

### ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

<sup>1</sup>Медицинский университет Караганды (Караганда, Республика Казахстан). Кафедра хирургических болезней

\*Динар Кенескановна Калиева – доктор Ph, ассоциированный профессор кафедры хирургических болезней Медицинского университета Караганды; электронная почта: d.kalieva@qmu.kz, тел.: +7 7012276103

В приведенном клиническом наблюдении описан случай проведенного панкреатодуоденальной резекции по Уипплу при интраоперационной верификации рака головки поджелудочной железы, осложненная декомпенсированным стенозом залуковичного отдела ДПК. Рак поджелудочной железы является четвертой по значимости причиной смерти от рака. Одним из стандартных лечений операбельных опухолей является классическая операция Уиппла. Операция Уиппла — сложное хирургическое вмешательство высокого риска. Уровень летальности остается высокой. Особенностью рассмотренного клинического случая является успешность проведенного панкреатодуоденальной резекции по Уипплу, несмотря на наличие осложнения основного состояния и коморбидности пациента. Детально разобран анамнез заболевания и все этапы диагностического поиска.

*Ключевые слова:* панкреатодуоденальная резекция, операция Уиппла, рак головки поджелудочной железы

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) относится к сложным операциям и выполняется по поводу опухолей поджелудочной железы (ПЖ), терминального отдела общего желчного протока и большого сосочка двенадцатиперстной кишки, реже — осложнений хронического панкреатита [2].

Самое большое количество осложнений в хирургической гастроэнтерологии и онкологии по сводной мировой статистике отмечено после панкреатодуоденальной резекции с такой же тенденцией по летальности. Летальность составляет примерно десятую часть осложнений [1]. Ввиду выше изложенного, представляем случай успешно проведенной панкреатодуоденальной резекции по Уипплу при раке головки поджелудочной железы.

Пациентка М., 1968 года рождения обратилась в приемный покой 03.03.2022 г. в КГП на ПХВ Многопрофильной больницы имени профессора Х.Ж. Макажанова, с жалобами на желтушность кожного покрова, иктеричность склер, потемнение цвета мочи, ахоличный кал. После осмотра хирурга больная госпитализирована в хирургическое отделение с диагнозом: suspicion tumor (Т-г.) поджелудочной железы. Механическая желтуха. При поступлении в общем анализе крови (ОАК): анемия легкой степени тяжести (116,0 г/л), тромбоцитоз (369,0 /л), ускоренная СОЭ (13 мм/ч); в общем анализе мочи: цвет мочи - темно - желтый; протеинурия (0,30 г/л); гликозурия (10,0 ммоль/л); эритроцитурия (18 эритроцитов в мкл). В биохимическом анализе крови признаки синдрома холестаза: гипербилирубинемия (общий билирубин - 267,49 мкмоль/л; прямой билирубин - 106,80 мкмоль/л); ЩФ - 335,8 МЕ/л; амилаза - 73,86 МЕ/л. Заключение ультразвуковой диагностики гепатобилиарной зоны (УЗИ ГДЗ) 03.03.2022: выраженный метеоризм. Диффузные изменения паренхимы

печени и поджелудочной железы. Признаки билиарной гипертензии. Дилатация холедоха. Киста головки поджелудочной железы. Заключение компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием 03.03.2022: КТ-признаки, более характерные для Т-г головки, частично тела поджелудочной железы, внутри- и внепеченочной гипертензии, мегахоледоха. Утолщение стенки, сладжа желчного пузыря. В отделении начата антибактериальная, инфузионная терапия, вазодилататоры, антикоагулянты совместно с симптоматическим лечением.

04.03.2022г. в связи с отсутствием положительной динамики после консервативной терапии и ввиду высоких рисков осложнения была проведена диагностическая минилапаротомия в правом подреберье. При ревизии желчный пузырь спавшийся, размерами 6,0x2,0 см. Учитывая интраоперационную находку и подозрение на блок на уровне ворот печени, в целях паллиативной помощи наложена холецистостома. Интраоперационно проведена холецистохолангиография. Контраст поступает в ДПК, при этом не прослеживается проксимальная часть желчных путей. При ревизии брюшной полости головка поджелудочной железы плотной, бугристой консистенции. Последняя пережимает холедох выше впадения пузырного протока. Холедох расширен до 1,5 см. Ситуация расценена как Т-г поджелудочной железы. Взята гистология. Наложить холедоходуоденоанастомоз технический не представлялось возможным, переход на срединную лапаротомию, ввиду тяжести состояния больной, представлял высокий риск. Решено было провести холецистэктомия, с последующим дренированием холедоха. Холедохотомия, содержимое-прозрачная жидкость. Проведено дренирование холедоха по Вишневскому. Дренирование брюшной полости.

В динамике (13.03.2022г.) в биохимической анализе крови значительное снижение показателей общего билирубина до 7,34 мкмоль/л; прямого билирубина до 2,80 мкмоль/л. При гистологическом исследовании интраоперационно взятого материала верифицирована аденокарцинома поджелудочной железы. В связи со стабилизацией лабораторных анализов и улучшением общего самочувствия, пациентка была выписана с рекомендациями необходимости консультации онколога и дообследования в амбулаторных условиях.

Пациентка, в связи с не соблюдением рекомендаций, в дальнейшем неоднократно находилась на стационарном лечении с осложнениями, в виде нарастания гастродуоденальных и панкреатобиллиарных нарушений.

На видеоэзофагогастродуоденоскопии от (12.04.2022): Декомпенсированный стеноз залуковичного отдела ДПК неясной этиологии. На фоне отсутствия нормального пассажа воды и пищи по пищеварительному тракту у пациентки развивается гиповолемический шок. Последняя госпитализация в нефрологическое отделение КГП ОКБ с 06.05.2022 г. по 12.05.2022 г., где у больной развилась острая почечная недостаточность, анурия. На фоне проводимой инфузионной терапии, парентерального питания, однократного сеанса гемодиализа 07.05.2022г., у пациентки нормализовался уровень креатинина (77.58 мкмоль/л от 18.04.2022) и восстановился диурез.

19.05.2022г. пациентка поступает в КГП на ПХВ МБ им. проф. Х.Ж. Макажанова, с жалобами на многократную рвоту, общую слабость, выраженную общую слабость. Общее состояние крайне тяжелое, нестабильное за счет гипотонии, диспепсического синдромов, эндогенной интоксикации, астенизацией. Пациентка в сознании, адекватна, астенизирована, кахексична. Кожный покров теплый на ощупь с желтушным оттенком. Иктеричность склер. Периферических отеков нет. ЧДД 19 в минуту. ЧСС 79 уд/в минуту в минуту. АД 70/50 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен желтым налетом у корня. Аппетит отсутствует. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, на поверхности имеются послеоперационные рубцы от лапароскопии. При пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, правом подреберье. Стула не было. Локально: дренаж холедоха функционирует. Отделяемое желчь. Диагноз при поступлении: Механическая желтуха. Susp. Т-г. поджелудочной железы. Декомпенсированный стеноз залуковичного отдела ДПК. Состояние после холецистэктомии, холедохолитотомии, дренирования холедоха (от 04.03.2022г.). Пониженная масса тела, ОППП 3 стадия, прerenальное. Гиповолемический шок. Дегидратация 1-2 степени. Сопутствующие диагнозы: ИБС. Стенокардия напряжения, ФК 3. Атеросклеротический кардиосклероз. Артериальная гипертензия 2 степени, риск 3, вне криза. ХСН ФК 1. Хронический вторичный пиелонефрит,

латентное течение, стадия обострения. Микро-нефролитиаз. ХПН 2ст. Пациентка, в связи с тяжестью состояния, с приемного покоя переведена в отделение реанимации. Лабораторные показатели при поступлении 19.05.2022г.: креатининемия (686.23 мкмоль/л); гипергликемия (8.3 ммоль/л); В ОАК: анемия средней степени тяжести, лейкоцитоз, тромбоцитопения. На УЗИ ГДЗ: Состояние после холецистэктомии. Серозоцерви. Умеренная гепатомегалия. Диффузные изменения паренхимы печени по типу жирового гепатоза. Диффузные изменения поджелудочной железы. Хронический панкреатит. На КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства КТ-признаки, более характерные для Т-г головки поджелудочной железы, билиарной гипертензии, жидкостного содержимого в брюшной полости, инфильтрации внутрибрюшной клетчатки справа, стенок луковицы, петли ДПК. Состояние после холецистэктомии, холедохолитотомии, дренирования холедоха. После стабилизации состояния пациентки, в связи с отсутствием положительной динамики по решению консилиума решено провести релаксацию. При ревизии печень увеличена, застойная, темно-зеленого цвета, край закруглен. В проекции головки поджелудочной железы области большого дуоденального сосочка пальпируется опухолевидное образование до 3см в диаметре, плотное, бугристое, подвижное. Другой патологии органов брюшной полости не выявлено, отдаленных МТС так же выявить не удалось. Проведена панкреатодуоденальная резекция по Уипплу. В лабораторных показателях при выписке 21.06.2022г. сохраняется анемия, тромбоцитопения. На УЗИ ГДЗ: Свободная жидкость в брюшной полости и в малом тазу. Метеоризм. Диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы. Уплотнение и деформация ЧЛС обеих почек. Состояние при выписке удовлетворительное. Выписана с диагнозом: Рак головки поджелудочной железы с прорастанием в желудок, ДПК, большого сальника. Рекомендовано дальнейшее амбулаторное наблюдение.

Общая выживаемость и восстановления качества жизни пациента зависит не только от успешного оперативного лечения, но и амбулаторного ведения пациента, ранних реабилитационных процедур, своевременное диагностирование метастазов и поздних осложнениях основного заболевания.

### ЛИТЕРАТУРА

1 Барванян, Г.М. Обоснование хирургической тактики при объемных заболеваниях органов билиопанкреатодуоденальной зоны, осложнённых билиарной и дуоденальной обструкцией [Текст] : дис. ...канд. мед.наук : 14.01.17 : защищена 28.09.20 : утв.16.10.20 – / Барванян Георгий Михайлович.– П.,2020.– 47 с. – Бибиогр.: с.4–7.

2 Кригер, А.Г. Методологические аспекты и результаты панкреатодуоденальной резекции [Текст] / А.Г. Кригер, Д.С. Горин, А.Р. Калдаров,

## Наблюдения из практики

О.В. Паклина, М.Б. Раевская, С.В. Берелавичус, Е.А. Ахтанин, А.В. Смирнов // Онкология.– 2016.–№ 5.–С.15.

### REFERENCE

1 Barvaniyan, G.M. Obosnovanie hirurgicheskoy taktiky pri obiemnih zabolevaniyah organov biliopancreatoduodenalnoy zony, oslognennih biliarnoy I duodenalnoy obstrukciyei [Tekst] : dis. ... kand. med.nauk : 14.01.17 : zashishena 28.09.20

: utv.16.10.20– / Barvaniyan Geory Mikhailovich.– P.,2020.– 47 p. – Bibliogr.: p.4–7.

2 Kriger, A.G. Metodologicheskiye aspect and rezultaty pancreatoduodenalnoy resekcii [Tekst] / A.G. Kriger, D.S. Gorin, A.R. Kaldarov, O.V. Paklina, M.B. Raievskaya, S.B. Barelavichus, I.A. Ahtanin, A.V. Smirnov // Oncology. – 2016.–no. 5.–P.15.

Поступила 08.08.2022

*У. Г. Батенова<sup>1</sup>, Д. К. Калиева<sup>1</sup>*

*Ұйық БЕЗІ БАСЫНЫҢ ІСІГІ КЕЗІНДЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬДЫ РЕЗЕКЦИЯСЫ*

*<sup>1</sup>Қарағанды медициналық университеті (Қарағанды, Қазақстан Республикасы). Хирургия аурулар кафедрасы*

Жоғарыда келтірілген клиникалық бақылауда он екі елі ішектің баданалы бөлімінің декомпенсацияланған стенозымен асқынған ұйық безі басының қатерлі ісігін операция ішілік тексеру кезінде Уиппл бойынша панкреатодуоденалды резекция жағдайы сипатталған. Ұйық безінің ісігі қатерлі ісіктен болатын өлімнің төртінші себебі болып табылады. Операциялық ісіктерді емдеудің стандартты әдістерінің бірі-классикалық Уиппл операциясы. Уиппл операциясы – өлім қауіпі жоғары күрделі хирургиялық тәсіл. Қарастырылған клиникалық жағдайдың ерекшелігі – науқастың негізгі жағдайы мен үйлесімділігінің асқынуына қарамастан, Уиппл бойынша панкреатодуоденалды резекцияның сәттілігі. Аурудың тарихы және диагностикалық іздеудің барлық кезеңдері егжей-тегжейлі талданады.

*Кілт сөздер:* панкреатодуоденалды резекция, Уиппл отасы, ұйық безінің бас бөлігінің қатерлі ісігі

*U. G. Batenova<sup>1</sup>, D. K. Kaliyeva<sup>1</sup>*

*PANCREATODUODENAL RESECTION FOR CANCER OF THE PANCREATIC HEAD*

*<sup>1</sup>Karaganda Medical University (Karaganda, The Republic of Kazakhstan). Department of Surgical Diseases*

The above clinical observation describes a case of pancreatoduodenal resection performed by Whipple during intraoperative verification of pancreatic head cancer complicated by decompensated stenosis of the cortical part of the duodenum. Pancreatic cancer is the fourth leading cause of cancer death. One of the standard treatments for operable tumors is the classic Whipple operation. Whipple surgery is a complex high—risk surgical intervention, the mortality rate remains high. The peculiarity of the considered clinical case is the success of the performed pancreatoduodenal resection by Whipple, despite the presence of complications of the underlying condition and comorbidity of the patient. The anamnesis of the disease and all stages of diagnostic search are analyzed in detail.

*Key words:* pancreatoduodenal resection, Whipple surgery, pancreatic head cancer