

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

УДК 616.36/37-006-089

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 кафедры хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино» и ГУ «Республиканский научный онкологический центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

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

Официальные оппоненты: **Каприн Андрей Дмитриевич** - генеральный директор Федерального государственного бюджетного учреждения «НМИЦ радиологии» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

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

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


Ведущая организация: Самаркандский государственный медицинский университет.

Защита диссертации состоится «15» сентября 2026 г. в « » часов на заседании диссертационного совета Д 6D.KOA-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 и 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 выраженное медико-социальное бремя. Это подтверждается «рекомендациями Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита» [6, с. 70], а

также «клиническими рекомендациями по хирургическому лечению больных хроническим панкреатитом» [10]. Современные данные указывают на то, что «хронический панкреатит остаётся заболеванием с прогрессирующим течением, нередко требующим специализированного хирургического подхода» [2, с. 51].

Значительная часть исследователей обосновывает преимущества органосохраняющих и дуоденум-сохраняющих вмешательств, что отражено в работах «Органосохраняющие и сегментарные резекции головки поджелудочной железы: анатомическое обоснование и хирургическая техника» [20, с. 100] и «Дуоденум-сохраняющая резекция головки поджелудочной железы в сравнении с панкреатодуоденэктомией при лечении хронического панкреатита с увеличением головки поджелудочной железы: систематический обзор и метаанализ» [29, с. 1]. В то же время сторонники более радикального подхода указывают на значимость резекционных операций, что отражено в публикациях «Лечение больных 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].

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 и 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 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 «неoadьювантная 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 внутрибрюшной 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 научной разработанности изучаемой проблемы. 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 и необходимость разработки более чёткого алгоритма выбора оперативных вмешательств при ХП, который позволял 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 клинико-морфологическое обоснование комбинированного подхода. Наряду с этим продолжается поиск новых противоопухолевых технологий. Так, в современной литературе обсуждаются фармакокинетические и клинические аспекты «внутрибрюшной аэрозольной химиотерапии под давлением» [21, с. 1112], а также 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], а также его фармакокинетические и клинические аспекты [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 периоперационного ведения больных на основе протоколов ускоренного восстановления.

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 этим положениям посвящена настоящая диссертационная работа.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой.

Диссертационная работа выполнена в рамках научно-исследовательского проекта ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ «Своевременная диагностика, лечение и профилактика злокачественных опухолей пищевода и желудка в Республике Таджикистан» (период выполнения: 2021-2025 гг.; 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 РАБОТЫ

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 возможности диагностики заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны и на основании полученных данных разработать диагностический алгоритм.
2. Провести клинико-морфологическое обоснование применения комбинированного метода лечения у пациентов с новообразованиями гепатопанкреатодуоденальной зоны.
3. Изучить возможности и эффективность периоперационной химиолучевой терапии у пациентов с резектабельным раком поджелудочной железы.

4. Разработать критерии дифференцированной хирургической тактики, включая мини инвазивные 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, перенесших 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 путем сравнительного анализа результатов оперативного лечения заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны с применением разработанных методик.

Объект исследования. 216 пациентов с хирургическими патологиями ГПДЗ (99 - 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 миниинвазивные 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.

Разработано 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 миниинвазивной 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 миниинвазивные периоперационные декомпрессионные вмешательства у больных со злокачественными

заболеваниями ГПДЗ позволяют провести полноценную подготовку к радикальным резекционным операциям и повысить вероятность благоприятного исхода.

Разработан способ миниинвазивного 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.

Теоретическая и практическая значимость

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 этой 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 миниинвазивные периоперационные декомпрессионные вмешательства у больных со злокачественными заболеваниями ГПДЗ позволяют провести подготовку к радикальным резекционным операциям и повысить вероятность благоприятного исхода.

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

Положения, выносимые на защиту:

1. Установлено, что алгоритм диагностики патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны, включающий клиничко-лабораторное обследование, эндоскопические методы, в том числе видеоэндоскопию и ЭРХПГ, лучевые методы визуализации, включая УЗИ, МСКТ, МРХПГ и ЧЧХГ, а также миниинвазивную декомпрессию билиарного дерева под УЗ-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 клиничко-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 хирургии 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 недостаточный опыт 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.

Степень достоверности результатов.

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 (формуле и область исследования). 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 по специальности 3.1.12.

Онкология, в частности разделах 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 ученой степени в исследовании.

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 ибн 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 «Онкологический научный центр» МЗ и СЗН 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 изобретения и одно удостоверение на рационализаторское предложение.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 309 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 гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ), проходивших стационарное лечение в период с 1999 по 2023 год.

Дизайн исследования предполагал разделение пациентов на две группы: основную группу, включавшую 117 пациентов (54,2%), у 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 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).

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 + дрениров. 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, ТХПЖ – тело и хвост поджелудочной железы, ХЭ – холецистэктомия, ГХ - гепатикохоледох. *один и тот же пациент после паллиативных декомпрессионных вмешательств получал определенные курсы химиотерапии. Трое пациентов с нейроэндокринными опухолями ПЖ, были госпитализированы первично в стационар, без предварительного получения ПХ и паллиативных операций.

Предоперационную химиотерапию до госпитализации в стационар получали 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. 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 получали 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.

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%)
Стентир. вирсунгово протока	-	-	2 (9,1%)	2 (4,9%)
Эндоск. остановка КК	-	3 (23,1%)	-	3 (7,3%)

Примечание: *один и тот же пациент после паллиативных декомпрессионных вмешательств получал определенные курсы химиотерапии. 4 пациентов с леймиосаркомы 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 также имели место осложнённые формы патологии, такие как постгеморрагическая анемия тяжёлой степени и клиническая картина стеноза двенадцатиперстной кишки (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)	p	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: p - 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, двенадцатиперстной кишки и БДС (n=107; 31,6% и 30,0% соответственно в сравниваемых группах).

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 ^{**}
	Непаразит. 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 поджелудоч. железы	38 (32,5)	34 (34,3)	>0,05	
	Лейомиосаркома 12 п/к	1 (0,8)	2 (2,0)	>0,05 ^{**}
	Рак 12 перстной 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 дист. 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
	Средн. общ. билир. при госпитал.	167,0±141,3	173,1±148,9	>0,05 [#]
	Наличие постгеморрагич. анемии	11 (9,4)	9 (9,1)	>0,05 [*]
	Длительность анемии > 3 нед.	10 (8,5)	8 (8,1)	>0,05 [*]
	Средний уровень гемоглобина, г/л	92,1±9,4	93,6±9,9	>0,05 [#]

Продолжение таблицы 4

	Лейомиосаркома 12 п/к	1 (0,8)	2 (2,0)	>0,05**
	Рак 12 перстной 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 дист. 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
Средн. общ. билир. при госпитал.		167,0±141,3	173,1±148,9	>0,05#
Наличие постгеморрагич. анемии		11 (9,4)	9 (9,1)	>0,05*
Длительность анемии > 3 нед.		10 (8,5)	8 (8,1)	>0,05*
Средний уровень гемоглобина, г/л		92,1±9,4	93,6±9,9	>0,05#
Способ лечения	Мини инвазивная*	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)

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 миниинвазивных вмешательств.

Доброкачественные очаговые образования печени (ДООП)

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. - 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) – ДООПЖ. Основную долю больных с патологиями ПЖ составили РПЖ (72 больных или 84,7%).

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.

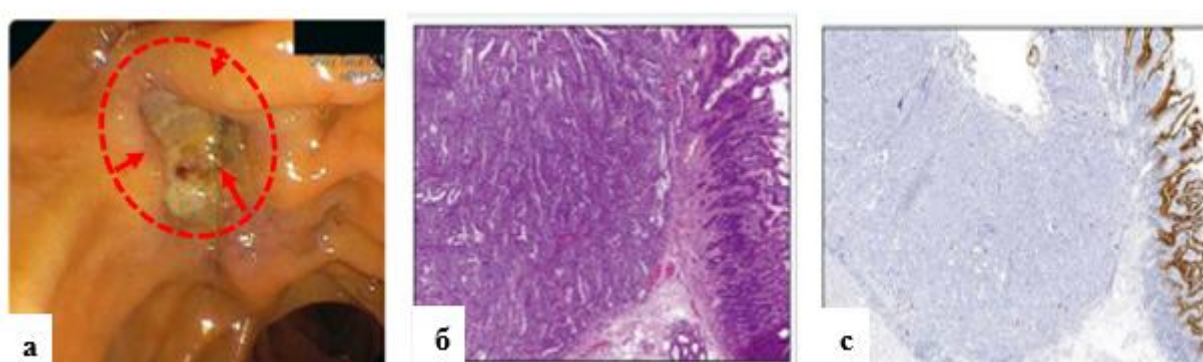


Рисунок 1. - Видео эндоскопия. Язвенный рост опухоли большого дуоденального сосочка. Гистологическое исследование. Ампулярная карцинома

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).

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.

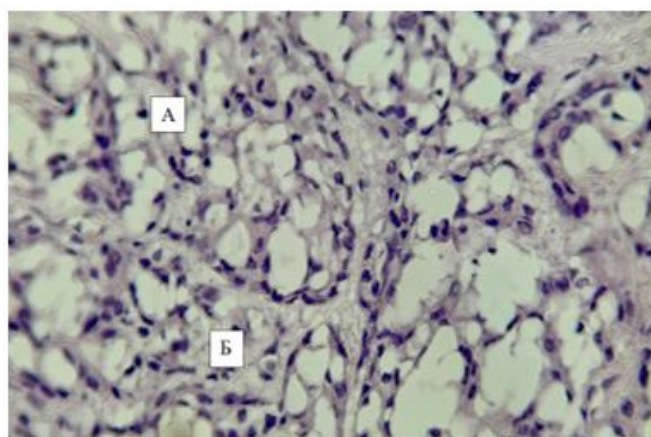


Рисунок 2. - На микропрепарате 40x0,65 кубовидные, многогранные, уплощенные клетки с умеренной ядерной атипией и низкой митотической активностью (менее 6 на 10 полях зрения), формирующие папиллярные неразветвленные сосочки с фиброзной стромой. Окраска гематоксилин-эозин

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).

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%).

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)

Продолжение таблицы 7

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

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 полиорганный 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

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.

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. - Миниинвазивные 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 дрен. под УЗ-контролем	-	5 (100)	-	-
Лапаротом. вскрыт. и дренир. 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-чреспеченочная холангиография, ЧЧДрЖП – чрескожно-чреспеченочное дренирование желчных протоков, СтХ – стриктура холедоха, БД – балонная 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, представленные в таблице 10.

Таблица 10. - Характер реконструктивных вмешательств при стриктурах холедоха (n=20)

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: р - статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера), ГЕА – гепатикоеюноанастомоз, ТДП – транспеченочный 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 на получение патента на изобретение.

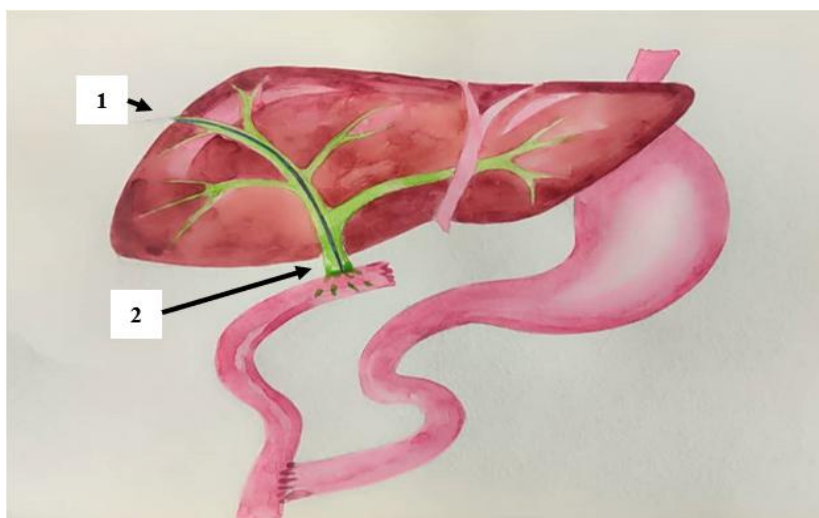


Рисунок 4. - Капельное орошение зоны сформированных билиодегистивных анастомозов через ранее проведенной мини инвазивной ЧЧХС (схематичное изображение)

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)

Осложнение	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 послеоперацион. панкреатит	2 (18,2)	-	2 (10,0)
Неспецифические осложнения			
Нагноение п/о 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 – ультразвукография

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. - Сравнительная характеристика интра- и послеоперационных осложнений хронического панкреатита

Осложнение	ОГ (n=6)	КГ (n=3)	p
Время операции (мин.), медиана (диапазон)	380 [240-470]	40 [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 п/о осложнений

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

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. - 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 объем 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 служило 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 объем гемотрансфузии в обеих группах значимо не различался и составил 496,0±36,0 мл и 554,0±47,0 мл соответственно.

В основной группе целесообразно выделить 6 (15,8%) случаев паллиативных резекционных вмешательств в объеме 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, двенадцатиперстной кишки и большого дуоденального сосочка составили 107 (49,5%) больных: 57 больных основной группы, в том числе 38 - с патологией ПЖ, 6 - с патологией двенадцатиперстной кишки и 13 - с патологией большого дуоденального сосочка; 50 больных контрольной группы, в том числе 34 - с патологией ПЖ, 7 - с патологией двенадцатиперстной кишки 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.

В основной группе целесообразно выделить 6 (15,8%) случаев паллиативных резекционных операций в объеме 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.

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 объема 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%. 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.

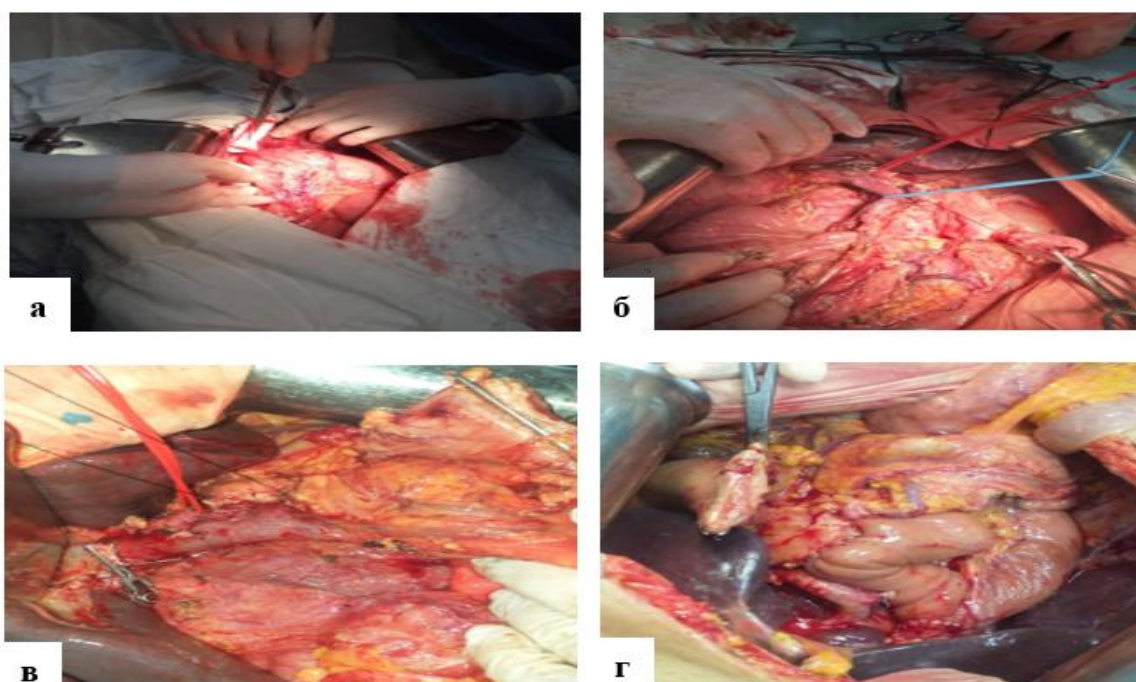


Рисунок 5. - Этапы паллиативной панкреатодуоденальной резекции

Лишь в 4 случаях (РПЖ – 3, Рак БДС - 1), были выполнены радикальные операции.

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-г 12 п/к (n=13)		С-г 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)
IIВ	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	-	-	-	-	-	-	-	-
Итого	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 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.



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

В основной группе малоинвазивные методы декомпрессии билиарной системы были применены у всех пациентов с уровнем билирубинемии выше 100,0 мкмоль/л, что составило 18 (51,4%) случаев.

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

Метод декомпрессии под УЗ-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 печеночный проток	4 (36,4)	4 (57,1)	8 (44,4)
- правый печеночный проток	3 (27,3)	2 (28,6)	5 (27,8)
Итого	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, перенёсших ПДР, резекция R0 была достигнута соответственно

Таблица 18. – Результаты панкреатодуоденальных резекций в сравниваемых группах (n=26)

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)
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.

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.



Рисунок 7. Выбор малоинвазивного метода декомпрессии механических желтух у пациентов с патологиями ГПДЗ

За период с 2020 по 2024 год в клинике выполнены 6 гибридных лапароскопических ПДР у пациентов с РПЖ (n=4) и злокачественными периапулярными опухолями большого дуоденального сосочка (n=2). Мужчин было 4 (66,7%), женщин - 2 (33,3%). Средний возраст больных составил $48,9 \pm 2,4$ 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 8. –Этапы лапароскопической панкреатодуоденальной резекции

Примечание: ПВ – портальная вена, ОПА – общая печеночная артерия, НПВ – нижняя полая вена, ВВВ – верхняя брыжеечная артерия, КО – крючковидный отросток, ОПП – общий печеночный проток, ГДА – гастродуоденальная артерия, ОПА – общая печеночная 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).

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

После гибридных лапароскопических вмешательств пациенты начинали самостоятельно принимать пищу на 4-6-е сутки.

За исключением 26 (45,6%) пациентов с резектабельным РПЖ, которым после периоперационной АХТ была выполнена ПДР, и 5 (8,8%) больных, перенёвших гибридную лапароскопическую ПДР (РПЖ - 3, рак большого дуоденального сосочка - 2), ещё 26 (45,6%) больным с РПЖ (n=9), злокачественными образованиями двенадцатиперстной кишки (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%).



Рисунок 9. – Алгоритм лечения рака поджелудочной железы

Примечание: АХТ – адъювантная химиотерапия, НеоХТ – неоадъювантная химиотерапия, ХЛТ – химиолучевая терапия, ХТ - химиотерапия

Прорастание РПЖ в двенадцатиперстную кишку 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 двенадцатиперстной кишки 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%.

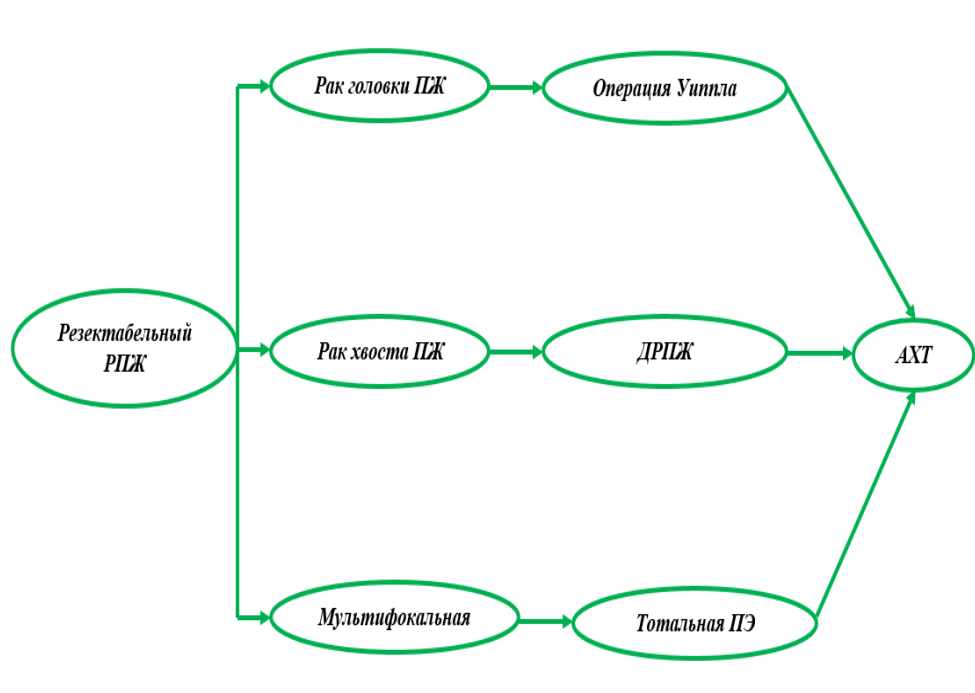


Рисунок 10. – Алгоритм лечения резектабельных форм рака поджелудочной железы

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

В 19 (73,1%) из 26 случаев по показаниям были выполнены дренирующие операции. Выбор способа дренирующего вмешательства зависел от локализации образования в ГПДЗ, характера осложнения и его стадии (таблица 20).

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 (n=46)

Характер оперативных вмешательств	РПЖ (n=31)			Рак дуоденума и БДС (n=15)		
	Кол-во	Осл-я	Лет-сть	Кол-во	Осл-я	Лет-сть
ПДР	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)
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 научный центр онкологии» МЗ и СЗН РТ была внедрена в 2021 году. В течение более 3 лет методика была применена у 17 (14,5%) пациентов 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. – Характеристика пациентов с перитонеальным канцероматозом, получившие 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
Неoadьювантная химиотерапия:		
- Да	6	35,3
- Нет	11	64,7
Полная оценка циторедукции		
- CC-0	17	100
- CC>1	-	-
Тип химиотерапии:		
- Митомицин С	5	29,4
- Oxali/5FU/LV	12	70,6
Время процедуры РІРАС	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 РІРАС 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 РІРАС после полной циторедукции первичного очага, в то время до проведения лапароскопии 64,7% (n=11) не получали НеоХТ. Среднее время проведения процедуры РІРАС, 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 РІРАС не было обнаружено. Всего у двоих (11,8%) больных имело место незначительные

болевые ощущения в животе, которые купированы наркотическими анальгетиками.

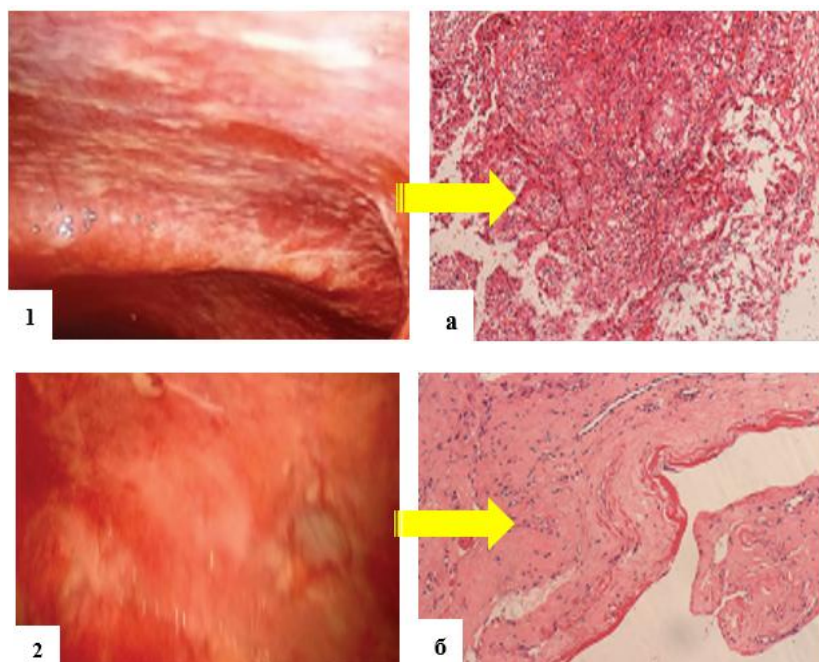


Рисунок 11. – Макроскопическая картина перитонеального канцероматоза при лапароскопии до сеанса ВАЭХ (1, картина диффузного канцероматоза, LS 2) и после 3-го сеанса (2, макроскопически, значительная регрессия процесса). Гистология макропрепарата до сеанса ВА ЭХ (а) и после 3-го сеанса (б)

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%).

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

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.

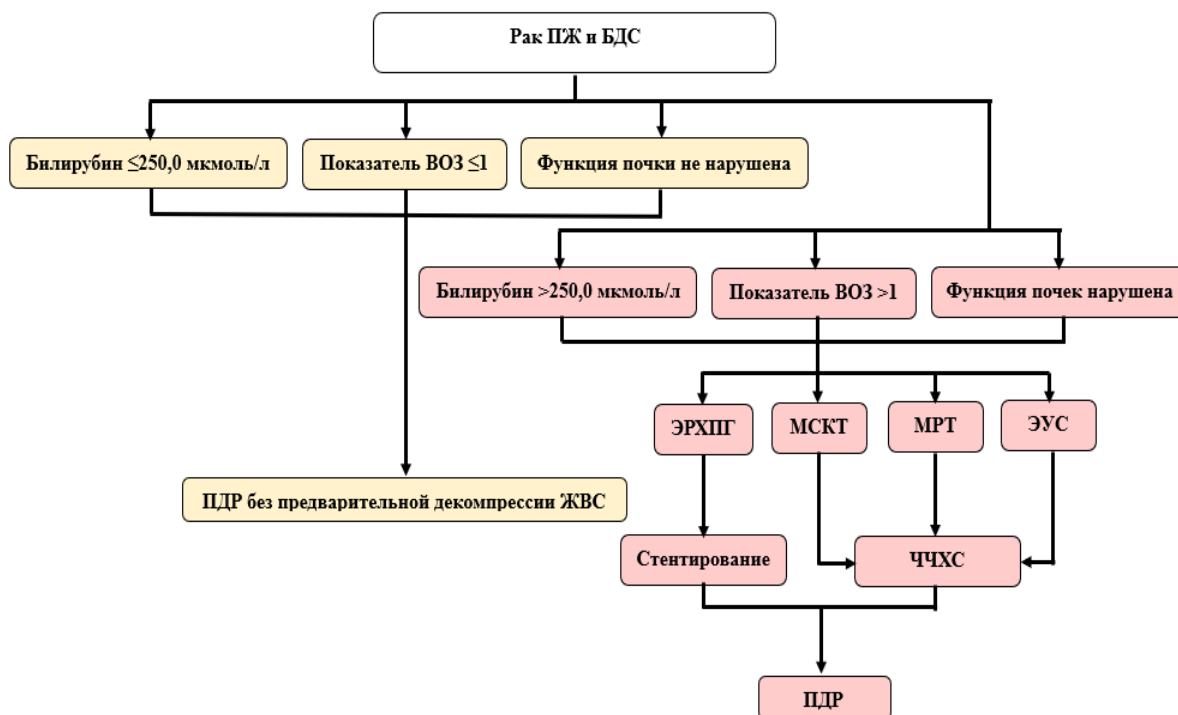


Рисунок 12. – Показания к «ускоренной операции» у пациентов с раком поджелудочной железы и фатерова сосочка

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, проходившие лечение программой Fast Track и без неё (n=20)

Фактор	До ПДР		После ПДР	
	ЧЧХС (n=10)	Fast Track (n=10)	ЧЧХС (n=10)	Fast Track (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-чреспеченочная 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 периапулярными 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 пациента, 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 клиничко-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 клиничко-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 как относительно простой и безопасный метод, позволяющий 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 проведенного 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, а также программы Fast Track у пациентов с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны, позволяет значительно снизить неблагоприятные исходы заболевания у пациентов с 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 гепатикоеюноанастомоза. В послеоперационном периоде на протяжении 5-6 суток пациентам проводили комбинированную терапию, сочетающую местное антиоксидантное и цитокиновое воздействие с системной поддержкой. В область сформированного гепатикоеюноанастомоза 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(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 чреспеченочных 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. Отдаленные 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 хроническим панкреатитом. Национальные клинические рекомендации [Текст] // Федеральная электронная медицинская библиотека Министерства здравоохранения Российской Федерации. - 2014.
 11. Лечение больных 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. 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, 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 Pancreatico- duoden ctomy 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](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 all.] // 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 Gastrointest Oncol. - 2019. - N. 1(10). - P. 95-102.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

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

- [1-А]. 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 // Здравоохранение Таджикистана. - 2022. - №2 (353). - С.54-59.
- [2-А]. Муродов А.И. Тератома поджелудочной железы / 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 / 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-А]. 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. Нажмуудинов, Ш.Н. Шамсуллозода // Здравоохранение Таджикистана. - 2022. - №1(356). - С. 46-54.

[5-А]. 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 // Здравоохранение Таджикистана. - 2023. - №3(358). - С.49-56.

[6-А]. 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-А]. 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-А]. 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-А]. 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, Исломиддини Азам // Проблемы ГАЭЛ. - 2024. - №4. - С. 18-24.

[10-А]. 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-А]. 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-А]. 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-А]. Муродов А.И. Разработка способа лабораторной диагностики ранних послеоперационных инфекционных осложнений / Муродов А.И., Махмадзода Ф.И. и др. // Симург. - 2025. - №1. - С.

[14-А]. Муродов А.И. Нақши маркерҳои эндотоксикоз дар ташхиси оризаҳои барвакти баъди ҷарроҳии фасодию септикии 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-А]. 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-А]. 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.

Статьи и тезисы в других научных изданиях

[17-А]. 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-А]. 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-A]. Murodov A. Pancreatoduodenal resection. Treatment results / A. Murodov, F. Makhmadov [et all.] // International Journal of Surgery. - Busan, Korea. - 2022. - 100S. - P.5. (4th 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 / A. Murodov, F. Makhmadov [et all.] // International Journal of Surgery. - Busan, Korea. - 2022. - 100S. - P.2. (4th 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 / 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-A]. 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 Pancreatobiliary 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 / 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-A]. Муродов А.И. Обоснованный выбор тактики лечения послеоперационных внутрибрюшных абсцессов в гепатобилиарной хирургии / Ф.И. Махмадов, М.Ф. Джураев, Д.Н. Садуллоев, Л.М. Мирзов, Ф.Ш. Сафаров, А.С. Ашуров А.И. Муродов, // Azerbaijan Journal of Surgery, Baku. - 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 / 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 / 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/ 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 02.02.2030г.

Рационализаторские предложения.

1. Способ формирования гепатикоеноаноастамоза, 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 чреспеченочное холангиодренирование.

ЧЧХ-стентирование – чрескожное чреспеченочное холангиостентирование.

МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ «МАРКАЗИ ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМИИ
САРАТОНШИНОСӢ»
МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ
«ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБУАЛИ ИБНИ
СИНО»

УДК 616.36/37-006-089


Ба ҳуқуқи дастнавис

МУРОДЗОДА АКБАР ИСМАТУЛЛО

БЕҲТАРКУНИИ НАТИҶАҲОИ ТАБОБАТИ КОМПЛЕКСИИ ҶАРРОҲӢ
БЕМОРИҲОИ 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. Ҷарроҳӣ 3.1.12. Онкология

Душанбе – 2026

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

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

Муқарризони расмӣ: **Каприн Андрей Дмитриевич** – директори генералии Муассисаи федералии давлатии бучетии «ММТИ радиология»-и Вазорати тандурустии Русия, директори МТИО ба номи П.А. Герсен– филиали МФДБМ «ММТИ радиология»-и Вазорати тандурустии Русия, саронкологи ғайриштатии Вазорати тандурустии Русия, доктори илмҳои тиб, профессор

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

Қодиров Фарҳод Давронҷонович – духтури ҷарроҳи шӯъбаи 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.

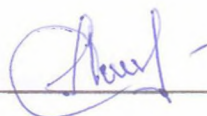
Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» ва инчунин дар сомонаи электронӣ: www.tajmedun.tj шинос шудан мумкин аст.

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

Котиби илмӣ

шурои диссертатсионӣ,

номзади илмҳои тиб, дотсент



Али-Заде С.Г.

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзӯи таҳқиқот. Иллатҳои ҷарроҳии мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ (ГПДЗ) 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 даҳолатҳои дренажии каминвазивӣ дар табобати бемориҳои узвҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ дар беморони синни пирӣ ва куҳансолӣ» [7, саҳ. 37] бахшида шудаанд.

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

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

Қисми назарраси сохтори бемориҳои ГПДЗ-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 мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ (ГПДЗ) 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 резолутсияи бахшида ба «технологияҳои минималӣ-инвазивӣ дар табобати зардпарвини механикӣ» [23, с. 124] низ таъкид шудааст.

Дар байни ҳолатҳои беморӣ дар мавқеи ГПДЗ 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 мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ (ГПДЗ) 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 менамоянд. 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 даҳолатҳои ҳифзкунандаи узв ва нигоҳдорандаи дуоденумро асоснок менамоянд, ки ин дар корҳои «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 калоншавии сари ғадуди зерӣ меъда: шарҳи систематикӣ ва метатаҳлил» [29, саҳ. 1] инъикос ёфтааст. Ҳамзамон ҷонибдорони равиши радикалӣ аҳаммияти амалиёти резексиониро таъкид менамоянд, 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 вучуди ин, ҳангоми ба вучуд омадани омосҳои ашаддии ГПДЗ, аз ҷумла саратони ғадуди зерӣ меъда (ПЖ), яке аз усулҳои асосии радикалии табобати ҷарроҳӣ то ҳол панкреатодуоденэктомия (ПДР) 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 коҳиши ғавти баъдиҷарроҳиро пас аз ПДР 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 баҳшида ба «арзёбии морфологии паҳншавии аденокарсиномаи гузарандаи ғадуди зери меъда» [19, саҳ. 130] инъикос ёфтааст. Масъалаи арзёбии имкониятҳои табобати якҷояи саратони резектабелии ПЖ 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 ғаврӣ 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 периператсионӣ дар беморон» [10, саҳ. 43] таъкид мегардад. Ҳамчунин

«чанбаҳои фармакокинетикӣ ва клиникии табобати 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 табобат дар ин гурӯҳи вазнини беморон умед баста шавад [24, саҳ. 5].

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

Дар даҳсолаҳои охир мавқеи махсусро омӯзиши имкониятҳои табобати периператсионӣ дар беморони гирифтори омосҳои бадсифати ГПДЗ-ро ишғол менамояд. Дар ин робита ҳам корҳои бахшида ба пешгирии оризаҳои баъд аз даҳлати 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 тавачҷуҳ мебошанд. Ҳамзамон ҳангоми интиҳоби усули табобатӣ диққати ҷиддӣ ба ташхиси дурусти дифференсиалӣ байни панкреатити музмин ва саратони ғадуди зери меъда дода мешавад, ки масъалаи номбурда дар кори ба «ҷудосозии панкреатити музмин ва саратони ғадуди зери меъда» бахшидашуда таъкид гардидааст [25, саҳ. 395].

Зарурати таҳияи алгоритми дақиқтари интиҳоби даҳлати 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 дифференсиалӣ 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 ГПДЗ, 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 ГПДЗ-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 эҳтимоли»-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 ГПДЗ 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 зерӣ 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 «РОНЦ»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ «Ташхиси 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 мешавад, инчунин дар доираи татбиқи амалии «Барномаи пешгирӣ ва назорати бемориҳои онкологӣ 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 ташхиси бемориҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ ва дар асоси маълумоти бадастомада таҳия намудани алгоритми ташхисӣ;
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 даҳолатҳои 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 ГПДЗ;
6. Муайян намудани омилҳои мусоидаткунандаи зиёдшавии оризаҳои махсус дар давраи баъдиҷарроҳӣ дар беморони ҷарроҳии узвҳои ГПДЗ;
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 ГПДЗ бо истифодаи усулҳои таҳияшуда.

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

Мавзӯи (предмет) таҳқиқот. Натиҷаҳои усулҳои клиникӣ-лабораторӣ ва шуоъии ташҳиси бемориҳои ГПДЗ, усулҳои гуногуни ислоҳкунӣ бо истифодаи технологияҳои каминвазивӣ дар муқоиса бо даҳолатҳои анъанавии ҷарроҳӣ мебошанд.

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

Аҳаммияти ташхисии холангиопанкреатографияи магнитӣ-резонансӣ, инчунин нишондиҳандаҳои ситокинҳо ва сафедаи С-реактивӣ ҳангоми муайян намудани дараҷаи вазнинии зардпарвинии механикӣ дар беморони гирифтори бемориҳои ГПДЗ 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 ГПДЗ арзёбӣ гардиданд. Дар асоси таҳқиқоти гузаронидашуда омилҳои муайян шуданд, ки ба рушди оризаҳои махсуси баъдиҷарроҳӣ ҳангоми табобати ҷарроҳии ин касалиҳо таъсир мерасонанд. Алгоритмҳои ташхис ва табобати стриктураҳои гепатикохоледох таҳия гардиданд.

Алгоритми пешбурди беморони гирифтори омосҳои калонҳаҷми 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 ГПДЗ 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 ГПДЗ, 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

ГПДЗ 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 ГПДЗ ҳамроҳӣ мекунад, таҳия гардид. Меъёрҳои дохилкунӣ ва хориҷ намудани беморони гирифтори омосҳои бадсифати ГПДЗ 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.

Аҳаммияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Таҳлили натиҷаҳои биопсияи дохилиҷарроҳӣ ҳангоми санчиши ҳаҷми оризаҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ нишон дод, ки эҳтимолияти натиҷаҳои манфии бардурӯғ вучуд дорад. Ҳангоми шаклҳои мураккаби оризаҳои ГПДЗ, ки бо зардпарвинии механикӣ ва бандшавии рӯда ҳамроҳанд, вале бе паҳншавӣ ба сохторҳои рағӣ ва узвҳои ҳамсоя, иҷрои даҳолати резексионӣ асоснок доништа мешавад.

Алгоритмҳои таҳияшудаи идоракунии беморони дорои оризаҳои ғадуди зери меъда дар заминаи панкреатити музмин, усули пешниҳодшудаи табобати омехтаи каминвазивии иллатҳои фокалии хушсифати ГПДЗ ва алгоритми интихоби усул ҳангоми зардпарвинии механикӣ имкон медиҳанд, ки усули мувофиқи табобат интихоб карда шуда, басомади оризаҳои баъдичарроҳӣ 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 зардпарвинии механикӣ дар беморони гирифтори бемориҳои ГПДЗ, инчунин

алгоритмҳои таъботи 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 таъхису таъботи таҳияшуда муайян карда шуданд. Муайян карда шуд, ки даҳолати декомпрессии пешазҷарроҳии миниинвазивӣ дар беморони гирифтори омосҳои бадсифати ГПДЗ имкон медиҳанд омодагии пеш аз амалиёти радикалии резексиониро таъмин намуда, эҳтимоли натиҷаи мусоид зиёд карда шавад.

Усули пешниҳодшудаи таъботи миниинвазивии беморони гирифтори зардпарвини омосӣ, ки бо тасвири клинӣ холангити чиркин дар заминаи беморҳои ГПДЗ мегузарад, ба беҳтар шудани натиҷаҳои таъботи омосҳои ин мавқеъ мусоидат менамояд.

Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Муайян карда шуд, ки алгоритми таъхиси беморҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ, ки аз таъботи клинӣ-лабораторӣ, усулҳои эндоскопӣ, аз ҷумла видеоэндоскопия ва ЭРХПГ, усулҳои тасвирии радиологӣ, аз ҷумла УЗИ, МСКТ, МРХПГ ва ЧЧХГ, инчунин декомпрессияи камиинвазивии билиарӣ таҳти назорати УЗИ иборат аст, омодаسازی самараноки пеш аз амалиёти беморонро барои иҷрои даҳолатҳои радикалии резексионӣ таъмин менамояд.
2. Исбот карда шуд, ки интиҳоби усули омехтаи таъботи омосҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ ва асоснокии клинӣ он аз пуррагии санҷиши маҷмуавии пеш аз амалиёти клинӣ-морфологии раванди омосӣ вобаста мебошад.
3. Асоснок карда шуд, ки таъботи 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 таъботи 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 онкологии 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 даҳолатҳо дар узвҳои ГПДЗ имконияти ба таври назаррас беҳтар намудани натиҷаҳои фаврии табобати ҷарроҳии ин гурӯҳи беморонро фароҳам меоварад.

Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳо. Натиҷаҳои таҳқиқ, муқаррароти ба ҳимоя баровардашуда, тавсияҳои амалӣ дар асоси таҳлили ҳаҷми кофии маводи клиникӣ, истифодаи усулҳои муосири иттилоотӣ 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 (формула ва соҳаи таҳқиқот).

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 ташхисӣ ва табобатии истифодашуда ба самтҳои муосири онкоҷарроҳӣ, аз ҷумла ҷарроҳии системаи гепатопанкреатобилиарӣ, мутобиқ мебошанд. Маҷмӯи маълумоти пешниҳодшуда нишон медиҳад, ки мавзӯ ва мазмуни рисола пурра ба ихтисосҳои илмии зикршуда мувофиқат менамоянд.

Саҳми шахсии доктарабӣ дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот. Баррасии адабиёти дастрасгардида, таҳияи тарҳи таҳқиқот, ҷамъоварии маводи клиникӣ шахсӣ, таҳлили натиҷаҳои муоина ва маълумоти беморони гирифтори бемориҳои ГПДЗ дар давраи солҳои 1999–2025, коркарди омории маълумоти бадастомада, оmodасозии 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 илмии 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 Шӯрои илмии Муассисаи давлатии «Маркази илмии онкологӣ»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон бо иштироки кормандони МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино» баррасӣ гардидаанд, протоколи №1 аз санаи 3-юми октябри 2025 сол.

Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Аз рӯи мавзӯи рисола 27 кори илмӣ нашр шудааст, ки аз ҷумлаи онҳо 16 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи ҚОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошанд. Якто патент Ҷумҳурии Тоҷикистон ва якто шаҳодатномаи пешниҳодҳои рационализаторӣ ба даст оварда шудаанд.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Рисола дар ҳаҷми 309 саҳифаи матни ҷопӣ 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 ТАҲҚИҚ

Мавод ва методҳои 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 илмии ҷумҳуриявии саратоншиносӣ»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида шудааст. Ба гурӯҳи ташхисшаванда: 216

бемор бо бемориҳои ҷарроҳии узвҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ (ГПДЗ), ки дар давраи аз соли 1999 то 2023 таъобати 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 таъобати онҳо усулҳои такмилёфта ва инноватсионии ташхису таъобат истифода шудаанд ва гурӯҳи муқоисавӣ аз 99 бемор (45,8%), ки ташхис ва таъобати муқарарӣ гирифтаанд.

Дар маҷмӯъ, 32,4% маводи таҳқиқро бемориҳои хушсифати ҷигар ташкил доданд: эхинококкози ҷигар – 41 (58,6%), кистаҳои ғайрипаразитарии ҷигар – 13 (18,6%), абсессҳои ҷигар – 9 (12,8%) ва гемангиома – 7 (10,0%).

Омосҳои бадсифати ғадуди зери меъда (ПЖ) 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 ПЖ, аз ҷумла панкреатити музмин ва омоси хушсифати доираи ПЖ, 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 ПЖ – 2 беморӣ дар ҳар як гурӯҳ.

Бемориҳои роҳҳои сафро ва ғадуди зери меъда (ЖВС), аз ҷумла пистонаи калони дуоденалӣ, низ ба шумори бемориҳои вазнини мавқеи ГПДЗ дохил мешавад. Дар ин маврид, омосҳои дорои табиати бадсифат 28 (13,0%) ҳолат ва омоси 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.

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

Ҷойи табобат	Ҷойгиршавӣ		Ҷамагӣ
	ГПЖ (n=16)	ТиХПЖ (n=13)	
Табобати кимиёвӣ пеш аз ҷарроҳӣ (ПХ)	15 (93,7%)*	7 (53,8%)*	22 (75,9%)
Табобати кимиёвӣ адъювантӣ (пас аз ҷарроҳӣ) (АХ)	7 (46,7%)	4 (30,8%)	11 (37,9%)
АХ+табобати шуоъӣ (радиотабобат)	5 (31,2%)	2 (15,4%)	7 (24,1%)
ХЭ + холесистэктомия + дренажи роҳҳои сафро (ГХ)	4 (25,0%)	-	4 (13,8%)
Холедоходуоденоанастамоз	2 (12,5%)	1 (7,7%)	3 (10,3%)
Холедохоэнетроанастамоз	2 (12,5%)	1 (7,7%)	3 (10,3%)

Эзоҳ: ГПЖ – сари ғадуди зери меъда, ТиХПЖ –узв ва думчаи ғадуди зери меъда, ХЭ – холесистэктомия (буридани ғадуди талха), ГХ – гепатикохоледох. *як ҳуди ҳамон бемор баъди даҳолатҳои паллиативии декомпрессионӣ курсҳои муайяни табобати кимиёвӣ гирифт. Се бемор бо омосҳои нейроэндокринии ПЗ (панкреас) аввалан ба бемористон бидуни гирифтани ПХ ва ҷарроҳӣҳои паллиативӣ бистарӣ шуданд.

Табобати кимиёвӣ пеш аз ҷарроҳӣ то бистарӣ шудан дар бемористонро 93,7% беморони саратони сари ПЗ ва 53,8% беморони саратони бадан ва думчаи ПЗ 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 шуоъӣ (радиотабобат) якҷоя истифода шуд.

Дар 4 (25,0%) бемор бо саратони сари ПЗ бо сабабҳои номаълум аввалан холецистэктомия ва дренажи ГХ анҷом дода шуда, дар 3 (10,3%) ҳолат ХДА ва дар 3 (10,3%) ҳолат ХЭА иҷро гардидааст, ки амалиёти номбурда минбаъд ба зиёдшавии мавқеи беморӣ оварда расонд.

Бояд қайд кард, ки бо дарназардошти вазнинӣ ва дараҷаи осеби ПЗ беморон шумораи гуногуни курсҳои химиоинфузия (ХИ) гирифтанд: 1 курс 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.

Қариб ҳамаи беморони гирифтори омосҳои бадсифати мавқеи ГПДЗ ба беморхона дар марҳилаҳои мураккаби раванди варам муроҷиат мекарданд. Ҳамин тавр, дар 100 (46,3%) бемор бо СРПЖ (n=69), омосҳои нейроэндокринии ПЗ (n=3), саратони пистонаи калони дуоденалӣ (n=22), саратони талхадон (n=2) ва саратони қисми дисталии ГХ (n=4) ҳангоми бистарӣ шудан тасвири клиникий зардпарвини механикӣ (МЖ) бо дараҷаҳои гуногуни вазнинӣ мушоҳида гардид.

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

Усули табобат	Ҷойгиршавӣ			Ҳамагӣ
	ЖП и ГХ (n=6)	12 п/к (n=13)	БДС (n=22)	
Табобати кимиёвии пеш аз ҷарроҳӣ (ПХ)	2 (33,3%) *	7 (53,8%) *	13 (59,1%)	22 (53,6%)
Табобати кимиёвии адъювантӣ (пас аз ҷарроҳӣ) (АХ)	1 (16,7%)	4 (30,8%)	2 (9,1%)	7 (17,1%)
АХ + табобати шуоъӣ (радиотабобат)	1 (16,7%)	2 (15,4%)	3 (13,6%)	6 (14,6%)
Дренажи роҳҳои сафро (ГХ)	2 (33,3%)	-	-	2 (4,9%)
Стентгузори қубурчаи панкреатикӣ	-	-	2 (9,1%)	2 (4,9%)
Боздоштани хунравии рӯда (КК) 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 – хунравиҳои рӯда.

Дар 11 (5,1%) бемор бо саратон (с-р) (n=11) ва дар 4 бемор бо лейомиосаркомаи рӯдаи дувоздаҳангушта инчунин шакли мураккаби беморӣ, аз қабилӣ камхунӣ постгеморрагии дараҷаи вазнин ва тасвири клиникӣ стенози рӯдаи дувоздаҳангушта мушоҳида гардиданд (ҷадвали 3).

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

Миқдори билирубин дар хун (ммоль/л)	Гурӯҳи асосӣ (n=55)	Гурӯҳи санҷишӣ (n=45)	P	Ҷамагӣ (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 фарқи нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (дараҷаи χ^2 , *бо ислоҳи Йейтс).

Бо тасвири клиникӣ зардпарвини механикӣ (МЖ) дараҷаи вазнин 33 (30,8%) бемор бо омоси бадсифати ғадуди зерӣ меъда, рӯдаи дувоздаҳангушта ва пистонаи калони дуоденалӣ (БДС) бистарӣ карда шуданд (n=107; 31,6% ва 30,0% мутаносибан дар гурӯҳҳои муқоисашаванда).

Ҷадвали 4. – Хусусияти муқоисавии гурӯҳҳои асосӣ ва назоратии беморони гирифтори бемориҳои 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 равад дар ГПДЗ	Хушсифат (%):	56 (47,9)	47 (47,5)	>0,05
	Эхинококкози ҷигар	21 (17,9)	20 (20,2)	>0,05
	Гемангиомаи ҷигар	4 (3,4)	3 (3,0)	>0,05**
	Кистаҳои ғайрипаразитии ҷигар	7 (6,0)	6 (6,1)	>0,05*
	Абсцесси ҷигар	5 (4,3)	4 (4,0)	>0,05**
Тангшавии холедоха		11 (9,4)	9 (9,1)	>0,05*

Давоми ҷадвалӣ 4.

	Панкреатити музмин	6 (5,1)	3 (3,0)	>0,05**
	ДООПЖ	2 (1,7)	2 (2,0)	>0,05**
	Бадсифат(%): Саратони гадуди зери меъда	61 (52,1) 38 (32,5)	52 (52,5) 34 (34,3)	>0,05 >0,05
	Лейомиосаркома 12 п/к	1 (0,8)	2 (2,0)	>0,05**
	Саратони рӯдаи дуводахангушта	5 (4,3)	5 (5,0)	>0,05**
	Саратони сӯзанаки Фатер	13 (11,1)	9 (9,1)	>0,05*
	Саратони пуфаки талха	1 (0,8)	1 (1,0)	>0,05**
	Саратони қисми дисталии холедох	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	-	-	
Мавҷудияти зарпарвини механикӣ		55 (47,0)	45 (45,5)	>0,05
Давомнокӣ МЖ > 3 ҳафта		18 (15,4)	19 (19,2)	>0,05
Сатҳи миёнаи билирубини умумӣ ҳангоми бистарӣ шудан		167,0±141,3	173,1±148,9	>0,05#
Мавҷудияти камхунии постгеморрагӣ (пас аз хунравӣ)		11 (9,4)	9 (9,1)	>0,05*
Давомнокии камхунӣ зиёда 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
	XI + табобати шуой	117 (100)	99 (100)	

Эзоҳ: р – аҳамияти 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 (ССС) 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 чигар ҳам дар гурӯҳи асосӣ (n=21) ва ҳам дар гурӯҳи назоратӣ (n=20) намудҳои гуногуни резекцияи чигар анҷом дода шуданд. Дар 7 (3,2%) ҳолати гемангиомаи чигар низ резекцияи чигар иҷро гардид.

Дар ҳамаи ҳолатҳо беморони гурӯҳи асосӣ бо кистаҳои ғайрипаразитари чигар ($n=7$) ва абссессҳои чигар ($n=5$) бо истифода аз даҳолатҳои минималӣ-инвазивӣ табобат гирифтанд.

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

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

Шакли клиникӣ	Гурӯҳи асосӣ			Гурӯҳи назоратӣ*		
	абс.	м	ж	абс.	м	ж
ЭКП	21 (56,7)	9 (24,3)	2 (32,4)	20 (60,6)	(21,2)	3 (39,4)
Гемангиома	4 (10,8)	3 (8,1)	1 (2,7)	3 (9,1)	(3,0)	2 (6,1)
НКП	7 (18,9)	5 (13,5)	2 (5,4)	6 (18,2)	(9,1)	3 (9,1)
Абссесси чигар	5 (13,5)	(10,8)	1 (2,7)	4 (12,1)	(9,1)	1 (3,0)
Ҳамагӣ	37 (52,8)	1 (56,7)	5 (43,2)	33 (47,2)	4 (42,4)	19 (57,6)

Эзоҳ: ЭКП – кистаи эхинококкии чигар, НКП – кистаҳои ғайрипаразитари чигар, * $p>0,05$ ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (бо меъёри дақиқи Фишер).

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

Гурӯҳи беморони дорои омоси ғадуди зери меъда (ПЖ) 85 (39,3%) нафарро ташкил дод. Аз омоси хушсифати ПЖ, 10,6% ($n=9$)-ро беморони гирифтори панкреатити музмин ва 4,7% ($n=4$)-ро беморони дорои ДООПЖ ташкил доданд. Қисми асосии беморони дорои омоси ПЖ-ро саратони ғадуди зери меъда (РПЖ) 72 бемор ё 84,7% ташкил доданд.

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

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

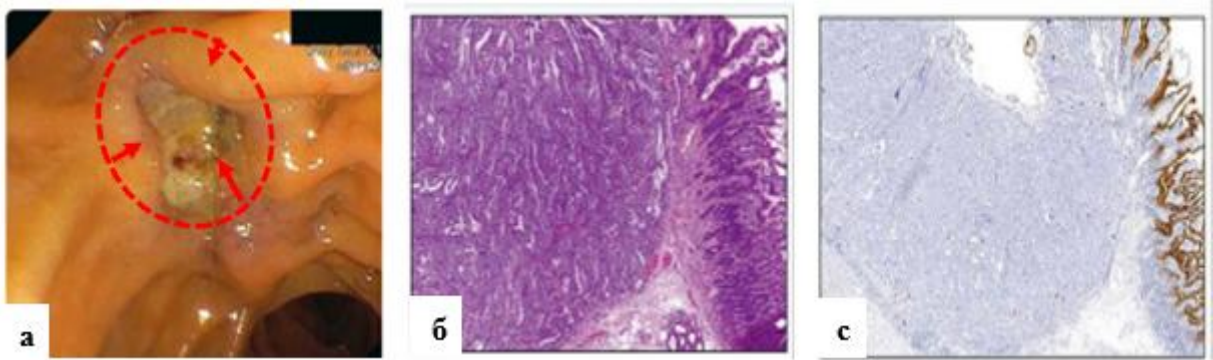
Эзоҳ: РПЖ – саратони ғадуди зери меъда, * $p>0,05$ ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (бо меъёри дақиқи Фишер).

Гурӯҳи беморони дорои бемориҳои роҳҳои сафро ва ғадуди зери меъда (ЖВС) 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 ЖВС 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 даҳлатҳои 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.

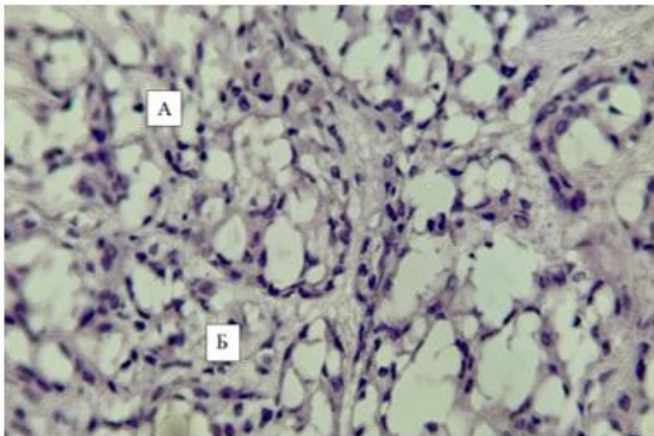
Қонунан, усулҳои ташхиси шуоъӣ (радиологӣ) ва эндоскопӣ дар тасдиқи ташхис ва муайян кардани ҳаҷми даҳлатҳои ҷарроҳӣ нақши калидӣ доранд.



Расм 1. – Видеозндоскопия. Заҳми рушдѳтаи омоси пистонаи калони дуоденалӣ. Таҳқиқоти гистологӣ. Карсиномаи ампулярӣ.

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

Омосҳои хушсифати мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ (ГПДЗ) 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.



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

Тақсимооти беморони гирифтори кистаи эхинококкӣ (ЭКП) ва гемангиома (ГП) дар асоси тақсимооти ҷигар ба сегментҳо аз рӯи С.

Couinaud (1957) нишон дод, ки осебёбии бештар дар тарафи рости ҷигар ҳам дар ЭКП (n=27) ва ҳам дар ГП (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 ЭКП ва ГП, мувофиқи нишондодҳо, усулҳои резексионии ҷарроҳии ҳам анатомӣ ва ҳам ғайрианатомӣ интихоб карда шуданд (ҷадвали 7).

Бештари басомади оризаҳои баъдичарроҳӣ дар гурӯҳи бемороне, ки резексияи анатомии ҷигар гузаронида буданд, ба қайд гирифта шуд. Дар гурӯҳи асосӣ оризаҳои баъдичарроҳӣ дар 3 бемор (14,3%) инкишоф ёфтанд, ҳолати ғавт дар 1 ҳолат (4,8%) мушоҳида шуд. Дар гурӯҳи назоратӣ басомади баландтари оризаҳо – 6 ҳолат (26,1%) ва ғавт – 2 ҳолат (8,7%) ба қайд гирифта гардид.

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

Усули ҷарроҳӣ	ОГ		КГ	
	ГП (n=4)	ЭКП (n=21)	ГП (n=3)	ЭКП (n=20)
Резексияи атипикии ПД	2 (50)	9 (42,8)	2 (66,7)	5 (25)
Резексияи атипикии 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)
Резексияи иборат аз 3 сегменти ПД	-	3 (14,3)	-	2 (10)
Ҳамагӣ	4 (100)	21 (100)	3 (100)	20 (100)

Эзоҳ: ПД – тарафи рост, ЛД – тарафи чап, ПГГЭ – гемигепатэктомияи рост, ЛГГЭ – гемигепатэктомияи чап.

Чадвали 8. – Оризаҳои наздики баъдичарроҳӣ пас аз амалиёти резексионӣ дар беморони гирифтори ГП ва ЭКП (n=48)

Хусусияти оризаҳо	ГП		ОШ (95% ДИ)	ЭКП		ОШ (95% ДИ)
	ОГ (n=4)	КГ (n=3)		ОГ (n=21)	КГ (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: ОШ – таносуби эҳтимолиятҳо, ДИ – фосилаи эътимод, * – релапаротомия анҷом дода шудааст. Дар қавс шумораи ҳолат бо натиҷаи фавт нишон дода шудааст.

Гурӯҳи беморони гирифтори кистаҳои ғайрипаразитариини ҷигар (НКП) (n=13) ва абссессҳои ҷигар (АП) (n=9) дар маҷмӯъ 22 (10,2%) нафарро ташкил дод. Қисми зиёди беморонро мардон ташкил медоданд: 61,5% дар байни беморони НКП ва 77,8% дар байни беморони АП.

Синни миёнаи беморони гирифтори НКП $54,5 \pm 1,7$ сол ва дар беморони АП низ $54,5 \pm 1,7$ солро ташкил дод. Қутри кистаҳо ва абссессҳо аз 6,0 то 24,0 см тағйир меёфт: ҳангоми НКП – аз 6 то 23 см, ҳангоми АП – аз 6 то 11 см.

Ҳамаи 9 бемори гирифтори АП бо назардошти таснифи Meyers (2001) ба гурӯҳи беморони абссессҳои холангиогенӣ дохил мешуданд, ки дар 5 (55,5%) ҳолат дар онҳо омози мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ (ГПДЗ) низ мавҷуд буд.

Нишондодҳои табобати ҷарроҳии НКП аз аломатҳои возеҳи клиникӣ ва афзоиши динамикии қутри киста иборат буданд (чадвали 9).

Ҷадвали 9. – Усулҳои минималӣ-инвазивии табобати ҷарроҳии кистаҳои ғайрипаразитарии ҷигар (n=13) ва абсцессҳои ҷигар (n=9)

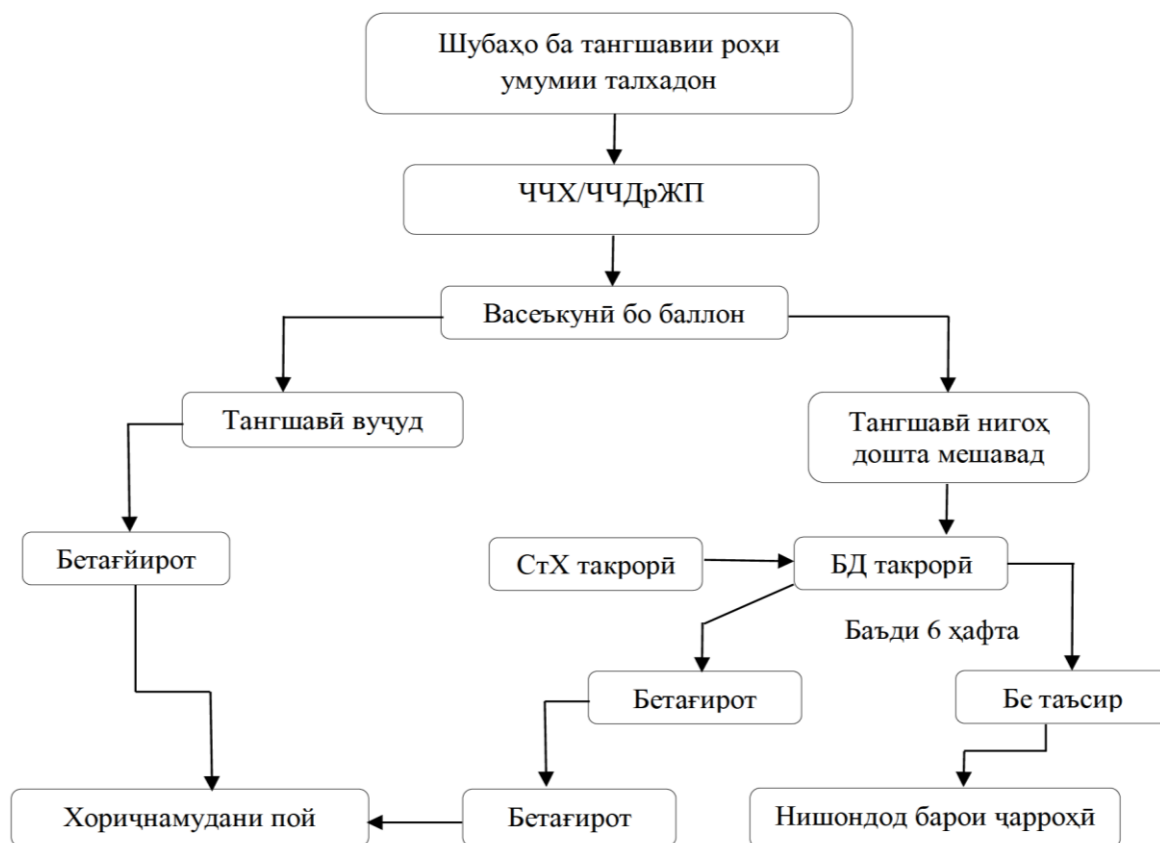
Намуди ҷарроҳӣ	ОГ		КГ	
	НКП (n=7)	АП (n=5)	НКП (n=6)	АП (n=4)
ҶрКП ва СКЛ	7 (100)	-	-	-
ФНКП-и лапароскопӣ	-	-	2 (33,3)	-
ФНКП-и лапаротомӣ	-	-	4 (66,7)	-
Пунксия ва дренаж таҳти назорати УЗИ	-	5 (100)	-	-
Кушодан ва дренажи лапаротомии ОП	-	-	-	4 (100)

Эзоҳ: ҶрКП ва СКЛ – пунксияи трансдермалӣ ва склерозонидан, ФНКП – фенестратсияи кистаҳои ғайрипаразитарии ҷигар.

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

Ба гурӯҳи омосҳои хушсифати роҳҳои сафро ва ғадуди зери меъда (ЖВС) 20 (9,2%) беморон бо стриктураҳои гепатикохоледох (ГХ) дохил шуданд: гурӯҳи асосӣ –11, гурӯҳи назоратӣ –9 бемор. Мардон 13 (65,0%) ва занон 7 (35,0%) нафарро ташкил доданд.

Барои тасдиқи стриктураҳои ГХ истифодаи таснифи клиникӣ 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 бастании ГХ дар гурӯҳи назоратӣ мушоҳида гардиданд.

Аз рӯи 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 баъдиҷарроҳии 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.

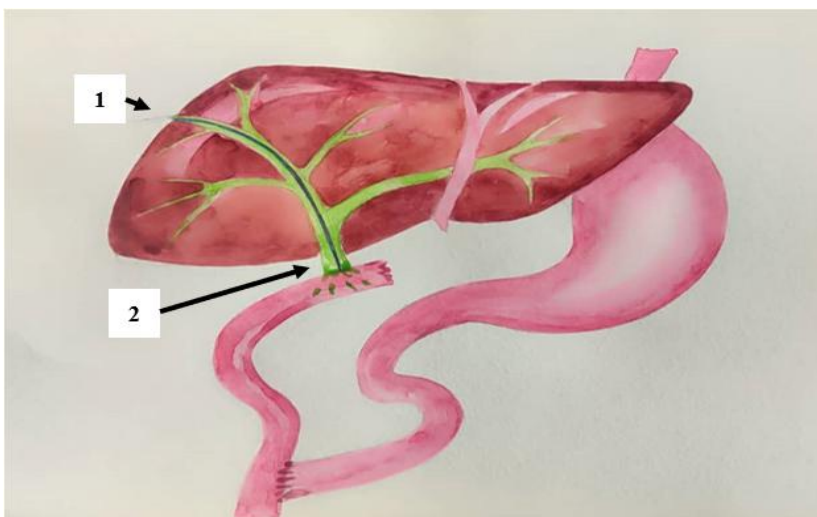
Ҳангоми интихоби усули ҷарроҳӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ бо тангшавии роҳҳои сафро меъёрҳои муайян кардани усул ва ҳаҷми даҳлатҳои реконструктивӣ, ки қаблан дар клиника аз ҷониби академик К.М. Қурбонов таҳия шудаанд, истифода гардиданд. Дар асоси ин меъёрҳо намудҳои гуногуни амалиёти реконструктивӣ иҷро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

Ҷадвали 10. – Хусусияти даҳлатҳои реконструктивӣ ҳангоми тангшавии холедох (n=20)

Навъи даҳлатҳои реконструктивӣ	ОГ (n=11)	КГ (n=9)	p	Всего (n=20)
ГЕА тибқи Ру	3 (27,3)	3 (33,3)	>0,05	6 (30,0)
БиГЕА тибқи Кузовлеву-Гальперину	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 клиникӣ	6 (54,5)	-		6 (30,0)
ГЕА дар ТПД тибқи Продери–Смит	-	3 (33,3)		3 (15,0)

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (бо меъёрҳои дақиқи Фишер), ГЕА – гепатикоеюноанастомоз, ТДП – 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 ЧЧХС-и қаблан гузошташуда дар бар мегирад. Ин усул барои гирифтани патенти ихтироъ пешниҳод шудааст.



Расм 4. – Пуркунии қатрагии мавқеи анастомозҳои билиодигестивии ташкилшуда тавассути ЧЧХС-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 даҳолатҳои реконструктивӣ (n=20)

Ориза	ОГ (n=11)	КГ (n=9)	Ҷамағӣ
Оризаҳои махсус			
Хунравии дохили шикам	2 (18,2)	4 (44,4)	6 (30,0)
Норасоии дӯзи 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 ғадуди зери меъда (ПЖ) 13 (6,0%) бемор дохил карда шуданд, ки аз онҳо 9 бемор бо панкреатити музмин (ХП) ва 4 бемор бо омоси хушсифати ПЖ (ДООПЖ) буданд. Мардон 76,9% ва занон 23,1%-ро ташкил доданд.

Бо назардошти гуфтаҳои боло, дар 9 бемори гирифтори ХП диққати асосӣ ба механизми нишонаҳои дард равона карда шуд, то ки интиҳоби усули табобат асоснок карда шавад (ҷадвали 12).

Ҷадвали 12. – Қоркарди меъёрҳои интиҳоби 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 фибрози ғадуди зери меъда	Резексияи ғадуди зери меъда ва/ё амалиёти гибридӣ
Гузариши раванд ба фазои паси шикам (ретроперитонеалӣ)	Нейролизиси плексуси селиак таҳти назорати УСО
Ҳассосшавии ретсепторҳои марказии дард	Таъсири раванӣ

Эзоҳ: ПЖ – ғадуди зери меъда, УСО – ултрасонография.

Бо вучуди 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 монетаҳои техникӣ барои иҷрои резексияи ПЖ бо нигоҳ доштани рӯдаи дувоздаҳангушта.

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

Ориза	ОГ (n=6)	КГ (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 – аҳаммияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (бо меъёри U-и Манн–Уитни, *бо меъёри дақиқи Фишер), #дар як ҳуди ҳамон бемор якчанд оризаҳои баъдичарроҳӣ ба қайд гирифта шудаанд.

Бояд қайд кард, ки дар ҳамаи ҳолатҳои панкреатити музмин (ХП) макропрепаратҳои бофтаи ғадуди зери меъда (ПЖ) тағйироти морфологиро, ки ба ХП мувофиқат мекунанд, тасдиқ намуданд.

Ба гурӯҳи беморони дорои омосҳои хушсифати ПЖ аденома (n=1), омоси 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 ПЖ (n=1) ва резексияи дисталии ПЖ бо нигоҳ доштани испурч (n=2).

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

Номгӯй	ОГ (n=38)	КГ (n=34)	P
Андозаи омос (см), (M±SD)	5,4±1,7	5,5±1,2	>0,05
Андозаи холедох (мм), (M±SD)	16,8±3,9	15,3±3,2	>0,05
Чарроҳии резексионӣ, адад (абс., %)	29 (76,3%) 9 (23,7%)	15 (44,1%) 19 (55,9%)	<0,05*
Чарроҳии дренажӣ, 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 ғадуди зери меъда 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 нашофт ва мутаносибан $496,0 \pm 36,0$ мл ва $554,0 \pm 47,0$ мл-ро ташкил дод.

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

Гурӯҳи беморони гирифтори омоси бадсифати ғадуди зери меъда (ПЖ), рӯдаи дувоздаҳангушта ва пистонаи калони дуоденалӣ 107 (49,5%) беморро ташкил дод: 57 бемори гурӯҳи асосӣ, аз ҷумла 38 бо бемориҳои ПЖ, 6 бо омоси рӯдаи дувоздаҳангушта ва 13 бо омоси пистонаи калони дуоденалӣ; ва 50 бемори гурӯҳи назоратӣ, аз ҷумла 34 бо омоси ПЖ, 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. –Дараҷаи нишондодҳо барои даҳолатҳои лапароскопӣ ҳангоми саратони ғадуди зери меъда

Дараҷа	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	+++	+

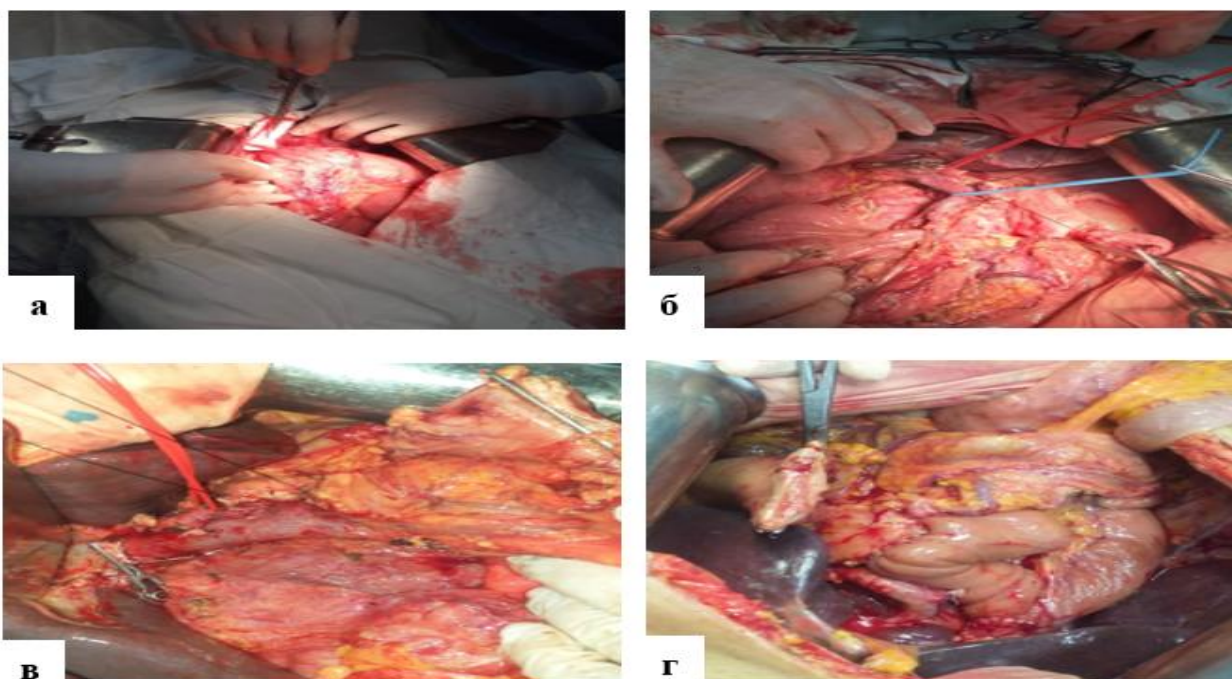
Эзоҳ: * –дар беморони дорои андозаи марзӣ (borderline) резектабелии омос, ки ба онҳо гузаронидани табобати кимиёвӣ неoadъювантӣ ба нақша гирифта шудааст, бо

мақсади кам кардани ҳаҷми омос пеш аз ҷарроҳии нақшавӣ –лапароскопия расми ҳатмӣ нест.

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

Дар маҷмӯъ, ПДР-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) ПДР-и паллиативӣ (n=13; беморони бо РПЖ) ва дигар амалиёти паллиативии дренажӣ анҷом дода шуданд.



Расм 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. – Тақсимоти беморони гирифтори омосҳои бадсифати ғадуи зери меъда, рӯдаи дувоздаҳангушта ва пистонаи Фатер аз рӯи марҳилаҳои раванди варам (n=107)

Дарача	РПЖ (n=72)		С-р 12 п/к (n=13)		С-р БДС (n=22)		Ҳамагӣ (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	-	-	-	-	-	-	-	-
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 вуҷуд омад, ки иҷрои амалиёти такрорӣ ислоҳкунандаро талаб менамуд.



Расм 6. – Интихоби усули минималӣ-инвазивии декомпрессияи зардпарвини механикӣ дар беморони гирифтори омосҳои ГПДЗ

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

Қадвали 17. – Дахولاتҳои трансдермалӣ ва трансцигарӣ дар беморони гирифтори омосҳои бадсифати ғадуди зери меъда, рӯдаи дувоздаҳангушта ва пистонаи Фатер, ки бо зардпарвини механикӣ мураккаб шудаанд (n=18)

Усули декомпрессия таҳти назорати УЗИ	РПЖ (n=11)	Саратони дуоденум ва БДС (n=7)	Ҳамагӣ (n=18)
Холесистостомияи ЧЧ (чрескожӣ)	4 (36,4)	1 (14,3)	5 (27,8)
Холангиостомияи ЧЧ:	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 цигар	11 (61,1)	7 (38,9)	18 (51,4)

Дар бемористон ба 38 бемори гурӯҳи асосӣ бо саратони резектабели ғадуди зери меъда (РПЖ) то ҷарроҳӣ таъобати 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 таъобат гирифтанд: оксалиплатин 85 мг/м², баъдан иринотекан 180 мг/м², баъдан 5-фторурасил 2400 мг/м² бо роҳи инфузионӣ тавассути насоси кимиётаъобатӣ дар давоми 46 соат. Давраи таъобат 14 рӯзро дар бар гирифта, дар маҷмӯъ 6 воридкунии неоадъювантӣ ва 6 воридкунии адъювантиро дар бар мегирифт.

Дар гурӯҳи 2 (n=18) беморон таъобат бо наб-паклитаксел 125 мг/м² ва баъдан гемситабин 1000 мг/м² гирифтанд. Таъобат бо даврҳои гузаронида

шуд: 3 ҳафта воридкунии дору ва 1 ҳафта танаффус, дар маҷмӯъ 9 воридкунии неoadъювантӣ ва 9 воридкунии адъювантӣ.

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

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

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

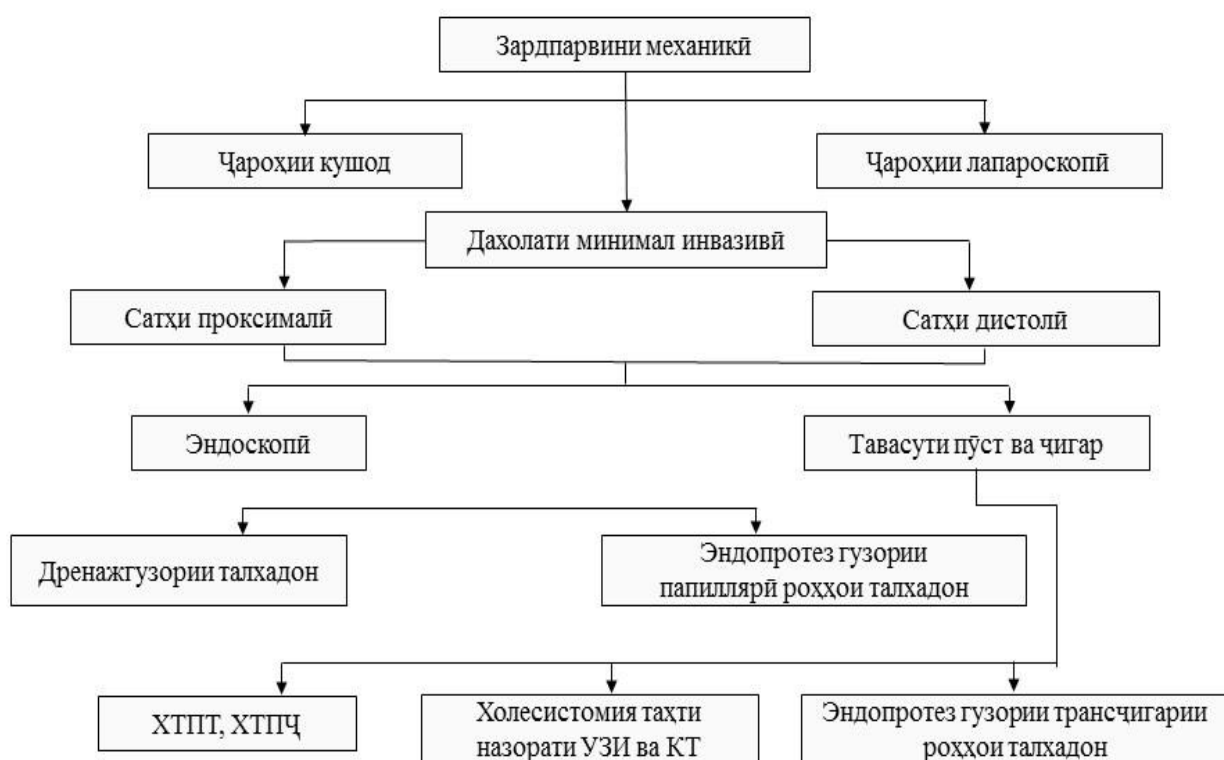
Тавсиф	Гурӯҳи1-я (n=15)	Гурӯҳи 2-я (n=11)	p
Резексия R ₀	12 (80,0%)	10 (90,9%)	>0,05
Резексия R ₁	3 (20,0%)	1 (9,1%)	>0,05
Реаксияи патологӣ:			
- Пурра	4 (26,7%)	4 (36,4%)	>0,05
- Миёна	9 (60,0%)	6 (54,5%)	>0,05
- Нест	2 (13,3%)	1 (9,1%)	>0,05
Набудани иллоти гиреҳҳои лимфавӣ	7 (46,7%)	6 (54,5%)	>0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (бо меъёри дақиқи Фишер).

Дар 12 (80,0%) ва 10 (90,9%) бемор резексия бе иллоти гиреҳҳои лимфавӣ анҷом дода шуд, дар 7 (46,7%) ва 6 (54,5%) бемор резексия бе иллоти 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) ЧЧХС 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 сафровӣ ба вуҷуд омад, ки иҷрои амалиёти такрорӣ ислоҳкунандаро талаб намуд. Дар ин зергурӯҳи беморон ҳолатҳои фавт ба қайд гирифта нашуд.



Расм 7. – Интиҳои усули минималӣ-инвазивии декомпрессияи зардпарвини механикӣ дар беморони гирифтори омосҳои ГПДЗ

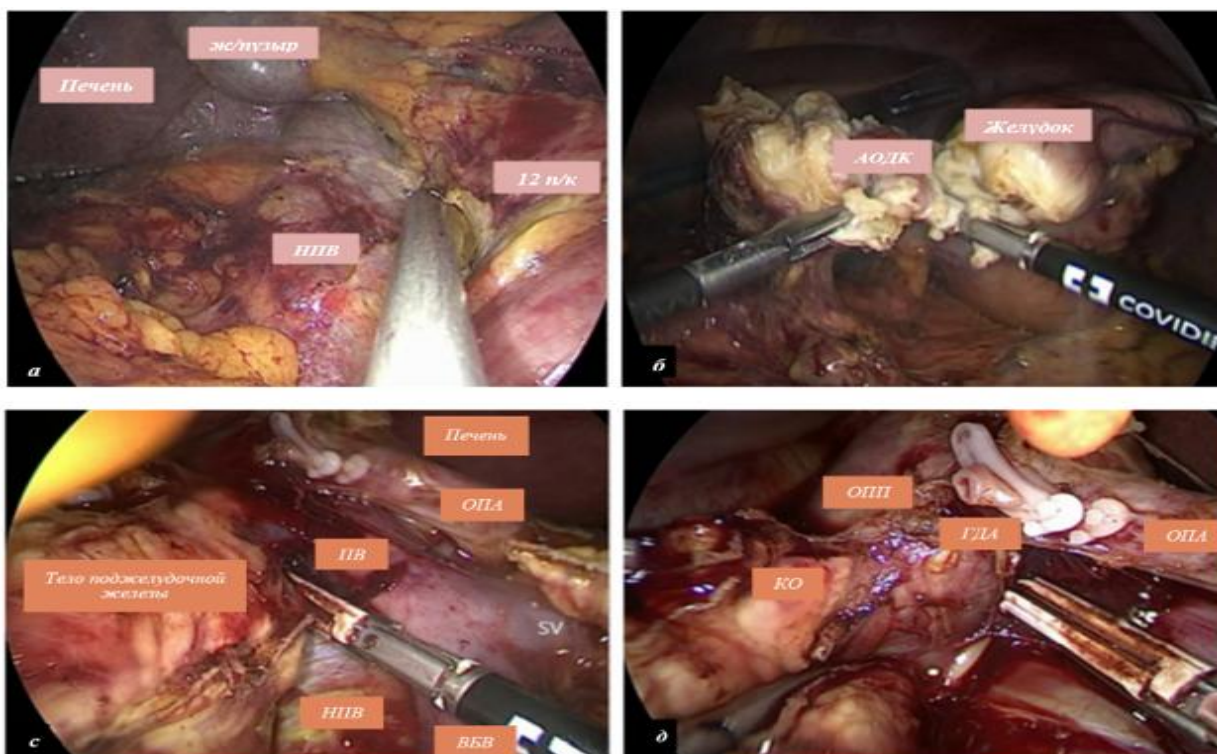
Дар давраи аз соли 2020 то 2024 дар клиника 6 ҳолати ПДР-и гибридии лапароскопӣ дар беморони гирифтори саратони ғадуди зери меъда (n=4) ва омосҳои бадсифати периампулярии пистонаи калони дуоденалӣ (n=2) иҷро гардид, ки аз он ҷумла мардон 4 (66,7%) ва занон 2 (33,3%) нафарро ташкил дода, синни миёнаи беморон $48,9 \pm 2,4$ сол буд.

Дар 1 ҳолат бинобар мушкилоти техникӣ, ки бо раванди перитуморӣ ва инвазияи омос ба рағҳои калон ҳангоми саратони ғадуди зери меъда вобаста

буд, табили омос анҷом дода шуд, аз ин рӯ амалиёт ҳамчун ПДР-и кушода арзёбӣ гардид.

Нишондодҳо барои иҷрои ПДР-и лапароскопӣ тибқи меъёрҳои резектабелии аденокарсиномаи протокии ғадуди зери меъда мувофиқи тавсияҳои Шабакаи миллии ҳамҷонибаи онкологӣ муайян карда шуданд.

Расм 8. – Марҳилаҳои панкреатодуоденэктомияи лапароскопӣ



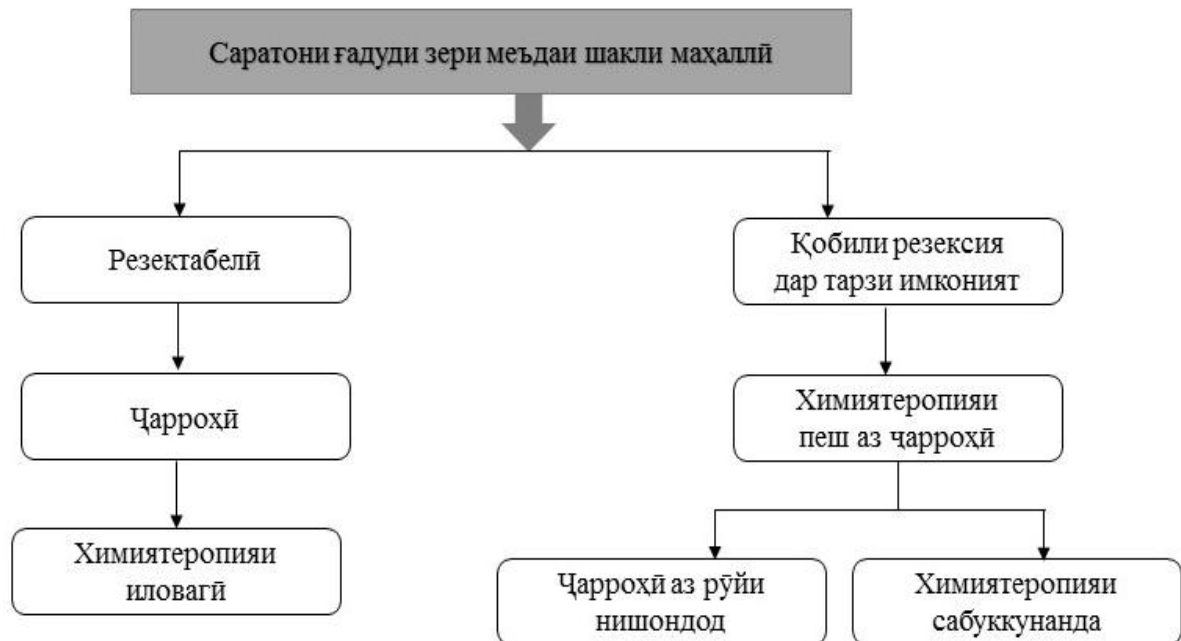
Эзоҳ: ПВ – венаи порталӣ, ОПА – артерияи умумии ҷигар, НПВ – венаи ковоки поёӣ, ВБВ – артерияи болои мезентериалӣ, КО – апофизи қалмоқшакл, ОПП – маҷрои умумии ҷигар, ГДА – артерияи гастродуоденалӣ, ОПА – артерияи умумии ҷигар, АОДК – қисми антралӣ-и рӯдаи дувоздаҳангушта.

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.

Чадвали 19. – Оризаҳои барвақти баъдиҷарроҳии 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 цирку септикӣ	1	20,0
Плеврит	1	20,0

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



Расм 9. – Алгоритми табобати саратони ғадуди зери меъда

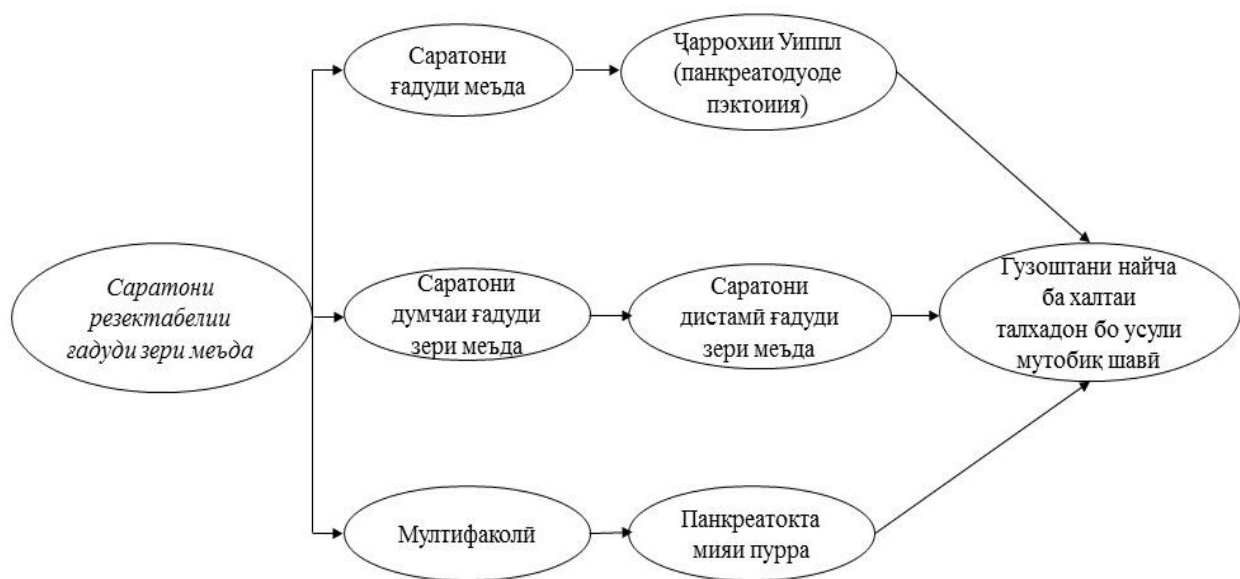
Эзоҳ: АХТ – табобати кимиёвии адъювантӣ, НеоХТ – табобати кимиёвии ғайриадъювантӣ, ХЛТ – табобати кимиёшуоъӣ, ХТ – табобати кимиёвӣ.

Рушди саратони ғадуди зери меъда (РПЖ) ба рӯдаи дувоздаҳангушта ва қисми дисталии гепатикохоledох дар 2 (7,7%) бемор, метастазҳо ба чигар дар 5 (19,2%) ва тасвири канцероматози холигоҳи шикам дар 2 (7,7%) бемор мушоҳида гардид.

Омосҳои бадсифати рӯдаи дувоздаҳангушта 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 паҳншавӣ ба испурч ва рағҳои испурч, дар 3 (11,5%) ҳолат ба гепатикохоledох, дар 2 (7,7%) ҳолат ба венаи порталӣ, ва дар 1-ӣ ҳолат (3,8%) ба меъда ва артерияи болои мезентериалӣ мушоҳида гардид.

Инкишофи оризаҳо пас аз иҷрои ПДР 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 баъдичарроҳӣ пас аз ПДР дар ин гурӯҳ 14,3%-ро ташкил дод.

Расм 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. Интихоби усули даҳолати дренажӣ аз ҷойгиршавии омос дар мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ (ГПДЗ), хусусияти ориза ва марҳилаи он вобаста буд (ҷадвали 20).

Дар 50 (50,5%) ҳолат беморони гурӯҳи назоратӣ, аз ҷумла ҳангоми ориза зардпарвини механикӣ (МЖ) (n=15), намудҳои гуногуни даҳолатҳои кушода иҷро гардиданд. Ба ин гурӯҳ 34 (68,0%) бемори гирифтори саратони ғадуди зери меъда (РПЖ), 7 (14,0%) бемор бо омози бадсифати рӯдаи дувоздаҳангушта ва 9 (18,0%) бемор бо омози параампулярии пистонаи калони дуоденалӣ дохил шуданд.

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

Намуди ҷарроҳӣ	РПЖ (n=9)	12 п/к (n=4)	Рак БДС (n=6)
Анастомозҳои билиодигестивӣ (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)

Эзоҳ: ПЕА – панкреатоеюноанастомоз, ГЭА – гастроэнтероанастомоз.

Ба беморони гирифтори зардпарвини механикӣ (МЖ) (n=15) дар 9 (60,0%) ҳолат бо мақсади омодагии пеш аз ҷарроҳӣ декомпрессияи роҳҳои сафровӣ ва гадуи зери меъда (ЖВС) анҷом дода шуд. Дар 6 (40,0%) ҳолат бо сабабҳои муайян маҷмӯи тадбирҳои муътадил гузаронида шуданд, ки ба кам кардани захролудшавӣ, ислоҳи зухуроти МЖ 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	РПЖ (n=31)			Саратони дуоденум ва БДС (n=15)		
	Кол-во	Осл-я	Лет-сть	Кол-во	Осл-я	Лет-сть
ПДР	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)
Р		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05
Ҳамагӣ	31 (67,4)	13 (41,9)	7 (22,6)	15 (32,6)	9 (60,0)	5 (33,3)

Эзоҳ: р – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (бо меъри χ^2), ГЕА – гепатоеюноанастомоз, холесистоеюноанастомоз, ХДА – холедоходуоденоанастомоз.

Усули РПАС дар бемористони Муассисаи давлатии «Маркази илмии ҷумҳуриявии онкология»-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 мавқеи

гепатопанкреатодуоденалӣ (ГПДЗ), ки бо кансероматози перитонеалӣ (ПК) мураккаб шудаанд, истифода гардид.

Аз ҷумлаи онҳо: 15 (88,2%) бемор гирифтори саратони ғадуди зери меъда (РПЖ) ва 2 (11,8%) бемор гирифтори омоси бадсифати рӯдаи дувоздаҳангушта ва пистонаи калони дуоденалӣ буданд; ҳамаи онҳо қаблан намудҳои гуногуни панкреатодуоденэктомия (ПДР)-ро гузашта буданд.

Ҷадвали 22. –Тасвифи беморони гирифтори кансероматози перитонеалӣ, ки табобати кимиёви аэрозолии 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 кимиёви ғайриадъювантӣ:		
- Да	6	35,3
- Нет	11	64,7

Баҳогузори пурраи ситореруксия		
- CC-0	17	100
- CC>1	-	-
Намуди табобати кимиёвӣ:		
- Митомисин С	5	29,4
- Oxali/5FU/LV	12	70,6
Муҳлати табобат 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.

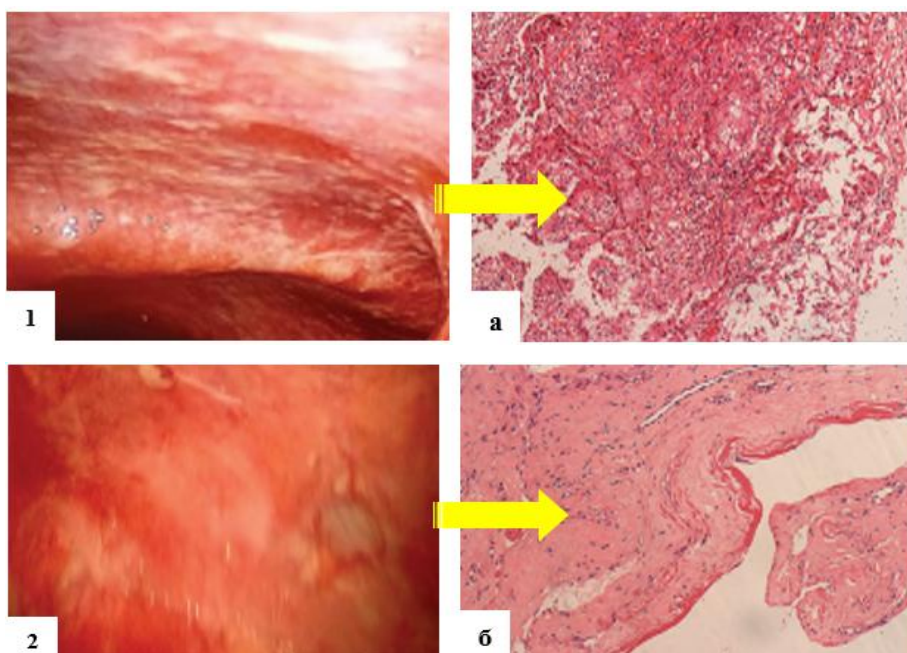
Дар маҷмӯъ дар 17 бемори гирифтори кансероматози перитонеалӣ 51 даҳолати муваффақи РІРАС анҷом дода шуд. Мардон 14 (82,3%) ва занон 3 (17,7%) нафарро ташкил доданд.

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 ситореруксияи пурраи манбаи ибтидоӣ ворид шудаанд, дар ҳоле ки то гузаронидани лапароскопия 64,7% (n=11) беморон табобати кимиёвӣ гайриадьювантӣ (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 баъдиҷарроҳӣ, 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 бартараф карда шуд.



Расм 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 мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ (ГПДЗ) ва кансероматози перитонеалӣ, ки табобати кимиёвӣ системавӣ ва табобати кимиёвӣ азрозолии дохилишикамии зери фишорро якҷоя мекунад, ҳамчун усули нисбатан содда ва беҳатар собит шуда, имкон медиҳад афзоиши зиндамонии умумии беморони гирифтори саратони паҳншудаи узвҳои ГПДЗ 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.

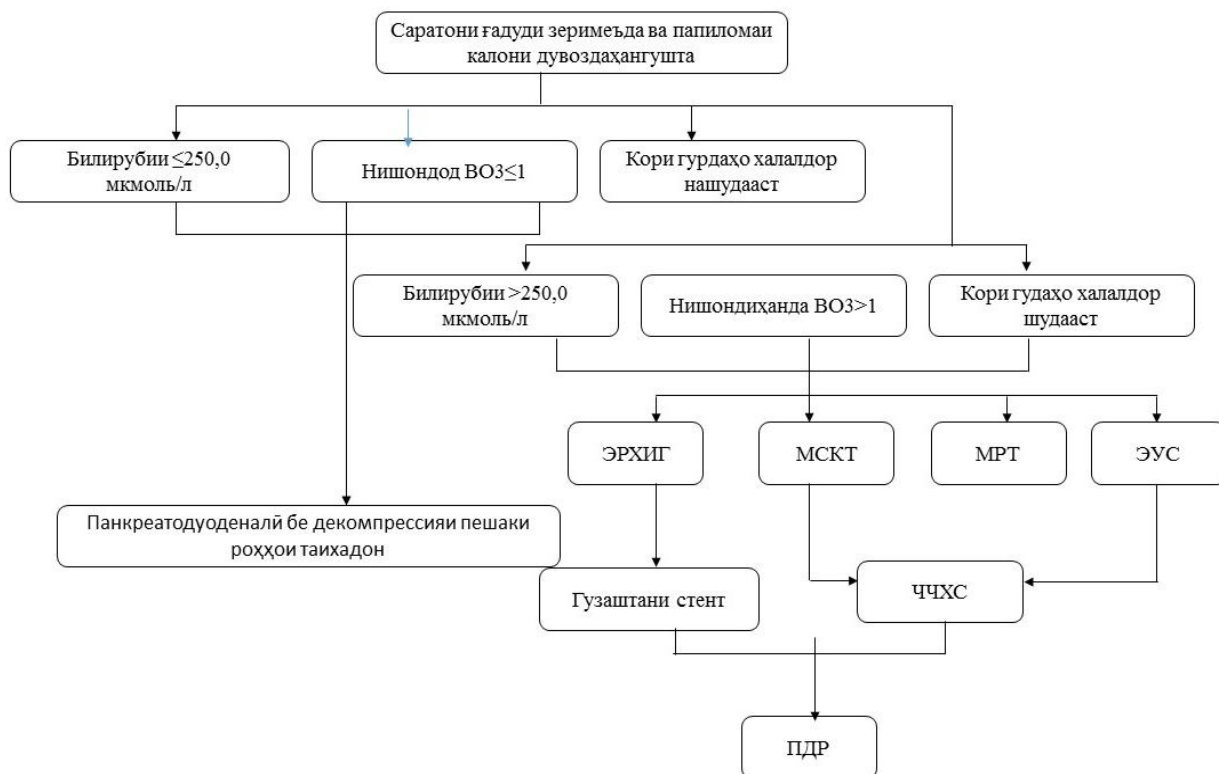
Ҷадвали 23. – Қоркарди меъёрҳои дохилкунӣ ва хориҷкунӣ беморони гирифтори омоси бадсифати мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ дар барномаи Fast Track (иловаи баъзе меъёрҳо)

Меъёр	Доҳилкунӣ	Хориҷкунӣ
Билирубини умумӣ (мкмоль/л)	< 450,0	> 450,0
Сафедаи умумӣ (г/л)	< 54	>54
Индекси протромбинӣ (%)	< 68	>68
Осеби рағҳо – венаҳо	ВВВ и ВВ с имконияти барқароркунӣ	Окклюзияи пурраи ВВВ/ВВ ва/ё бе имкони барқарорсозӣ (реконструкция)
Ҷалби ВБА и ЧС	Нест	Ҳаст
Холангит	Нест	Ҳаст
Сепсиси билиарӣ	Нест	Ҳаст
Ихтилоли фаъолияти гурда.	ислоҳшаванда	Ғайриислоҳшаванда
Ҳолати ВОЗ <2	< 2	≥2

Эзоҳ: ВВВ – венаи болои мезентериалӣ, ВВ – венаи порталӣ, ВБА – артерияи болои мезентериалӣ, ЧС – танаи шикамӣ, мақоми ТУТ – миқёси баҳодихии вазнинии бемор аз рӯйи таснифи ТУТ/ЕСОГ.

Ҳангоми интихоби иштирокчиён меъёрҳои қатъии доҳилкунӣ 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 рӯйи ҳар ду миқёс аз 3 балл зиёд набуд. Чорабиниҳои таъбабатӣ қатъиян мувофиқи қарори тасдиқшуда иҷро гардиданд.

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



Расм 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 саратони ғадуди зери меъда (РПЖ) ва саратони пистонаи калони дуоденалӣ, ки пеш аз ПДР декомпрессияи минималӣ-инвазивии роҳҳои сафровӣ (ЖВС) гирифта буданд (n=10), гурӯҳи муқоисавӣ аз беморони дигар (n=10), ки тибқи барномаи барқароршавии босуръат пас аз ҷарроғӣ (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 ПДР		Баъд аз ПДР	
	ЧЧХС (n=10)	Fast Track (n=10)	ЧЧХС (n=10)	Fast Track (n=10)
Синну сол (медиана)	59 [31-62]	57 [29-60]	59 [31-62]	57 [29-60]

ИК-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 ташхиси шуоъӣ *	2,17±0,63	2,37±0,65	2,24±0,66	2,41±0,64

Эзоҳ: ЧЧХС – холангиостомияи трансдермалӣ-трансцигарӣ, ИК – индекси коморбиднокӣ, * – марҳилаи Т мувофиқи таснифи TNM (8-ум, T AJCC).

Тавре ки дар боло қайд шуд, ҳамаи 20 бемори ҳар ду гурӯҳ ПДР гузарониданд. Дар асоси меъёрҳои овардашуда метавон хулоса кард, ки дар гурӯҳҳои муқоисашаванда аз рӯйи синну сол, уксони ҳамроҳ (индекси коморбиднокии Чарлсон), миқёси ASA ва марҳилаи Т 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 мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ (ГПДЗ) 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 медод.

Ҳангоми омоси бадсифати ғадуди зери меъда, рӯдаи дувоздаҳангушта ва пистонаи калони дуоденалӣ ПДР-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 баъдиҷарроҳӣ (n=3 – гурӯҳи асосӣ, n=7 – гурӯҳи назоратӣ) тасдиқ гардид.

Дар беморони гурӯҳи асосӣ хунравии дохилии баъдиҷарроҳӣ дар 1 ҳолат баъд аз ЛГГЭ (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 ПДР анҷом дода шуд, ки баъд аз санчиши 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 ростпаҳлӯи пас аз резексия дар 3 ҳолат мушоҳида гардид: 1 –дар гурӯҳи асосӣ, 2 –дар гурӯҳи назоратӣ. Чиркиншавии захми баъдиҷарроҳӣ дар 1 ҳолат (4,0%) дар гурӯҳи асосӣ қайд шуд. Дар 1 бемори гурӯҳи назоратӣ (4,3%) пас аз ҷарроҳӣ тасвири клиникийи 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 гепатикохоledох (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 (БДА) 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 чирку-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 НКП (n=7), АП (n=5) ва

сиҳатшавии ГХ (n=11), дар гурӯҳи асосӣ оризаҳои баъдичарроҳӣ 4 (17,4%) ҳолатро ташкил доданд. Дар гурӯҳи назоратӣ дар беморони НКП (n=6), АП (n=4) ва тангшавии ГХ (n=9) оризаҳои баъдичарроҳӣ 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 баъдичарроҳиро боз ҳам тасдиқ мекунад.

Илова ба амалиёти резексионӣ, вобаста ба ҷойгиршавии омосҳо дар ГПДЗ, дар 19 (73,1%) аз 26 бемори гурӯҳи асосӣ бо омоси бадсифати ғадуди зери меъда, рӯдаи дувоздаҳангушта ва пистонаи калони дуоденалӣ тибқи нишондодҳо даҳолатҳои дренажии паллиативӣ анҷом дода шуданд. Дар беморони гирифтори саратони ғадуди зери 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 зардпарвини механикӣ (МЖ) (n=15), намудҳои гуногуни даҳолатҳои кушода анҷом дода шуданд, ки интихоби 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 ғадуди зери меъда (РПЖ) –3 (6,0%) ва ҳангоми саратони пистонаи калони дуоденалӣ (БДС) –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 баъдичарроҳӣ ва фавт тавсиф мешуданд: оризаҳои баъдичарроҳӣ 41,9% (n=13) ва фавти баъдичарроҳӣ 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 зери меъда стентгузори эндоскопӣ метавонад табобати паллиативии ба андозаи ҷарроҳии дукаратаи шунтинг самаранок таъмин намояд. Зиндамонии баландтар (аммо аз ҷиҳати оморӣ номуҳим) пас аз амалиёти паллиативии Уиппл 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 табобати 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 ғавт анҷом ёфт. Дар маҷмӯъ дар ин гурӯҳ оризаҳо 22 (47,6%) ҳолати ғавт 12 (26,1%)-ро ташкил дод. Азбаски натиҷаҳои дарозмуддати табобат омӯхта нашудаанд, вазъи минбаъдаи дигар беморон номаълум боқӣ мемонад.

ХУЛОСАҶО

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 МСКТ ва МРХПГ 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 даҳлатҳои минималӣ-инвазивӣ, бояд қатъиян дифференциалӣ 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 кимиёвӣ ва аэрозолии дохилишикамӣ зери фишор дар беморони гирифтори омосҳои бадсифати мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ, ки бо канцероматози перитонеалӣ мураккаб шудаанд, ҳамчун усули нисбатан сода ва бехатар 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 ГПДЗ 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 ГПДЗ инҳоянд: тасдиқи нопурраи пешазҷарроҳии омос, ислоҳи саривақтии холестази пеш аз ҷарроҳӣ, набудани ё нокифоягии табобати кимиёвӣ-шуоъӣ пеш аз ҷарроҳи 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 ГПДЗ 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 баъдичарроҳӣ 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].

ТАВСИЯҲО БАРОИ ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

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 ташхис ва тасдиқи ҷараёни омоси ГПДЗ мебошанд.
3. Барои муайян кардани дараҷаи вазнинии зардпарвини механикӣ истифодаи МРХПГ ва таҳлили ситокинҳо ва протеини С-реактивӣ тавсия дода мешавад.
4. Меъёрҳои объективии таҳияшуда ва натиҷаҳои таҳқиқот зарурати равиши дифференсалиро дар таъобати омосҳои ГПДЗ асоснок мекунанд.
5. Беҳтарин роҳи беҳтаркунии натиҷаҳои бевоситаи таъобати саратони резектабели ғадуди зери меъда интихоби дурусти таъобати кимиёвӣ-шуобии пеш аз ҷарроҳӣ мебошад.
6. Истифодаи технологияҳои минималӣ-инвазивӣ тибқи алгоритмҳои таҳияшуда имкон медиҳад басомади оризаҳо ва фавтро коҳиш ёбад.
7. Ворид намудани таъобати кимиёвӣ азрозолии дохилишикамӣ зери фишор ва барномаи Fast Track дар амалияи клиникӣ метавонад шумораи оқибатҳои номатлубро дар беморони гирифтори омоси бадсифати ГПДЗ ба таври назаррас коҳиш диҳад.
8. Барои пешгирии нокомӣ ва ретангшавии анастомозҳои билиодигестивӣ гузоштани ЧҶХС пеш аз ҷарроҳӣ бо найчаи ПВХ (1,2–1,3 мм) дар мавқеи

гепатикоеюноанастомоз тавсия дода мешавад. Дар давраи баъдичарроҳӣ дар 5–6 рӯз табобати 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 табобати ҷарроҳии беморони гирифтори омосҳои ГПДЗ-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 чреспеченочных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периампулярными опухолями [Текст] / Ш.И. Каримов, М.Ш. Хакимов, А.А. Адълходжаев, С.У. Рахманов, В.Р. Хасанов // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2015, № 3(20). – С. 68-74.
9. Карпов, О.Э. Отдаленные 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 хроническим панкреатитом. Национальные клинические рекомендации [Текст] // Федеральная электронная медицинская библиотека Министерства здравоохранения Российской Федерации. – 2014.
11. Лечение больных 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. Снопков, Ю., Органосохраняющие и сегментарные резекции головки поджелудочной железы: анатомическое обоснование и хирургическая техника [Текст] / Ю. Снопков, 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 al.] // *Eur J Surg Oncol*. –2018, Vol.44. – P.1112-1117.
28. Curing pancreatic cancer [Text] / B. Traub [et al.] // *Semin Cancer Biol*. –2021. - Vol.76. – P. 232-46.
29. Duodenum-Preserving Resection of the Pancreatic Head versus Pancreatico- duoden ctomy 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](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. Alvarez, 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 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 // Здравоохранение 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 // Здравоохранение 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 // Здравоохранение 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, Исломиддини 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 // Авчи 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. Нуоров // 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. - №1. - С.

[14-М]. Муродов А.И. Нақши маркерҳои эндотоксикоз дар ташҳиси оризаҳои барвақти баъди ҷарроҳии фасодию септикий дохилибатн / Ф.И. Махмадзода, Д.Н. Садуллозода, А.И. Муродов, А.С. Ашуров, К.И. Баротов, Х.С. Нуоров, Ҳ.С. Эмомов // Авчи 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-М]. 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-М]. 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-М]. Муродов А.И. Обоснованный выбор тактики лечения послеоперационных внутрибрюшных абсцессов в гепатобилиарной хирургии / Ф.И. Махмадов, М.Ф. Джураев, Д.Н. Садуллоев, Л.М. Миров, Ф.Ш. Сафаров, А.С. Ашуров А.И. Муродов, // Azerbaijan Journal of Surgery, Baku. - 2023. - №1. - С.102-103.

[25-М]. 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-М]. 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-М]. Муродзода А.И. Первый опыт тотальной лапароскопической панкреатодуоденальной резекции в Таджикистане: клиническая оценка и технические аспекты/ А.И. Муродзода, Ф.М. Миразимов // 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 // №ТЈ 1520 02.02.2024г до 02.02.2030г.

Пешниҳодоти рационализаторӣ:

1. Способ формирования гепатикоеноанастомоза, 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 баъдичарроҳӣ

ПГА – панкреатогастроанастомоз

ПДА – панкреатодигестивӣ анастомоз

ПДР – панкреатодуоденэктомия

ПЕА – панкреатоеюноанастомоз

ПЖ – ғадуди зери меъда

ПП – протоки панкреатикӣ

СА – антигени карбогидратӣ (онкомаркер)

УЗИ – ташхиси ултрасадоӣ

ФГДС – фиброгастроуденоскопия

ХДА – холедоходуоденоанастомоз

ХЕА – холедохоеюноанастомоз

ХП – панкреатити музмин

ЧЧХ-дренирование – дренажи чрескожии трансгепатикӣ-и роҳҳои сафро

ЧЧХ-стентирование – стентгузории чрескожии трансгепатикӣ-и роҳҳои сафро

АННОТАЦИЯ

диссертации кандидата медицинских наук Муродзода Акбар Исматулло «Улучшение результатов комплексного хирургического лечения заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны» на соискание учёной степени доктора медицинских наук по специальностям: 3.1.17. Хирургия, 3.1.12. Онкология

Ключевые слова: доброкачественные и злокачественные опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны, химиотерапия, комплексная хирургическая лечения, панкреатодуоденальная резекция, лапароскопическая панкреато-

дуоденальная резекция, внутрибрюшная аэрозольная химия терапия 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. Определена клиничко-морфологическое 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 технологией, при заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной зоны. Оценены непосредственные результаты применения Fast Track у пациентов с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны. На основании проведенного 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 проведенных исследований внедрены в клиническую практику торакоабдоминального отделения ГУ РОНЦ МЗ и СЗН РТ и клинических базах кафедры хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино».

Область применения. Хирургия, онкология.

АННОТАТСИЯ

диссертатсияи номзади илмҳои тиббии Муродзода Акбар Исматулло дар мавзӯи: «Беҳтаркунии натиҷаи табобати комплексӣ ва ҷарроҳии беморони мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ» барои дарёфти дараҷаи илмии доктори илмҳои тиб аз рӯйи ихтисосҳои: 3.1.17. Ҷарроҳӣ, 3.1.12. Онкология

Калидвожаҳо: омосҳои нексифат ва бадсифати мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ, табобати кимиёвӣ, табобати комплекси ҷарроҳӣ, резексияи панкреатодуоденалӣ, резексияи лапароскопии панкреатодуоденалӣ, табобати кимиёвӣ аэрозолии дохилишикамӣ таҳти фишор.

Ҳадафи таҳқиқот. Беҳтар намудани натиҷаҳои бевоситаи табобати ҷарроҳии бемориҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ тавассути таҳияи усулҳои аз ҷиҳати патогенетикӣ асоснокшудаи пешгирии оризаҳои дохилиҷарроҳӣ ва баъдичарроҳӣ, инчунин истифодаи усулҳои комплексӣ ва омехтаи табобат.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ба гурӯҳи таҳқиқотӣ 216 бемори гирифтори бемориҳои ҷарроҳии узвҳои мавқеи 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 навгонии илмӣ. Асосноккунии клиникӣ ва морфологии истифодаи усули омехтаи табобат дар беморони гирифтори бемориҳои мавқеи гепатопанкреатодуоденалӣ муайян карда шуд. Имкониятҳо ва самаранокии табобати кимиёшӯёии пешазъарроҳӣ дар беморони гирифтори саратони резектабелии ғадуди зери меъда арзёбӣ гардиданд. Меъёрҳои интиҳоби усули фарқкунандаи ҷарроҳӣ, аз ҷумла истифодаи технологияҳои каминвазивӣ, хангоми бемориҳои мавқеи 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 махсуси баъдичарроҳӣ хангоми табобати ҷарроҳии бемориҳои минтақаи гепатопанкреатодуоденалӣ таъсир мерасонанд. Алгоритмҳои табобати саратон ва саратони резектабелии ғадуди зери меъда таҳия карда шуданд.

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

Соҳаи истифода. Ҷарроҳӣ, саратоншиносӣ (онкология).

ANNOTATION

of the dissertation of Akbar Ismatullo Murodzoda entitled “Improvement of the outcomes of comprehensive surgical treatment of diseases of the hepatopancreatoduodenal zone” submitted for the degree of Doctor of Medical Sciences in the specialties: 3.1.17 – Surgery, 3.1.12 – Oncology

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 the 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. Kurbonov of the State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”.

Field of Application: Surgery, Oncology.