

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

CASE FROM PRACTICE

УДК 616.37-006.6

ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**Г.А. Хакимов, Х.И. Жуманиёзов, Ш.Ш. Кадыров, Ш.В. Зияев, Д.Р. Дьякина.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт,

Курс «Онкология, детская онкология»,

Ташкентский городской онкологический диспансер

Ключевые слова: Поджелудочная железа, билиопанкреатодуоденальная зона, диагностика.**Таянч сўзлар:** Ошқозон ости беги, билиопанкреатодуоденал худуд, ташхисот.**Key words:** Pancreas, biliopancreatoduodenal zone, diagnosis.

Данный описываемый нами случай является ярким примером сложности, касательно скрупулезной диагностики при опухолях гепатопанкреатодуоденальной зоны и демонстрирует высокий процент диагностических ошибок.

Результат. Больному на высоте осложненного течения онкологического процесса поджелудочной железы оказана высококвалифицированная специализированная помощь путем выполнения адекватной онкологической операции.

Рак головки поджелудочной железы может впервые проявляться в виде профузного желудочно – кишечного кровотечения, что не всегда позволяет установить правильный диагноз и выстроить адекватную тактику ведения пациентов.

Мы надеемся, что данный клинический случай повысит бдительность хирургов общей лечебной сети, что опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны могут впервые проявляться в виде осложнения основного заболевания, тем самым уменьшит процент диагностических ошибок и улучшит качество, оказываемой высокоспециализированной помощи онкологическим больным на высоте осложнения онкопроцесса.

ОШҚОЗОН ОСТИ БЕГИ БОШ ҚИСМИ САРАТОНИНГ АСОРАТЛИ КЕЧИШИ**Г.А. Хакимов, Х. И. Жуманиёзов, Ш. Ш.Қадилов, Ш. В.Зияев, Д. Р.Дьякина**

Тошкент педиатрия тиббиёт институти,

Онкология ва болалар онкология курси,

Тошкент шаҳар онкология диспансери

Бизнинг қаламимизга мансуб ушбу мураккаб клиник ҳолат шуни кўрсатадики, гепатопанкреатодуоденал худуд ўсмаларини аниқ ташхислашни қай даражада мураккаблигига ёрқин мисол бўла олади ва шу каби ҳолатларни ташхислашда ҳатоларнинг фойизи юқорилигини намоён этади.

Беъморга ошқозон ости беги онкологик касаллигининг юқори асоратланган кечишида, адекват онкологик жаррохлик амалиёти йўли билан юқори савияли тиббий ёрдам кўрсатилди.

Ошқозон ости беги бош қисми саратони дастлаб ошқозон ичак трактидан кучли қон кетиш асорати билан намоён бўлиб, шу каби ҳолатда беъморларга аниқ ташхис қўйиб ва уларни тўғри олиб бориш имконини бермади.

Биз ушбу клиник ҳолат орқали, умумий тармоқда фаолият юритаётган жаррохларни хушёрликга чорлаб, гепатопанкреатодуоденал худуд хавфли ўсмалари асосий касалликнинг асорати сифатида ҳам намоён бўлишини эътиборга олиб, шу каби ҳолатларни ташхислашда бўлаган ҳатолар фойизи камайишини, асоратли кечган онкологик беъморларга юқори савияли тиббий ёрдам кўрсатилиш сифати яхшиланишини хоҳлар эдик.

COMPLICATED COURSE OF PANCREATIC HEAD CANCER**G.A. Khakimov, Kh.I. Jumaniyozov, Sh.Sh. Kadirov, Sh.V. Ziyayev, D.R. Dyakina**

Tashkent pediatric medical institute,

Department of oncology, children's oncology,

Tashkent city Oncology center

This case described by us is a striking example of complexity, concerning scrupulous diagnostics at tumors of a hepatopancreatoduodenal zone and shows high percent of diagnostic mistakes.

Result. The patient at height of the complicated course of oncological process of a pancreas was given highly skilled specialized help by performance of adequate oncological operation.

The cancer of a head of a pancreas can be shown for the first time in the form of profuze stomach-intestinal bleeding that not always allows to establish the correct diagnosis and to build adequate tactics of maintaining patients.

We hope that this clinical case will increase vigilance of surgeons of the general medical network that tumors of a hepatopancreatoduodenal zone can be shown for the first time in the form of complication of the main disease, thereby will reduce percent of diagnostic mistakes and will improve quality, the given highly specialized help to oncological patients at height of complication of an oncoprocess.

Опухоли органов билиопанкреатодуоденальной зоны составляют 15% всех злокачественных новообразований желудочно – кишечного тракта.

Статистика последних лет свидетельствует о неуклонном росте заболеваемости и смертности от рака поджелудочной железы [2,3,5,6,9].

В настоящее время, этиопатогенез и клиника, диагностика, лечение данной патологии достаточно изучены, однако на протяжении последних 30 лет онкологам клиницистам не удается достичь больших высот в лечении этого фатального заболевания [1,4,7,8,10].

При этом, если даже при плановой работе ведущих онкологических коллективов, результат лечения рака поджелудочной железы остается не совсем удовлетворительным, то какого исхода нам следует ожидать, когда мы сталкиваемся с профузным кровотечением, вследствие прорастания рака головки поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку или в желудок.

Данный описываемый нами случай является ярким примером сложности в плане уточненной диагностики при опухолях гепатопанкреатодуоденальной зоны и особенно демонстрирует высокий процент диагностических ошибок, когда главное место имеет фатальное осложнение рака гепатопанкреатодуоденальной зоны- профузное кровотечение.

Задача нашей публикации повысить онконастороженность среди врачей общей лечебной сети, а конкретно среди коллег хирургов, оказывающих urgentную помощь при неотложных состояниях онкологических пациентов.

Из анамнеза 05.04.2014 года, больной Паронин Е.А. - 1979 г.р., в экстренном порядке был госпитализирован в Республиканский центр экстренной медицинской помощи с диагнозом: профузное желудочно-кишечное кровотечение. Больному срочно была оказана первая помощь, направленная на остановку кровотечения.

После относительной стабилизации общего состояния пациента, ему были проведены следующие обследования: УЗИ, МРТ органов брюшной полости, ирригография; был установлен диагноз: Опухоль забрюшинного пространства. После консультации онколога 10.04.2015 года, пациент был переведен в хирургическое отделение торакоабдоминальной онкологии Ташкентского городского онкологического диспансера.

Общее состояние при поступлении было тяжелым. Тяжесть состояния обусловлена опухолевым процессом, выраженной постгеморрагической анемией и интоксикационным синдромом. Активность по шкале Карновского 60%. EGOG- 2 балла.

Status localis: В правом подреберье брюшной полости пальпируется опухолевидное образование без четких контуров, ограничено смещаемое, приблизительно размерами 12,0x11,0x8,0см. Асцита нет. Симптомов раздражения брюшины нет.

Лабораторно-инструментальные данные:

МРТ (08.04.2014): В забрюшинном пространстве эксцентрично справа определяется неправильной формы объемное образование, оттесняющее головку поджелудочной железы кпереди, нисходящий отдел 12-перстной кишки (без четких границ) кпереди и латеральнее, частично охватывающее брюшную аорту, оттесняющее и деформирующее нижнюю полую вену и брыжеечные артерии. Образование с нечеткими контурами, неоднородной структуры, переходными гиперинтенсивными на E2 ВИ и гипоинтенсивными на E1 ВИ сигнальными характеристиками. Размерами (переднезадний, поперечный, вертикальный) 7,2x10,0x9,5см. Поджелудочная железа с неровными контурами, сохраняет дольчатое строение. Переднезадний размер тела- 2,0 см, хвост- 1,9 см, структура однородная. Панкреатический проток не расширен. **Заключение:** МРТ признаки объемного образования забрюшинного пространства с признаками прорастания в нисходящий отдел 12-перстной кишки.

УЗИ органов брюшной полости (08.04.2014): Заключение: опухоль забрюшинного пространства, прорастающая в нижнюю полую вену, печень?

Ирригография (08.04.2014): Заключение: опухоль брюшной полости, прорастание и сдавление петель тонкой кишки? Прорастание в 12-перстную кишку.

ЭФГДС: Рефлюкс эзофагит.

24. 06.2014 года больной взят на операцию. Ревизия: в проекции головки поджелудочной железы: определяется опухолевый конгломерат, включающий в себя пилорический отдел желудка, головку поджелудочной железы, двенадцатиперстную кишку, брыжейку печеночного изгиба ободочной кишки, забрюшинную клетчатку, нижнюю полую вену, паранефральную клетчатку, брюшную аорту. Со стороны печени, брыжейки тонкой кишки видимых патологических изменений не выявлено. В петлях тонкой кишки обнаружена жидкость геморрагического характера.

Процесс признан местнораспространенным, осложненным.

Для окончательного установления резектабельности процесса первым этапом начата мобилизация нижней полой вены, брюшной аорты, верхней брыжеечной артерии и вены, и правого мочеточника.

Решено выполнить операцию типа расширенной панкреатогастроудоденальной резекции.

У места развилки подвздошных сосудов, брюшная аорта интимно была спаяна с конгломератом забрюшинных лимфатических узлов.

Опухолевый конгломерат мобилизован острым путем с перевязкой и пересечением питающих сосудов. Антропилорический отдел желудка мобилизован острым путем с перевязкой и пересечением правой желудочной, правой желудочно-сальниковой артерий. Желчный пузырь мобилизован острым путем. На малую кривизну желудка наложен аппарат УО 60 и желудок резецирован, выполнена холецистэктомия. Головка поджелудочной железы резецирована, двенадцатиперстная кишка тотально иссечена, на тонкую кишку в проекции верхней брыжеечной артерии наложен аппарат УО 60. Препарат включающий в себя желчный пузырь, антропилорический отдел желудка, 12-перстную кишку, головку поджелудочной железы, забрюшинную клетчатку, конгломерат увеличенных узлов удален в едином блоке. Гемостаз. Линия танталовых скрепок дополнительно перитонизирована атравматическими швами. Сформирован: панкреато-еюно, гастро-еюно, холедохо-еюно, и энтеро-энтеро анастомоз.

Брюшная полость санирована и дренирована в обеих подреберьях и в правой подвздошной области. Послойное ушивание раны.

Макропрепарат: Желчный пузырь, дистальный отдел холедоха, антропилорический отдел желудка, двенадцатиперстная кишка, головка поджелудочной железы, забрюшинная клетчатка с лимфатическими узлами и сосудами. Размер опухолевого конгломерата 12x10,0x9,0 см. На разрезе забрюшинная опухоль напоминает «рыбье мясо».

Патогистологическое заключение № 7537-56 – Аденокарцинома G 4.

Иммуногистохимическое исследование, отделение патологической анатомии ФГБУ «РОНЦ» им Н.Н. Блохина г.Ташкента № 21383/2014: **Заключение:** Иммуноморфологическая характеристика новообразования соответствует низкодифференцированной протоковой аденокарциноме поджелудочной железы.

Послеоперационное течение гладкое, заживление раны первичное. Пациент выписан из стационара в относительно удовлетворительном состоянии.

Приведенный клинический случай, показывает, что осложненное течение рака головки поджелудочной железы с кровотечением встречается редко, и диагностика бывает затруднительна.

Не стоит забывать, что рак головки поджелудочной железы может впервые проявляться в виде профузного желудочно-кишечного кровотечения, что не всегда позволяет установить правильный диагноз и выстроить адекватную тактику введения пациентов.

Этот случай еще раз показывает трудности, встречающиеся в клинической практике не только касательно лечения, но и дооперационной точной диагностики, особенно если имеет место осложненное течение опухолевого процесса, т.е. в urgentных ситуациях.

Мы надеемся, что наш пример повысит бдительность хирургов общей лечебной сети, что опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны могут впервые проявляться осложнениями

основного заболевания, тем самым будет способствовать уменьшению процента диагностических ошибок и повышению качества оказываемой высокоспециализированной помощи онкологическим больным на высоте осложнения онкопроцесса.

Использованная литература:

1. Алибегов Р.А., Касумьян С.А., Бельков А.В. и др. Профилактика осложнений панкреатодуоденальных резекций // Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков: Тез. докл. российско- германского симпозиума. Москва, 24-25 мая, 2000. С. 5-6.
2. Блохин Н.Н., Итин А.Б., Клименков А.А.. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей. М., Медицина, 1982, С. 272.
3. Данилов М.В., Федоров В.Д.. Хирургия поджелудочной железы: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. Стр. 512.
4. Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Косырев В.Ю., Сагайдак И.В.. Пути улучшения переносимости гастропанкреатодуоденальной резекции // Хирургия. 2002. №10. С. 29-32.
5. Патютко Ю.И., Котельников А.Г.. Рак поджелудочной железы: диагностика и хирургическое лечение на современном этапе. Анналы хирургической гепатологии. Том 3. С. 98-105.
6. Ширяев С.В., Чистякова О.В., Титова И.А., Кукушкин А.В., Медведева Б.М.. Комплексная диагностика опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны. Практическая онкология. Т.5, №2. 2004. С. 77-84.
7. Ambramson M.A., Swanson E.W., Whang E.E.. Surgical resection versus palliative chemoradiotherapy for the management of pancreatic cancer with local venous invasion: A decision analysis. J gastrointest surg. 2008 Oct 23.
8. Kubowaka Y., Ariyama J. Diagnosis of tsl pancreatic cancer(abstract). Suizo-J. Jpn. Pancreas soc., 1995:10:153.
9. Shaib Y., Davila J., El-Serag H. The epidemiology of pancreatic cancer in the United States: changes below the surface. Aliment Pharmacol Ther. 2006: 24: 87-94.
10. Shibata A., Mack T.M., Paganini-Hill A., Ross R.K., Henderson B.E.. A prospective study of pancreatic cancer in the elderly // Int. J. Cancer. 1994. Vol. 58, № 1. P.46-49.