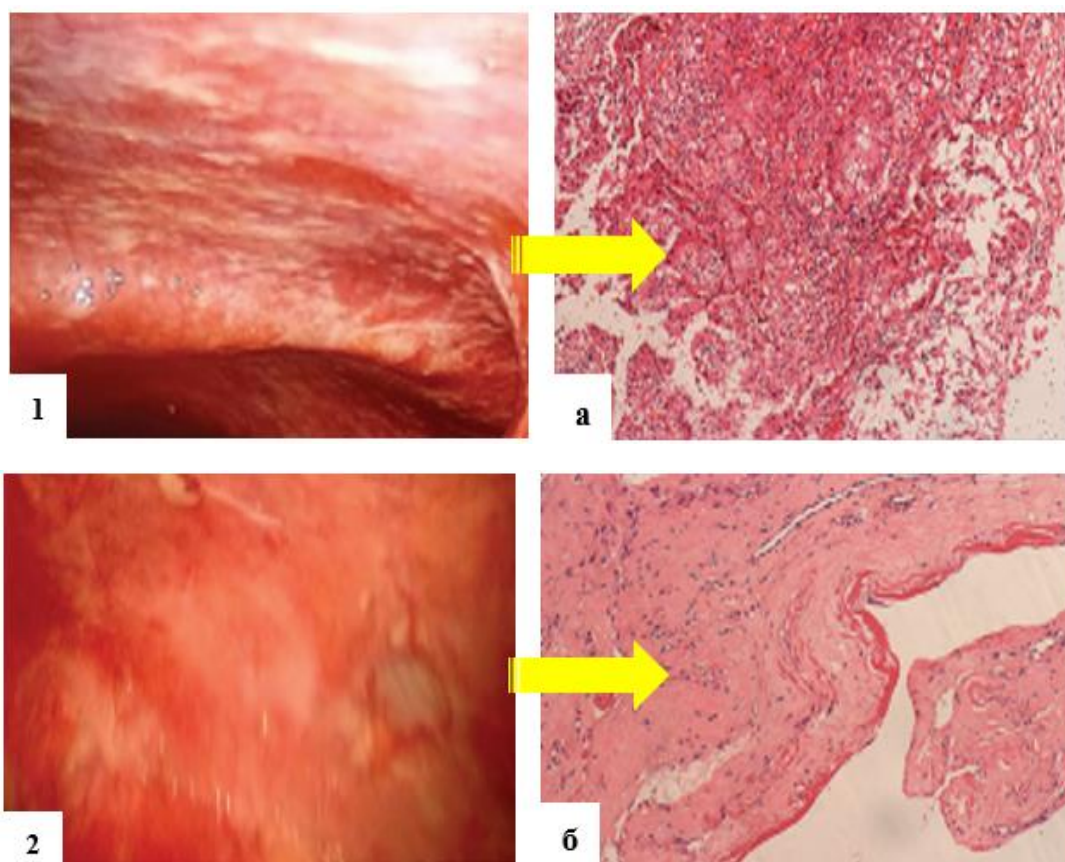


Рисунок 10. – Макроскопическая картина перитонеального канцероматоза при лапароскопии до сеанса ВАЭХ (1, картина диффузного канцероматоза, LS 2) и после 3-го сеанса (2, макроскопически, значительная регрессия процесса). Гистология макропрепарата до сеанса ВА ЭХ (а) и после 3-го сеанса (б)

Таким образом, новый подход к лечению больных со злокачественными образованиями ГПДЗ и карциноматозом брюшины, сочетающий системную химиотерапию и внутрибрюшную аэрозольную химиотерапию под давлением, зарекомендовал себя как относительно простой и безопасный метод, позволяющий добиться повышения общей выживаемости у больных с распространённым раком органов ГПДЗ. В исследование, проведённое в период с 2021 по 2023 год, было включено 10 пациентов. Среди них преобладали мужчины - 6 (60,0%), женщины составили 4 (40,0%). При отборе участников руководствовались строгими критериями включения, основанными на комплексной оценке физического состояния пациентов с использованием валидированных шкал ASA и ECOG; при этом пороговое значение по обеим

шкалам не превышало 3 баллов. Лечебные мероприятия осуществлялись в строгом соответствии с утверждённым протоколом. Для более точного отбора пациентов в программу ускоренного восстановления после операции были усовершенствованы критерии включения и исключения, что имеет важное значение для практической онкологии (таблица 23, рисунок 11).

Таблица 23. – Разработка критериев включения и исключения больных со злокачественными патологиями гепатопанкреатодуоденальной зоны, программе Fast Track (дополнение отдельных критериев)

Критерий	Включение	Исключение
Общий билирубин (мкмоль/л)	< 450,0	> 450,0
Общий белок (г/л)	< 54	>54
Протромбированный индекс (%)	< 68	>68
Поражение вен	ВБВ и ВВ с возможностью реконструкции	Полная окклюзия ВБВ/ ВВ и/или без возможности реконструкции
Вовлечение ВБА и ЧС	Нет	Есть
Холангит	Нет	Есть
Билиарный сепсис	Нет	Есть
Почечная дисфункция	Корректируемое	Не корректируемая
Статус ВОЗ <2	< 2	≥2

*Примечание: ВБВ - верхняя брыжеечная вена, ВВ - воротная вена, ВБА - верхняя брыжеечная артерия, ЧС - чревный ствол, статус ВОЗ - шкала оценки тяжести пациента по версии ВОЗ/ECOG.

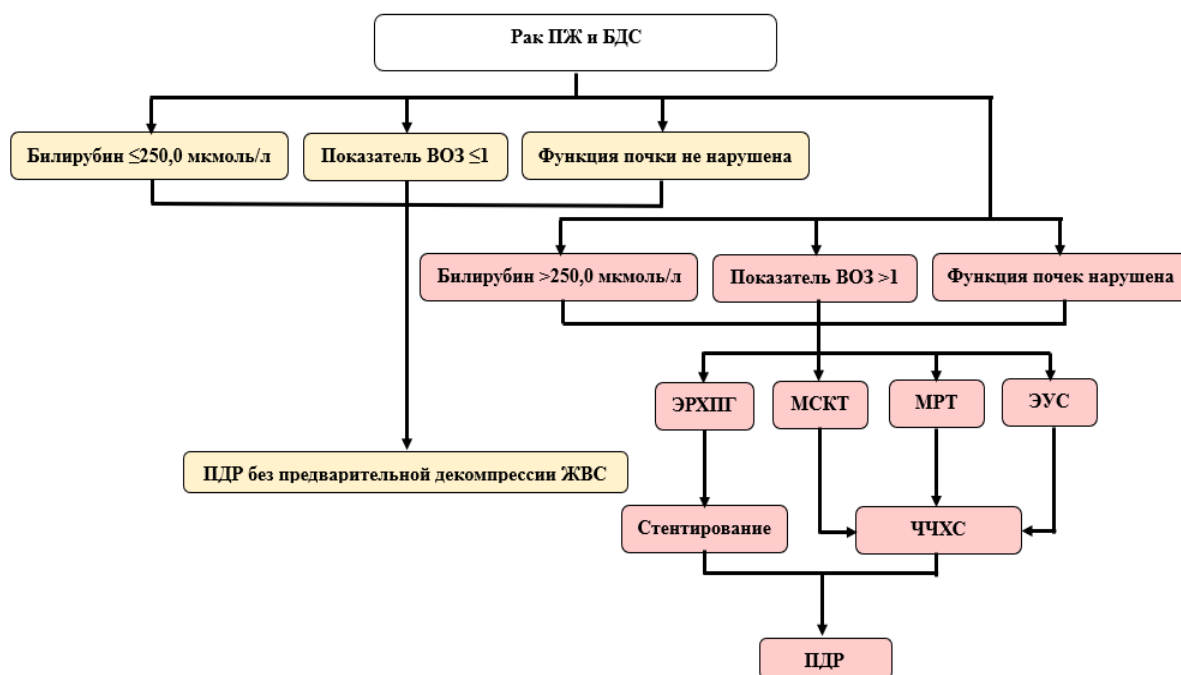


Рисунок 11. – Показания к «ускоренной операции» у пациентов с раком поджелудочной железы и фатерова сосочка

Примечание: показатель ВОЗ - шкала оценки тяжести пациента по версии ВОЗ/ECOG

Для более убедительного анализа и сравнения из числа пациентов с РПЖ и раком большого дуоденального сосочка, которым до ПДР была проведена миниинвазивная декомпрессия ЖВС (n=10), была сформирована группа сравнения из пациентов (n=10), пролеченных по программе ускоренного восстановления после операции (таблица 24).

Таблица 24. – Сравнительная характеристика пациентов, проходивших лечение программой Fast Track и без неё (n=20)

Фактор	До ПДР		После ПДР	
	ЧЧХС (n=10)	Fast Track (n=10)	ЧЧХС (n=10)	FastTrack (n=10)
Возраст (медиана)	59 [31-62]	57 [29-60]	59 [31-62]	57 [29-60]
ИК Чарлсона	5,11±1,23	4,72±1,18	5,01±1,13	4,74±1,16
Шкала ASA (балл)	1,91±0,79	1,69±0,41	1,83±0,68	1,71±0,39
Лучевая Т-стадия*	2,17±0,63	2,37±0,65	2,24±0,66	2,41±0,64

*Примечание: ЧЧХС - чрескожно-чреспечёночная холангиостомия, ИК - индекс коморбидности, * - Т- стадия определено согласно классификации TNM (8-я Т-стадия AJCC)

Как отмечено выше, все 20 пациентов обеих групп перенесли ПДР. На основании приведённых критериев можно заключить, что в сравниваемых группах значимых различий по возрасту, сопутствующей патологии (индекс коморбидности Чарлсона), шкале ASA и Т-стадии не отмечено.

Следует отметить, что продолжительность дооперационной подготовки была значительно короче у пациентов, лечившихся по программе ускоренного восстановления после операции: от 1 до 2 суток против 6-8 суток в группе стандартного ведения. Продолжительность операции также была меньше в группе ускоренного восстановления после операции: 346 минут против 397 минут. В целом послеоперационные осложнения имели место у 1 (10,0%) пациента основной группы и у 3 (30,0%) пациентов контрольной группы. Средняя продолжительность пребывания на койке после операции у пациентов, получивших лечение по программе ускоренного восстановления после операции, составила 7,6 суток, тогда как у пациентов со стандартным лечением - 12,3 суток.

Всего при патологии ГПДЗ выполнено 168 (77,4%) резекционных вмешательств, в том числе при доброкачественной патологии - 60 (58,2%): в основной группе - 33 (58,9%), в контрольной группе - 27 (57,4%); при злокачественной патологии - 108 (94,7%): в основной группе - 66, в контрольной

группе - 42. В том числе при злокачественной патологии ПЖ, двенадцатиперстной кишки и большого дуоденального сосочка были выполнены паллиативные ПДР: в основной группе - 6 (10,5%) из 57 больных, в контрольной группе - 13 (26,0%) из 50 больных. Паллиативный характер вмешательства был верифицирован как интраоперационно (n=3 - основная группа, n=6 - контрольная группа), так и в послеоперационном периоде (n=3 - основная группа, n=7 - контрольная группа).

У пациентов основной группы послеоперационное внутреннее кровотечение было отмечено в 1 случае после ЛГГЭ (4,0% из 25 больных). Несмотря на выполнение релапаротомии и коррекцию гемостаза, на фоне сопутствующей патологии был зарегистрирован летальный исход.

В целом пациентам контрольной группы произведены 17 (34,0%) резецирующих операций в виде ПДР, что после интра- и послеоперационной верификации только четыре из них оказались радикальными.

Указанное осложнение в контрольной группе больных имело место в 3 наблюдениях, в том числе с 1 летальным исходом. Послерезекционный правосторонний экссудативный плеврит встречался в 3 случаях: 1 - в основной группе, 2 - в контрольной группе. Нагноение послеоперационной раны отмечено в 1 случае (4,0%) в основной группе. У 1 пациента контрольной группы (4,3%) после операции развилась клиническая картина полиорганной недостаточности с летальным исходом. В целом послеоперационные осложнения в основной группе больных составили 3 (12,0%) случая с 1 (4,0%) летальным исходом, тогда как в контрольной группе - 6 (26,1%) случаев с 2 (8,7%) летальными исходами.

У пациентов со стриктурой ГХ послеоперационные осложнения в виде внутреннего кровотечения имели место в 2 (18,2% из 11 больных) случаях основной группы и в 4 (44,4% из 9 больных) случаях контрольной группы. Несостоятельность БДА в основной группе не отмечена, тогда как в контрольной группе зарегистрированы 2 (22,2%) случая, в том числе 1 (11,1%) с летальным исходом. Острый послеоперационный панкреатит встречался у 2 (18,2%) пациентов основной группы и был купирован консервативно. Гнойно-септические осложнения и послеоперационная пневмония имели место соответственно у 2 (22,2%) и 1 (11,1%) пациента контрольной группы.

В целом у пациентов с нерезекционными способами операций, включая НКП (n=7), АП (n=5) и стриктуру ГХ (n=11), в основной группе послеоперационные осложнения составили 4 (17,4%) случая. В контрольной группе у пациентов с НКП (n=6), АП (n=4) и стриктурой ГХ (n=9) послеоперационные осложнения составили 12 (63,1%) случаев, в том числе с 1 (8,3%) летальным исходом. Эти данные дополнительно подтверждают значимость применения миниинвазивных технологий и разработанных способов профилактики послеоперационных осложнений.

Помимо резекционных операций, в зависимости от локализации новообразований в ГПДЗ, 19 (73,1%) из 26 пациентов основной группы со злокачественной патологией ПЖ, двенадцатиперстной кишки и большого дуоденального сосочка по показаниям выполнялись дренирующие паллиативные вмешательства. Пациентам с РПЖ в 66,7% случаев были наложены БДА, в 33,3% - БДА + ПЕА. В 3 случаях рака двенадцатиперстной кишки (75,0%) были наложены БДА + ПЕА + ГЭА, в 1 случае (25,0%) - ГЭА. У 4 больных (66,7%) с периампулярными образованиями было признано целесообразным выполнение БДА + ГЭА, ещё у 2 больных - ГЭА + ПЕА (n=1) и ГЭА (n=1).

В 50 (50,5%) наблюдениях пациентам контрольной группы, в том числе при осложнении МЖ (n=15), были выполнены различные виды открытых вмешательств, выбор которых зависел от общего состояния пациентов, стадии опухолевого процесса, характера осложнений и сопутствующей патологии. Радикальные операции выполнены 4 (8,0%) пациентам, в том числе при РПЖ - 3 (6,0%) и при раке БДС - 1 (2,0%). Остальным 46 (92,0%) больным выполнены различные паллиативные операции.

Однако в сравнительном аспекте паллиативные операции в контрольной группе характеризовались значительной частотой послеоперационных осложнений и летальности: послеоперационные осложнения составили 41,9% (n=13), послеоперационные летальные исходы - 22,6% (n=7). Полученные результаты согласуются с работой А. Kofokotsios и соавт., в которой прямо указано, что «у пациентов с обструктивным раком головки поджелудочной железы эндоскопическое стентирование может обеспечить столь же

эффективное паллиативное лечение, как и хирургическое двойное шунтирование. Более высокая (но не статистически значимая) выживаемость после паллиативной операции Уиппла может объясняться меньшей опухолевой нагрузкой в этой подгруппе пациентов, а не превосходной эффективностью данной операции» [33, с. 1104-10].

При анализе непосредственных результатов оперативного лечения этой подгруппы установлено, что у пациентов со злокачественными новообразованиями двенадцатиперстной кишки и большого дуоденального сосочка имели место 9 (60,0%) случаев послеоперационных осложнений, из них 5 (33,3%) - с летальными исходами. В целом в этой группе осложнения составили 22 (47,6%) случая, а летальность - 12 (26,1%) случаев. Поскольку отдалённые результаты лечения не изучались, дальнейшая судьба остальных пациентов остаётся неизвестной.

ВЫВОДЫ

1. Диагностика и верификация процесса при патологиях гепатопанкреатодуоденальной зоны должны быть комплексными и включать клинико-биохимические, морфологические, эндоскопические и лучевые методы исследования, в том числе контрастные и бесконтрастные. Согласно разработанному диагностическому алгоритму, чувствительность МСКТ и МРХПГ достигает 95,4% и 98,9%, а интраоперационной биопсии - 80,0%, при специфичности до 100% и точности 85,0% [2-А, 8-А, 11-А].

2. Результаты проведённого исследования показали, что комбинированный метод лечения больных с новообразованиями гепатопанкреатодуоденальной зоны, основанный на клинико-морфологических данных, улучшает непосредственные результаты, а у пациентов со злокачественными образованиями исключает в отдалённом периоде случаи пропущенного операбельного рака [7-А, 11-А, 12-А].

3. Применение периоперационной химиолучевой терапии у пациентов с резектабельным раком поджелудочной железы по разработанным критериям позволило значительно увеличить количество радикальных панкреатодуоденальных резекций, R0 до 88,0%, и соответственно уменьшить количество паллиативных панкреатодуоденальных резекций, R1 до 12,0% [2-А, 12-А, 18-А].

4. Хирургическая тактика при заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной зоны, включая миниинвазивные вмешательства, должна быть строго дифференцированной и основываться на таких критериях, как генез заболевания, точная верификация степени процесса, наличие или отсутствие прорастания, характер осложнений и функциональное состояние жизненно важных органов [15-А, 16-А, 17-А, 18-А, 25-А].

5. Обоснованное применение внутрибрюшной аэрозольной химиотерапии под давлением у больных со злокачественными образованиями гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнёнными карциноматозом брюшины, зарекомендовало себя относительно простым и безопасным методом, позволяющим повысить общую выживаемость при распространённом раке органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

6. Результаты проведённых исследований показали, что ведение больных со злокачественными патологиями гепатопанкреатодуоденальной зоны по программе Fast Track обеспечивает лучшие послеоперационные результаты по сравнению с пациентами, которым выполнялись дооперационные декомпрессионные вмешательства [1-А, 8-А, 25-А].

7. Ключевыми факторами, влияющими на развитие послеоперационных специфических осложнений при хирургическом лечении заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны, являются неполноценная периоперационная верификация опухолевого процесса, несвоевременная дооперационная коррекция желчестаза, отсутствие или неадекватное проведение периоперационной химиолучевой терапии до операции, а также недостаточный опыт специалиста [5-А, 20-А, 21-А, 23-А, 24-А].

8. Разработанные и усовершенствованные методы, а также способы профилактики интра- и послеоперационных осложнений при различных вмешательствах на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны позволяют в значительной степени улучшить непосредственные результаты лечения этой тяжёлой категории больных [5-А, 9-А, 11-А, 13-А, 14-А, 22-А]

9. Внедрение дифференцированного хирургического подхода, основанного на патогенетически обоснованных алгоритмах и усовершенствованных методах профилактики и лечения патологий гепатопанкреатодуоденальной зоны, привело к значительному улучшению результатов лечения по сравнению с контрольной группой.

При доброкачественных образованиях частота послеоперационных осложнений снизилась с 44,7% до 19,6%, а летальность - с 4,2% до 1,8%. При злокачественных новообразованиях отмечено снижение частоты осложнений с 63,5% до 31,1%, а летальности - с 38,5% до 9,8%. Общее снижение частоты осложнений составило 25,1%, летальности - 28,7% [3-А, 4-А, 6-А, 10-А, 19-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Очаговые доброкачественные образования печени и стриктуры холедоха подлежат радикальным и реконструктивным оперативным вмешательствам в специализированных учреждениях, оснащённых современным оборудованием.

2. Мультиспиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная холангиопанкреатография и видеоэндоскопия являются высокоэффективными методами визуальной диагностики и верификации процесса при патологиях гепатопанкреатодуоденальной зоны.

3. Для верификации степени тяжести механической желтухи у пациентов с патологиями гепатопанкреатодуоденальной зоны рекомендуется использовать магнитно-резонансную холангиопанкреатографию, а также исследование показателей цитокинов и С-реактивного белка.

4. Разработанные объективные критерии, а также результаты проведённого исследования обосновывают необходимость дифференцированного подхода к лечению новообразований гепатопанкреатодуоденальной зоны.

5. Оптимальным способом улучшения непосредственных результатов лечения резектабельных форм рака поджелудочной железы следует считать адекватный выбор периоперационной химиолучевой терапии.

6. Применение миниинвазивных технологий при патологиях гепатопанкреатодуоденальной зоны по разработанным алгоритмам позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности.

7. Внедрение в клиническую практику по показаниям внутрибрюшной аэрозольной химиотерапии под давлением, а также программы Fast Track у пациентов с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны позволяет уменьшить число

неблагоприятных исходов у больных со злокачественными патологиями гепатопанкреатодуоденальной зоны.

8. С целью профилактики несостоятельности и развития рестриктур билиодигестивных анастомозов рекомендуется предоперационная установка ЧЧХС с использованием поливинилхлоридной трубки диаметром 1,2-1,3 мм в зоне планируемого гепатикоюноанастомоза. В послеоперационном периоде на протяжении 5-6 суток пациентам проводили комбинированную терапию, сочетающую местное антиоксидантное и цитокиновое воздействие с системной поддержкой. В область сформированного гепатикоюноанастомоза 2-3 раза в сутки капельно вводили раствор серотонина адипината (1% - 1,0 мл в 100,0 мл новокаина). Одновременно выполняли внутривенную инфузию донатора оксиданта тивертина по 200,0 мл дважды в сутки, что дополняло местное лечение.

9. Разработанные и усовершенствованные методы профилактики интра- и послеоперационных осложнений позволяют улучшить непосредственные результаты хирургического лечения пациентов с патологиями гепатопанкреатодуоденальной зоны.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ахтанин, Е.А. Причины возникновения и профилактика панкреатических свищей после резекционных операций на поджелудочной железе [Текст] / Е.А. Ахтанин, А.Г. Кригер // Хирургия. - 2014. - №5. - С. 79-83.

2. Ворончихин, В.В. Хронический панкреатит. Хирургическое лечение. Современное состояние проблемы. Наш опыт [Текст] / В.В. Ворончихин // Здоровоохранение Чувашии. - 2015. - №4(44). - С. 51-62.

3. Давыдов, М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г. [Текст] / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Москва: Издательская группа РОНЦ. - 2014. - 226 с.

4. Дифференцированный подход к радикальному хирургическому лечению пациентов пожилого и старческого возраста с опухолевыми заболеваниями панкреатодуоденальной зоны [Текст] / Сигуа Б.В. [и др.] // Вестник Северо-западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. - 2021. - № 2. - С.

49-56.

5. Жариков, Ю.О. Диагностика и лечение аутоиммунного панкреатита (обзор литературы) [Текст] / Жариков Ю.О., Чжао А.В. // Анналы хирургической гепатологии. - 2015. - № 4(20). - С. 95-104.

6. Ивашкин, В.Т. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита [Текст] / В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, А.В. Охлобыстин, Ю.А. Кучерявый, А.С. Трухманов // Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол. - 2014. - № 4. - С. 70-97.

7. Кабанов, М.Ю. Роль и место миниинвазивных дренирующих вмешательств в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / М.Ю. Кабанов, Д.М. Яковлева, К.В. Семенцов, Т.Л. Горшенин, С.М. Рыбаков // Анналы хирургической гепатологии. - 2015. - № 3(20). - С. 37-46.

8. Каримов, Ш.И. Лечение осложнений чреспечёчных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периампулярными опухолями [Текст] / Ш.И. Каримов, М.Ш. Хакимов, А.А. Адылходжаев, С.У. Рахманов, В.Р. Хасанов // Анналы хирургической гепатологии. - 2015. - № 3(20). - С. 68-74.

9. Карпов, О.Э. Отдалённые результаты эндоскопического билиарного стентирования при помощи пластиковых и саморасширяющихся металлических стентов в лечении опухолевой механической желтухи [Текст] / О.Э. Карпов, П.С. Ветшев, А.С. Маады // Вестник НМХЦ им. Н.И. Пирогова. - 2015. - № 2(10). С. 50-55.

10. Клинические рекомендации по хирургическому лечению больных с хроническим панкреатитом. Национальные клинические рекомендации [Текст] // Федеральная электронная медицинская библиотека Министерства здравоохранения Российской Федерации. - 2014.

11. Лечение больных с хроническим панкреатитом - панкреатодуоденальная резекция или операция Фрея [Текст] / С.В. Иванов [и др.] // Медицинский вестник МВД. - 2016. - №1(80). - С. 15-19.

12. Маады, А.С. Эндоскопическое билиарное стентирование при опухолевой механической желтухе [Текст] / А.С. Маады, О.Э. Карпов, Ю.М. Стойко, П.С. Ветшев,

С.В. Бруслик, А.Л. Левчук // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2015. - № 3(20). - С. 59-66.

13. Методологические аспекты и результаты панкреатодуоденальной резекции [Текст] / А.Г. Кригер [и др.] // *Онкология*. - 2016. - №5. - С. 15-21.

14. Мухин, А.С. Комплексный подход к ведению периоперационного периода у больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы [Текст] / А.С. Мухин, Л.А. Отдельнов, И.С. Симутис, Т.Г. Котова / *Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье»*. - 2015. - № 2. - С. 43-48.

15. Окладникова, Е.В. Анализ госпитальной заболеваемости раком поджелудочной железы на территории Красноярского края [Текст] / Окладникова Е.В., Рукша Т.Г. // *Сибирский онкологический журнал*. - 2015. - № 5(63). - С. 61-67.

16. Пропп, А.Р. Диагностика и хирургическое лечение хронического панкреатита с поражением головки поджелудочной железы [Текст] / А.Р. Пропп // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2013. - № 1(18). - С. 103-111.

17. Радикальные резекции поджелудочной железы при периампулярном раке у больных старческого возраста [Текст] / В.К. Лядов [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2014. - №1. - С. 96-101.

18. Результаты выполнения панкреатодуоденальной резекции в специализированном отделении многопрофильного стационара [Текст] / М.Л. Рогаль [и др.] // *Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь»*. - 2016. - №1. - С. 54-58.

19. Сетдикова, Г.Р. Морфологическая оценка распространённости протоковой аденокарциномы поджелудочной железы [Текст] / Г.Р. Сетдикова, О.В. Паклина, А.В. Шабунин, В.В. Бедин // *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова*. - 2015. - № 1. - С. 130-137.

20. Снопок, Ю. Органосохраняющие и сегментарные резекции головки поджелудочной железы: анатомическое обоснование и хирургическая техника [Текст] / Ю. Снопок, Э. Матевоссян // *Вестник хирургии*. - 2014. - № 6(173). - С. 100-105.

21. Стойко, Ю.М. Рациональное использование сывороточных онкомаркеров в диагностике злокачественных опухолей поджелудочной железы

[Текст] / Ю.М. Стойко, А.Л. Левчук, В.О. Саржевский, Д.Ю. Федотов // Вестник НМХЦ им. Н.И. Пирогова. - 2015. - № 1(10). - С. 120-121.

22. Факторы риска и профилактика послеоперационного панкреатита при резекционных вмешательствах на поджелудочной железе [Текст] / А.Г. Кригер [и др.] // Хирургия. - 2016. - №7. - С. 4-10.

23. Цвиркун, В.В. «Резолюция пленума правления ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ «Минимально инвазивные технологии в лечении механической желтухи» 29-30 апреля 2019 года, Ереван, Армения» [Текст] / В.В. Цвиркун, И.М. Буриев, В.П. Глабай, П.С. Ветшев, А.В. Андреев // Анналы хирургической гепатологии. - 2019. - №2(24). - С. 124-127.

24. Шабунин, А.В. Сравнительный анализ результатов формирования панкреатодигестивных анастомозов [Текст] / А.В. Шабунин, М.М. Тавобилов, А.А. Карпов // Московский хирургический журнал. - 2016. - № 1. - С. 5-10.

25. Addeo, P. Pancreatic fistula after a pancreaticoduodenectomy for ductal adenocarcinoma and its association with morbidity: a multicentre study of the French Surgical Association [Text] / P. Addeo, J.R. Delpero, F. Paye, E. Oussoultzoglou, P.R. Fuchshuber et al. // HPB. - 2014. - N.16. - P. 46-55.

26. Bliss A.L. Surgical management of chronic pancreatitis: current utilization in the United States [Text] // HPB, Volume 17, Issue 9, 804 - 810.

27. Concentrations of cisplatin and doxorubicin in ascites and peritoneal tumor nodules before and after pressurized intraperitoneal aerosol chemotherapy (PIPAC) in patients with peritoneal metastasis [Text] / CB. Tempfer [et all.] // Eur J Surg Oncol. - 2018. - Vol.44. - P. 1112-1117.

28. Curing pancreatic cancer [Text] / B. Traub [et all.] // Semin Cancer Biol. - 2021. - Vol.76. - P. 232-246.

29. Duodenum-Preserving Resection of the Pancreatic Head versus Pancreaticoduodenectomy for Treatment of Chronic Pancreatitis with Enlargement of the Pancreatic Head: Systematic Review and Meta-Analysis [Text] / Y. Zhao [et all.] // BioMed Research International. - 2017. - 15 p. <https://doi.org/10.1055/2017/3565438>

30. Evidence-based surgical treatments for chronic pancreatitis - a systematic

review and meta-analysis of randomized controlled trials [Text] / J. Kleeff [et al.] // Dtsch Arztebl Int. - 2016. - №113. - P. 489-496.

31. Harmsen, F.J. Discriminating chronic pancreatitis from pancreatic cancer: contrast enhanced EUS and multidetector computed tomography in direct comparison [Text] / F.J. Harmsen, D. Domagk, C. Dietrich, M. Hocke // Endoscopic Ultrasound. - 2018. - I. 6(7). - P. 395-403. doi:10.4103/eus.

32. Hidalgo, M. Consensus guidelines for diagnosis, treatment and follow-up of patients with pancreatic cancer in Spain [Text] / M. Hidalgo, R. Arlvarez, J. Gallego, C. Guillern-Ponce, B. Laquente et al. // Clin Transl Oncol. - 2017. - Vol.19. - P. 667- 681.

33. Kofokotsios, A. Palliation with endoscopic metal stents may be preferable to surgical intervention for patients with obstructive pancreatic head adenocarcinoma [Text] / A. Kofokotsios, K. Papazisis, I. Andronikidis, A. Ntinas // Int Surg. - 2015. - V. 100. - P. 1104-1110.

34. Not all Whipple procedures are equal: Proposal for a classification of pancreatoduodenectomies [Text] / AL. Mihaljevic [et al.] // Surgery. - 2021. - Vol.169. - P. 1456-62.

35. Perone, J.A. Palliative Care for Pancreatic and Periampullary Cancer [Text] / J.A. Perone, T.S. Riall, K. Olino // Surg Clin North Am. - 2016. - N. 6(96). - P. 1415-1430.

36. Perioperative Chemotherapy and Chemoradiotherapy for Patients with Resectable and Borderline Resectable Pancreatic Adenocarcinoma [Text] / Coveler AL [et al.] // Pancreas. - 2023. - №1, Vol.52(5). - P. 282-287.

37. Preoperative Chemoradiotherapy Versus Immediate Surgery for Resectable and Borderline Resectable Pancreatic Cancer: Results of the Dutch Randomized Phase III PREOPANC Trial [Text] / E. Versteijne [et al.] // J Clin Oncol. - 2020. - Vol.38. - P. 1763-73.

38. Pressurised intraperitoneal aerosol chemotherapy: rationale, evidence, and potential indications [Text] / M. Alyami [et al.] // Lancet Oncol. - 2019. - Vol.20. - P. 368-377.

39. What do surgeons need to know about the mesopancreas [Text] / ESM. Fernandes [et al.] // Langenbecks Arch Surg. - 2021. - Vol.406. - P. 2621-32.

40. What to expect with major vascular reconstruction during Whipple procedures: a single institution experience and literature review [Text] / M.S. Jorgensen [et al.] // J

Публикации по теме диссертации:

I. Научные статьи, опубликованные в рецензируемых журналах, утверждённых ВАК при Президенте РТ:

[1-А] Муродов, А.И. Релапаротомия и повторные миниинвазивные вмешательства в гепатобилиарной хирургии [Текст] / А.И. Муродов, Ф.И. Махмадов, Д.Н. Саъдуллоев, А.С. Ашуров, Ф.Ш. Сафаров, Ф.Н. Нажмуудинов // Здоровоохранение Таджикистана. - 2022. - №2 (353). - С. 54-59.

[2-А]. Муродов, А.И. Тератома поджелудочной железы [Текст] / А.И. Муродов // Вестник Авиценны. - 2022. - №24(2). - С. 275-281.

[3-А]. Муродов, А.И. Послеоперационные внутрибрюшные абсцессы в гепатобилиарной хирургии: вопросы выбора адекватного метода хирургического лечения [Текст] / А.И. Муродов, Ф.И. Махмадов, М.Ф. Джураев, Л. Миров, А.С. Ашуров // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2022. - №4. - С. 30-38.

[4-А]. Муродов, А.И. Выбор тактики хирургической коррекции при послеоперационных внутрибрюшных кровотечениях при операциях в гепатобилиарной зоне [Текст] / А.И. Муродов, Ф.И. Махмадов, Д.Н. Садуллоев, М.М. Болтубоев, А.С. Ашуров, Ф.Ш. Сафаров, Ф.Н. Нажмуудинов, Ш.Н. Шамсуллозода // Здоровоохранение Таджикистана. - 2022. - №1(356). - С. 46-54.

[5-А]. Муродов, А.И. Эндотелиальная дисфункция при послеоперационных гнойно-септических осложнениях патологий гепатобилиарной зоны [Текст] / А.И. Муродов, Ф.И. Махмадов, М.Ф. Джураев, Д.Н. Садуллоев, Л. Миров, Ф.Ш. Сафаров, А.С. Ашуров, П.Ш. Каримов // Здоровоохранение Таджикистана. - 2023. - №3(358). - С. 49-56.

[6-А]. Муродов, А.И. Послеоперационные осложнения при хирургическом лечении патологии гепатобилиарной системы / А.И. Муродов, Ф.И. Махмадов, Д.Н. Садуллоев, А.С. Ашуров, Ф.Ш. Сафаров, М.М. Болтубоев, Исломиiddини Азам // Проблемы ГАЭЛ. - 2024. - №3. - С. 19-25.

[7-А]. Муродов, А.И. Опухоль Клацкина: особенности клинических проявлений и трудности диагностики [Текст] / А.И. Муродов, А.А. Хужамкулов, Д.Р. Сангинов, С.М. Ахматзода, Н.И. Базаров, Н.А. Сафарзода // Симург. - 2024. - №23(3) - С. 46-54.

[8-А]. Муродов, А.И. Оптимизация диагностики и лечения острого билиарного панкреатита [Текст] / А.И. Муродов, Ф.И. Махмадов, К.И. Баротов, П.Ш. Каримов, Д.Н. Садуллоев, А.С. Ашуров, Д.Ё. Давлатов // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. - 2024. - №4 (52). - С.31-39.

[9-А]. Муродов, А.И. Тактика хирургического лечения внутрибрюшных гнойно-септических процессов в гепатобилиарной зоне / А.И. Муродов, Ф.И. Махмадов, Д.Н. Садуллоев, А.С. Ашуров, Ф.Ш. Сафаров, М.М. Болтубоев, Исломиддини Азам // Проблемы ГАЭЛ. - 2024. - №4. - С. 18-24.

[10-А]. Муродов, А.И. Муайян намудани тактикаи табобат дар беморони гирифтори панкреонекрози деструктивии баъдичарроҳӣ [Матн] / А.И. Муродов, Ф.И. Махмадзода, Д.Н. Саъдуллозода, А.С. Ашуров, М.М. Болтубоев, К.И. Баротов // Авчи Зухал. - 2025. - №1 (58). - С. 45-52.

[11-А]. Муродов, А.И. Диагностические возможности маркеров эндотоксикоза у больных с ранними послеоперационными внутрибрюшными гнойно-септическими осложнениями [Текст] / А.И. Муродов, Ф.И. Махмадзода, Д.Н. Садуллозода, А.С. Ашуров, К.И. Баротов, Х.С. Нуров // Симург. - 2025. - №25(1). - С. 14-20.

[12-А]. Муродзода, А.И. Молекулярно-генетические исследования в диагностике и прецизионном лечении рака поджелудочной железы [Текст] / А.И. Муродзода, М.Ш. Юлдошев // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2025. - №2. - С. 83-90.

[13-А]. Муродов, А.И. Разработка способа лабораторной диагностики ранних послеоперационных инфекционных осложнений [Текст] / А.И., Муродов Ф.И. Махмадзода и др. // Симург. - 2025. - №2. - С. 28-35/

[14-А]. Муродов, А.И. Нақши маркерҳои эндотоксикоз дар ташхиси оризаҳои барвақти баъди ҷарроҳии фасодию септикий дохилибатн [Матн] / А.И. Муродов,

Ф.И. Махмадзода, Д.Н. Садуллозода, А.С. Ашуров, К.И. Баротов, Х.С. Нуров, Х.С. Эмомов // Авчи Зухал. - 2025. - №3(60). - С. 37-43.

[15-A]. Муродзода, А.И. Опыт применения внутрибрюшной аэрозольной химиотерапии под давлением для лечения перитонеального карциноматоза гепатопанкреатодуоденальной зоны [Текст] / А.И. Муродзода, Ф.И. Махмадов, Л.А. Суфиев, Ф.М. Миразимов // Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». - 2026. - Т. 7, № 1. - С. 113-124.

[16-A]. Муродзода, А.И. Практика применения внутрибрюшной аэрозольной химиотерапии под давлением для паллиативного лечения рака поджелудочной железы [Текст] / А.И. Муродзода, М.Ш. Юлдошев // Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». - 2026. - Т. 7, № 1. - С. 199-208.

Статьи и тезисы в других научных изданиях

[17-A]. Murodov, A. Low-invasive methods for correction of biliary after operations on the liver and gallery [Text] / A. Murodov, F. Makhmadov [et all.] // International Journal of Surgery. - Busan, Korea. - 2022. - 100S. - P.2. (4nd International Advanced Liver & Pancreas Surgery Symposium. - Busan, Korea. - 2021).

[18-A]. Murodov, A. Selection of options for non-standart laparoscopic cholecystectomy [Text] / A. Murodov, F. Makhmadov [et all.] // International Journal of Surgery. - Busan, Korea. - 2022. - 100S. - P.2. (4nd International Advanced Liver & Pancreas Surgery Symposium. - Busan, Korea. - 2021).

[19-A]. Murodov, A. Pancreatoduodenal resection. Treatment results [Text] / A. Murodov, F. Makhmadov [et all.] // International Journal of Surgery. - Busan, Korea. - 2022. - 100S. - P.5. (4nd International Advanced Liver & Pancreas Surgery Symposium. - Busan, Korea. - 2021).

[20-A]. Murodov, A. Modern mini-invasive technologies in diagnostics and treatment of diseases of the hepatopancreatoduodenal zone [Text] / A. Murodov, F. Makhmadov [et all.] // International Journal of Surgery. - Busan, Korea. - 2022. - 100S. - P.2. (4nd International Advanced Liver & Pancreas Surgery Symposium. - Busan, Korea. - 2021).

[21-A]. Муродов, А.И. Выбор метода лечения послеоперационных пищеводно-желудочно-кишечных кровотечений у больных после операций на гепатобилиарной зоне [Текст] / Ф.И. Махмадов, С.Н. Давлатов, М.М. Болтубоев, А.И. Муродов, Ф.Ш. Сафаров, А.С. Ашууров // Azerbaijan Journal of Surgery, Ваку. - 2023. - №1. - С.100.

[22-A]. Murodov, A. Improvement of the Results of the Treatment of Biliary Pancreatitis Complicated with Mechanical Jaundice [Text] / A. Murodov, F. Makhmadov et all. // International Conference of the Korean Panceratobiliary Association 2022. - Seoul, Korea. - 2022. - P. 304.

[23-A]. Муродов, А.И. Некоторые аспекты патогенеза послеоперационных пищеводно-желудочно-кишечных кровотечений у больных после операции на гепатобилиарной зоне [Текст] / Ф.И. Махмадов, С.Н. Давлатов, М.М. Болтубоев, А.И. Муродов, Ф.Ш. Сафаров, А.С. Ашууров // Azerbaijan Journal of Surgery, Ваку. - 2023. - №1. - С. 101-102.

[24-A]. Муродов, А.И. Обоснованный выбор тактики лечения послеоперационных внутрибрюшных абсцессов в гепатобилиарной хирургии [Текст] / Ф.И. Махмадов, М.Ф. Джураев, Д.Н. Садуллоев, Л.М. Мирон, Ф.Ш. Сафаров, А.С. Ашууров А.И. Муродов, // Azerbaijan Journal of Surgery, Ваку. - 2023. - №1. - С. 102-103.

[25-A]. Murodov, A. Diagnosis and surgical correction of post-operative bile leakage in patients after operations on the liver and Biliary tract [Text] / A. Murodov, F. Makhmadov [et all.] // J. Annals of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery. - 2023. - 27 Suppl 1: S283 <https://doi.org/10.14701/ahbps.2023S1>. EP-16.

[26-A]. Murodov, A. Postoperative bleeding in hepatobiliary surgery: issues of choosing the tactics of surgical correction [Text] / A. Murodov, F. Makhmadov [et all.] // J. Annals of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery. - 2023. - 27 Suppl 1: S357 <https://doi.org/10.14701/ahbps.2023S1>.EP-90.

[27-A]. Муродзода, А.И. Первый опыт тотальной лапароскопической панкреатодуоденальной резекции в Таджикистане: клиническая оценка и технические аспекты [Текст] / А.И. Муродзода, Ф.М. Миразимов // Вестник науки. - 2025. - Т. 4. - №. 5 (86). - С. 1976-1991.

Патенты на изобретение:

1. Способ лечения злокачественных опухолей печени, проксимальных отделов жёлчных протоков / Ходжамкулов Ашурали Акрамович, Сангинов Чумабой Рахматович, Базаров Негмат Исмаилович, Ахмадзода Саидилхом Мухторович // №ТJ 1520 02.02.2024г до 02.02.2030 г.

Рационализаторские предложения:

1. Способ формирования гепатикоеюноанастомоза, направленный на профилактику несостоятельности / Муродов А.И., Махмадзода Ф.И., Ашуров А.С. // Рационализаторское предложение. ТГМУ им. Абуали ибни Сино №3680/P1168 от 01.03.2026 г.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ:

БДС – большой дуоденальный сосочек

ГПДЗ – гепатопанкреатодуоденальная зона

ГЭА – гастроэнтероанастомоз

ДП – деструктивный панкреатит

ДПК – двенадцатиперстная кишка

МЖ – механическая желтуха

МИНВ – миниинвазивные вмешательства

МРТ – магнитно-резонансная томография

МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография

ОПП – острый послеоперационный панкреатит

ПГА – панкреатогастроанастомоз

ПДА – панкреатодигестивный анастомоз

ПДР – панкреатодуоденальная резекция

ПЕА – панкреатоеюноанастомоз

ПЖ – поджелудочная железа

ПП – панкреатический проток

СА – (раковый) карбогидратный антиген

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФГДС – фиброгастродуоденоскопия

ХДА – холедоходуоденоанастомоз

ХЕА – холедохоеюноанастомоз

ХП – хронический панкреатит

ЧЧХ-дренирование – чрескожное чреспечёночное холангиодренирование

ЧЧХ-стентирование – чрескожное чреспечёночное холангиостентирование

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ «МАРКАЗИ ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМИИ
САРАТОНШИНОСӢ»**

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ «ДОНИШГОҶИ ДАВЛАТИИ
ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

ВБД 616.36/.37-002-006-089-084:615.277.3

Ба ҳуқуқи дастнавис

МУРОДЗОДА АКБАР ИСМАТУЛЛО

**БЕҲТАРКУНИИ НАТИҶАҶОИ ТАБОБАТИ КОМПЛЕКСИИ
ҶАРРОҶӢ БЕМОРИҶОИ МИНТАҚАИ
ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛӢ**

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т И

диссертатсия барои

дарёфти дараҷаи илмии

доктори илмҳои тиббӣ аз рӯйи

ихтисосҳои: 3.1.17. Ҷарроғӣ, 3.1.12. Онкология

Душанбе – 2026

Диссертатсия дар МД «Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик К.М. Қурбонови МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро шудааст.

Мушовири илмӣ **Маҳмадзода Фарух Исроил** – профессор кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик К.М. Қурбонови МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», доктори илмҳои тиб, профессор

Муқарризони расмӣ: **Каприн Андрей Дмитриевич** – директори генералии Муассисаи федералии давлатии буҷетии «Маркази миллии тиббии таҳқиқоти радиологӣ»-и Вазорати тандурустии Федератсияи Россия, доктори илмҳои тиб, профессор

Ҳакимов Мурод Шавкатович – мудири кафедраи ҷарроҳии факултети ва госпиталии №1 Академияи тиббии Тошканд, доктори илмҳои тиб, профессор

Қодиров Фарҳод Давронҷонович – духтури ҷарроҳи шӯбаи меъда ва рӯда, ходими калони илмии МД «Институти гастроэнтерологияи Ҷумҳурии Тоҷикистон», доктори илмҳои тиб

Муассисаи пешбар: Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд

Ҳимояи диссертатсия «15» сентябри соли 2026, соати « » дар ҷаласаи Шурои диссертатсионии D 6D.KOA-040 назди МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мегардад, суроға: Ҷумҳурии Тоҷикистон, 734026, ш. Душанбе, кӯчаи Сино 29–31, толори ҷаласаи шурои диссертатсионӣ.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» ва инчунин дар сомонаи электронӣ: www.tajmedun.tj шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» «_____» соли 2026 фиристода шуд.

Котиби илмии шурои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб, дотсент



Али-Заде С.Г.

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзӯи таҳқиқот. Патологияҳои ҷарроҳиталаби мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ (МГПД) доираи васеи пайдоиши бемориҳои хушсифат ва бадсифатро дар бар мегирад. Масъалаи номбурда дар таҳқиқоте тасдиқ мешавад, ки ба «сабабҳои пайдоиш ва пешгирии фистулаҳои панкреатикӣ баъд аз амалиёти резексионии ғадуди зери меъда» [1, саҳ. 79], инчунин ба «нақш ва ҷойгоҳи даҳлатҳои дренажии каминвазивӣ дар табобати бемориҳои узвҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ дар беморони синни пирӣ ва куҳансолӣ» [7, саҳ. 37] бахшида шудаанд.

Таваҷҷуҳи рӯзафзун ба масъалаи мазкур дар қорҳои илмие инъикос ёфтааст, ки дар онҳо «таҳлили беморшавии госпиталӣ аз саратони ғадуди зери меъда дар ҳудуди вилояти Красноярск» [15, саҳ. 61] ва «натijaҳои иҷрои резексияи панкреатодуоденалӣ дар шӯбаи махсусгардонидашудаи беморхонаи бисёрсоҳа» [18, саҳ. 54] пешниҳод гардидаанд.

Бо назардошти ҷорӣ гардидани технологияҳои нав, усулҳои ташхисӣ ва раванди табобати бемориҳои МГПД пайваста такмил ёфта, масъалаи мазкур дар таҳқиқоти бахшида ба «стентгузориҳои эндоскопии билиарӣ ҳангоми зардпарвини механикӣ омосӣ» [12, саҳ. 59] инъикос ёфтааст.

Қисми назарраси сохтори бемориҳои МГПД-ро бемории хушсифат ва бадсифат, инчунин бемориҳои ташкил медиҳанд, ки ҳалалдоршавии гузариши роҳҳои сафроравиро ҳамроҳӣ мекунанд. Инро нашрияҳо оид ба «истифодаи оқилонаи онкомаркерҳои хуноба дар ташхиси омосҳои бадсифати ғадуди зери меъда» [21, саҳ. 120], инчунин тавсияҳои клиникӣ вобаста ба «ташхис, табобат ва назорати минбаъдаи беморони гирифтори саратони ғадуди зери меъда» [32, саҳ. 667] тасдиқ менамоянд.

Бемориҳои зикршудаи узвҳои МГПД бо инкишофи панкреатит, гипертензияи билиарӣ, зардпарвини механикӣ ва оризаҳои илтиҳобии роҳҳои сафроравӣ зич алоқаманд мебошанд. Аз ҷумла, дар адабиёти илмӣ масъалаҳои «ташхис ва табобати панкреатити аутоиммунӣ» [5, с. 95],

инчунин «табобати ҷарроҳии панкреатити музмин» [26, с. 804] ҷудогона баррасӣ мешаванд.

Сарфи назар аз зиёд будани маълумоти ташхисӣ ва самаранокии табобатӣ, даҳолатҳои антероградӣ ва ретроградии минималӣ-инвазивӣ аз хатари оризаҳо ҳолӣ нестанд. Дар адабиёти илмӣ масъалаҳои «табобати оризаҳои даҳолатҳои эндобилиарии трансгепатикӣ ҳангоми зардпарвини механикӣ, ки аз омосҳои периампулярӣ ба вучуд омадааст» [8, с. 68] баррасӣ гардида, инчунин равишҳои муосири «стентгузори антероградии билиарӣ: масъалаи интихоби стент» [6, с. 16] ҷудогона омӯхта мешаванд. Ба ин хотир, масъалаҳои пешгирӣ, ташхиси саривақтӣ ва ислоҳи оризаҳои баъдиҷарроҳӣ аҳаммияти баланди клиникӣ доранд, ки дар резолютсияи бахшида ба «технологияҳои минималӣ-инвазивӣ дар табобати зардпарвини механикӣ» [23, с. 124] низ таъкид шудааст.

Дар байни ҳолатҳои беморӣ дар МГПД мавқеи махсусро равандҳои ҳаҷмӣ ишғол менамоянд, ки асосан бо омосҳои бадсифат ва панкреатити музмин бо осеби сари ғадуди зери меъда намояндагӣ мешаванд. Инро нашрияҳои бахшида ба «ташхис ва табобати ҷарроҳии панкреатити музмин бо осеби сари ғадуди зери меъда» [16, саҳ. 103], инчунин мавод оид ба «омори омосҳои бадсифат дар Русия ва кишварҳои ИДМ» [3, саҳ. 226] тасдиқ менамоянд. Умуман, маълумоти оморӣ аз «аҳаммияти устувори баланди клиникӣ ва иҷтимоии омосҳои ғадуди зери меъда шаҳодат медиҳанд ва мушоҳидаҳои мавҷуда ба нигоҳ доштани тамоюли афзоиши беморшавӣ ишора менамоянд» [15, саҳ. 61].

Дар сохтори ҳолатҳои беморӣ дар МГПД ҳиссаи назаррасро шаклҳои музмини панкреатит ташкил медиҳанд, ки аҳаммияти баланди клиникӣ ва бори вазнини тиббию иҷтимоиро нигоҳ медоранд. Инро «тавсияҳои Ассотсиатсияи гастроэнтерологҳои Русия оид ба ташхис ва табобати панкреатити музмин» [6, саҳ. 70], инчунин «тавсияҳои клиникӣ оид ба табобати ҷарроҳии беморони гирифтори панкреатити музмин» [10] тасдиқ

менамояндр. Маълумоти муосир нишон медиҳанд, ки «панкреатити музмин ҳамоно бемории рушдкунанда боқӣ монда, аксаран ба раванди махсусгардонидашудаи ҷарроҳӣ ниёз дорад» [2, саҳ. 51].

Қисми зиёди муҳаққиқон бартариҳои даҳлатҳои ҳифзкунандаи узв ва нигоҳдорандаи дуоденумро асоснок менамояндр, ки ин дар қорҳои «Резексияҳои ҳифзкунандаи узв ва сегментарии сари ғадуди зерӣ меъда: асосноккунии анатомӣ ва техникаи ҷарроҳӣ» [20, саҳ. 100] ва «Резексияи нигоҳдорандаи дуоденуми сари ғадуди зерӣ меъда дар муқоиса бо панкреатодуоденэктомия ҳангоми табобати панкреатити музмин бо қалоншавии сари ғадуди зерӣ меъда: шарҳи систематикӣ ва метатаҳлил» [29, саҳ. 1] инъикос ёфтааст. Ҳамзамон қонибдорони равиши радикалӣ аҳаммияти амалиёти резексиониро таъкид менамояндр, ки ин дар нашрияҳои «Табобати беморони гирифтори панкреатити музмин – резексияи панкреатодуоденалӣ ё амалиёти Фрей» [11, саҳ. 15] ва «Усулҳои ҷарроҳии бо далелҳо асосёфтаи табобати панкреатити музмин – шарҳи систематикӣ ва мета-таҳлили таҳқиқоти назоратшавандаи рандомизатсионӣ» [30, саҳ. 489] инъикос гардидааст.

Бо вуҷуди ин, ҳангоми ба вуҷуд омадани омосҳои ашаддии МГПД, аз ҷумла саратони ғадуди зерӣ меъда (ҒЗМ), яке аз усулҳои асосии радикалии табобати ҷарроҳӣ то ҳол панкреатодуоденэктомия (РПД) боқӣ мемонад. Ин ҳолат дар нашрияҳои «Ҷанбаҳои методологӣ ва натиҷаҳои панкреатодуоденэктомия» [13, с. 15] ва «Ҳамаи амалиёти Уиппл яксон нестанд: пешниҳоди таснифи панкреатодуоденэктомияҳо» [34, с. 1456] тасдиқ шудааст. Беморхонаҳои пешрафта «тамоюли қоҳиши ғавти баъдиҷарроҳиро пас аз РПД нишон медиҳанд, аммо басомади оризаҳои баъдиҷарроҳӣ то ҳол назаррас боқӣ мемонад», ки ин дар таҳқиқот оид ба фистулаи панкреатикӣ пас аз панкреатодуоденэктомия ва робитаи он бо беморшавии баъдиҷарроҳӣ низ таъкид гардидааст [25, с. 46].

Ҳамзамон маълумоти аз адабиёт дастрасгардида имкон намедиҳад, ки масъала пурра ҳалшуда ҳисобида шавад. Масъалаи номбурда дар яке аз

корҳои илмӣ ба таври зайл таъкид шудааст: «паллиатсия бо истифода аз стентҳои металли эндоскопӣ метавонад барои беморони гирифтори аденокарсиномаи обструктивии сари ғадуди зери меъда нисбат ба даҳолати ҷарроҳӣ бартарӣ дошта бошад» [33, саҳ. 1104]. Ин ҳолат, аслан, баҳси идомадорро оид ба нишондодҳо барои равишҳои паллиативии ҷарроҳӣ ва эндоскопӣ инъикос менамояд. Дар ин робита интихоби усули декомпрессия бояд ба «дараҷаи паҳншавии раванди омосӣ, давомнокии эҳтимолии ҳаёт, дастрасии техникии даҳолаткунада ва ҳолати умумии бемор» [35, саҳ. 1415] асос ёбад. Дар адабиёти омӯхташуда дар шакли алоҳида масъалаи «чиро ҷарроҳон бояд дар бораи мезопанкреас донанд» [31, саҳ. 2621], инчунин хусусиятҳои «реконструксияи рағҳо ҳангоми амалиёти Уиппл» [32, саҳ. 95] баррасӣ мешаванд.

Асосноккунии клиникӣ-морфологии интихоби усули табобат дар беморони гирифтори осебҳои омосии ин мавқеи анатомӣ аҳаммияти худро нигоҳ медорад, ки ин дар таҳқиқоти бахшида ба «арзёбии морфологии паҳншавии аденокарсиномаи гузарандаи ғадуди зери меъда» [19, саҳ. 130] инъикос ёфтааст. Масъалаи арзёбии имкониятҳои табобати якҷояи саратони резектабелии F3M низ аз аҳаммият ҳолӣ нест. Инро маълумоти муосир оид ба «Табобати кимиёвӣ-шуъоии периператсионӣ дар беморони гирифтори аденокарсиномаи резектабелӣ ва сарҳадӣ-резектабелии ғадуди зери меъда» [36, саҳ. 282], инчунин натиҷаҳои таҳқиқоте, ки дар он «табобати кимиё-шуъоии неoadъювантӣ ва амалиёти фаврӣ ҳангоми саратони резектабелӣ ва сарҳадӣ-резектабелии ғадуди зери меъда» муқоиса шудаанд [37, саҳ. 1763], тасдиқ менамоянд.

Дар адабиёт алоҳида «омилҳои хавф ва пешгирии панкреатити баъдиҷарроҳӣ ҳангоми даҳолати резексионӣ дар ғадуди зери меъда» [22, саҳ. 4], инчунин «сабабҳои пайдоиш ва пешгирии фистулаҳои панкреатикӣ баъд аз амалиёти резексионӣ дар ғадуди зери меъда» [1, саҳ. 79] баррасӣ мешаванд. Дар адабиёт аҳаммияти «равиши пурра ба идоракунии давраи

периоператсионӣ дар беморон» [10, саҳ. 43] таъкид мегардад. Ҳамчунин «чанбаҳои фармакокинетикӣ ва клиникӣ таъобати кимиёвӣ аэрозолии дохилишикамӣ таҳти фишор» [21, саҳ. 1112] мавриди муҳокима қарор доранд.

Дар маҷмӯъ, ин зарурати идомаи коркард ва беҳтаркунии усулҳои пешгирии оризаҳои дохилиҷарроҳӣ ва баъдиҷарроҳиро таъкид менамояд, зеро маҳз чунин равиш имкон медиҳад, ки ба беҳтар шудани натиҷаҳои фаврӣ ва дарозмуддати таъобат дар ин гурӯҳи вазнини беморон умед баста шавад [24, саҳ. 5].

Дарачаи коркарди илмӣ проблемаи мавриди омузиш. Бояд таъкид намуд, ки ба масъалаи ташхис ва таъобати бемориҳои МГПД корҳои зиёди илмӣ муосир бахшида шудаанд, ки дар доираи онҳо ҳам дар беҳтаркунии техникаи ҷарроҳӣ ва ҳам дар дақиқ намудани чанбаҳои анатомӣ-онкологии даҳолатҳо дастовардҳои назаррас ба даст омадаанд. Ин маълумот ба амиқшавии пайвастаи фаҳмишҳо оид ба чанбаҳои аз ҷиҳати техникӣ мураккаб ва аз ҷиҳати пешгӯӣ муҳими ҷарроҳии МГПД ишора мекунад.

Дар даҳсолаҳои охир мавқеи махсусро омузиши имкониятҳои таъобати периоператсионӣ дар беморони гирифтори омосҳои бадсифати МГПД-ро ишғол менамояд. Дар ин робита ҳам корҳои бахшида ба пешгирии оризаҳои баъд аз даҳолати резексионӣ дар ғадуди зери меъда [1, саҳ. 79], ва ҳам таҳқиқоте, ки аҳамияти ҷараёни баъдиҷарроҳӣ ва фистулаи панкреатикиро барои сатҳи умумии беморшавӣ баъд аз панкреатодуоденэктомия нишон медиҳанд [19, саҳ. 46], қобили таваҷҷуҳ мебошанд. Ҳамзамон ҳангоми интиҳоби усули таъобатӣ диққати ҷиддӣ ба ташхиси дурусти дифференсиалӣ байни панкреатити музмин ва саратони ғадуди зери меъда дода мешавад, ки масъалаи номбурда дар кори ба «чудосозии панкреатити музмин ва саратони ғадуди зери меъда» бахшидашуда таъкид гардидааст [25, саҳ. 395].

Зарурати таҳияи алгоритми дақиқтари интиҳоби даҳолати ҷарроҳӣ ҳангоми панкреатити музмин низ равшан аст, ки имконияти хатари

саратони ҷарроҳишавандаи аз дастрафтaro кам карда, ҳамзамон сифати хуби зиндагии беморонро таъмин гардад. Дар ин самт маълумот оид ба равиши дифференциалӣ ба табобати ҷарроҳии бемориҳои омосии мавқеи панкреатодуоденалӣ [3, саҳ. 49], инчунин мавод оид ба технологияҳои муосири каминвазивӣ дар табобати зардпарвини механикӣ [18, саҳ. 124] ҷолиб мебошанд.

Яке аз самтҳои умедбахши беҳтар намудани натиҷаҳои табобати беморони гирифтори омосҳои МГПД, асосноккунии клиникӣ-морфологии равиши омехта боқӣ мемонад. Ҳамзамон ҷустуҷӯи технологияҳои нави зиддисаратонӣ идома дорад. Масалан, дар адабиёти муосир ҷанбаҳои фармакокинетикӣ ва клиникии «табобати кимиёвии аэрозолии дохилишикамӣ таҳти фишор» [21, саҳ. 1112], инчунин дурнамои васеътари радикализатсияи табобати саратони ғадуди зери меъда [22, саҳ. 232] муҳокима мегарданд. Дар маҷмӯъ, ин тамоюли устувори мутахассисон таҳияи усулҳои самараноктар ва патогенетикӣ асоснокшудаи табобати бемориҳои МГПД-ро тақозо менамояд.

Дар нашрияҳои солҳои охир тамоюли устувор ба васеъшавии нишондодҳо ва ҷамъоварии таҷрибаи мусбати истифодаи табобати кимиёвии аэрозолии дохилишикамӣ таҳти фишор мушоҳида мешавад. Инро маълумоти корҳои тасдиқ мекунанд, ки «асосноккунӣ, заминаи далелӣ ва нишондодҳои эҳтимолӣ»-и ин усулро баррасӣ намуда [30, саҳ. 368], инчунин ҷанбаҳои фармакокинетикӣ ва клиникии онро таҳлил мекунанд [21, саҳ. 1112]. Ин нашрияҳо нишон медиҳанд, ки табобати кимиёвии аэрозолии дохилишикамӣ таҳти фишор тадриҷан ҷойгоҳи бештар намоёнро дар системаи табобати омехтаи беморони гирифтори омосҳои паҳншудаи бадсифати холигоҳи шикам ишғол менамояд.

Ҳамзамон дар ҷарроҳии муосири МГПД самти афзалиятноку муҳим – беҳтаркунии идоракунии пешазҷарроҳии беморон дар асоси протоколҳои барқароршавии тезтар мебошад. Бо дарназардошти гуфтаҳои боло, дастрас гардидани таҷҳизот барои табобати кимиёвии аэрозолии дохилишикамӣ

таҳти фишор дар маркази мо заминаи омӯзиши самаранокии ин усулро дар беморони гирифтори омосҳои бадсифати ғадуди зери меъда, рӯдаи дувоздаҳангушта ва пистони калони дуоденалӣ фароҳам оварда шудааст. Ҳамзамон мутобиқсозии барномаи тезбарқароршавии бемор пас аз ҷарроҳӣ ва идоракунии ин гурӯҳи беморон, самти нав ва аз ҷиҳати амалӣ муҳим барои онкологияи Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ҳисоб меравад. Маҳз рисолаи мазкур ба ҳалли ин масъалаҳо бахшида шудааст.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоихаҳо), мавзӯҳои илмӣ. Рисолаи мазкур дар доираи лоихаи илмӣ-тадқиқотии Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Ташҳиси саривақтӣ, табобат ва пешгирии омосҳои бадсифати сурхрӯда ва меъда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» (давраи иҷро: 2021–2025; рақами бақайдгирии давлатӣ: 0118ТJ00935), ки аз буҷети давлатӣ маблағгузорӣ шудааст, инчунин дар доираи татбиқи амалии «Барномаи пешгирӣ ва назорати бемориҳои саратонӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2025–2029», ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 29 майи соли 2025, №327 тасдиқ шудааст, иҷро гардидааст.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Ҳадафи рисола беҳтаркунии натиҷаи табобати комплексӣ ва ҷарроҳии беморони мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ тавассути таҳияи усулҳои патогенетикӣ асоснокшудаи пешгирии оризаҳои дохилиҷарроҳӣ ва баъдиҷарроҳӣ, инчунин усулҳои мураккаби табобати омехта мебошад.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯзиши имкониятҳои муосири ташҳиси бемориҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ ва дар асоси маълумоти бадастомада таҳия намудани алгоритми ташҳисӣ.

2. Гузаронидани асосноккунии клиникӣ-морфологии истифодаи усули омехтаи табобат дар беморони гирифтори омосҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ.

3. Омӯзиши имкониятҳо ва самаранокии табобати кимиёвӣ-шуоъӣ пешазҷарроҳии беморони гирифтори саратони ғадуди зери меъда.

4. Таҳияи меъёрҳои интихоби усули ҷарроҳии дифференсиалӣ, аз ҷумла даҳлатҳои каминвазивӣ, ҳангоми бемориҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ.

5. Арзёбии самаранокии табобати кимиёвӣ аэрозолии дохилишикамӣ таҳти фишор (pressurised intraperitoneal aerosol chemotherapy), инчунин натиҷаҳои ҷаври татбиқи Fast Track дар беморони гирифтори бемориҳои МГПД.

6. Муайян намудани омилҳои мусоидаткунандаи зиёдшавии оризаҳои махсус дар давраи баъдиҷарроҳӣ дар беморони ҷарроҳии узвҳои МГПД.

7. Коркарди усулҳои такмилёфтаи пешгирии оризаҳои дохилиҷарроҳӣ ва ҳам баъдиҷарроҳии ҳангоми иҷрои намудҳои гуногуни амалиёт дар ин самт ба вуҷуд омада.

8. Арзёбии самаранокии усули пешниҳодшудаи ҷарроҳии дифференсиалӣ тавассути таҳлили муқоисавии натиҷаҳои табобати ҷарроҳии бемориҳои МГПД бо истифодаи усулҳои таҳияшуда.

Объекти таҳқиқот. 216 бемор бо бемориҳои ҷарроҳии МГПД (99 – гурӯҳи ретроспективӣ ва 117 – гурӯҳи проспективӣ).

Мавзӯи таҳқиқот. Натиҷаҳои усулҳои клиникӣ-лабораторӣ ва шуоъӣи таҳлили бемориҳои МГПД, усулҳои гуногуни ислоҳкунӣ бо истифодаи технологияҳои каминвазивӣ дар муқоиса бо даҳлатҳои анъанавӣ ҷарроҳӣ мебошанд.

Навгони илмӣ таҳқиқот. Муайян карда шуд, ки асоснокии клиникӣ ва морфологии истифодаи усули омехтаи табобат дар беморони гирифтори омӯҳҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ вуҷуд дорад. Имкониятҳо ва самаранокии табобати кимиё-шуоъӣи перооперативӣ дар беморони гирифтори саратони резектабели ғадуди зери меъда арзёбӣ гардиданд.

Аҳаммияти таҳлили холангиопанкреатографияи магнитӣ-резонансӣ, инчунин нишондиҳандаҳои ситокинҳо ва сафедаи С-реактивӣ ҳангоми

муайян намудани дараҷаи вазнинии зардпарвинии механикӣ дар беморони гирифтори бемориҳои МГПД исбот карда шуд. Меъёрҳои интихоби усули дифференсиалии ҷарроҳӣ, аз ҷумла даҳлатҳои каминвазивӣ, ҳангоми бемориҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ муайян карда шуданд.

Натиҷаҳои бевоситаи татбиқи барномаи Fast Track дар беморони гирифтори бемориҳои МГПД арзёбӣ гардиданд. Дар асоси таҳқиқоти гузаронидашуда омилҳои муайян шуданд, ки ба рушди оризаҳои махсуси баъдиҷарроҳӣ ҳангоми табобати ҷарроҳии ин касалиҳо таъсир мерасонанд. Алгоритмҳои таъхис ва табобати стриктураҳои гепатикохоледох таҳия гардиданд.

Алгоритми пешбурди беморони гирифтори омосҳои калонҷаҷми ғадуди зери меъда дар заминаи панкреатити музмин пешниҳод карда шуд. Усули табобати ҷарроҳии омехтаи пунксионӣ-видеоэндоскопии каминвазивӣ барои омоси хушсифати мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ таҳия гардид.

Усули пешгирии номувофиқатӣ ва маҳдудшавии анастомозҳои билиодигестивии ташаккулёфта таҳия карда шуд. Меъёрҳои интихоби усули табобати панкреатити музмин вобаста ба механизми асосии нишонаи дард муайян карда шуданд.

Алгоритми декомпрессияи каминвазивӣ ҳангоми зардпарвинии механикӣ дар беморони гирифтори бемориҳои МГПД пешниҳод гардид. Алгоритмҳои табобати саратони ғадуди зери меъда, аз ҷумла шаклҳои резектабели он, таҳия карда шуданд.

Усули табобати декомпрессияи периперативии каминвазивии билиарӣ ҳангоми омосҳои бадсифати МГПД, ки бо зардпарвинии механикӣ мураккаб шудаанд, асоснок карда шуд. Ин равиш бар интихоби инфиродии усули декомпрессия бо дарназардошти вазъияти клиникӣ асос ёфтааст.

Муайян гардид, ки даҳлатҳои декомпрессионии периперативии каминвазивии таҳияшуда дар беморони гирифтори омосҳои бадсифати МГПД имкон медиҳанд оmodасозии пурра ба амалиёти радикалии

резексионӣ гузаронида шуда, эҳтимолияти натиҷаи мусоид баланд бардошта шавад.

Усули табобати каминвазивии беморон бо зардпарвинии механикии омосӣ, ки бо манзараи холангити чиркӣ ҳангоми бемориҳои МГПД ҳамроҳӣ мекунад, таҳия гардид. Меъёрҳои дохилкунӣ ва хориҷ намудани беморони гирифтори омосҳои бадсифати МГПД барои пешбурд аз рӯйи барномаи Fast Track дақиқ ва такмил дода шуданд. Нишондодҳо барои иҷрои «амалиёти тезонидашуда» дар беморони гирифтори саратони ғадуди зери меъда ва пистонаки Фатер аз нав баррасӣ гардиданд.

Нуктаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Муайян карда шуд, ки алгоритми ташхиси бемориҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ, ки аз табобати клиникӣ-лабораторӣ, усулҳои эндоскопӣ, аз ҷумла видеоскопия ва ХПГЭР, усулҳои тасвирии радиологӣ, аз ҷумла ТУС, ТКМС, ХПГМР ва ХГТТ, инчунин декомпрессияи каминвазивии билиарӣ таҳти назорати ТУС иборат аст, оmodасозии самараноки пеш аз амалиёти беморонро барои иҷрои даҳолатҳои радикалии резексионӣ таъмин менамояд.

2. Исбот карда шуд, ки интихоби усули омехтаи табобати омосҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ ва асоснокии клиникии он аз пуррагии санҷиши маҷмуавии пеш аз амалиёти клиникӣ-морфологии раванди омосӣ вобаста мебошад.

3. Асоснок карда шуд, ки табобати пешазҷарроҳии кимиё-шуоъӣ дар беморони гирифтори саратони резектабели ғадуди зери меъда ҳангоми мавҷудияти нишондодҳои мувофиқ яке аз шартҳои муҳими беҳтар намудани натиҷаҳои беморӣ ба ҳисоб меравад.

4. Нишон дода шуд, ки табобати кимиёви аэрозолии дохилишикамӣ таҳти фишор ҳангоми истифодаи саривақтӣ бо коҳиши 50–60%-и дараҷаи тағйироти беморӣ ва 3 маротиба кам шудани ҳаҷми моеъи асситиро дар холигоҳи шикам ҳамроҳӣ мекунад.

5. Муайян карда шуд, ки татбиқи барномаи Fast Track дар беморони гирифтори омосҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ танҳо дар шароити кори Ҳамоҳангшудаи байнисоҳавӣ бо иштироки онкологҳо, ҷарроҳон, анестезиолог-реаниматологҳо, радиологҳо, нутритсиологҳо, фармакологҳои клиникӣ ва ҳамшираҳои тиббӣ имконпазир аст. Исбот карда шуд, ки маҳз чунин равиши ташкилӣ заминаи амалӣ барои ҷорӣ намудани барномаи Fast Track дар ҷарроҳии саратони ғадуди зерӣ меъда дар Маркази ҷумҳуриявӣ илмӣ саратоншиносии Ҷумҳурии Тоҷикистон фароҳам меорад.

6. Муайян карда шуд, ки омилҳои асосии рушди оризаҳои махсуси баъдиҷарроҳӣ ҳангоми табобати ҷарроҳии бемориҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ аз санҷиши нопурраи пешазҷарроҳии раванд, ислоҳи саривақтӣ нагирифтани холестази, набудани ё нокифоя будани табобати пешазамалиётӣ кимиё-шуоъӣ, инчунин таҷрибаи нокифояи мутахассис иборат мебошанд. Асоснок карда шуд, ки усулҳои таҳияшуда ва такмилёфтаи пешгирии оризаҳои дохилиҷарроҳӣ ва баъдиҷарроҳӣ ҳангоми даҳлатҳо дар узвҳои МГПД имконияти ба таври назаррас беҳтар намудани натиҷаҳои ғаврии табобати ҷарроҳии ин гурӯҳи беморонро фароҳам меоварад.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Таҳлили натиҷаҳои биопсияи дохилиҷарроҳӣ ҳангоми санҷиши ҳаҷми оризаҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ нишон дод, ки эҳтимолияти натиҷаҳои манфии бардурӯғ вуҷуд дорад. Ҳангоми шаклҳои мураккаби оризаҳои МГПД, ки бо зардпарвини механикӣ ва бандшавии рӯда ҳамроҳанд, вале бе паҳншавӣ ба сохторҳои рағӣ ва узвҳои ҳамсоя, иҷрои даҳлати резексионӣ асоснок доништа мешавад.

Алгоритмҳои таҳияшудаи идоракунии беморони дорои оризаҳои ғадуди зерӣ меъда дар заминаи панкреатити музмин, усули пешниҳодшудаи табобати омехтаи каминвазивӣ иллатҳои фокалии хушсифати МГПД ва алгоритми интихоби усул ҳангоми зардпарвини механикӣ имкон медиҳанд,

ки усули мувофиқи табобат интихоб карда шуда, басомади оризаҳои баъдиҷарроҳӣ коҳиш ёбад ва фавт паст карда шавад.

Барномаи Fast Track дар беморони гирифтори бемориҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ асоснок карда шуда, барои истифодаи клиникӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тавсия дода мешавад. Он метавонад ҳамчун асос барои рушди минбаъдаи самти илмӣ-амалӣ оид ба беҳтаркунии стандартҳои идоракунии ин гурӯҳи вазнини беморон хизмат намояд.

Алгоритмҳои декомпрессияи каминвазивӣ ҳангоми зардпарвини механикӣ дар беморони гирифтори бемориҳои МГПД, инчунин алгоритмҳои табобати саратони ғадуди зери меъда, аз ҷумла шаклҳои резектабели он, таҳия ва ба амалия ҷорӣ карда шуданд. Самаранокии онҳо исбот гардида, нишондоди истифода дар доираи равиши ташхису табобати таҳияшуда муайян карда шуданд. Муайян карда шуд, ки даҳолати декомпрессиони пешазҷарроҳии миниинвазивӣ дар беморони гирифтори омосҳои бадсифати МГПД имкон медиҳанд омодагии пеш аз амалиёти радикалии резексиониро таъмин намуда, эҳтимоли натиҷаи мусоид зиёд карда шавад.

Усули пешниҳодшудаи табобати миниинвазивии беморони гирифтори зардпарвини омосӣ, ки бо тасвири клиникӣ холангити чиркин дар заминаи бемориҳои МГПД мегузарад, ба беҳтар шудани натиҷаҳои табобати омосҳои ин мавқеъ мусоидат менамояд.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Натиҷаҳои таҳқиқ, муқаррароти ба ҳимоя баровардашуда, тавсияҳои амалӣ дар асоси таҳлили ҳаҷми кофии маводи клиникӣ, истифодаи усулҳои муосири иттилоотии ташхис ва истифодаи намудҳои гуногуни даҳолати ҷарроҳӣ ҳангоми бемориҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ ба даст оварда шудаанд. Муқаррароти асосии кор дар корҳои илмӣ нашршуда ва мақолаҳо дар маҷаллаҳои баррасишавандаи Ҷумҳурии Тоҷикистон инъикос ёфтаанд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиномномаи ихтисоси илмӣ. Мавзӯи рисола «Беҳтаркунии натиҷаҳои табобати ҷарроҳии фарогири бемориҳои

мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ» ба шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 3.1.17. Ҷарроҳӣ, аз ҷумла бахшҳои III.1, III.6, III.7 ва III.8, инчунин ба ихтисоси 3.1.12. Онкология, аз ҷумла бахшҳои III.3, III.5, III.6 ва III.7 пурра мувофиқат мекунад.

Методология ва тарҳи рисола, равишҳои таҳқиқ ва таъбиқи истифодашуда ба самтҳои муосири онкоҷарроҳӣ, аз ҷумла ҷарроҳии системаи гепатопанкреатобилиарӣ, мутобиқ мебошанд. Маҷмӯи маълумоти пешниҳодшуда нишон медиҳад, ки мавзӯ ва мазмун рисола пурра ба ихтисосҳои илмӣ зикршуда мувофиқат менамоянд.

Саҳми шахсии доктарабӣ дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот. Баррасии адабиёти дастрасгардида, таҳияи тарҳи таҳқиқот, ҷамъовариҳои маводи клиникӣ шахсӣ, таҳлили натиҷаҳои муоина ва маълумоти беморони гирифтори бемориҳои МГПД дар давраи солҳои 1999–2025, коркарди омории маълумоти бадастомада, оморасозии бобҳои рисола, таҳияи хулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ аз ҷониби муаллиф шахсан иҷро гардидаанд.

Тавсиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Мазмуну мундариҷаи асосии рисолаи илмӣ дар форумҳои илмӣ зерин пешниҳод ва муҳокима гардидаанд: International Conference of the Korean Pancreatobiliary Association (Сеул, Ҷумҳурии Корея, 2022), International Conference of Surgeons of Azerbaijan бахшида ба 60-солагии Институти ҷарроҳии ба номи академик М. Топчибашев (Боку, 2022), 18th World Congress of Endoscopic Surgery (Пусан, Ҷумҳурии Корея, 2022), Конфронси илмӣ-амалии 70-умин солгарди ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки байналмилалӣ «Тибби муосир: анъана ва навоарӣ» (Душанбе, 2022), International Pancreatobiliary Meeting (Инчхон, Ҷумҳурии Корея, 2023), Multidisciplinary International Conference Liver Week (Инчхон, Ҷумҳурии Корея, 2023), 20th International Eurasian Congress of Hepatogastroenterology and Surgery, НЕВІРА (Боку, 2024), 4th World Congress of GI Endoscopy (Сеул, Ҷумҳурии

Корея, 2024), 53rd Congress of the Korean Society of Endo-Laparoscopic and Robotic Surgery and 14th International Symposium (Сеул, Ҷумҳурии Корея, 2024), International Society of Liver Surgeons Single Topic Symposium (Сеул, Ҷумҳурии Корея, 2024), Конгресси ҷашнии Ҷамъияти ҷарроҳони эндоскопии Русия (Москва, 2025), 56th Congress of KSERS and 15th International Symposium (Сеул, Ҷумҳурии Корея, 2025).

Натиҷаҳои таҳқиқот инчунин дар ҷаласаи Шурои илмии Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон бо иштироки кормандони МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» баррасӣ гардидаанд, суратҷаласаи №1 аз санаи 3-юми октябри 2025 сол.

Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия. Аз рӯйи мавзӯи рисола 27 кори илмӣ нашр шудааст, ки аз ҷумлаи онҳо 16 мақола дар маҷаллаҳои тақризишавандаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошанд. Якто патенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва якто шаҳодатномаи пешниҳоди ратсионализаторӣ ба даст оварда шудаанд.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Рисола дар ҳаҷми 308 саҳифаи матни чопӣ таҳия шуда, аз муқаддима, рӯйхати адабиёт, 6 боби таҳқиқоти худӣ, муҳокимаи натиҷаҳо, хулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ иборат мебошад. Рӯйхати адабиёт 64 манбаъ ба забони русӣ ва 304 манбаъ ба забонҳои хориҷиро дар бар мегирад. Кор бо 80 расм ва 55 ҷадвал муаррифӣ шудааст.

ҚИСМИ АСОСИИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти мазкур дар заминаҳои клиникии кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик К.М. Қурбонovi Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» ва Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида шудааст. Ба гурӯҳи ташхисшаванда 216 бемор бо бемориҳои ҷарроҳии узвҳои МГПД, ки дар давраи аз соли 1999 то 2023 табобати бемористонӣ гирифтаанд, дохил карда шуданд.

Тарҳи таҳқиқот тақсим кардани беморонро ба ду гурӯҳ пешбинӣ мекард: гурӯҳи асосӣ, ки 117 бемор (54,2%)-ро дар бар мегирифт ва дар табобати онҳо усулҳои такмилёфта ва инноватсионии ташхису табобат истифода шудаанд ва гурӯҳи муқоисавӣ аз 99 бемор (45,8%), ки ташхис ва табобати муқарарӣ гирифтаанд. Дар маҷмӯъ, 32,4% маводи таҳқиқро бемориҳои хушсифати ҷигар ташкил доданд: эхинококкози ҷигар - 41 (58,6%), кистаҳои ғайрипаразитарии ҷигар – 13 (18,6%), абсцессҳои ҷигар – 9 (12,8%) ва гемангиома – 7 (10,0%).

Омосҳои бадсифати ҒЗМ дар 72 (33,3%) бемор мушоҳида гардиданд, ки аз ҷумлаи онҳо дар 34 (29,0%) бемори гурӯҳи асосӣ ва 38 (38,4%) бемори гурӯҳи муқоисавӣ мебошанд. Бемориҳои хушсифати ҒЗМ, аз ҷумла панкреатити музмин ва омоси хушсифати доираи ҒЗМ, мутаносибан дар 9 (4,2%) ва 4 (1,8%) бемор ошкор карда шуданд: панкреатити музмин – дар 6 бемори гурӯҳи асосӣ ва 3 бемори гурӯҳи муқоисавӣ; омосҳои хушсифати доираи ҒЗМ – 2 беморӣ дар ҳар як гурӯҳ.

Бемориҳои маҷрои сафрогузар (МС), аз ҷумла пистонаи калони дуоденалӣ, низ ба шумори бемориҳои вазнини МГПД дохил мешавад. Дар ин маврид, омосҳои дорои табиати бадсифат 28 (13,0%) ҳолат ва омосҳои хушсифат - 20 (9,2%) ҳолатро ташкил доданд.

Аз шумораи умумии беморони аз ташхис гузашта, мардон 132 (61,1%) нафар ва занон 84 (38,9%) нафарро ташкил доданд. Бояд қайд кард, ки синну соли беморон вобаста ба хусусияти беморӣ фарқ мекард, аммо дар аксари ҳолатҳо аз 60 сол боло набуд. Ҳамин тариқ, қисми асосии гурӯҳи беморонро шахсони синни баркамол ва қобили меҳнат ташкил доданд, ки ин на танҳо аҳаммияти клиникӣ, балки аҳаммияти иҷтимоии масъалаи мавриди омӯзишро низ таъкид мекунад.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Омоси хушсифати МГПД 47,7% (n=103)-ро ташкил дод, аз ҷумла 56 ҳолат дар гурӯҳи асосӣ ва 47 ҳолат дар гурӯҳи муқоисавӣ. Омоси бадсифати

МГПД 52,3% (n=113)-ро ташкил дод, аз ҷумла 61 ҳолат дар гурӯҳи асосӣ ва 52 ҳолат дар гурӯҳи муқоисавӣ (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. – Тақсимооти беморони гирифтори саратони ғадуди зери меъда вобаста ба усули табобат ва ҷойгиршавии раванд (ҳангоми бемористонӣ бистарӣ шудан)

Намуди табобат	Ҷойгиршавӣ		Ҷамағӣ
	СҶЗМ (n=16)	ТваДҶЗМ (n=13)	
Табобати кимиёвӣ пеш аз ҷарроҳӣ (ТКПҶ)	15 (93,7%)*	7 (53,8%)*	22 (75,9%)
Табобати кимиёвӣ адъювантӣ (ТКА)	7 (46,7%)	4 (30,8%)	11 (37,9%)
ТКА + табобати нури	5 (31,2%)	2 (15,4%)	7 (24,1%)
ХЭ + дренажунонии ГХ	4 (25,0%)	-	4 (13,8%)
Холедоходуоденоанастомоз	2 (12,5%)	1 (7,7%)	3 (10,3%)
Холедохоэнтероанастомоз	2 (12,5%)	1 (7,7%)	3 (10,3%)

Эзоҳ: СҶЗМ – сараки ғадуди зери меъда; ТваДҶЗМ – тан ва думи ғадуди зери меъда; ХЭ – холесистэктомия; ГХ – гепатикохоледох. *як ҳуди ҳамон бемор баъди даҳолатҳои паллиативии декомпрессионӣ курсҳои муайяни табобати кимиёвӣ гирифт. Се бемор бо омосҳои нейроэндокринии ҶЗМ аввалан ба бемористон бидуни гирифтани ПХ ва ҷарроҳии паллиативӣ бистарӣ шуданд

Табобати кимиёвӣ пеш аз ҷарроҳӣ то бистарӣ шудан дар бемористонро 93,7% беморони саратони сараки ҶЗМ ва 53,8% беморони саратони бадан ва думҷаи ҶЗМ гирифтанд. Дар 46,7% ва 30,8% ҳолатҳо табобат дар шакли химиоинфузия гузаронида шуда, дар 24,1% ҳолатҳо, ҳангоми мавҷудияти нишондодҳои мувофиқ, табобати кимиёвӣ бо табобати нури (радиотабобат) якҷоя истифода шуд.

Дар 4 (25,0%) бемор бо саратони сараки ҶЗМ бо сабабҳои номаълум аввалан холесистэктомия ва дренажунонии ГХ анҷом дода шуда, дар 3 (10,3%) ҳолат холедохоанастомоз (ХДА) ва дар 3 (10,3%) ҳолат холедохоэнтероанастомоз (ХЭА) иҷро гардидааст, ки амалиёти номбурда минбаъд ба зиёдшавии мавқеи беморӣ оварда расонд. Бояд қайд кард, ки бо дарназардошти вазнинӣ ва дараҷаи осеби ҶЗМ беморон шумораи гуногуни курсҳои химиоинфузия (ХИ) гирифтанд: 1 курси ХИ – 1 (3,4%) бемор, 2 курс – 3 (10,3%), 3 курс – 4 (25,0%), 4 курс – 3 (10,3%) ва 5 курс – 1 бемор (ҷадвали 2). Қариб ҳамаи беморони гирифтори омосҳои бадсифати МГПД ба беморхона дар марҳилаҳои мураккаби раванди варам муроҷиат мекарданд.

Ҳамин тавр, дар 100 (46,3%) бемор бо СҶЗМ (n=69), омосҳои нейроэндокринии ҶЗМ (n=3), саратони пистонаки калони дуоденалӣ (n=22), саратони талхадон (n=2) ва саратони қисми дисталии ГХ (n=4) ҳангоми бистарӣ шудан тасвири клиникӣ зардпарвини механикӣ (ЗМ) бо дараҷаҳои гуногуни вазнинӣ мушоҳида гардид (ҷадвали 3).

Ҷадвали 2. – Тақсими беморони гирифтори саратони талхадон, қисми дисталии гепатикохоледох, рӯдаи дувоздаҳангушта ва пистонаи Фатер, вобаста ба усули табобат ва ҷойгиршавӣ раванд (ҳангоми бистарӣ шудан ба бемористон)

Усули табобат	Ҷойгиршавӣ			Ҳамагӣ
	ГХ ва ГХ (n=6)	рӯдаи 12 ангушта (n=13)	ПКД (n=22)	
Табобати кимиёвии пеш аз ҷарроҳӣ (ТКПҶ)	2 (33,3%) *	7 (53,8%) *	13 (59,1%)	22 (53,6%)
Табобати кимиёвии адъювантӣ (ТКА)	1 (16,7%)	4 (30,8%)	2 (9,1%)	7 (17,1%)
ТКА + табобати нурӣ	1 (16,7%)	2 (15,4%)	3 (13,6%)	6 (14,6%)
Дренажунонии ГХ	2 (33,3%)	-	-	2 (4,9%)
Стентгузори маҷрои Вирусунг	-	-	2 (9,1%)	2 (4,9%)
Боздоштани хунравӣ аз рӯда (ХР) бо усули эндоскопӣ	-	3 (23,1%)	-	3 (7,3%)

Эзоҳ: *худи ҳамон бемор баъди даҳлатҳои паллиативии декомпрессионӣ курсҳои муайяни табобати кимиёвӣ гирифт. 4 бемор бо лейомиосаркомаи рӯдаи дувоздаҳангушта аввалан ба бемористон, бидуни гирифтани химиоинфузия (ХИ) ва ҷарроҳии паллиативӣ бистарӣ шуданд; КК – хунравии рӯда

Дар 11 (5,1%) бемор бо саратон (с-г) (n=11) ва дар 4 бемор бо лейомиосаркомаи рӯдаи дувоздаҳангушта (РДА) инчунин шаклҳои мураккаби беморӣ, аз қабилӣ камхунӣ постгеморрагии дараҷаи вазнин ва тасвири клиникӣ стенози РДА мушоҳида гардиданд.

Ҷадвали 3. – Нишондиҳандаҳои сатҳи билирубин дар беморони дорӣ тасвири зардпарвини механикӣ то ҷарроҳӣ, (%)

Миқдори билирубин дар хун (ммол/л)	Гурӯҳи асосӣ (n=55)	Гурӯҳи санҷишӣ (n=45)	P	Ҳамагӣ (n=100)
аз 21 то 99,0	11 (20,0%)	7 (15,5%)	>0,05*	18 (18,0%)
аз 100 то 299,0	27 (49,1%)	24 (53,3%)	>0,05	51 (51,0%)
аз 300,0 боло	17 (30,9%)	14 (31,1%)	>0,05	31 (31,0%)

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (дараҷаи χ^2 , *бо ислоҳи Йейтс)

Бо тасвири клиникӣи ЗМ дараҷаи вазнин 33 (30,8%) бемор бо омоси бадсифати ҒЗМ, РДА ва ПКД бистарӣ карда шуданд (n=107; 31,6% ва 30,0% мутаносибан дар гурӯҳҳои муқоисашаванда).

Ҷадвали 4. – Хусусияти муқоисавии гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣи беморони гирифтори беморҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ (n=216)

Нишондиҳанда		Гурӯҳи беморон		p
		асосӣ (n=117)	назоратӣ (n=99)	
Мардон, абс (%)		73 (62,4)	59 (59,6)	>0,05
Занон, абс (%)		44 (37,6)	40 (40,4)	
Синну сол < 60 сол/> 60 сол (%)		19 (16,2)	15 (15,2)	>0,05
Синну соли миёна, сол (M±SD)		52,1±6,7	52,8±6,3	>0,05#
Мавқеи раванд дар МГПД	Хушсифат (%):	56 (47,9)	47 (47,5)	>0,05
	Эхинококкози чигар	21 (17,9)	20 (20,2)	>0,05
	Гемангиомаи чигар	4 (3,4)	3 (3,0)	>0,05**
	Кистаҳои ғайрипаразитии чигар	7 (6,0)	6 (6,1)	>0,05*
	Абссеси чигар	5 (4,3)	4 (4,0)	>0,05**
	Тангшавии ҳоледоха	11 (9,4)	9 (9,1)	>0,05*
	Панкреатити музмин	6 (5,1)	3 (3,0)	>0,05**
	ОХҒЗМ	2 (1,7)	2 (2,0)	>0,05**
	Бадсифат (%):	61 (52,1)	52 (52,5)	>0,05
	Саратони ғадуди зери меъда	38 (32,5)	34 (34,3)	>0,05
	Лейомиосаркома РДА	1 (0,8)	2 (2,0)	>0,05**
	Саратони РДА	5 (4,3)	5 (5,0)	>0,05**
	Саратони пистонаки Фатер	13 (11,1)	9 (9,1)	>0,05*
	Саратони талхадон	1 (0,8)	1 (1,0)	>0,05**
Саратони қисми дисталии ҳоледох	3 (2,6)	1 (1,0)	>0,05**	
Марҳила, TNM	I	17 (14,5)	14 (14,1)	>0,05
	II	21 (17,9)	17 (17,2)	>0,05
	III	23 (19,6)	21 (21,2)	>0,05
	IV	-	-	
Мавҷудияти зарпарвини механикӣ		55 (47,0)	45 (45,5)	>0,05
Давомнокӣ ЗМ > 3 ҳафта		18 (15,4)	19 (19,2)	>0,05
Сатҳи миёнаи билирубини умумӣ ҳангоми бистаришавӣ		167,0±141,3	173,1±148,9	>0,05#
Мавҷудияти камхунии постгеморрагӣ		11 (9,4)	9 (9,1)	>0,05*
Давомнокии камхунӣ > аз 3 ҳафта		10 (8,5)	8 (8,1)	>0,05*
Сатҳи миёнаи гемоглобин, г/л		92,1±9,4	93,6±9,9	>0,05#
Усули табобат	Мини инвазивӣ*	12 (10,2)	-	
	Паллиативӣ	12 (10,2)	63 (63,6)	<0,001
	Радикалӣ	98 (83,8)	36 (36,4)	<0,001
	ХИ + табобати нури	117 (100)	99 (100)	

Эзоҳ: p – аҳаммияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (дараҷаи χ^2 , *бо ислоҳи Йейтс, **меъёри дақиқи Фишер, #бо истифода аз меъёри U-и Манн–Уитни)

Қисми зиёди гурӯҳи ташхисшаванда – 192 бемор (88,9%) – дорои ҳолатҳои бемориҳои ҳамроҳкунанда буданд. Дар ин ҳолат, бештар бемориҳои ҳамроҳшаванда бемориҳои системаи дилу рағҳо буд, ки дар 164 (75,9%) бемор мушоҳида гардид. Диабети қанд дар 51 (23,6%) ҳолат ба қайд гирифта шуд.

Ба ҳамаи беморони гирифтори эхинококкози ҷигар ҳам дар гурӯҳи асосӣ (n=21) ва ҳам дар гурӯҳи назоратӣ (n=20) намудҳои гуногуни резекцияи ҷигар анҷом дода шуданд. Дар 7 (3,2%) ҳолати гемангиомаи ҷигар низ резекцияи ҷигар иҷро гардид.

Дар ҳамаи ҳолатҳо беморони гурӯҳи асосӣ бо кистаҳои ғайрипаразитариӣ ҷигар (n=7) ва абссесҳои ҷигар (n=5) бо истифода аз даҳолатҳои минималӣ-инвазивӣ таъбибат гирифтанд.

Омосҳои хушсифати дохили ҷигар (ОХЧ). Ба маводи таҳқиқоти мазкур 70 бемор бо патологияи хушсифати ҷигар дохил карда шуданд: эхинококкози ҷигар – 41 (58,6%), гемангиомаи ҷигар – 7 (10,0%), кистаҳои ғайрипаразитариӣ – 13 (18,6%) ва абссесҳои ҷигар – 9 (12,8%).

Ҷадвали 5. – Сохтори оризаҳои барвақти дохилишикамии баъдичарроҳӣ (n=420)

Шакли клиникӣ	Гурӯҳи асосӣ			Гурӯҳи назоратӣ*		
	мутл.	мард	зан	мутл.	мард	зан
КЭЧ	21 (56,7)	9 (24,3)	12 (32,4)	20 (60,6)	7 (21,2)	13 (39,4)
Гемангиома	4 (10,8)	3 (8,1)	1 (2,7)	3 (9,1)	1 (3,0)	2 (6,1)
КҒЧ	7 (18,9)	5 (13,5)	2 (5,4)	6 (18,2)	3 (9,1)	3 (9,1)
Абссеси ҷигар	5 (13,5)	4 (10,8)	1 (2,7)	4 (12,1)	3 (9,1)	1 (3,0)
Ҳамагӣ	37 (52,8)	21 (56,7)	16 (43,2)	33 (47,2)	14 (42,4)	19 (57,6)

Эзоҳ: КЭЧ – кистаи эхинококкии ҷигар, КҒЧ – кистаҳои ғайрипаразитариӣ ҷигар, *p>0,05 ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (бо меъёри дақиқи Фишер)

Бояд қайд кард, ки аз 58,6% (n=41) беморони гирифтори омосҳои хушсифати ҷигарро КЭЧ ташкил доданд, ки дар асл бо маълумоти адабиёти илмӣ мувофиқат мекунад.

Гурӯҳи беморони дорои омоси ҒЗМ 85 (39,3%) нафарро ташкил дод. Аз омоси хушсифати ҒЗМ, 10,6% (n=9)-ро беморони гирифтори панкреатити музмин ва 4,7% (n=4)-ро беморони дорои омосҳои хушсифати ҲЗМ (ОХҒЗМ)

ташкил доданд. Қисми асосии беморони дорои омоси F3M-ро саратони F3M (CF3M) 72 бемор ё 84,7% ташкил доданд.

Ҷадвали 6. – Сохтори шаклҳои клиникӣ омосҳои ғадуди зери меъда (n=85)

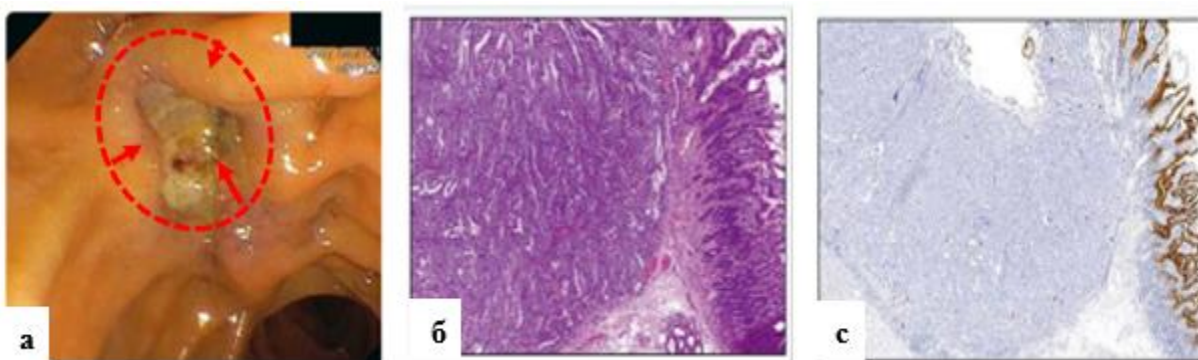
Шакли клиникӣ	Гурӯҳи асосӣ			Гурӯҳи назоратӣ		
	мутл.	мард	зан	мутл.	мард	зан
Бемориҳои хушсифати ғадуди зери меъда						
Панкреатити музмин	6 (13)	4 (66,7)	2 (33,3)	3 (7,7)	3 (100)	-
ОХF3M	2 (4,3)	2 (100)	-	2 (5,1)	2 (100)	-
Омосҳои бадсифати ғадуди зери меъда						
CF3M	38 (82,6)	24 (63,1)	14 (36,9)	34 (87,2)	22 (64,7)	12 (35,3)
Ҳамагӣ	46 (54,1)	30 (65,2)	16 (34,8)	39 (45,9)	27 (69,2)	12 (30,8)

Эзоҳ: РПЖ – саратони ғадуди зери меъда, * $p > 0,05$ ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (бо меъёри дақиқи Фишер)

Гурӯҳи беморони дорои бемориҳои маҷрои талхагузар (МТГ) 26 (12,0%) нафарро ташкил дод, ки аз онҳо тангшавии гепатикохоледох (ГХ) дар 13 (50,0%) бемор, кистаҳои ГХ дар 7 (26,9%), саратони талхадон дар 2 (7,7%) ва саратони қисми дисталии ГХ дар 4 (15,4%) ҳолат ошкор гардид. Бояд қайд кард, ки қисми зиёди беморони дорои омоси МТГ мардон буданд – 18 (69,3%), занон бошанд 8 (30,7%).

Таҳлили сабабҳои пайдоиши стриктураҳои ГХ нишон дод, ки дар 76,9% ҳолатҳо онҳо хусусияти травматикӣ дошта, баъд аз даҳолатҳои қаблан дар талхадон ва ГХ гузаронидашуда ба вучуд омадаанд. Дар заминаи панкреатити музмин тангшавии ГХ дар 2 (15,4%) бемор ва дар заминаи холангити склерозкунанда дар 1 (7,7%) бемор инкишоф ёфтааст.

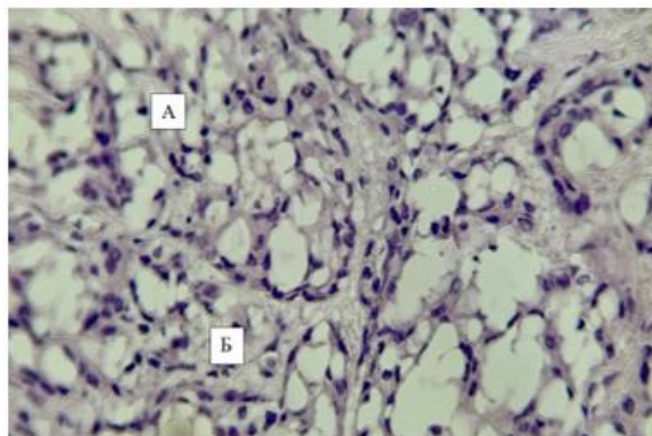
Қонунан, усулҳои ташхиси шуобӣ (радиологӣ) ва эндоскопӣ дар тасдиқи ташхис ва муайян кардани ҳаҷми даҳолатҳои ҷарроҳӣ нақши калидӣ доранд.



Расми 1. – Видеоэндоскопия. Заҳми рушдѳтаи омоси пистонаки калони дуоденалӣ. Таҳқиқоти гистологӣ. Карсиномаи ампулярӣ.

Дар ин самт, ташхиси дурусти пеш аз ҷарроҳӣ ва марҳалабандии омосҳои бадсифат, махсусан карсиномаи ампулярӣ, бо истифода аз таҳқиқоти морфологӣ барои пешгӯӣ ва интихоби стратегияи оптималии табобат аҳаммияти ҳалкунанда дорад (расми 2).

Омосҳои хушсифати МГПД дар таҳқиқоти мо дар 83 (38,4%) бемор ошкор гардиданд: дар гурӯҳи асосӣ –дар 45 бемор, дар гурӯҳи назоратӣ –дар 38 бемор. Ба ин гурӯҳ инчунин 20 бемори дигар бо тангшавии ГХ ва кистаҳои ГХ дохил карда шуданд – мутаносибан 13 ва 7 бемор.



Расми 2. – Дар микропрепарат бо калонкунии $40 \times 0,65$ ҳуҷайраҳои кубоидӣ, бисёркунҷа ва ҳамвор бо атисияи миёнаи ядрой ва фаъолияти пасти митотикӣ (камтар аз 6 дар 10 майдони назар), ки шакли папиллярии шоханашуда бо стромаи фиброзиро ташкил медиҳанд. Рангкунии гематоксилин–эозин.

Тақсимои беморони гирифтори кистаи эхинококкӣ (КЭЧ) ва гемангиомаи ҷигар (ГЧ) дар асоси тақсимои ҷигар ба сегментҳо аз рӯи С. Couinaud (1957) нишон дод, ки осебёбии бештар дар тарафи рости ҷигар ҳам дар КЭЧ ($n=27$) ва ҳам дар ГЧ ($n=6$) ба қайд гирифта шудааст. Дар маҷмӯъ талафоти тарафи рост дар 33 (68,7%) бемор ва тарафи чап дар 15 (31,3%)

бемор мушоҳида гардид. Мутаносибан, дар ҳамаи ҳолатҳо ҳангоми КЭЧ ва ГЧ, мувофиқи нишондодҳо, усулҳои резексионии ҷарроҳии ҳам анатомӣ ва ҳам ғайрианатомӣ интихоб карда шуданд (ҷадвали 7).

Бештари басомади оризаҳои баъдиҷарроҳӣ дар гуруҳи бемороне, ки резексияи анатомии ҷигар гузаронида буданд, ба қайд гирифта шуд.

Ҷадвали 7. – Хусусияти даҳолатҳои ҷарроҳӣ ҳангоми гемангиома ва кистаҳои эхинококкии ҷигар, % (abc)

Усули ҷарроҳӣ	Гуруҳи асосӣ		Гуруҳи назоратӣ	
	ГЧ (n=4)	КЭЧ (n=21)	ГЧ (n=3)	КЭЧ (n=20)
Резексияи атипикии ҲР	2 (50)	9 (42,8)	2 (66,7)	5 (25)
Резексияи атипикии ҲЧ	-	3 (14,3)	-	7 (35)
ГГЭР	-	3 (14,3)	-	2 (10)
ГГЭЧ	1 (25)	1 (4,8)	-	1 (5)
Сегментэктомия	1 (25)	2 (9,6)	1 (33,3)	3 (15)
Резексияи иборат аз 3 сегменти ҲР	-	3 (14,3)	-	2 (10)
Ҳамагӣ	4 (100)	21 (100)	3 (100)	20 (100)

Эзоҳ: ҲР – ҳиссаи рост, ҲЧ – ҳиссаи чап, ГГЭР – гемигепатэктомияи рост, ГГЭЧ – гемигепатэктомияи чап

Дар гуруҳи асосӣ оризаҳои баъдиҷарроҳӣ дар 3 бемор (14,3%) инкишоф ёфтанд, ҳолати фавт дар 1 ҳолат (4,8%) мушоҳида шуд. Дар гуруҳи назоратӣ басомади баландтари оризаҳо – 6 ҳолат (26,1%) ва фавт – 2 ҳолат (8,7%) ба қайд гирифта гардид.

Ҷадвали 8. – Оризаҳои наздики баъдиҷарроҳӣ пас аз амалиёти резексионӣ дар беморони гирифтори ГЧ ва КЭЧ (n=48)

Хусусияти оризаҳо	ГЧ		ТИ (95%ИБ)	КЭЧ		ТИ (95%ИБ)
	гуруҳи асосӣ (n=4)	гуруҳи назоратӣ (n=3)		гуруҳи асосӣ (n=21)	гуруҳи назоратӣ (n=20)	
Хунравии дохили шикам	1* (1)	2* (1)	0,17 (0,01-4,52)	-	1	
Плеврити экссудативии тарафи рост	-	1		1	1	0,95 (0,06-16,29)
Чиркшавии захми пас аз ҷарроҳӣ	-	-		1	-	
Норасоии бисёрузвӣ баъд аз ҷарроҳӣ дар заминаи норасоии шадиди гурда	-	-		-	1* (1)	
Ҳамагӣ	1	3		2	3	0,56 (0,09-4,01)

Эзоҳ: ТИ – таносуби имкониятҳо; ФЭ – фосилаи эътимод, * – реллапаротомия анҷом дода шудааст. Дар қавс шумораи ҳолат бо натиҷаи фавт нишон дода шудааст

Гуруҳи беморони гирифтори кистаҳои ғайрипаразитари чигар (КҒПЧ) (n=13) ва абссесҳои чигар (АЧ) (n=9) дар маҷмӯъ 22 (10,2%) нафарро ташкил дод. Қисми зиёди беморонро мардон ташкил медоданд: 61,5% дар байни беморони КҒПЧ ва 77,8% дар байни беморони АЧ. Синни миёнаи беморони гирифтори КҒПЧ $54,5 \pm 1,7$ сол ва дар беморони АЧ низ $54,5 \pm 1,7$ солро ташкил дод. Қутри кистаҳо ва абссесҳо аз 6,0 то 24,0 см тағйир меёфт: ҳангоми КҒПЧ – аз 6 то 23 см, ҳангоми АП – аз 6 то 11 см.

Ҳамаи 9 бемори гирифтори АЧ бо назардошти таснифи Meyers (2001) ба гуруҳи беморони абссесҳои холангиогенӣ дохил мешуданд, ки дар 5 (55,5%) ҳолат дар онҳо омоси МГПД низ мавҷуд буд. Нишондодҳои табобати ҷарроҳии КҒПЧ аз аломатҳои возеҳи клиникӣ ва афзоиши динамикии қутри киста иборат буданд (ҷадвали 9).

Ҷадвали 9. – Усулҳои минималӣ-инвазивии табобати ҷарроҳии кистаҳои ғайрипаразитари чигар (n=13) ва абссесҳои чигар (n=9)

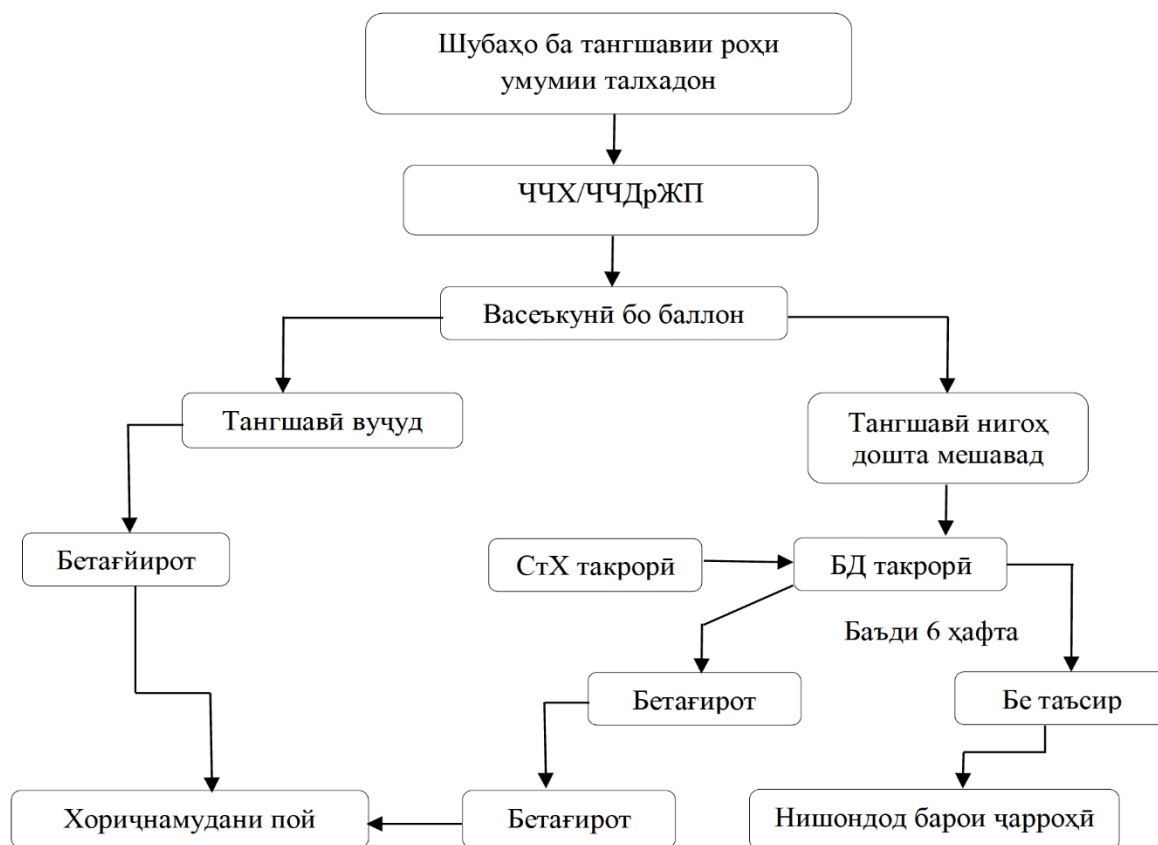
Намуди ҷарроҳӣ	Гуруҳи асосӣ		Гуруҳи назоратӣ	
	КҒПЧ (n=7)	АЧ (n=5)	КҒПЧ (n=6)	АЧ (n=4)
ПТП ва СКЛ	7 (100%)	-	-	-
ФНКП бо роҳи лапароскопӣ	-	-	2 (33,3%)	-
ФНКП бо роҳи лапаротомӣ	-	-	4 (66,7%)	-
Пунксия ва дренажгузаорӣ таҳти назорати ултрасадо	-	5 (100%)	-	-
Кушодан ва дренажкунони лапаротомии ковокии боқимонда	-	-	-	4 (100%)

Эзоҳ: ПТП ва СКЛ – пунксияи тариқипустӣ ва склерозонидан, ФНКП – фенестратсияи кистаҳои ғайрипаразитари чигар

Дар гуруҳи асосии беморон ягон намуди оризаҳо ба қайд гирифта нашуд. Дар гуруҳи назоратӣ 3 (23,1%) ҳолати оризаҳои баъдиҷарроҳӣ ба мушоҳида расид, аз ҷумла хунравӣ (n=1) ва 2 ҳолати дуршавии дренаж, ки иҷрои даҳолатҳои такрориро талаб намуданд.

Ба гуруҳи омосҳои хушсифати маҷрои талхагузар ва ғадуди зери меъда (МТГ) 20 (9,2%) беморон бо стриктураҳои ГХ дохил шуданд: гуруҳи асосӣ –

11, гурӯҳи назоратӣ – 9 бемор. Мардон 13 (65,0%) ва занон 7 (35,0%) нафарро ташкил доданд. Барои тасдиқи стриктураҳои ГХ истифодаи таснифи клиникаи академик К.М. Қурбонов (2021), ки дар клиникаи бемориҳои ҷарроҳии №1 таҳия шуда, бар пояи таснифҳои Н. Bismuth ва Э.И. Галперин асос ёфтааст, мувофиқ доништа шуд.



Расми 3. – Алгоритми табобати беморони гирифтори стриктураи холедох

Эзоҳ: ЧЧХ – холангиографияи трансдермалӣ ва трансцигарӣ, ЧЧДрЖП – дренажи трансдермалӣ ва трансцигарии роҳҳои сафро, СтХ – тангшавии холедох, БД – дилататсияи баллонӣ.

Стриктураҳои пас аз осеби барқӣ, яъне дар натиҷаи ЛХЭ, дар 4 бемор ба қайд гирифта шуданд: дар 2 (18,2%) бемори гурӯҳи асосӣ ва 2 (22,2%) бемори гурӯҳи назоратӣ. Ҳамчунин дар 4 ҳолат (20,0%) стриктураҳо пас аз гузоштани клипсҳо дар гурӯҳи асосӣ ва пас аз бастани ГХ дар гурӯҳи назоратӣ мушоҳида гардиданд.

Аз рӯйи дараҷаи тангшавии ГХ, стриктураҳои пурра дар 14 (70,0%) ва нопурра дар 6 (30,0%) бемор муайян карда шуданд. Ҳангоми интихоби усули табобати ҷарроҳӣ дараҷаи осебнокии ГХ аҳаммияти муҳим дошт.

Тибқи таснифот, дар 11 (55,0%) ҳолат тангшавии паҳншуда (1–3 см), дар 5 (25,0%) бемор тангшавии маҳдуд ва дар 4 (20,0%) ҳолат тангшавии субтоталӣ тасдиқ гардид.

Дар айни замон усули стандартии эндоскопӣ дар гузоштани стриктураҳои муваққатии баъдичарроҳии ГХ-и якчанд стенти пластикии ҳаҷман калонро ба муҳлати то як сол дар бар мегирад. Иваз намудани стентҳо одатан ҳар 3 моҳ бо афзоиши тадриҷии шумораи онҳо то бартарафшавии пурраи тангшавӣ анҷом дода мешавад.

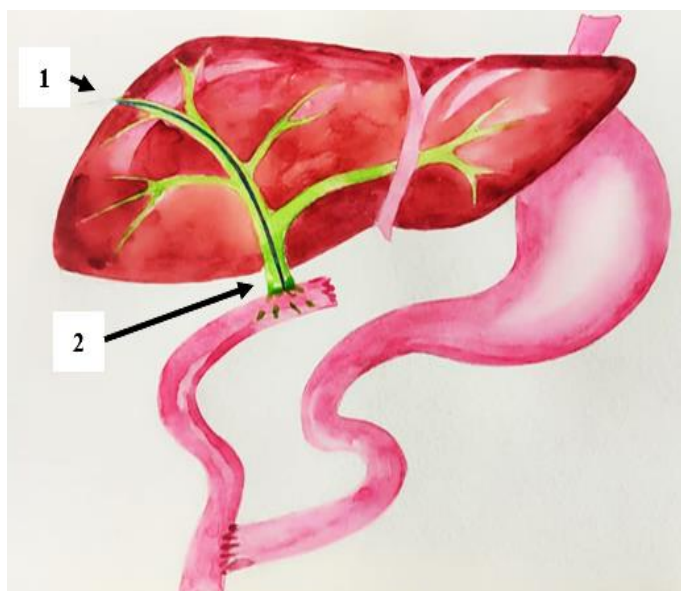
Ҳангоми интихоби усули ҷарроҳӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ бо тангшавии роҳҳои сафро меъёрҳои муайян кардани усул ва ҳаҷми даҳолатҳои реконструктивӣ, ки қаблан дар клиника аз ҷониби академик К.М. Қурбонов таҳия шудаанд, истифода гардиданд. Дар асоси ин меъёрҳо намудҳои гуногуни амалиёти реконструктивӣ иҷро шуданд, ки дар ҷадвали 10 оварда шудаанд.

Ҷадвали 10. – Хусусияти даҳолатҳои реконструктивӣ ҳангоми тангшавии ҳолидох (n=20)

Навъи даҳолатҳои реконструктивӣ	ГА (n=11)	ГН (n=9)	p	Ҳамагӣ (n=20)
ГЕА бо усули Ру	3 (27,3)	3 (33,3)	>0,05	6 (30,0)
БиГЕА тибқи Кузовлев-Галперин	1 (9,1)	1 (11,1)	>0,05	2 (10,0)
ГЕА бо анастомози байни рӯдаҳо тибқи Браун	1 (9,1)	2 (22,2)	>0,05	3 (15,0)
ГЕА тибқи методикаи клиника	6 (54,5)	-		6 (30,0)
ГЕА дар ДТЧ тибқи Продери–Смит	-	3 (33,3)		3 (15,0)

Эзоҳ: p – аҳаммияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (бо меъёрҳои дақиқи Фишер), ГЕА – гепатикоеюноанастомоз, ДТЧ – дренажи трансцигарӣ

Бо мақсади пешгирии норасоии ГЕА дар клиника усули такмилёфтаи пешбурди он таҳия карда шудааст, ки пешакӣ овардани найчаи полихлорвинилӣ бо ҳаҷми 1,2-1,3 мм ба мавқеи анастомозро тавассути ХСТТ-и қаблан гузошташуда дар бар мегирад. Ин усул барои гирифтани патенти ихтироъ пешниҳод шудааст.



Расми 4. – Пуркунии қатрагии мавқеи анастомозҳои билиодигестивии ташкилшуда тавассути ХСТТ-и миниинвазивии қаблан гузошташуда (тасвири схемавӣ)

Истифодаи табобати омехтаи маҳаллии антиоксидантӣ ва ситокинӣ дар якҷоягӣ бо воридкунии системавии тивортин бо коҳиши назарраси басомади зиёдшавии рестриктураҳои ГЕА ҳамроҳӣ намуд.

Ҷадвали 11.– Хусусияти оризаҳо пас аз дахولاتҳои реконструктивӣ (n=20)

Ориза	ГА (n=11)	ГН (n=9)	Ҷамагӣ
Оризаҳои махсус			
Хунравии дохили шикам	2 (18,2%)	4 (44,4%)	6 (30,0%)
Норасоии кӯки анастомоз	-	2* (22,2%)	2 (10,0%)
Панкреатити шадиди баъди ҷарроҳӣ	2 (18,2%)	-	2 (10,0%)
Оризаҳои оддӣ			
Чиркшавии захми баъди ҷарроҳӣ	-	2 (22,2%)	2 (10,0%)
Пневмонияи баъди ҷарроҳӣ	-	1 (11,1%)	1 (5,0%)

Эзоҳ: $p > 0,05$ = ҳангоми муқоиса байни гурӯҳҳо (бо меъёрҳои дақиқи Фишер), *дар як бемор баъд аз релапаротомия дар заминаи норасоии бисёруза ва марги бемор ба қайд гирифта шуд.

Ба гурӯҳи омоси хушсифати ҒЗМ 13 (6,0%) бемор дохил карда шуданд, ки аз онҳо 9 бемор бо панкреатити музмин (ПМ) ва 4 бемор бо омоси хушсифати ҒЗМ (ОХҒЗМ) буданд. Мардон 76,9% ва занон 23,1%-ро ташкил доданд. Бо назардошти гуфтаҳои боло, дар 9 бемори гирифтори ПМ диққати асосӣ ба механизми нишонаҳои дард равона карда шуд, то ки интихоби усули табобат асоснок карда шавад (ҷадвали 12).

Чадвали 12. – Коркарди меъёрҳои интихоби усули табобати панкреатити музмин вобаста ба механизми дард

Механизми дард	Асосноккунии усули табобат
Хусусияти илтиҳобӣ	Табобати ивазкунандаи зиддиферментӣ + рафъи дард
Гипертензияи панкреатогенӣ	Усулҳои доруворӣ ва/ё эндоскопии декомпрессияи маҷрои Вирсунг
Тағйироти фиброзии ғадуди зери меъда	Резексияи ғадуди зери меъда ва/ё амалиёти гибридӣ
Гузариши раванд ба фазои ретроперитонеалӣ	Нейролизиси плексуси селиак таҳти назорати УСО
Ҳассосшавии ретсепторҳои марказии дард	Таъсири раванӣ

Эзоҳ: УСО – ултрасонография

Бо вуҷуди қариб якхела будани нишондиҳандаҳои пеш аз ҷарроҳӣ дар гурӯҳҳои муқоисашаванда, дар 3 бемори гурӯҳи назоратӣ бо сабабҳои муайян панкреатодуоденэктомия анҷом дода шуд: дар 2 ҳолат – бинобар ҷарроҳии қаблан дар меъда гузаронида шуда, дар 1 ҳолат – бинобар монеаҳои техникӣ барои иҷрои резексияи ҒЗМ бо нигоҳ доштани РДА.

Чадвали 13. – Хусусияти муқоисавии оризаҳои дохилиҷарроҳӣ ва баъдиҷарроҳии панкреатити музмин

Ориза	ГА (n=6)	ГН (n=3)	p
Вақти ҷарроҳӣ (дақ.), медиана (диапазон)	380 [240-470]	40 [230-460]	>0,05
Фистулаи панкреатикӣ (%)	1 (16,7)	-	
Норасоии анастомоз (абс., %)	1# (16,7)	1# (33,3)	>0,05*
Абсесси холигоҳи шикам (%)	1# (16,7)	1# (33,3)	>0,05*
Чиркшавии захми баъди ҷарроҳӣ	-	1 (33,3)	
Мӯҳлати миёнаи бистарӣ дар кат	11 [7-23]	15 [8-66]	>0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (бо меъёри U-и Манн–Уитни, *бо меъёри дақиқи Фишер), #дар як ҳуди ҳамон бемор якчанд оризаҳои баъдиҷарроҳӣ ба қайд гирифта шудаанд

Бояд қайд кард, ки дар ҳамаи ҳолатҳои ПМ макропрепаратҳои бофтаи ҒЗМ тағйироти морфологиро, ки ба ПМ мувофиқат мекунанд, тасдиқ намуданд.

Ба гурӯҳи беморони дорои ОХҒЗМ аденома (n=1), омози нейроэндокринӣ (n=1) ва омосҳои кистозӣ (n=2) дохил карда шуданд. Дар ин гурӯҳи беморон интихоби амалиёт ба иҷрои даҳолатҳои узвнигоҳдоранда

равона шуда буд: энуклеатсияи омос (n=1), резексияи миёнаи F3M (n=1) ва резексияи қисми дисталии F3M бо нигоҳ доштани испурч (n=2).

Ҷадвали 14. – Маълумоти дохилиҷарроҳӣ ва хусусияти даҳолатҳо дар беморони гирифтори саратони ғадуди зери меъда (n=72)

Номгӯй	ГА (n=38)	ГН (n=34)	P
Андозаи омос (см), (M±SD)	5,4±1,7	5,5±1,2	>0,05
Андозаи ҳоледох (мм), (M±SD)	16,8±3,9	15,3±3,2	>0,05
Ҷарроҳии резексионӣ, адад (абс., %)	29 (76,3%) 9 (23,7%)	15 (44,1%) 19 (55,9%)	<0,05*
Ҷарроҳии дренажгузорӣ, адад (абс., %)	496,0±36,0	554,0±47,0	>0,05

Эзоҳ: p – аҳаммияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (бо меъёри U-и Манн–Уитни, *бо меъёри χ^2 бо ислоҳи Йейтс)

Нишондоди иҷрои декомпрессияи системаи маҷрои F3M мавҷудияти гипертензияи дохилимаҷроӣ буд, ки бо васеъшавии маҷрои Вирсунг зиёда аз 8–10 мм тавсиф меёбад. Бар асоси натиҷаҳои таҳлили нишондиҳандаҳои клиникӣ, дар гурӯҳҳои муқоисашаванда фарқияти аҳаммиятнок муайян карда нашуд.

Тавре ки дар боло қайд гардид, ба беморони гурӯҳи асосӣ дар аксари ҳолатҳо амалиёти резексионӣ (76,3%) анҷом дода шуданд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи назоратӣ чунин даҳолатҳо дар 44,1% беморон иҷро гардиданд. Ҳаҷми миёнаи гемотрансфузия дар ҳар ду гурӯҳ фарқияти аҳаммиятнок надошт ва мутаносибан 496,0±36,0 мл ва 554,0±47,0 мл-ро ташкил дод.

Дар гурӯҳи асосӣ 6 (15,8%) ҳолати амалиёти резексионии паллиативӣ дар ҳаҷми РПД ҷудо карда мешаванд. Дар 3 (50,0%) бемор хусусияти паллиативии РПД дар ҷараёни амалиёт тасдиқ карда шуд, дар 3 (50,0%) ҳолат – баъд аз ҷарроҳӣ, аз ҷумла дар 2 ҳолат пас аз РПД-и гибридии лапароскопӣ.

Гурӯҳи беморони гирифтори омоси бадсифати F3M (ОБF3M), РДА ва пистонаи калони дуоденалӣ 107 (49,5%) беморро ташкил дод: 57 бемори гурӯҳи асосӣ, аз ҷумла 38 бо бемориҳои F3M, 6 бо омоси РДА ва 13 бо омоси пистонаи калони дуоденалӣ; ва 50 бемори гурӯҳи назоратӣ, аз ҷумла 34 бо

омоси F3M, 7 бо омоси рӯдаи дувоздаҳангушта ва 9 бо омоси пистонаи калони дуоденалӣ.

Дар гурӯҳи асосӣ дар аксари ҳолатҳо амалиёти резексионӣ (76,3%) иҷро шуданд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи назоратӣ чунин даҳолатҳо дар 44,1% беморон анҷом дода шуданд.

Ҷадвали 15. – Дарачаи нишондодҳо барои даҳолатҳои лапароскопӣ ҳангоми саратони ғадуди зери меъда

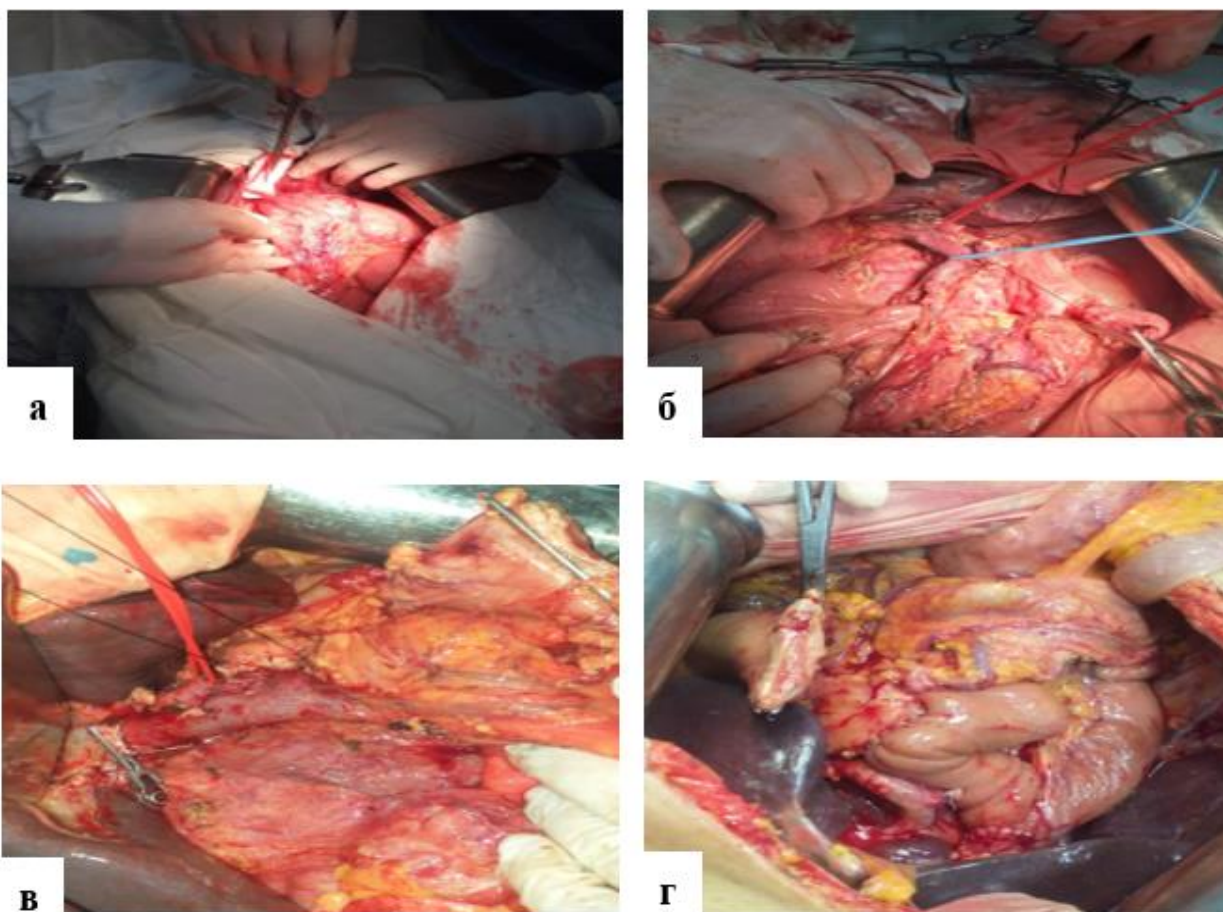
Дарача	Нишондод	Манъ шудагӣ
Сатҳи СА 19-9 >150 воҳид/мл	+++	+
Сатҳи СА 19-9 <150 воҳид/мл	+++	+++
Ассит бо миқдори ками моеъ	+++	±
	±	+
	±	+
Ассит бо миқдори миёна ё зиёди моеъ	+++	±
Омос дар бадани ғадуди зери меъда	+++	+

Эзоҳ: * –дар беморони дорои андозаи марзӣ (borderline) резектабелии омос, ки ба онҳо гузаронидани табобати кимиёвӣ неoadъювантӣ ба нақша гирифта шудааст, бо мақсади кам кардани ҳаҷми омос пеш аз ҷарроҳии нақшавӣ – лапароскопия расми ҳатмӣ нест

Дар гурӯҳи назоратӣ, тибқи таҳлили ретроспективӣ, РПД-и паллиативӣ дар 13 (38,2%) бемор иҷро гардид, ки аз шумораи умумии даҳолатҳои резексионӣ дар ин гурӯҳ 86,7%-ро ташкил дод. Ҷамаи беморон раванди омоси маҳаллӣ-пахншуда доштанд, ки ба таври морфологӣ чунин тасдиқ шудааст: дар 6 бемор –ҳангоми ҷарроҳӣ, дар 7 –баъд аз ҷарроҳӣ.

Дар маҷмӯъ, РПД-и радикалӣ дар 44 (77,2%) бемори гурӯҳи асосӣ анҷом дода шуд, аз ҷумла дар 3 бемор – бо усули гибридӣ-лапароскопӣ. Ба ин гурӯҳ беморони гирифтори омоси бадсифати ғадуди зери меъда (n=25), рӯдаи дувоздаҳангушта (n=6) ва пистонаи калони дуоденалӣ (n=13) дохил буданд.

Дар гурӯҳи назоратӣ ба 46 (92,0%) бемор бо саратони ғадуди зери меъда (n=31), омоси бадсифати дувоздаҳангушта (n=7) ва пистонаи калони дуоденалӣ (n=8) РПД-и паллиативӣ (n=13; беморони бо ОБF3M) ва дигар амалиёти паллиативии дренажӣ анҷом дода шуданд.



Расми 5. – Марҳилаҳои панкреатодуоденэктомияи паллиативӣ

Танҳо дар 4 ҳолат (саратони ғадуди зери меъда – 3, саратони пистонаи калони дуоденалӣ – 1) амалиёти радикалӣ анҷом дода шуданд.

Ҷадвали 16. – Тақсимои беморони гирифтори омосҳои бадсифати ғадуди зери меъда, рӯдаи дувоздаҳангушта ва пистонаи Фатер аз рӯи марҳилаҳои раванди варам (n=107)

Дарача	ОБҒЗМ (n=72)		С-р РДА (n=13)		С-р ПКД (n=22)		Ҳамагӣ (n=107)	
	ГА (n=38)	ГГ (n=34)	ГА (n=6)	ГН (n=7)	ГА (n=13)	ГН (n=9)	ГА (n=57)	ГН (n=50)
IA	3 (4,2)	2 (2,8)	-	-	1 (4,5)	-	4 (3,7)	2 (1,9)
IB	6 (8,4)	5 (14,7)	1 (7,7)	-	2 (9,1)	2 (9,1)	9 (8,4)	7 (6,5)
IIA	12 (16,7)	13 (18)	2 (15,4)	3 (23,1)	4 (18,2)	3 (13,6)	18 (16,8)	19 (17,7)
IIB	16 (22,2)	13 (18)	3 (23,1)	3 (23,1)	4 (18,2)	3 (13,6)	23 (21,5)	19 (17,7)
III	1 (1,4)	1 (1,4)	-	1 (7,7)	2 (9,1)	1 (4,5)	3 (2,8)	3 (2,8)
IV	-	-	-	-	-	-	-	-
Ҳамагӣ	38 (52,8)	34 (47,2)	6 (46,1)	7 (53,9)	13 (59,1)	9 (40,9)	57 (53,3)	50 (42,7)

Эзоҳ: *p>0,05 – ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (бо меъёри дақиқи Фишер)

Дар давраи баъдиҷарроҳӣ оризаҳо дар 2 бемор ба қайд гирифта шуданд: дар гурӯҳи асосӣ гемобилия инкишоф ёфт (25,0%), дар гурӯҳи назоратӣ бошад перитонити сафровӣ ба вучуд омад, ки иҷрои амалиёти такрорӣ ислоҳкунандаро талаб менамуд.



Расми 6. – Интихоби усули минималӣ-инвазивии декомпрессияи зардпарвини механикӣ дар беморони гирифтори омосҳои МГПД

Дар гурӯҳи асосӣ усулҳои минималӣ-инвазивии декомпрессияи системаи талхагузар дар ҳамаи беморони дорои сатҳи билирубинемия зиёда аз 100,0 мкмоль/л истифода шуданд, ки 18 (51,4%) ҳолатро ташкил дод.

Ҷадвали 17. – Даҳлатҳои трансдермалӣ ва трансҷигарӣ дар беморони гирифтори омосҳои бадсифати ғадуи зерӣ меъда, рӯдаи дувоздаҳангушта ва пистонаи Фатер, ки бо зардпарвини механикӣ мураккаб шудаанд (n=18)

Усули декомпрессия таҳти назорати ТУС	ОБҶЗМ (n=11)	Саратони дуоденум ва ПКД (n=7)	Ҳамагӣ (n=18)
Холесистостомия тарқиқпӯстӣ тарқиқҷигарӣ	4 (36,4)	1 (14,3)	5 (27,8)
Холангиостомия тарқиқпӯстӣ тарқиқҷигарӣ	7 (63,6)	6 (85,7)	13 (72,2)
	4 (36,4)	4 (57,1)	8 (44,4)
	3 (27,3)	2 (28,6)	5 (27,8)
Маҷрои чапи ҷигар	11 (61,1)	7 (38,9)	18 (51,4)

Дар бемористон ба 38 бемори гурӯҳи асосӣ бо саратони резектабели ҶЗМ то ҷарроҳӣ таъбаоти кимиёвӣ дукомпонентӣ бо нақшаҳои

такмилёфтаи FOLFIRINOX (mFOLFIRINOX: оксалиплатин, иринотекан ва фторурасил) ва гемситабин/наб-паклитаксел гузаронида шуд. Схемаҳои мазкури такмилёфта қаблан дар бемористонҳои калони ИМА истифода бурда шудаанд.

Беморон ба 2 гурӯҳ тақсим шуданд: дар гурӯҳи 1 (n=20) беморон тибқи нақшаи mFOLFIRINOX табобат гирифтанд: оксалиплатин 85 мг/м², баъдан иринотекан 180 мг/м², баъдан 5-фторурасил 2400 мг/м² бо роҳи инфузионӣ тавассути насоси кимиётабобатӣ дар давоми 46 соат. Давраи табобат 14 рӯзро дар бар гирифта, дар маҷмӯъ 6 воридкунии неoadъювантӣ ва 6 воридкунии адъювантиро дар бар мегирифт.

Дар гурӯҳи 2 (n=18) беморон табобат бо наб-паклитаксел 125 мг/м² ва баъдан гемситабин 1000 мг/м² гирифтанд. Табобат бо давраҳо гузаронида шуд: 3 ҳафта воридкунии дору ва 1 ҳафта танаффус, дар маҷмӯъ 9 воридкунии неoadъювантӣ ва 9 воридкунии адъювантӣ.

Пас аз анҷоми ХТнеоА беморон бо истифода аз ТКМС ва ТМР ташхиси такрорӣ гузарониданд. Ҳангоми зиёд нашудани беморӣ нишондодҳо барои РПД дар давоми 4–8 ҳафта пас аз воридкунии охирини ХТнеоА муайян карда шуданд. Тибқи нақша, дар давоми 4–12 ҳафта пас аз РПД беморон ХТА гирифтанд. Дар ин ҳолат, миқдори охирини ХТнеоА ҳамчун миқдори ибтидоии ХТА истифода шуданд.

Дар байни 15 (75,0%) бемори гурӯҳи 1 ва 11 (61,1%) бемори гурӯҳи 2, ки РПД гузарониданд, резексияи R0 мутаносибан ба даст оварда шуд.

Ҷадвали 18. – Натиҷаҳои панкреатодуоденэктомия дар гурӯҳҳои муқоисашаванда (n=26)

Тавсиф	Гурӯҳи 1 (n=15)	Гурӯҳи 2 (n=11)	p
Резексия R ₀	12 (80,0%)	10 (90,9%)	>0,05
Резексия R ₁	3 (20,0%)	1 (9,1%)	>0,05
Реаксияи патологӣ:			
- Пурра	4 (26,7%)	4 (36,4%)	>0,05
- Миёна	9 (60,0%)	6 (54,5%)	>0,05
- Нест	2 (13,3%)	1 (9,1%)	>0,05
Набудани иллати гиреҳҳои лимфавӣ	7 (46,7%)	6 (54,5%)	>0,05

Эзоҳ: p – аҳаммияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (бо меёри дақиқи Фишер)

Дар 12 (80,0%) ва 10 (90,9%) бемор резексия бе иллати гиреҳҳои лимфавӣ анҷом дода шуд, дар 7 (46,7%) ва 6 (54,5%) бемор резексия бе иллати гиреҳҳои лимфавӣ ба қайд гирифта шуд, инчунин дар 4 (26,7%) ва 4 (36,4%) бемор ҷавоби пурра ё ифодаёфтаи патоморфологӣ мушоҳида гардид.

Дар марҳилаи омодагии пеш аз ҷарроҳӣ ба беморони гирифтори омосҳои бадсифати қисми дисталии гепатикохоледох (n=4) ХСТТ анҷом дода шуда, баъдан ташаккули БДА гузаронида шуд.

Дар давраи баъдиҷарроҳӣ оризаҳо дар 2 бемор ба қайд гирифта шуданд: дар гурӯҳи асосӣ гемобилия инкишоф ёфт (25,0%), дар гурӯҳи назоратӣ бошад перитонити талавӣ ба вучуд омад, ки иҷрои амалиёти такрорӣ ислоҳкунандаро талаб намуд. Дар ин зергурӯҳи беморон ҳолатҳои фавт ба қайд гирифта нашуд.

Дар давраи аз соли 2020 то 2024 дар клиника 6 ҳолати РПД-и гибридии лапароскопӣ дар беморони гирифтори саратони F3M (n=4) ва омосҳои бадсифати периампулярии пистонаи калони дуоденалӣ (n=2) иҷро гардид, ки аз он ҷумла мардон 4 (66,7%) ва занон 2 (33,3%) нафарро ташкил дода, синни миёнаи беморон $48,9 \pm 2,4$ сол буд. Дар 1 ҳолат бинобар мушкilotи техникӣ, ки бо раванди перитуморӣ ва инвазияи омос ба рағҳои калон ҳангоми саратони F3M часпида буд, табдили амал анҷом дода шуд, аз ин рӯ амалиёт ҳамчун РПД-и кушода арзёбӣ гардид.

Нишондодҳо барои иҷрои РПД-и лапароскопӣ тибқи меъёрҳои резектабелии аденокарсиномаи маҷрогии F3M мувофиқи тавсияҳои Шабаккаи миллии ҳамҷонибаи онкологӣ муайян карда шуданд.



Расмм 8. – Марҳилаҳои панкреатодуоденэктомия лапароскопӣ

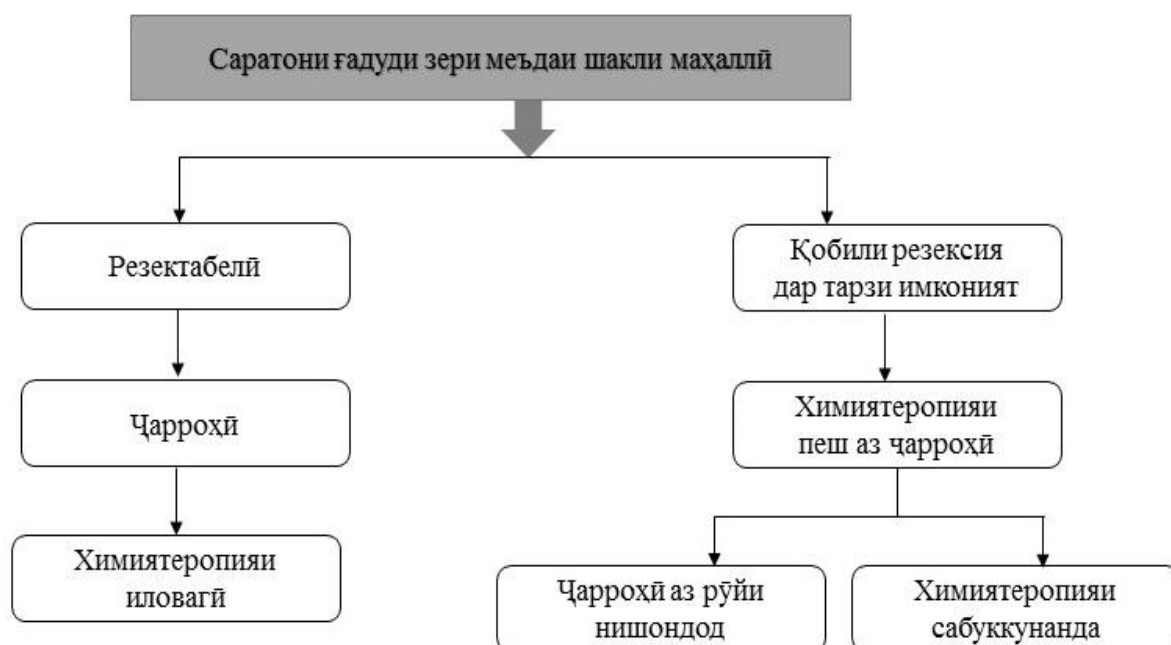
Эзоҳ: ПВ – вариди порталӣ, ОПА – артериии умумии ҷигар, НПВ – вариди ковоки поёнӣ, ВБВ – вариди мезентериалии болоӣ, КО – апофиси қалмоқшакл, ОПП – маҷрои умумии ҷигар, ГДА – шараёни гастродуоденалӣ, ОПА – шараёни умумии ҷигар, АОДК – қисми антралии рӯдаи дувоздаҳангушта

Пас аз ҷарроҳӣ ҳамаи беморон дар шӯъбаи эҳғарӣ ба ҳисоби миёна 2,5 рӯз (аз 2 то 5 рӯз) қарор доштанд, ва давомнокии умумии бистарӣ шудан дар бемористон ба ҳисоби миёна 15 рӯз (12–18,9 рӯз)-ро ташкил дод.

Ҷадвали 19. – Оризаҳои барвақти баъдичарроҳии панкреатодуоденэктомияҳои гибридии лапароскопӣ (n=5)

Номи ориза	Абс.	%
Фистулаи ғадуди зери меъда (В):	1	20,0
- Хурд (<100,0 мл в сутки)	-	-
- Миёна (100,0-700,0 мл в сутки)	1	20,0
- Калон (>700,0 мл в сутки)	-	-
Холишавии сусти меъда	1	20,0
Оризаҳои чирку септикӣ	1	20,0
Плеврит	1	20,0

Пас аз даҳолати гибридии лапароскопӣ беморон ба истеъмоли мустақили ғизо дар рӯзҳои 4–6 оғоз намуданд. Ба истиснои 26 (45,6%) бемори гирифтори саратони резектабели ҒЗМ, ки пас аз табобати кимиёвӣ пешазҷарроҳӣ (ХАТ) ба онҳо РПД анҷом дода шуд, ва 5 (8,8%) беморе, ки РПД-и гибридии лапароскопиро гузарониданд (ОБҒЗМ - 3, саратони пистонаи калони дуоденалӣ - 2), боз 26 (45,6%) бемори дигар бо ОБҒЗМ (n=9), омосҳои бадсифати рӯдаи дувоздаҳангушта (n=6) ва пистонаи калони дуоденалӣ (n=11) амалиёти резексионӣ ва дренажгузорӣ гузарониданд. Дар ин зергурӯҳ мардон 21 (80,8%) ва занон 5 (19,2%) нафарро ташкил доданд.



Расми 8. – Алгоритми табобати саратони ғадуди зери меъда

Эзоҳ: АХТ – табобати кимиёвӣ адыювантӣ, НеоХТ – табобати кимиёвӣ ғайриадъювантӣ, ХЛТ – табобати кимиёшуоӣ, ХТ – табобати кимиёвӣ.

Рушди саратони ҒЗМ ба рӯдаи дувоздаҳангушта ва қисми дисталии гепатикохоледох дар 2 (7,7%) бемор, метастазҳо ба ҷигар дар 5 (19,2%) ва тасвири канцероматози холигоҳи шикам дар 2 (7,7%) бемор мушоҳида гардид. Омосҳои бадсифати РДА дар баъзе ҳолатҳо ба артерияи болои мезентериалӣ (n=2), рӯдаи колон (n=3) ва меъда (n=1) паҳн шудаанд. Дар 11 бемори гирифтори саратони пистонаи калони дуоденалӣ дар 4 (15,4%) ҳолат

пахншавӣ ба испурч ва рағҳои испурч, дар 3 (11,5%) ҳолат ба гепатикохоледох, дар 2 (7,7%) ҳолат ба венаи порталӣ, ва дар 1-й ҳолат (3,8%) ба меъда ва артерияи болои мезентериалӣ мушоҳида гардид.

Инкишофи оризаҳо пас аз иҷрои РПД дар 2 (28,6%) ҳолат ба қайд гирифта шуд. Дар робита ба бесамарии ПЕА (панкреатоэнтероанастомоз) дар ҳар ду бемор тасвири клиникий панкреатити пас аз ҷарроҳӣ (ПС) ва перитонити сафровӣ мушоҳида гардид. Дар 1 ҳолат ба ин оризаҳо плеврит низ ҳамроҳ шуд, ки дар маҷмӯъ ба марғи бемор оварда расонд. Сатҳи фавти баъдиҷарроҳӣ пас аз РПД дар ин гурӯҳ 14,3%-ро ташкил дод.



Расми 10. – Алгоритми табобати шаклҳои резектабели саратони ғадуди зери меъда

Эзоҳ: АХТ – табобати кимиёвӣ адъювантӣ, РПЖ – саратони ғадуди зери меъда, ДРПЖ – резексияи дисталии ғадуди зери меъда, ПЭ – панкреатэктомия.

Дар 19 (73,1%) аз 26 ҳолат, тибқи нишондодҳо, амалиёти дренажӣ анҷом дода шуданд. Интиҳоби усули даҳолати дренажӣ аз ҷойгиршавии омос дар МГПД, хусусияти ориза ва марғилаи он вобаста буд (ҷадвали 20).

Дар 50 (50,5%) ҳолат беморони гурӯҳи назоратӣ, аз ҷумла ҳангоми оризаи зардпарвини механикӣ (ЗМ) (n=15), намудҳои гуногуни даҳолатҳои кушода иҷро гардиданд. Ба ин гурӯҳ 34 (68,0%) бемори гирифтори саратони

ҒЗМ, 7 (14,0%) бемор бо омси бадсифати РДА ва 9 (18,0%) бемор бо омосҳои параампулярии пистонаи калони дуоденалӣ дохил шуданд.

Ҷадвали 20. – Хусусияти амалиёти дренажӣ дар беморони гирифтори омси бадсифати ғадуди зери меъда, рӯдаи дувоздаҳангушта ва пистонаи калони дуоденалӣ (n=19)

Намуди ҷарроҳӣ	ОБҒЗМ (n=9)	РДА (n=4)	Саратони ПКД (n=6)
Анастомозҳои билиодигестивӣ (БДА)	6 (66,7%)	-	-
БДА + ҒЭА	-	-	4 (66,6%)
БДА + ПЕА + ҒЭА	-	3 (75%)	-
БДА + ПЕА	3 (33,3%)	-	-
ҒЭА + ПЕА	-	-	1 (16,7%)
ҒЭА	-	1 (25%)	1 (16,7%)

Эзоҳ: ПЕА – панкреатоеюноанастомоз, ҒЭА – гастроэнтероанастомоз.

Ба беморони гирифтори ЗМ (n=15) дар 9 (60,0%) ҳолат бо мақсади омодагии пеш аз ҷарроҳӣ декомпрессияи маҷрои талхагузар анҷом дода шуд. Дар 6 (40,0%) ҳолат бо сабабҳои муайян маҷмӯи тадбирҳои муътадил гузаронида шуданд, ки ба кам кардани захролудшавӣ, ислоҳи зухуроти ЗМ ва дастгирии фаъолияти узвҳои ҳаётан муҳим равона шуда буданд, ки ин имкон дод таъсири муваққатии мусбат ба даст оварда шавад.

Ҷадвали 21. – Хусусияти даҳолатҳои ҷарроҳӣ дар беморони гурӯҳи назоратӣ (n=46)

Хусусияти даҳолатҳои ҷарроҳӣ	ОБҒЗМ (n=31)			Саратони РДА ва ПКД (n=15)		
	миқдор	ори́за	марг	миқдор	ори́за	марг
РПД	12 (26,1)	6 (50)	4 (33,3)	1 (2,2)	1 (100)	1 (100)
ГЕА	3 (6,5)	1 (33,3)	-	3 (6,5)	2 (66,7)	-
ХЕА	2 (4,3)	1 (50,0)	1 (50,0)	1 (2,2)	1 (100)	-
ХДА	3 (6,5)	1 (33,3)	-	8 (17,4)	4 (50,0)	3 (37,5)
Холесистостомия	11 (23,9)	4 (36,4)	2 (18,2)	2 (4,4)	1 (50,0)	1 (50,0)
p		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05
Ҷамагӣ	31 (67,4)	13 (41,9)	7 (22,6)	15 (32,6)	9 (60,0)	5 (33,3)

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (бо меъёри χ^2), ГЕА – гепатикоеюноанастомоз, холесистоюноанастомоз, ХДА – холедоходуоденоанастомоз.

Усули РІРАС дар бемористони МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соли 2021 ҷорӣ карда шуд. Дар давоми зиёда аз 3

сол ин усул дар 17 (14,5%) бемор бо омосҳои бадсифати МГПД, ки бо кансероматози перитонеалӣ (КП) мураккаб шудаанд, истифода гардид. Аз шумлаи онҳо: 15 (88,2%) бемор гирифтори ОБҒЗМ ва 2 (11,8%) бемор гирифтори омоси бадсифати РДА ва ПКД буданд; ҳамаи онҳо қаблан намудҳои гуногуни панкреатодуоденэктомия (РПД)-ро гузашта буданд.

Ҷадвали 22. –Тасвифи беморони гирифтори кансероматози перитонеалӣ, ки таботати кимиёвӣ аз аэрозолҳои дохилишикамӣ гирифтаанд (n=17)

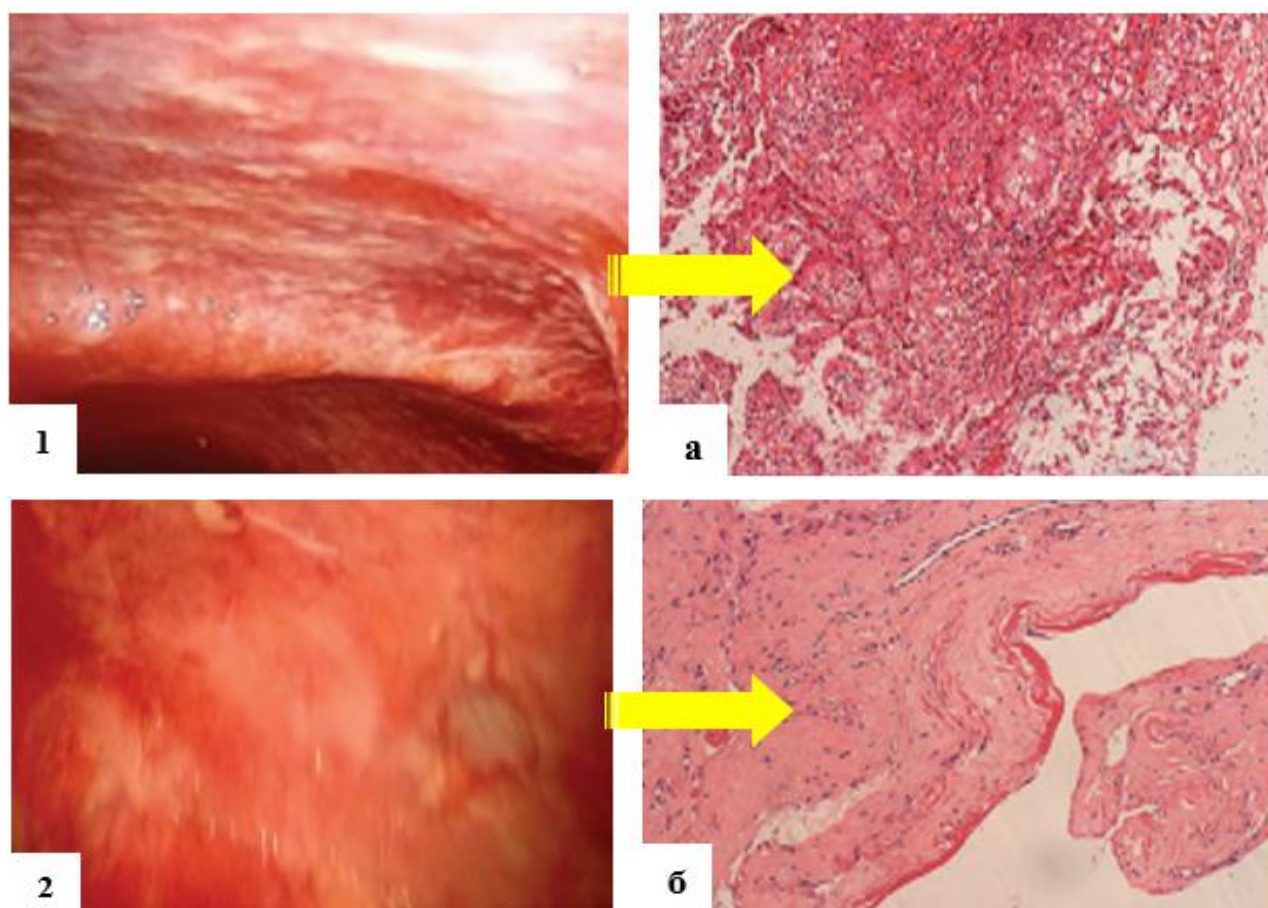
Нишондиҳанда	Абс.	%
Синну сол	59	[52-69]
Ҷинс: Мард	14	82,3
Зан	3	17,7
Ҷойи омоси аввала:		
– рӯдаи дувоздаҳангушта,	15	88,2
– папиллаи Фатер	2	11,8
– ҳангоми амалиёти аввал гирифта шудааст	17	100
– гирифта нашудааст	-	-
Ҷойи кансероматози перитонеалӣ		
- 0-4	6	35,3
- 0-6	7	41,2
- 0-10	4	23,5
Таботати кимиёвӣ ғайриадъювантӣ:		
- Ҳа	6	35,3
- Не	11	64,7
Баҳогузори пурраи ситоредуксия		
- СС-0	17	100
- СС>1	-	-
Намуди таботати кимиёвӣ:		
- Митомисин С	5	29,4
- Oxali/5FU/LV	12	70,6
Муҳлати таботат РІРАС	98,6	[80-120]
Талафи хун (мл)	110,0	[90-130]
Муҳлати миёнаи бистарӣ дар кати беморхона (шабонарӯз)	1,85	[1-3]

Эзоҳ: Oxali/5FU/LV – оксалиплатин, 5-фторурацил, лейковорин

Дар маҷмӯъ дар 17 бемори гирифтори кансероматози перитонеалӣ 51 даҳолати муваффақи РІРАС анҷом дода шуд. Мардон 14 (82,3%) ва занон 3 (17,7%) нафарро ташкил доданд. Аз рӯйи миқёси Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) танҳо 1 бемор (5,9%) нишондиҳандаи «2» дошт, дар ҳоле ки 16 бемори боқимонда (94,1%) ҳолати функционалии «0» ё «1» доштанд.

Таҳлил нишон медиҳад, ки ҳамаи беморон ба тартиби РІРАС пас аз ситоредуксияи пурраи манбаи ибтидоӣ ворид шудаанд, дар ҳоле ки то гузаронидани лапароскопия 64,7% (n=11) беморон табобати кимиёвӣ ғайриадъювантӣ (НеоХТ) нагирифта буданд.

Вақти миёнаи гузаронидани тартиби РІРАС 98,6 дақиқаро ташкил дод, бо талафи миёнаи хун 110,0 мл. Дар маҷмӯъ, беморон дар клиника аз 1 то 3 шабонарӯз бистарӣ буданд. Ҳодисаҳои оризаҳои дохилӣ ва баъдичарроҳӣ, инчунин фавт пас аз иҷрои РІРАС ба қайд гирифта нашуд. Танҳо дар 2 (11,8%) бемор дарди ночизи шикам мушоҳида шуд, ки бо аналгетикҳои нашъадор бартарарф карда шуд.



Расми 11. – Тасвири макроскопиии кансероматози перитонеалӣ ҳангоми лапароскопия то машғулияти табобатии ВАЭХ (1, тасвири кансероматози диффузӣ, LS 2) ва пас аз 3-юм табобат (2, аз ҷиҳати макроскопӣ – регрессияи назарраси раванд). Гистологияи макропрепарат то сеанси ВАЭХ (а) ва пас аз 3-юм табобат (б).

Ҳамин тавр, равиши нави табобати беморони гирифтори омосҳои бадсифати МГПД ва кансероматози перитонеалӣ, ки табобати кимиёвӣ

системавӣ ва табобати кимиёвӣ аэрозолии дохилишикамии зери фишорро якҷоя мекунад, ҳамчун усули нисбатан содда ва бехатар собит шуда, имкон медиҳад афзоиши зиндамонии умумии беморони гирифтори саратони паҳншудаи узвҳои МГПД ба даст оварда шавад.

Дар таҳқиқоте, ки дар давраи 2021 то 2023 гузаронида шуд, 10 нафар бемор шомил шуданд. Дар байни онҳо мардон бартарӣ доштанд –6 (60,0%), занон 4 (40,0%) нафарро ташкил доданд.

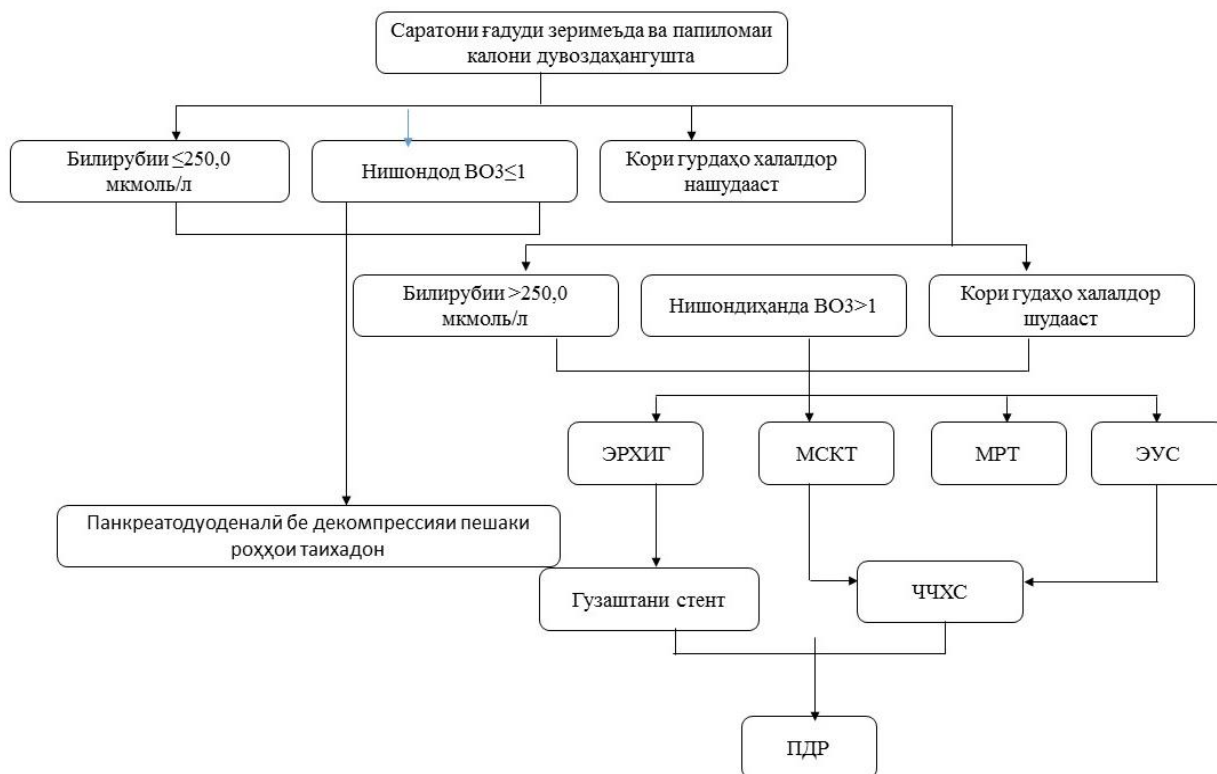
Ҷадвали 23. – Қоркарди меъёрҳои дохилкунӣ ва хориҷкунӣ беморони гирифтори омиси бадсифати мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ дар барномаи Fast Track (иловаи баъзе меъёрҳо)

Меъёр	Дохилкунӣ	Хориҷкунӣ
Билирубини умумӣ (мкмоль/л)	< 450,0	> 450,0
Сафедаи умумӣ (г/л)	< 54	>54
Индекси протромбинӣ (%)	< 68	>68
Иллатёбии шараёнҳо-варидҳо	ВБМ ва ВП бо имконияти барқароркунӣ	Окклюзияи пурраи ВБМ/ВП ва/ё бе имкони барқарорсозӣ
Чалби ШБМ и ТБ	Нест	Ҳаст
Холангит	Нест	Ҳаст
Сепсиси билиарӣ	Нест	Ҳаст
Ихтилоли фаъолияти гурда.	ислоҳшаванда	Ғайриислоҳшаванда
Ҳолати ТУТ <2	< 2	≥2

Эзоҳ: ВБМ – вариди болоии масориқавӣ, ВП – вариди порталӣ, ШБМ – шараёни болои масориқавӣ, ТБ – танай бастанӣ, ТУТ – миқёси баҳодиҳии вазнинии бемор аз рӯи таснифи Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ /ECOG

Ҳангоми интихоби иштирокиён меъёрҳои қатъии дохилкунӣ истифода шуданд, ки ба арзёбии комплекси ҳолати ҷисмонии беморон бо истифода аз миқёси валидшудаи ASA ва ECOG асос ёфта буданд; дар ин ҳолат ҳадди нишондиҳанда аз рӯи ҳар ду миқёс аз 3 балл зиёд набуд. Чорабиниҳои табобатӣ қатъиян мувофиқи қарори тасдиқшуда иҷро гардиданд.

Бо мақсади интихоби дақиқтари беморон ба барномаи барқароршавии босуръат пас аз ҷарроҳӣ (Fast Track) меъёрҳои дохилкунӣ ва хориҷкунӣ такмил дода шуданд, ки барои амалияи онкологӣ аҳаммияти муҳими амалӣ доранд.



Расми 12. – Нишондодҳо барои “амалиёти тезонидашуда” дар беморони гирифтори саратони ғадуди зери меъда ва пистонаи Фатер

Эзоҳ: Нишондоди ТУТ – миқёси баҳодихии вазнинии бемор аз рӯи таснифи ТУТ/ECOG.

Бо мақсади таҳлили бештар асоснок ва муқоиса, аз шумораи беморони гирифтори ОБҶЗМ ва саратони ПКД, ки пеш аз РПД декомпрессияи минималӣ-инвазивии маҷроҳои талхагузарро гирифта буданд (n=10), гурӯҳи муқоисавӣ аз беморони дигар (n=10), ки тибқи барномаи барқароршавии босуръат пас аз ҷарроҳӣ (Fast Track) табобат гирифта буданд, ташкил карда шуд (ҷадвали 24).

Ҷадвали 24. – Хусусияти муқоисавии бемороне, ки тибқи барномаи Fast Track ва бидуни он табобат гирифтаанд (n=20)

Омил	То РПД		Баъд аз РПД	
	ХСТТ (n=10)	Fast Track (n=10)	ХСТТ (n=10)	Fast Track (n=10)
Синну сол (медиана)	59 [31-62]	57 [29-60]	59 [31-62]	57 [29-60]
ШК-и Чарлсон	5,11±1,23	4,72±1,18	5,01±1,13	4,74±1,16
Миқёс ASA (балл)	1,91±0,79	1,69±0,41	1,83±0,68	1,71±0,39
Марҳилаи Т дар ташҳиси шуобӣ *	2,17±0,63	2,37±0,65	2,24±0,66	2,41±0,64

Эзоҳ: ХСТТ – холангиостомияи трансдермалӣ-трансцигарӣ, ШК – шохиси коморбидноқӣ, * – марҳилаи Т мувофиқи таснифи TNM (8-ум, T AJCC).

Тавре ки дар боло қайд шуд, ҳамаи 20 бемори ҳар ду гурӯҳ РПД гузарониданд. Дар асоси меъёрҳои овардашуда метавон хулоса кард, ки дар гурӯҳҳои муқоисашаванда аз рӯйи синну сол, уқсони ҳамроҳ (индекси коморбиднокии Чарлсон), миқёси ASA ва марҳилаи T фарқияти аҳаммиятнок мушоҳида нашудааст.

Бояд қайд кард, ки давомнокии омодагии пеш аз ҷарроҳӣ дар беморони барномаи барқароршавии босуръат (Fast Track) хеле кӯтоҳтар буд: 1–2 шабонарӯз бар зидди 6–8 шабонарӯз дар гурӯҳи идоракунии стандартӣ. Давомнокии амалиёт низ дар гурӯҳи Fast Track камтар буд: 346 дақиқа дар муқоиса бо 397 дақиқа. Дар маҷмӯъ, оризаҳои баъдичарроҳӣ дар 1 (10,0%) бемори гурӯҳи асосӣ ва дар 3 (30,0%) бемори гурӯҳи назоратӣ ба қайд гирифта шуданд. Давомнокии миёнаи бистарӣ будан пас аз ҷарроҳӣ дар беморони барномаи Fast Track 7,6 шабонарӯзро ташкил дод, дар ҳоле ки дар гурӯҳи табобати стандартӣ 12,3 шабонарӯз буд.

Дар маҷмӯъ ҳангоми омосҳои МГПД 168 (77,4%) даҳолати резексионӣ анҷом дода шуд, аз ҷумла ҳангоми омоси хушсифат – 60 (58,2%): дар гурӯҳи асосӣ 33 (58,9%), дар гурӯҳи назоратӣ 27 (57,4%); ҳангоми омоси бадсифат – 108 (94,7%): дар гурӯҳи асосӣ 66, дар гурӯҳи назоратӣ 42-ро ташкил меод.

Ҳангоми омоси бадсифати F3M, RDA ва пистонаи калони дуоденалӣ РПД-и паллиативӣ анҷом дода шуд: дар гурӯҳи асосӣ 6 (10,5%) аз 57 бемор, дар гурӯҳи назоратӣ 13 (26,0%) аз 50 бемор. Хусусияти паллиативии дохилӣ ҳам ҳангоми ҷарроҳӣ (n=3 – гурӯҳи асосӣ, n=6 – гурӯҳи назоратӣ) ва ҳам дар давраи баъдичарроҳӣ (n=3 – гурӯҳи асосӣ, n=7 – гурӯҳи назоратӣ) тасдиқ гардид.

Дар беморони гурӯҳи асосӣ хунравии дохилии баъдичарроҳӣ дар 1 ҳолат баъд аз ГГЭ аз чап (4,0% аз 25 бемор) ба қайд гирифта шуд. Бо вучуди иҷрои релапаротомия ва ислоҳи гемостаз, дар заминаи омоси ҳамроҳ ҳолати фавт сабт гардид.

Дар маҷмӯъ ба беморони гурӯҳи назоратӣ 17 (34,0%) амалиёти резексионӣ дар шакли РПД анҷом дода шуд, ки баъд аз санҷиши дохилӣ ва баъдиҷарроҳӣ танҳо чаҳортои онҳо радикалӣ арзёбӣ гардиданд.

Дар гурӯҳи назоратӣ ин ориза дар 3 ҳолат ба қайд гирифта шуд, аз ҷумлаи онҳо бо 1 ҳолати фавт. Плеврити экссудативии ростпаҳлӯӣ пас аз резексия дар 3 ҳолат мушоҳида гардид: 1 – дар гурӯҳи асосӣ, 2 – дар гурӯҳи назоратӣ. Фасодгирии захми баъдиҷарроҳӣ дар 1 ҳолат (4,0%) дар гурӯҳи асосӣ қайд шуд. Дар 1 бемори гурӯҳи назоратӣ (4,3%) пас аз ҷарроҳӣ тасвири клиникии норасоии бисёрузвӣ инкишоф ёфта, ба фавт оварда расонд. Дар маҷмӯъ, оризаҳои баъдиҷарроҳӣ дар гурӯҳи асосӣ 3 (12,0%) ҳолат бо 1 (4,0%) ҳолати фавтро ташкил доданд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи назоратӣ 6 (26,1%) ҳолат бо 2 (8,7%) ҳолати фавт ба қайд гирифта шуд.

Дар беморони гирифтори тангшавии ГХ оризаҳои баъдиҷарроҳӣ дар шакли хунравии дохилӣ дар 2 (18,2% аз 11 бемор) ҳолат дар гурӯҳи асосӣ ва дар 4 (44,4% аз 9 бемор) ҳолат дар гурӯҳи назоратӣ мушоҳида гардиданд. Нокомии анастомози билиодигестивӣ дар гурӯҳи асосӣ ба қайд гирифта нашуд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи назоратӣ 2 (22,2%) ҳолат, аз ҷумла 1 (11,1%) ҳолат бо фавт сабт гардид. Панкреатити шадиди баъдиҷарроҳӣ дар 2 (18,2%) бемори гурӯҳи асосӣ мушоҳида шуда, бо табобати муътадил бартараф гардид. Оризаҳои фасодию-септикӣ ва пневмонияи баъдиҷарроҳӣ мутаносибан дар 2 (22,2%) ва 1 (11,1%) бемори гурӯҳи назоратӣ ба қайд гирифта шуданд. Дар маҷмӯъ, дар беморони бо усулҳои ғайррезексионӣ табобатшуда, аз ҷумла КҒҶ (n=7), АҶ (n=5) ва сиҳатшавии ГХ (n=11), дар гурӯҳи асосӣ оризаҳои баъдиҷарроҳӣ 4 (17,4%) ҳолатро ташкил доданд. Дар гурӯҳи назоратӣ дар беморони КҒҶ (n=6), АҶ (n=4) ва тангшавии ГХ (n=9) оризаҳои баъдиҷарроҳӣ 12 (63,1%) ҳолатро ташкил доданд, аз ҷумла 1 (8,3%) ҳолат бо фавт. Ин маълумот аҳаммияти истифодаи технологияҳои минималӣ-инвазивӣ ва усулҳои коркардшудаи пешгирии оризаҳои баъдиҷарроҳиро боз ҳам тасдиқ мекунад.

Илова ба амалиёти резексионӣ, вобаста ба ҷойгиршавии омосҳо дар МГПД, дар 19 (73,1%) аз 26 бемори гурӯҳи асосӣ бо омоси бадсифати ғадуди зерӣ меъда, рӯдаи дувоздаҳангушта ва пистонаи калони дуоденалӣ тибқи нишондодҳо даҳолатҳои дренажии паллиативӣ анҷом дода шуданд. Дар беморони гирифтори саратони ғадуди зерӣ меъда дар 66,7% ҳолат БДА, ва дар 33,3% ҳолат БДА + ПЕА гузошта шуд. Дар 3 ҳолати саратони рӯдаи дувоздаҳангушта (75,0%) БДА + ПЕА + ГЕА гузошта шуд, дар 1 ҳолат (25,0%) – ГЕА. Дар 4 бемори (66,7%) бо омосҳои периампулярӣ иҷрои БДА + ГЕА мувофиқ доништа шуд, инчунин дар 2 бемор –ГЕА + ПЕА (n=1) ва ГЕА (n=1).

Дар 50 (50,5%) ҳолат ба беморони гурӯҳи назоратӣ, аз ҷумла ҳангоми ЗМ (n=15), намудҳои гуногуни даҳолатҳои кушода анҷом дода шуданд, ки интиҳоби онҳо аз ҳолати умумии бемор, дараҷаи рушди омос, хусусияти оризаҳо ва бемориҳои ҳамроҳ вобаста буд. Амалиёти радикалӣ дар 4 (8,0%) бемор иҷро гардиданд, аз ҷумла ҳангоми саратони F3M – 3 (6,0%) ва ҳангоми саратони ПКД – 1 (2,0%). Ба боқимондаи 46 (92,0%) бемор амалиёти гуногуни паллиативӣ анҷом дода шуданд.

Дар муқоисаи натиҷаҳо амалиёти паллиативӣ дар гурӯҳи назоратӣ бо сатҳи баланди оризаҳои баъдиҷарроҳӣ ва фавт тавсиф мешуданд: оризаҳои баъдиҷарроҳӣ 41,9% (n=13) ва фавти баъдиҷарроҳӣ 22,6% (n=7)-ро ташкил доданд. Натиҷаҳои бадастомада бо кори А. Kofokotsios ва ҳаммуаллифон мувофиқат мекунанд, ки дар он мустақиман қайд шудааст: «дар беморони гирифтори саратони обструктивии сари ғадуди зерӣ меъда стентгузории эндоскопӣ метавонад таъбири паллиативии ба андозаи ҷарроҳии дукаратаи шунтинг самаранок таъмин намояд. Зиндамони баландтар (аммо аз ҷиҳати оморӣ номуҳим) пас аз амалиёти паллиативии Уипп метавонад бо камтар будани бори омосӣ дар ин зергурӯҳи беморон шарҳ дода шавад, на бо самаранокии беҳтари худ амалиёт» [33, с. 1104–1110].

Ҳангоми таҳлили натиҷаҳои бевоситаи таъбири ҷарроҳии ин зергурӯҳ муайян гардид, ки дар беморони гирифтори омосҳои бадсифати рӯдаи

дувоздаҳангушта ва пистонаи калони дуоденалӣ 9 (60,0%) ҳолати оризаҳои баъдиҷарроҳӣ ба қайд гирифта шуд, ки аз онҳо 5 (33,3%) бо фавт анҷом ёфт. Дар маҷмӯъ дар ин гурӯҳ оризаҳо 22 (47,6%) ҳолати фавт 12 (26,1%)-ро ташкил дод. Азбаски натиҷаҳои дарозмуддати табобат омӯхта нашудаанд, вазъи минбаъдаи дигар беморон номаълум боқӣ мемонад.

ХУЛОСАҲО

1. Ташхис ва тасдиқи раванди бемориҳо ҳангоми бемориҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ бояд ҳамаҷониба бошад ва усулҳои клиникӣ-биохимиявӣ, морфологӣ, эндоскопӣ ва радиологиро, аз ҷумла бо ва бе контрастро дар бар гирад. Тибқи алгоритми таҳияшудаи ташхисӣ, ҳассосияти ТКМС ва ХПГМР то 95,4% ва 98,9%, ва биопсияи дохилиҷарроҳӣ то 80,0% бо ҳосиятноки то 100% ва дақиқӣ 85,0%-ро ташкил медиҳад [2-М, 8-М, 11-М].

2. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки усули омехтаи табобати беморони гирифтори омосҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ, ки ба маълумоти клиникӣ-морфологӣ асос ёфтааст, натиҷаҳои бевоситаро беҳтар намуда, дар беморони гирифтори омосҳои бадсифати дараҷаи баланд, гузаронидани ҷарроҳиро истисно мекунад [7-М, 11-М, 12-М].

3. Истифодаи табобати кимиё-шуъоии пешазҷарроҳӣ дар беморони гирифтори саратони резектабели ғадуди зери меъда тибқи меъёрҳои таҳияшуда имкон дод шумораи панкреатодуоденэктомияҳои радикалӣ (R0) то 88,0% афзоиш ёбад ва ҳамзамон шумораи амалиёти паллиативӣ (R1) то 12,0% коҳиш ёбад [2-М, 12-М, 18-М].

4. Усули ҷарроҳӣ дар бемориҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ, аз ҷумла даҳолатҳои минималӣ-инвазивӣ, бояд қатъиян дифференсиалӣ бошад ва ба меъёрҳои зерин асос ёбад: генези беморӣ, тасдиқи дақиқи мавқеи беморӣ, мавҷудият ё набудани паҳншавӣ, хусусияти оризаҳо ва ҳолати функционалии узвҳои ҳаётан муҳим [15-М, 16-М, 17-М, 18-М, 25-М].

5. Истифодаи асосноки табобати кимиёвӣи аэрозолии дохилишикамӣи зери фишор дар беморони гирифтори омосҳои бадсифати мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ, ки бо канцероматози перитонеалӣ мураккаб шудаанд, ҳамчун усули нисбатан содда ва беҳатар собит гардида, имконияти беҳтар кардани зиндамонии умумиро дар саратони паҳншуда фароҳам меорад [15-М, 16-М].

6. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки пешбурди беморони гирифтори омоси бадсифати МГПД тибқи барномаи Fast Track нисбат ба бемороне, ки пеш аз ҷарроҳӣ даҳлатҳои декомпрессионӣ гирифтаанд, натиҷаҳои беҳтари баъди ҷарроҳиро таъмин менамояд [1-М, 8-М, 25-М].

7. Омилҳои асосии таъсиррасон ба инкишофи оризаҳои мушаххаси баъдиҷарроҳӣ ҳангоми табобати ҷарроҳии омосҳои МГПД инҳоянд: тасдиқи нопурраи пешазҷарроҳии омос, ислоҳи саривақтии холестази пеш аз ҷарроҳӣ, набудани ё нокифоягии табобати кимиёвӣ-шуоъӣи пеш аз ҷарроҳӣ ва таҷрибаи нокифояи мутахассис [5-М, 20-М, 21-М, 23-М, 24-М].

8. Усулҳои таҳияшуда ва такмилёфта, инчунин усулҳои пешгирии оризаҳои дохилӣ ва баъдиҷарроҳӣ ҳангоми даҳлатҳо дар узвҳои МГПД имконият медиҳанд, ки натиҷаҳои бевоситаи табобати ин гурӯҳи вазнини беморон ба таври назаррас беҳтар карда шаванд [5-М, 9-М, 11-М, 13-М, 14-М, 22-М].

9. Ворид намудани равиши дифференсиалии ҷарроҳӣ, ки ба алгоритмҳои патогенетикӣ асос ёфтааст, боиси беҳбудии назарраси натиҷаҳои табобат дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ гардид. Ҳангоми омосҳои хушсифат басомади оризаҳои баъдиҷарроҳӣ аз 44,7% то 19,6% ва фавт аз 4,2% то 1,8% коҳиш ёфт. Ҳангоми омосҳои бадсифат басомади оризаҳо аз 63,5% то 31,1% ва фавт аз 38,5% то 9,8% паст гардид. Дар маҷмӯъ коҳиши оризаҳо 25,1% ва фавт 28,7%-ро ташкил дод [3-М, 4-М, 6-М, 10-М, 19-М].

ТАВСИЯҶО БАРОИ ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҶОИ ТАҶҚИҚОТ

1. Омосҳои фокалии хушсифати ҷигар ва стриктураҳои холедох бояд бо усулҳои радикалӣ ва реконструктивӣ дар муассисаҳои махсусгардонидашудаи дорои таҷҳизоти муосир таъобат карда шаванд.

2. Томографияи компютери бисёрспиралӣ, холангиопанкреатографияи магнитӣ-резонансӣ ва видеоэндоскопия усулҳои хеле самараноки тахҳис ва тасдиқи ҷараёни омоси МГПД мебошанд.

3. Барои муайян кардани дараҷаи вазнинии зардпарвини механикӣ истифодаи ХПГМР ва таҳлили ситокинҳо ва протеини С-реактивӣ тавсия дода мешавад.

4. Меъёрҳои объективии таҳияшуда ва натиҷаҳои таҳқиқот зарурати равиши дифференциалиро дар таъобати омосҳои МГПД асоснок мекунанд.

5. Беҳтарин роҳи беҳтаркунии натиҷаҳои бевоситаи таъобати саратони резектабели ғадуди зери меъда интихоби дурусти таъобати кимиёвӣ-шуоъии пеш аз ҷарроҳӣ мебошад.

6. Истифодаи технологияҳои минималӣ-инвазивӣ тибқи алгоритмҳои таҳияшуда имкон медиҳад басомади оризаҳо ва фавтро коҳиш ёбад.

7. Ворид намудани таъобати кимиёви аэрозолии дохилишикамӣ зери фишор ва барномаи Fast Track дар амалияи клиникӣ метавонад шумораи оқибатҳои номатлубро дар беморони гирифтори омоси бадсифати МГПД ба таври назаррас коҳиш диҳад.

8. Барои пешгирии нокомӣ ва ретангшавии анастомозҳои билиодигестивӣ гузоштани ХСТТ пеш аз ҷарроҳӣ бо найчаи ПВХ (1,2–1,3 мм) дар мавқеи гепатикоеюноанастомоз тавсия дода мешавад. Дар давраи баъдиҷарроҳӣ дар 5–6 рӯз таъобати якҷоя бо таъсири антиоксидантӣ ва ситокинӣ гузаронида мешавад, аз ҷумла истифодаи серотонин адипинат ва инфузияи тивертин.

9. Усулҳои таҳияшуда ва такмилёфтаи пешгирии оризаҳои дохилӣ ва баъдичарроҳӣ натиҷаҳои бевоситаи табоботи ҷарроҳии беморони гирифтори омосҳои МГПД-ро беҳтар мекунад.

РӯИХАТИ АДАБИЁТ:

1. Ахтанин, Е.А. Причины возникновения и профилактика панкреатических свищей после резекционных операций на поджелудочной железе [Текст] / Е.А. Ахтанин, А.Г. Кригер // Хирургия. - 2014, №5. - С. 79-83.

2. Ворончихин, В.В. Хронический панкреатит. Хирургическое лечение. Современное состояние проблемы. Наш опыт [Текст] / В.В. Ворончихин // Здоровоохранение Чувашии. - 2015, №4(44). - С. 51-62.

3. Давыдов, М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г. [Текст] / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Москва: Издательская группа РОНЦ. - 2014. - 226 с.

4. Дифференцированный подход к радикальному хирургическому лечению пациентов пожилого и старческого возраста с опухолевыми заболеваниями панкреатодуоденальной зоны [Текст] / Сигуа Б.В. [и др.] // Вестник Северо-западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. - 2021, №2(13). - С. 49-56.

5. Жариков, Ю.О. Диагностика и лечение аутоиммунного панкреатита (обзор литературы) [Текст] / Жариков Ю.О., Чжао А.В. // Анналы хирургической гепатологии. - 2015, № 4(20). - С. 95-104.

6. Ивашкин, В.Т. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита [Текст] / В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, А.В. Охлобыстин, Ю.А. Кучерявый, А.С. Трухманов // Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол. - 2014, № 4. - С. 70-97.

7. Кабанов, М.Ю. Роль и место миниинвазивных дренирующих вмешательств в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / М.Ю. Кабанов, Д.М. Яковлева, К.В. Семенцов, Т.Л. Горшенин, С.М. Рыбаков // Анналы хирургической

гепатологии. - 2015, № 3(20). - С. 37-46.

8. Каримов, Ш.И. Лечение осложнений чреспечёночных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периампулярными опухолями [Текст] / Ш.И. Каримов, М.Ш. Хакимов, А.А. Адылходжаев, С.У. Рахманов, В.Р. Хасанов // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2015, № 3(20). - С. 68-74.

9. Карпов, О.Э. Отдалённые результаты эндоскопического билиарного стентирования при помощи пластиковых и саморасширяющихся металлических стентов в лечении опухолевой механической желтухи [Текст] / О.Э. Карпов, П.С. Ветшев, А.С. Маады // *Вестник НМХЦ им. Н.И. Пирогова*. - 2015. - № 2(10). - С. 50-55.

10. Клинические рекомендации по хирургическому лечению больных с хроническим панкреатитом. Национальные клинические рекомендации [Текст] // Федеральная электронная медицинская библиотека Министерства здравоохранения Российской Федерации. - 2014.

11. Лечение больных с хроническим панкреатитом - панкреатодуоденальная резекция или операция Фрея [Текст] / С.В. Иванов [и др.] // *Медицинский вестник МВД*. - 2016. - №1(80). - С.15-19.

12. Маады, А.С. Эндоскопическое билиарное стентирование при опухолевой механической желтухе [Текст] / А.С. Маады, О.Э. Карпов, Ю.М. Стойко, П.С. Ветшев, С.В. Бруслик, А.Л. Левчук // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2015, № 3(20). - С. 59-66.

13. Методологические аспекты и результаты панкреатодуоденальной резекции [Текст] / А.Г. Кригер [и др.] // *Онкология*. - 2016, №5. - С.15-21.

14. Мухин, А.С. Комплексный подход к ведению периоперационного периода у больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы [Текст] / А.С. Мухин, Л.А. Отдельнов, И.С. Симутис, Т.Г. Котова / *Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье»*. - 2015, № 2. - С. 43-48.

15. Окладникова, Е.В. Анализ госпитальной заболеваемости раком поджелудочной железы на территории Красноярского края [Текст] / Окладникова

Е.В., Рукша Т.Г. // Сибирский онкологический журнал. - 2015, № 5(63). - С. 61-67.

16. Пропп, А.Р. Диагностика и хирургическое лечение хронического панкреатита с поражением головки поджелудочной железы [Текст] / А.Р. Пропп // Анналы хирургической гепатологии. - 2013, № 1(18). - С. 103-111.

17. Радикальные резекции поджелудочной железы при периампулярном раке у больных старческого возраста [Текст] / В.К. Лядов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2014. - №1. - С. 96-101.

18. Результаты выполнения панкреатодуоденальной резекции в специализированном отделении многопрофильного бемористона [Текст] / М.Л. Рогаль [и др.] // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». - 2016. - №1. - С. 54-58.

19. Сетдикова, Г.Р. Морфологическая оценка распространённости протоковой аденокарциномы поджелудочной железы [Текст] / Г.Р. Сетдикова, О.В. Паклина, А.В. Шабунин, В.В. Бедин // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. - 2015, № 1. - С. 130-137.

20. Снопко, Ю. Органосохраняющие и сегментарные резекции головки поджелудочной железы: анатомическое обоснование и хирургическая техника [Текст] / Ю. Снопко, Э. Матевоссян // Вестник хирургии. - 2014, № 6(173). - С. 100-105.

21. Стойко, Ю.М. Рациональное использование сывороточных онкомаркеров в диагностике злокачественных опухолей поджелудочной железы [Текст] / Ю.М. Стойко, А.Л. Левчук, В.О. Саржевский, Д.Ю. Федотов // Вестник НМХЦ им. Н.И. Пирогова. - 2015, № 1(10). - С. 120-121.

22. Факторы риска и профилактика послеоперационного панкреатита при резекционных вмешательствах на поджелудочной железе [Текст] / А.Г. Кригер [и др.] // Хирургия. - 2016, №7. - С. 4-10.

23. Цвиркун, В.В. Резолюция пленума правления ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. «Минимально инвазивные технологии в лечении механической желтухи». 29-30 апреля 2019 года, Ереван, Армения [Текст] / В.В. Цвиркун, И.М. Буриев, В.П. Глабай, П.С. Ветшев, А.В. Андреев // Анналы хирургической гепатологии. - 2019, №2(24). - С. 124-127.

24. Шабунин, А.В. Сравнительный анализ результатов формирования панкреатодигестивных анастомозов [Текст] / А.В. Шабунин, М.М. Тавобилов, А.А. Карпов // Московский хирургический журнал. - 2016, № 1. - С. 5-10.

25. Addeo, P. Pancreatic fistula after a pancreaticoduodenectomy for ductal adenocarcinoma and its association with morbidity: a multicentre study of the French Surgical Association [Text] / P. Addeo, J.R. Delpero, F. Paye, E. Oussoultzoglou, P.R. Fuchshuber et al. // HPB. - 2014, N.16. - P. 46-55.

26. Bliss A.L. Surgical management of chronic pancreatitis: current utilization in the United States [Text] // HPB, Volume 17, Issue 9. - P. 804 - 810.

27. Concentrations of cisplatin and doxorubicin in ascites and peritoneal tumor nodules before and after pressurized intraperitoneal aerosol chemotherapy (PIPAC) in patients with peritoneal metastasis [Text] / CB. Tempfer [et all.] // Eur J Surg Oncol. - 2018, Vol. 44. - P.1112-1117.

28. Curing pancreatic cancer [Text] / B. Traub [et all.] // Semin Cancer Biol. - 2021. - Vol.76. - P. 232-46.

29. Duodenum-Preserving Resection of the Pancreatic Head versus Pancreaticoduodenotomy for Treatment of Chronic Pancreatitis with Enlargement of the Pancreatic Head: Systematic Review and Meta-Analysis [Text] / Y. Zhao [et all.] // BioMed Research International. - 2017. - 15 p. <https://doi.org/10.1055/2017/3565438>

30. Evidence-based surgical treatments for chronic pancreatitis - a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [Text] / J. Kleeff [et all.] // Dtsch Arztebl Int. - 2016. - №113. - P. 489-496.

31. Harmsen, F.J. Discriminating chronic pancreatitis from pancreatic cancer: contrast enhanced EUS and multidetector computed tomography in direct comparison [Text] / F.J. Harmsen, D. Domagk, C. Dietrich, M. Hocke // Endoscopic Ultrasound. - 2018, I. 6(7). - P. 395-403. doi:10.4103/eus.

32. Hidalgo, M. Consensus guidelines for diagnosis, treatment and follow-up of patients with pancreatic cancer in Spain [Text] / M. Hidalgo, R. Arlvarez, J. Gallego, C. Guillern-Ponce, B. Laquente et al. // Clin Transl Oncol. - 2017, Vol.19. - P. 667- 681.

33. Kofokotsios, A. Palliation with endoscopic metal stents may be preferable to

surgical intervention for patients with obstructive pancreatic head adenocarcinoma [Text] / A. Kofokotsios, K. Papazisis, I. Andronikidis, A. Ntinis // Int Surg. - 2015. - V.100. - P. 1104-1110.

34. Not all Whipple procedures are equal: Proposal for a classification of pancreatoduodenectomies [Text] / AL. Mihaljevic [et al.] // Surgery. - 2021. - Vol.169. - P. 1456-62.

35. Perone, J.A. Palliative Care for Pancreatic and Periapillary Cancer [Text] / J.A. Perone, T.S. Riall, K. Olino // Surg Clin North Am. - 2016. - N. 6(96). - P. 1415-1430.

36. Perioperative Chemotherapy and Chemoradiotherapy for Patients with Resectable and Borderline Resectable Pancreatic Adenocarcinoma [Text] / Coveler AL [et al.] // Pancreas. - 2023. - №1, Vol.52(5). - P. 282-287.

37. Preoperative Chemoradiotherapy Versus Immediate Surgery for Resectable and Borderline Resectable Pancreatic Cancer: Results of the Dutch Randomized Phase III PREOPANC Trial [Text] / E. Versteijne [et al.] // J Clin Oncol. - 2020. - Vol.38. - P. 1763-73.

38. Pressurised intraperitoneal aerosol chemotherapy: rationale, evidence, and potential indications [Text] / M. Alyami [et al.] // Lancet Oncol. - 2019. - Vol.20. - P. 368-377.

39. What do surgeons need to know about the mesopancreas [Text] / ESM. Fernandes [et al.] // Langenbecks Arch Surg. - 2021. - Vol.406. - P. 2621-32.

40. What to expect with major vascular reconstruction during Whipple procedures: a single institution experience and literature review [Text] / M.S. Jorgensen [et al.] // J Gastrointest Oncol. - 2019. - N. 1(10). - P. 95-102.

ИНТИШОРОТ АЗ РУЙИ МАВЗУИ ДИССЕРТАТСИЯ

I. Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

[1-М]. Муродов А.И. Релапаротомия и повторные миниинвазивные вмешательства в гепатобилиарной хирургии / Ф.И. Махмадов, Д.Н. Саъдуллоев,

А.И. Муродов, А.С. Ашуров, Ф.Ш. Сафаров, Ф.Н. Нажмудинов // Здоровоохранение Таджикистана. - 2022. - №2(353). - С. 54-59.

[2-М]. Муродов А.И. Тератома поджелудочной железы / А.И. Муродов // Вестник Авиценны. - 2022. - №24(2). - С. 275-281.

[3-М]. Муродов А.И. Послеоперационные внутрибрюшные абсцессы в гепатобилиарной хирургии: вопросы выбора адекватного метода хирургического лечения / Ф.И. Махмадов, М.Ф. Джураев, Л. Мирон, А.С. Ашуров, А.И. Муродов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2022. - №4. - С. 30-38.

[4-М]. Муродов А.И. Выбор тактики хирургической коррекции при послеоперационных внутрибрюшных кровотечениях при операциях в гепатобилиарной зоне / Ф.И. Махмадов, Д.Н. Садуллоев, М.М. Болтубоев, А.И. Муродов, А.С. Ашуров, Ф.Ш. Сафаров, Ф.Н. Нажмудинов, Ш.Н. Шамсуллозода // Здоровоохранение Таджикистана. - 2022. - №1(356). - С. 46-54.

[5-М]. Муродов А.И. Эндотелиальная дисфункция при послеоперационных гнойно-септических осложнениях патологий гепатобилиарной зоны / Ф.И. Махмадов, М.Ф. Джураев, Д.Н. Садуллоев, Л. Мирон, Ф.Ш. Сафаров, А.С. Ашуров, А.И. Муродов, П.Ш. Каримов // Здоровоохранение Таджикистана. - 2023. - №3(358). - С. 49-56.

[6-М]. Муродов А.И. Послеоперационные осложнения при хирургическом лечении патологии гепатобилиарной системы / Ф.И. Махмадов, Д.Н. Садуллоев, А.И. Муродов, А.С. Ашуров, Ф.Ш. Сафаров, М.М. Болтубоев, Исломиддини Азам // Проблемы ГАЭЛ. - 2024. - №3. - С. 19-25.

[7-М]. Муродов А.И. Опухоль Клацкина: особенности клинических проявлений и трудности диагностики / А.А. Хужамкулов, Д.Р. Сангинов, С.М. Ахматзода, Н.И. Базаров, А.И. Муродов, Н.А. Сафарзода // Симург. - 2024. - №23(3) - С. 46-54.

[8-М]. Муродов А.И. Оптимизация диагностики и лечения острого билиарного панкреатита / Ф.И. Махмадов, К.И. Баротов, П.Ш. Каримов, Д.Н. Садуллоев,

А.С. Ашуров, А.И. Муродов, Д.Ё. Давлатов // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. - 2024. - №4(52). - С. 31-39.

[9-М]. Муродов А.И. Тактика хирургического лечения внутрибрюшных гнойно-септических процессов в гепатобилиарной зоне / Ф.И. Махмадов, Д.Н. Садуллоев, А.И. Муродов, А.С. Ашуров, Ф.Ш. Сафаров. М.М. Болтубоев, Исмоиддини Азам // Проблемы ГАЭЛ. - 2024. - №4. - С. 18-24.

[10-М]. Муродов А.И. Муайян намудани тактикаи табобат дар беморони гирифтори панкреонекрози деструктивии баъдичарроҳӣ / Ф.И. Махмадзода, Д.Н. Саъдуллозода, А.И. Муродов, А.С. Ашуров, М.М. Болтубоев, К.И. Баротов // Авҷи Зухал. - 2025. - №1(58). - С. 45-52.

[11-М]. Муродов А.И. Диагностические возможности маркеров эндотоксикоза у больных с ранними послеоперационными внутрибрюшными гнойно-септическими осложнениями / Ф.И. Махмадзода, Д.Н. Садуллозода, А.И. Муродов, А.С. Ашуров, К.И. Баротов, Х.С. Нуров // Симург. - 2025. - №25(1). - С. 14-20.

[12-М]. Муродзода А.И. Молекулярно-генетические исследования в диагностике и прецизионном лечении рака поджелудочной железы / А.И. Муродзода, М.Ш. Юлдошев // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2025. - №2. - С. 83-90.

[13-М]. Муродов А.И. Разработка способа лабораторной диагностики ранних послеоперационных инфекционных осложнений / Муродов А.И., Махмадзода Ф.И. и др. // Симург. - 2025. - №2. - С. 28-35.

[14-М]. Муродов А.И. Нақши маркерҳои эндотоксикоз дар таъхиси оризаҳои барвақти баъди ҷарроҳии фасодию септикий дохилибатн / Ф.И. Махмадзода, Д.Н. Садуллозода, А.И. Муродов, А.С. Ашуров, К.И. Баротов, Х.С. Нуров, Ҳ.С. Эмомов // Авҷи Зухал. - 2025. - №3(60). - С. 37-43.

[15-М]. Муродзода А.И. Опыт применения внутрибрюшной аэрозольной химиотерапии под давлением для лечения перитонеального карциноматоза гепатопанкреатодуоденальной зоны / А.И. Муродзода, Ф.И. Махмадов, Л.А.

Суфиев, Ф.М. Миразимов // Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». - 2026. - Т. 7, № 1. - С. 113-124.

[16-М]. Муродзода А.И. Практика применения внутрибрюшной аэрозольной химиотерапии под давлением для паллиативного лечения рака поджелудочной железы / А.И. Муродзода, М.Ш. Юлдошев // Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». - 2026. - Т. 7, № 1. - С. 199-208.

II. Мақолаҳо ва тезисҳо дар дигар нашрияҳои илмӣ:

[17-М]. Murodov A. Low-invasive methods for correction of biliary after operations on the liver and gallery / A. Murodov, F. Makhmadov [et all.] // International Journal of Surgery. - Busan, Korea. - 2022. - 100S. - P.2. (4nd International Advanced Liver & Pancreas Surgery Symposium. - Busan, Korea. - 2021).

[18-М]. Murodov A. Selection of options for non-standart laparoscopic cholecystectomy/ A. Murodov, F. Makhmadov [et all.] // International Journal of Surgery. - Busan, Korea. - 2022. - 100S. - P.2. (4nd International Advanced Liver & Pancreas Surgery Symposium. - Busan, Korea. - 2021).

[19-М]. Murodov A. Pancreatoduodenal resection. Treatment results / A. Murodov, F. Makhmadov [et all.] // International Journal of Surgery. - Busan, Korea. - 2022. - 100S. - P.5. (4nd International Advanced Liver & Pancreas Surgery Symposium. - Busan, Korea. - 2021).

[20-М]. Murodov A. Modern mini-invasive technologies in diagnostics and treatment of diseases of the hepatopancreatoduodenal zone / A. Murodov, F. Makhmadov [et all.] // International Journal of Surgery. - Busan, Korea. - 2022. - 100S. - P.2. (4nd International Advanced Liver & Pancreas Surgery Symposium. - Busan, Korea. - 2021).

[21-М]. Муродов А.И. Выбор метода лечения послеоперационных пищеводно-желудочно-кишечных кровотечений у больных после операций на гепатобилиарной зоне / Ф.И. Махмадов, С.Н. Давлатов, М.М. Болтубоев, А.И. Муродов, Ф.Ш. Сафаров, А.С. Ашуров // Azerbaijan Journal of Surgery, Baku. - 2023. - №1. - С.100.

[22-M]. Murodov A. Improvement of the Results of the Treatment of Biliary Pancreatitis Complicated with Mechanical Jaundice / A. Murodov, F. Makhmadov et all. // International Conference of the Korean Panceratobiliary Association 2022. - Seoul, Korea. - 2022. - P.304.

[23-M]. Муродов А.И. Некоторые аспекты патогенеза послеоперационных пищеводно-желудочно-кишечных кровотечений у больных после операции на гепатобилиарной зоне / Ф.И. Махмадов, С.Н. Давлатов, М.М. Болтубоев, А.И. Муродов, Ф.Ш. Сафаров, А.С. Ашуров // Azerbaijan Journal of Surgery, Baku. - 2023. - №1. - С. 101-102.

[24-M]. Муродов А.И. Обоснованный выбор тактики лечения послеоперационных внутрибрюшных абсцессов в гепатобилиарной хирургии / Ф.И. Махмадов, М.Ф. Джураев, Д.Н. Садуллоев, Л.М. Мирон, Ф.Ш. Сафаров, А.С. Ашуров, А.И. Муродов, // Azerbaijan Journal of Surgery, Baku. - 2023. - №1. - С. 102-103.

[25-M]. Murodov A. Diagnosis and surgical correction of post-operative bile leakage in patients after operations on the liver and Biliary tract / A. Murodov, F. Makhmadov [et all.] // J. Annals of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery. - 2023. - 27 Suppl 1: S283 <https://doi.org/10.14701/ahbps.2023S1.EP-16>.

[26-M]. Murodov A. Postoperative bleeding in hepatobiliary surgery: issues of choosing the tactics of surgical correction / A. Murodov, F. Makhmadov [et all.] // J. Annals of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery. - 2023. - 27 Suppl 1: S357 <https://doi.org/10.14701/ahbps.2023S1.EP-90>.

[27-M]. Муродзода А.И. Первый опыт тотальной лапароскопической панкреатодуоденальной резекции в Таджикистане: клиническая оценка и технические аспекты/ А.И. Муродзода, Ф.М. Мирозимов // Вестник науки. - 2025. - Т. 4. - №. 5 (86). - С. 1976-1991.

Патентҳои ихтироот:

1. Способ лечения злокачественных опухолей печени, проксимальных отделов жёлчных протоков / Ходжамкулов Ашурали Акрамович, Сангинов

Чумабой Рахматович, Базаров Негмат Исмаилович, Ахмадзода Саидилхом Мухторович // №ТJ 1520 02.02.2024 г. до 02.02.2030 г.

Пешниҳодоти рационализаторӣ:

1. Способ формирования гепатикоеюноанастомоза, направленный на профилактику несостоятельности / Муродов А.И., Махмадзода Ф.И., Ашуров А.С. // Рационализаторское предложение. ТГМУ им. Абуали ибни Сино №3680/P1168 от 01.03.2026 г.

РӯИХАТИ ИХТИСОРАҲО:

БДС – пистонаи калони дуоденалӣ

ГПДЗ – мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ

ГЭА – гастроэнтероанастомоз

ДП – панкреатити деструктивӣ

ДПК – рӯдаи дувоздаҳангушта

МЖ – зардпарвини механикӣ

МИНВ – даҳолатҳои минималӣ-инвазивӣ

МРТ – томографияи магнитӣ-резонансӣ

МСКТ – томографияи компютери бисёрспиралӣ

ОПП – панкреатити шадиди баъдиҷарроҳӣ

ПГА – панкреатогастроанастомоз

ПДА – панкреатодигестивӣ анастомоз

ПДР – панкреатодуоденэктомия

ПЕА – панкреатоеюноанастомоз

ПЖ – ғадуди зери меъда

ПП – протоки панкреатикӣ

СА – антигени карбогидратӣ (онкомаркер)

УЗИ – ташхиси ултрасадоӣ

ФГДС – фиброгастродуоденоскопия

ХДА – холедоходуоденоанастомоз

ХЕА – холедохоеюноанастомоз

ХП – панкреатити музмин

ЧЧХ-дренирование – дренажи чрескожии трансгепатикӣ-и роҳҳои сафро

ЧЧХ-стентирование – стентгузори чрескожии трансгепатикӣ-и роҳҳои сафро

АННОТАЦИЯ

Муродзода Акбар Исматулло

«Улучшение результатов комплексного хирургического лечения заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны»

Ключевые слова: доброкачественные и злокачественные опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны, химиотерапия, комплексное хирургическое лечение, панкреатодуоденальная резекция, лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция, внутрибрюшная аэрозольная химиотерапия под давлением.

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны путём разработки патогенетически обоснованных методов профилактики интра- и послеоперационных осложнений, и комплексных комбинированных методов лечения.

Материал и методы исследования. В исследовательскую когорту были включены 216 пациентов с хирургической патологией органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ), получившие стационарное лечение в период с 1999 по 2023 год. Больные были разделены на две группы: основную группу, включающую 117 пациентов (54,2%), которым применялись модифицированные и инновационные методики диагностики и лечения, и группу сравнения из 99 пациентов (45,8%), получавших стандартную диагностику и терапию. Для диагностики заболевания были использованы ЭГДС, УЗИ, КТ, МРТ, МРХМГ и морфологическое исследование биоптатов.

Полученные результаты и их новизна. Определено клинкоморфологическое обоснование применения комбинированного метода лечения у пациентов с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны. Оценены возможности и эффективность периоперационной химиолучевой терапии у пациентов с резектабельным раком поджелудочной железы. ГПДЗ. Определены критерии дифференцированной хирургической тактики, в т.ч. миниинвазивной технологии при заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной зоны. Оценены непосредственные результаты применения Fast Track у пациентов с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны. На основании проведённого исследования выявлены факторы, влияющие на развитие послеоперационных специфических осложнений, при хирургическом лечении заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны. Разработаны алгоритмы лечения рака и резектабельного рака поджелудочной железы.

Рекомендации по использованию: Результаты проведённых исследований внедрены в клиническую практику торакоабдоминального отделения ГУ РОНЦ МЗ и СЗН РТ и на клинических базах кафедры хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Область применения. Хирургия, онкология.

АННОТАТСИЯ

Муродзода Акбар Исматулло

«Беҳтаркунии натиљаи табобати комплексӣ ва ҷарроғии беморони мавќеи гепатопанкреатодуоденалӣ»

Калидвожаҳо: омосҳои нексифат ва бадсифати мавќеи гепатопанкреатодуоденалӣ, табобати кимиёвӣ, табобати комплексии ҷарроғӣ, резексияи панкреатодуоденалӣ, резексияи лапароскопии панкреатодуоденалӣ, табобати кимиёвии азрозолии дохилишикамӣ таҳти фишор.

Ҳадафи таҳқиқот. Беҳтар намудани натиҷаҳои бевоситаи табобати ҷарроғии бемориҳои мавќеи гепатопанкреатодуоденалӣ тавассути таҳияи усулҳои аз ҷиҳати патогенетикӣ асоснокшудаи пешгирии оризаҳои дохилиҷарроғӣ ва баъдиҷарроғӣ, инчунин истифодаи усулҳои комплексӣ ва омехтаи табобат. **Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Ба гурӯҳи таҳқиқотӣ 216 бемори гирифтори бемориҳои ҷарроғии узвҳои мавќеи гепатопанкреатодуоденалӣ (ГПДЗ), ки дар солҳои 1999–2023 дар шароити беморхона табобат гирифтаанд, дохил шудаанд. Беморон ба ду гурӯҳ ҷудо гардиданд: гурӯҳи асосӣ – 117 нафар (54,2%), ки нисбат ба онҳо усулҳои такмилёфта ва инноватсионии ташхису табобат истифода шуданд, ва гурӯҳи муқоисавӣ – 99 нафар (45,8%), ки ташхис ва табобати стандартӣ гирифтанд. Барои ташхиси беморӣ эзофагогастроуде носкопия (ЭГДС), ташхиси ултрасадоӣ (УЗИ), томографияи компютерӣ (КТ), томографияи магнитӣ-резонансӣ (МРТ), холангиопанкреатографияи магнитӣ-резонансӣ (МРХПГ) ва таҳқиқоти морфологии биоптатҳо истифода шуданд.

Натиҷаҳои бадастомада ва нағсонии илмӣ. Асосноккунии клиникӣ ва морфологии истифодаи усули омехтаи табобат дар беморони гирифтори бемориҳои мавќеи гепатопанкреатодуоденалӣ муайян карда шуд. Имкониятҳо ва самаранокии табобати кимиёшӯбии пешазҷарроғӣ дар беморони гирифтори саратони резектабелии ғадуди зерӣ меъда арзёбӣ гардиданд. Меъёрҳои интиҳоби усули фарқкунандаи ҷарроғӣ, аз ҷумла истифодаи технологияҳои каминвазивӣ, ҳангоми бемориҳои мавќеи гепатопанкреатодуоденалӣ муайян карда шуданд. Натиҷаҳои бевоситаи татбиқи барномаи **Fast Track** дар беморони мазкур арзёбӣ гардиданд. Дар асоси таҳқиқоти анҷомдодашуда омилҳои муайян гардиданд, ки ба рушди маҳсули баъдиҷарроғӣ ҳангоми табобати ҷарроғии бемориҳои минтақаи гепатопанкреатодуоденалӣ таъсир мерасонанд. Алгоритмҳои табобати саратон ва саратони резектабелии ғадуди зерӣ меъда таҳия карда шуданд.

Тавсияҳо оид ба истифода. Натиҷаҳои таҳқиқоти анҷомдодашуда дар фаъолияти амалии шӯбаи торакоабдоминалии Муассисаи давлатии Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, инчунин дар пойгоҳҳои клиникӣ кафедраи бемориҳои ҷарроғии №1 ба номи академик К.М. Қурбонови Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» ҷорӣ карда шудаанд.

Соҳаи истифода. Ҷарроғӣ, саратоншиносӣ (онкология).

ANNOTATION

Murodzoda Akbar Ismatullo

“Improvement of the outcomes of comprehensive surgical treatment of diseases of the hepatopancreatoduodenal zone”

Keywords: benign and malignant tumors of the hepatopancreatoduodenal zone, chemotherapy, comprehensive surgical treatment, pancreaticoduodenectomy, laparoscopic pancreaticoduodenectomy, pressurized intraperitoneal aerosol chemotherapy (PIPAC).

Objective of the Study. To improve the immediate outcomes of surgical treatment of diseases of the hepatopancreatoduodenal zone through the development of pathogenetically substantiated methods for the prevention of intraoperative and postoperative complications, as well as comprehensive combined treatment approaches.

Materials and Methods. The study cohort included 216 patients with surgical diseases of the hepatopancreatoduodenal (HPD) zone who received inpatient treatment between 1999 and 2023. The patients were divided into two groups: the main group, consisting of 117 patients (54.2%), who underwent modified and innovative diagnostic and treatment methods, and the comparison group, consisting of 99 patients (45.8%), who received standard diagnostic and therapeutic management. Diagnostic procedures included esophagogastroduodenoscopy (EGD), ultrasonography, computed tomography (CT), magnetic resonance imaging (MRI), magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP), and morphological examination of biopsy specimens.

Results and Scientific Novelty. The study established clinical and morphological rationale for the use of combined treatment modalities in patients with diseases of the hepatopancreatoduodenal zone. The feasibility and effectiveness of perioperative chemoradiotherapy in patients with resectable pancreatic cancer were evaluated. Criteria for differentiated surgical management, including minimally invasive techniques, in patients with hepatopancreatoduodenal diseases were determined. The immediate outcomes of the Fast Track protocol in patients with hepatopancreatoduodenal diseases were assessed. The study identified factors influencing the development of specific postoperative complications following surgical treatment of hepatopancreatoduodenal diseases. Treatment algorithms for pancreatic cancer, including resectable pancreatic cancer, were developed.

Recommendations for Implementation. The results of the study have been implemented in the clinical practice of the Thoracoabdominal Surgery Department of the State Institution Republican Oncology Research Center of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, as well as at the clinical bases of the Department of Surgical Diseases No. 1 named after Academician K.M. Qurbonov of the State Educational Institution «Avicenna Tajik State Medical University».

Field of Application: Surgery, Oncology.