ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

ӘӨЖ 61.617- 089
ҒТАМР 76.29.39
DOI: 10.53065/f8733-9301-8730-b

Поступил в редакцию: 07.11.2022.
Принято к публикации: 27.06.2023.

ҚАТЕРЛІ ІСІК КЕЗІНДЕ ҰЙҚЫ БЕЗІ ҚҰЙРЫҒЫН РЕЗЕКЦИЯЛАУДЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ӘДІСТЕРІН ТАЛДАУ

Е.К. НУРЛАНБАЕВ[1,2], С.САЙРАНҚЫЗЫ[1], Ж.М. АМАНГЕЛДІ[1], С.А. БОЛАТБЕК[1], Ж.Б. БОТБАЙ[1], А.Н. БУРАҚОЖА[1], Д.Н.НАУКАНОВА[1], А.Ж. РАХМЕТОВА[1], Д.И. ТОРАХАНОВА[1]

[1]«С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ», КеАҚ, Алматы, Қазақстан
[2]«А.Н.Сызғанов атындағы ұлттық ғылыми хирургиялық орталық», АҚ, Алматы, Қазақстан

Түйіндеме

Кіріспе. Ұйқы безі обыры онкопатологиялардың таралу ауқымы бойынша әлемде 12 - орында (100000 адамға шаққанда 4,9 жағдай), онкологиялық аурулардан өлім жітім бойынша 9 - орында (100 000 адамға шаққанда 4,5 жағдай). Эпидемиологиялық зерттеулерге сәйкес, 2040 жылға қарай ұйқы безінің қатерлі ісігінен болатын өлім - жітім 79,9%-ға артады деп болжануда.

Мақсаты. Ұйқы безінің құйрығы обырымен науқастардағы дисталды панкреатэктомияның лапаротомиялық және лапароскопиялық әдістерін салыстыра отырып, тиімді түрін анықтау.

Материалдар мен әдістер. Ғылыми жұмыс 2017 - 2021 жылдар аралығындағы А.Н.Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығында ұйқы безіндегі ісіктерге дисталды пакреатэктомия (ДП) жасалған 44 науқастың ауру тарихын талдауға негізделген. Дисталды пакреатэктомия науқастардың 15-іне лапароскопия жолымен, 23-іне лапаротомия жолымен жасалды, 6 науқасқа орталық резекция жасалды. Науқастардың 15-іне дистальды панкреатэктомия спленэктомиямен жасалынса, ал қалған 16-сына көкбауырды сақтай отырып дистальды панкреатэктомия жасалған, оның 31-і әйел адам, 13-і ер адамды құрады.

Нәтижелер. Ота жасалған науқастардың орташа жасы: лапаротомиялық ДП - 55 жасты, лапароскопиялық ДП - 45 жасты, ота ұзақтығы: лапароскопиялық ДП - 309 минутты, лапаротомиялық ДП - 293 минутты, ота кезіндегі қан жоғалту: лапароскопиялық ДП - 86 (50 - 100) млды, лапаротомиялық ДП - 232 (40 - 1000) мл-ды құрады. Операциядан кейінгі кезеңде лапароскопиялық ДП-дан кейін қан кету - 0, жыланкөз - 4; лапаротомиялық ДП-дан кейін қан кету - 1, жыланкөз - 9, перитонит - 1, жедел панкреатит - 2 жағдайларда кездескен.

Қорытынды. Науқастардың ауру тарихын талдау нәтижелері лапароскопиялық әдіс, ота кезіндегі қан жоғалту көлемінің, отадан кейінгі төсек күндерінің және асқынулардың салыстырмалы аздығына байланысты лапаротомиялық резекция әдісіне қарағанда тиімді екендігін көрсетті.

Түйін сөздер: ұйқы безі ісігі, дистальды панкреатэктомия, лапароскопия, лапаротомия, варшав әдісі, спленэктомия.

Кіріспе. Ұйқы безінің ісігі -бұл безді тіндердің эпителийінен немесе ұйқы безінің түтіктерінен пайда болатын ісік. Ұйқы безі обыры онкопатологиялардың таралу ауқымы

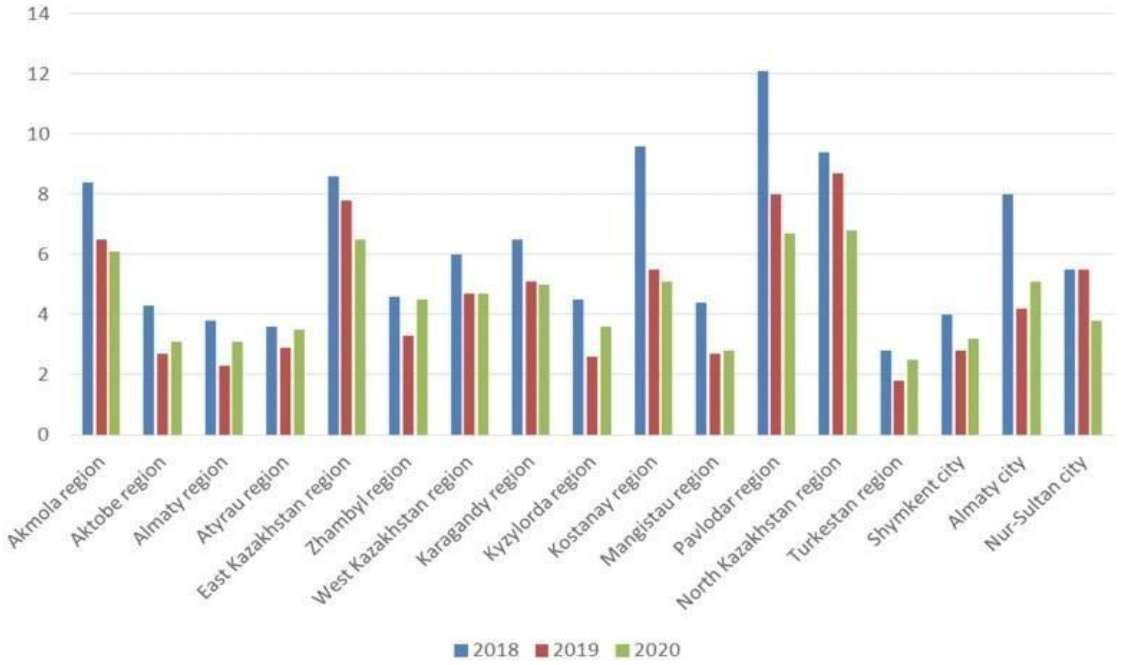
ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

бойынша әлемде 12-орында (100000 адамға шаққанда 4,9 жағдай), онкологиялық аурулардан өлім жітім бойынша 9-орында (100 000 адамға шаққанда 4,5 жағдай). 90% жағдайда ұйқы безінің қатерлі ісігі экзокринді функцияны орындайтын тіндерге, яғни ұйқы безі сөлі бөлінетін түтіктеріне әсер етеді. Бұл ісіктің тағы бір атауы - ұйқы безінің каналдық аденокарциномасы. Көптеген жағдайларда (75% -дан 80% -ға дейін) ісік ұйқы безінің басында, сирек орталық немесе каудалды бөлікте локализацияланады. Ұйқы безінің эндокриндік қызметіне әсер ететін және балама емдеуді қажет ететін басқа да ісік түрлері бар [1].

2021 жылы шілде айында Gastroenterology журналында 2018 жылғы деректерге сәйкес бүкіл әлем бойынша 100 000 адамға шаққанда ұйқы безінің қатерлі ісігінің таралу көрсеткіштері жарияланды. Осы деректерге сәйкес әлем бойынша ең көп таралған мемлекеттерге АҚШ, Финляндия, Япония, Франция, Германия, Чехословакия жатады (100 000 адамға шаққанда 8,2 жағдай), таралуы бойынша одан кейінгі елдерге Австралия, Ресей, Аргентина (100 000 адамға шаққанда 7,5 жағдай), Канада (100 000 адамға шаққанда 5,9 жағдай) кіреді, ал біздің елімізде таралу көрсеткіші 100 000 адамға шаққанда 4,9 жағдайды құрайды. Ал өлім- жітім деңгейі бойынша ең алғашқы орында Ресей, Франция, Германия, Чехословакия, Турция елдері тұр (100 000 адамға шаққанда 7,2 жағдай), ал біздің елімізде бұл көрсеткіш 100 000 адамға шаққанда 4,5 жағдайды құрайды [2].

2018-2020 жылдар аралығында Қазақстанда ұйқы безі обырының таралуын бағалау мақсатында ретроспективті статистикалық талдау жүргізілді. Талдаудың нәтижесі бойынша ұйқы безінің қатерлі ісігі онкологиялық аурулардың ішінде 2018 жылы 12-орында, 2019 жылы 13орында болғанымен, 2020 жылы 8-орынға көтерілді. Ауру жиілігінің артуы жағымсыз этиологиялық факторлардың тұрақты әсерін көрсетеді. Ұйқы безінің қатерлі ісігініңтаралуын қарастырғанда жыныс бойынша көрсеткішінде айырмашылық байқалды, ер адамдарда ауру көрсеткіші 8орынға, ал әйелдерде 10-орынға көтерілді. 2019 жылдан бастапұйқы безі қатерлі ісігінің өлім-жітім көрсеткіші100 000 халыққа шаққанда 4,2 құрады.Статистикалық талдаудың қорытындысы бойынша, 2020 жылы 8 аймақта ұйқы безі қатерлі ісігінің өлім-жітім көрсеткіші орташа республикалық деңгейден жоғары болуы анықталды: Солтүстік Қазақстан – 100 000 тұрғынға 6,8 адам – ең жоғары деңгей, Павлодар облысы – 100 000 халыққа 6,7, Шығыс Қазақстан – 100 000 халыққа 6,5, Ақмола – 100 000 халыққа 6,1, Қостанай облысы – 100 000 халыққа 5,1, Қарағанды облысы – 100 000 халыққа 5,1, Батыс Қазақстан облысында – 100 000 халыққа 4,7, Алматы қаласында – 100 мың халыққа 5,1 адамды құрады. Төмен өлім көрсеткіші Түркістанда – 100 000 халыққа 2,5, Маңғыстауда – 100 000 халыққа 2,8, Ақтөбеде – 100 000 халыққа 3,1, Атырау – 100 000 халыққа 3,5, Қызылорда – 100 000 халыққа 3,6, Шымкент – 100 000 халыққа шаққанда 3,2 адамды құрайтыны тіркелген (1-сурет) [3].

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692



1 сурет - Қазақстандағы аумақтар бойынша өлім – жітім көрсеткіші

Ұйқы безі ісігінің түрлері қатерсіз (өзекішілік, папиллярлы-муцинозды, муцинозды-кистозды, серозды цистаденома, солидті псевдопапиллярлы, нейроэндокринды инсулинома) қатерлі (аденокарцинома, жалпақ жасушалы, цистаденокарцинома, ацинарлы-жасушалы, дифференцирленбеген) болып бөлінеді [4]. Соңғы мәліметтер бойынша, ең жиі кездесетін қатерлі ісіктің түрі – ұйқы безінің түтіктік аденокарциномасы (85%). Бұл қатерлі ісік ұйқы безінен бөлінетін секрецияларды (ферменттер мен бикарбонат) тасымалдайтын түтіктерде пайда болады. Аденокарциномалардың шамамен 60-70% ұйқы безінің басында пайда болады. Таралу жиілігі бойынша одан кейінгі орындарды ұйқы безінің түтікішілік папиллярлы муцинозды ісігі (4%), эндокриндік неоплазма (2%), серозды цистоаденома (2%), ацинарлы жасушалық карцинома (1%), солидты псевдопапиллярлы панкреатобластома (1%) және муцинозды цистоаденомалар құрайды (1%) [5]. Лапароскопиялық дистальды панкреатэктомия (ЛДПЭ) - ашық резекциямен салыстырғанда ең жиі орындалатын ұйқы безінің резекциясы болып табылады.

Көрсеткіштеріне: қатерсіз ісіктер, ісік алды немесе орта және жоғарғы дифференциация дәрежесімен қатерлі ісіктер жатады. ЛДПЭ - ға қарсы көрсетілім ретінде барлық этиологиялы шок, жедел ми қан айналымының бұзылысы, қан ұю бұзылысы, декомпенсация сатысындағы жүрек-өкпе жеткіліксіздігің жатқызуға болады. Лапароскопияның ашық операциядан артықшылығы: инвазивтілігі төмен, операция барысы анық визуализацияланады, науқастың ерте қалпына келуі, стационарлық ем ұзақтығының қысқаруы, операциядан кейінгі асқынулардың аз болуымен жүреді [6]. Егерде науқаста лапароскопияға қарсы көрсеткіштер болса лапаротомия жүргізіледі. Оның да артықшылықтары және кемшіліктері бар. Артықшылықтарына орындалу техникасы қарапайымдылығы және көрші органдарды көріп бағалау мүмкіндігі болса, кемшіліктеріне инвазивтілігі жоғары, реабилитация кезеңі ұзақ болуы және операциядан кейінгі кезеңдегі

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

асқынулардың көп болуы жатады. Егер қатерлі ісік процесі денеде немесе ұйқы безінің құйрығында локализацияланса немесе бүкіл безге әсер етсе, операцияның стандартты көлемі ұйқы безінің дистальды резекциясы немесе көкбауырды алып тастау арқылы жалпы панкреатэктомия әдісі арқылы жасалады. Иммунитеттегі көкбауырдың рөлі өте маңызды болғандықтан, соңғы кездері хирургтар бұл органды сақтауға жүгіне бастады. Көкбауырды сақтайтын хирургиялық емнің 2 түрі бар. Біріншісі көкбауыр артериясы мен көктамырын байлау мен кесуді қамтиды (Варшав операциясы) [7]. Бұл әдістің артықшылығына көкбауырдың иммунологиялық қызметінің сақталуы мен асқынулардың аз болуы жатады. Екінші түрінде көкбауыр артериясы мен венасын сақтау, безге алып баратын ұсақ бұтақтарды кесіп өту арқылы жасалады [8]. Бірінші түрі қарапайым, бірақ ол инфарктпен, көкбауырдың абсцессімен немесе асқазан тамырларының варикозды кеңеюімен асқынуы мүмкін. Соңғы жылдары Варшав әдісі орындалу техникасының салыстырмалы жеңілдігіне байланысты хирургтар арасында танымал [9].

Спленоэктомиядан кейінгі асқынуларға: постспленэктомиялық инфекцияның даму қаупі (0,1-0,5%, соның ішіндегі өлім - жітім 60%), көкбауырлық және қақпа веналарында тромбоз даму қаупі (0,7-8%, соның ішінде өлім-жітім 10%) жатады [10]. Ұйқы безі құйрығы ісігінің хирургиялық резекциядан кейінгі жиі дамитын асқынуларға жыланкөздердің пайда болуы (41%), абсцесс (19%), қан кетулер (8%), плеврит (7%), инфекцияның қосылуы (6%), жедел ішек өтімсіздігі (4%), ас қорыту бұзылыстары (4%), анастомоз түзілуі (4%), сепсис дамуы (3%), дистресс синдром (2%) және өкпе эмболиясы (2%) жатады [11]. Осының барлығы бізге аталмыш ғылыми зерттеу жұмысын жоспарлауға және жүргізуге негіз болды.

Зерттеудің мақсаты. Ұйқы безінің құйрығы обырымен науқастардағы дистальды панкреатэктомияның лапаротомиялық және лапароскопиялық әдістерін салыстыра отырып, тиімді түрін анықтау.

Зерттеудің материалдары мен әдістері. Ғылыми жұмыс 2017-2021 жылдар аралығындағы А.Н.Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығында ұйқы безіндегі ісіктерге дисталды пакреатэктомия жасалған 44науқастың ауру тарихын талдауға негізделген. Дисталды пакреатэктомия науқастардың 15-іне лапароскопия жолымен, 23-іне лапаротомия жолымен жасалды, 6 науқасқа орталық резекция жасалды. Науқастардың 15-іне дистальды панкреатэктомия спленэктомиямен жасалынса, ал қалған 16-сына көкбауырды сақтай отырып дистальды панкреатэктомия жасалған, оның 31-і әйел адам, 13-і ер адамды құрады.

Зерттеудің нәтижелері. Зерттеу нәтижелері бойынша лапаротомиялық дистальды панкреатэктомия (ДП) жасалған науқастардағы отаның орташа ұзақтығы 293 минут (30-450), ал лапароскопиялық ДП - ның орташа ұзақтығы 309 минутты (80-425) құрады. Қан кетукөлемі лапароскопиялық ДП бойынша орташа көрсеткіш 86мл-ды (50-100), ал лапаротомиялық ДП бойынша орташа көрсеткіш 232 мл-ды (40-1000) құрайды. Асқынуларға жасалған талдау лапароскопиялық ДП жасалған науқастарда тек панкреатикалық жыланкөз 26% (n=4), ал лапаротомиялық ДП жасалған науқастарда жыланкөз 39% (n=9), жедел панкреатит 9% (n=2), перитонит 4% (n=1) диагностикаланғанын көрсетті.

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

Кесте 1 - Ұйқы безі құйрығы ісігінің лапароскопиялық және лапаротомиялық ДП көрсеткіштерін салыстырмалы талдау

Көрсеткіштер	Лапароскопиялық ДП N=15 medium (min-max)	ЛапаротомиялықДП N=23 medium (minmax)
Жасы	45,00 (25-70)	55,00 (11-67)
Жынысы Әйел Ер	 8 7	 17 6
Ота ұзақтығы (мин)	309(80-425)	293(30-450)
Қан жоғалту (мл)	86(50-100)	232(40-1000)
Спленэктомиямен	15	16
Асқынулар: Жыланкөз Қан кету Жедел панкреатит Перитонит	 4 (26%) 0 0 0	 9(39%) 1(4%) 2(9%) 1 (4%)
Төсек күндер Өлім жітім	8 0	12.5 1 (4%)

Сонымен қатар, зерттеу нәтижелері бойынша лапароскопиялық ДП-мен науқастардың стационарда болу уақыты 8 тәулікті, лапаротомиялық ДП-мен 12 тәулікті құрады. Мәліметтер 1-кестеде көрсетілген.

Кесте 2 - Ұйқы безі құйрығы ісігінің дисталды резекциясынан кейін пайда болатын аскынулардың пайыздық корсеткіштері

	Спленэктомиямен (N=15)	спленэктомиясыз (N=16)
Панкреатикалық жыланкөз	4 (27%)	1 (6%)
Қан кету	2 (13%)	0
Clavien Dindo асқынулары 1 - дәреже 2 - дәреже 3 - дәреже 4 - дәреже	 4 (27%) 0 2 (13%) 0	 1(6%) 0 0 0

2 кестедегі мәліметтер бойынша, төмендегідей зерттеу нәтижелері алынды. Спленэктомиямен дистальды панкреатэктомия 15 науқасқа және спленэктомиясыз

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

дистальды панкреатэктомия 16 науқасқа жасалған. Асқынулар бойынша панкреатикалық жыланкөз 27% (n=4) науқаста (спленэктомиямен), спленэктомиясыз дистальды панкреатэктомияда панкреатикалық жыланкөз 6% (n=1) науқаста кездесті. Спленэктомиямен дистальды панкреатэктомия жасалған науқастардың 13%-да (n=2) қан кетумен асқыну кездесті. Ал спленэктомиясыз дистальды панкреатэктомиядан кейін қан кету мүлдем кездеспеді.

Қорытынды.Ұйқы безі құйрығы ісігінің хирургиялық резекция әдістеріне жасалған отандық және шетелдік әдебиеттерге шолу, отандық медицинада бұл патология туралы мәліметтер аз екенін және әлем бойынша өзекті мәселелердің бірі екендігін көрсетті. Ұйқы безі құйрығының ісігіне қазіргі таңда лапаротомиялық және лапароскопиялық ДПәдісімен ота жасалынады. Көкбауырды сақтайтын ЛДПЭ ұйқы без құйрығы ісігі үшін таңдаулы операция болып табылады. Ұйқы безі қатерлі ісігіне көкбауырды сақтай отырып жасалынатын резекция тәсілі - Варшав әдісі. Бұл әдіс жыланкөздер, қан кету және Clavien Dindo асқынуларының салыстырмалы аз болуына байланысты тиімді екендігін көрсетті. Науқастардың ауру тарихын талдау нәтижелері лапароскопиялық әдіс, ота кезіндегі қан кету көлемінің, отадан кейінгі төсек күндерінің және асқынулардың салыстырмалы аздығына байланысты лапаротомиялық резекция әдісіне қарағанда тиімді екендігін дәлелдейді.

Мүдделер қақтығысы

Біз мүдделер қақтығысының болмағанын мәлімдейміз.

Авторлардың үлестері

Тұжырымдама әзірлеу – Нурланбаев Е.К.

Орындау – Амангелді Ж.М., Болатбек С.А., Ботбай Ж.Б., Бурақожа А.Н., Науканова Д.Н., Рахметова А.Ж., Тораханова Д.И.

Нәтижелерді өңдеу – Сайранқызы С.

Нәтижелерді ғылыми түсіндіру – Нурланбаев Е.К., Сайранқызы С.

Мақала жазу – Амангелді Ж.М., Болатбек С.А., Ботбай Ж.Б., Бурақожа А.Н., Науканова Д.Н., Рахметова А.Ж., Тораханова Д.И.

Біз бұл материалдың бұрын жарияланбағанын және басқа баспагерлер тарапынан қарастырылмағанын мәлімдейміз.

Қаржыландыру: Жоқ.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Rahib L., Smith B.D., Aizenberg R., Rosenzweig A.B., Fleshman J.M., Matrisian L.M. Projecting cancer incidence and deaths to 2030: the unexpected burden of thyroid, liver, and pancreas cancers in the United States // Cancer Res. - 2014. - V.74(11). – P. 2913-2921, PMID: 24840647

2 Junjie Huang, Veeleah Lok, Chun Ho Ngai et.al. Worldwide Burden of, Risk factors for, and Trends in Pancreatic cancer // Gastroenterology. - 2021. - V.160 (3). – P.744-754.

3 Fazyl F., Begimbetova D., BatyrbekovK et al. Main epidemiological aspects of pancreatic cancer in Kazakhstan // Eurasian journal of applied biotechnology. - 2022. - V.3. – P.77-78.

4 Бегер Х.Г., Прокопчук О. Доброкачественные опухоли поджелудочной железы – ограниченные хирургические операции при кистозных и нейроэндокринных новообразованиях–пересмотр хирургических вмешательств // Анналы хирургической гепатологии. - 2015. - №20 (2). - С. 73-89.

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

Beger H.G., Prokopchuk O. Dobrokachestvennye opuholi podzheludochnoj zhelezy – ogranichennye hirurgicheskie operacii pri kistoznyh i nejrojendokrinnyh novoobrazovanijah– peresmotr hirurgicheskih vmeshatel'stv // Annaly hirurgicheskoj gepatologii. - 2015. - №20 (2). - S. 73-89.

5 Padoan A, Plebani M, Basso D. Inflammation and Pancreatic Cancer: Focus on Metabilism, Cytokines, and Immunity // Int J Mol Sci. – 2019. - V.20 (3). - S. 676. doi: 10.3390/ijms20030676.

6 Braga M, Pecorelli N, Ferrari D, Balzano G, Zuliani W, Castoldi R. Results of 100 consecutive laparoscopic distal pancreatectomies: postoperative outcome, cost-benefit analysis, and quality of life assessment // Surgical Endoscopy. – 2015. - V.29 (7). - S. 1871-1879.

7 Stauffer J, Coppola A, Asbun HJ. Pancreatic surgery for pancreatic adenocarcinoma: a comparison between the laparoscopic and open surgical approach // Gastroenterology. – 2015. - V.148(4 Suppl). - S1166-S7

8 van Hilst J., de Rooij T., Bosscha K., et al. Laparoscopic versus open pancreatoduodenectomy for pancreatic or periampullarytumours (LEOPARD-2): a multicentre, patient-blinded, randomised controlled phase 2/3 trial // Lancet Gastroenterol Hepatol. - 2019. - V.4 (3). - P. 199-207.

9 Зайцев О.В., Кошкина Я.В., Хубезов Л.А., и др. Тотальная дуоденопанкреатэктомия с сохранением селезенки (клиническое наблюдение) // Клин. и эксперимент. хир. журн. им. акад. Б.В.Петровского. -2020. - С .90-95.
Zajcev O.V., Koshkina Ja.V., Hubezov L.A., i dr. Total'naja duodenopankreatjektomija s sohraneniem selezenki (klinicheskoe nabljudenie) // Klin. i jeksperiment. hir. zhurn. im. akad. B.V. Petrovskogo. -2020. - S .90-95.

10 Elroy P.W. Weledji, Benefits and risks of splenectomy // International Journal of Surgery. - 2014. – V.12 (2). - P.113-119. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2013.11.017.

11 Stauffer J, Coppola A, Asbun HJ. Pancreatic surgery for pancreatic adenocarcinoma: a comparison between the laparoscopic and open surgical approach // Gastroenterology. – 2015. - V.148 (4 Suppl). - S1166-S7.

Авторлар туралы мәлімет:

Е.К. Нурланбаев – //orcid.org/0000-0001-8758-5061, С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-дің №2 Хирургиялық аурулар кафедрасының доценті, А.Н.Сызғанов атындағы ұлттық ғылыми хирургиялық орталығы, Жалпы хирургия бөлімшесінің меңгерушісі, PhD, nurlanbayev.e@kaznmu.kz.

@С. Сайранқызы – //orcid.org/0000-0002-2873-2444, С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-дің Балалар аурулары пропедевтикасы кафедрасының ассистенті, PhD, salta3105@mail.ru

Ж.М. Амангелді - //orcid.org/0000-0002-5754-9972, С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-дің «Жалпы медицина» мамандығының 7-курс студенті, дәрігер-интерн, toraxanova@inbox.ru

С.А. Болатбек - //orcid.org/0000-0002-6509-0348, С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-дің «Жалпы медицина» мамандығының 7-курс студенті, дәрігер-интерн, simslu712@gmail.ru

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

Ж.Б. Ботбай - //orcid.org/0000-0002-7836-2322, С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-дің «Жалпы медицина» мамандығының 7-курс студенті, дәрігер-интерн, magic_girl_zhan@mail.ru.

А.Н. Бурақожа - //orcid.org/0000-0001-7956-1158, С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-дің «Жалпы медицина» мамандығының 7-курс студенті, дәрігер-интерн, aida.burakozhaeva@mail.ru.

Д.Н. Науканова - //orcid.org/0000-0003-0599-8263, С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-дің «Жалпы медицина» мамандығының 7-курс студенті, дәрігер-интерн, darina98@mail.ru.

А.Ж. Рахметова - //orcid.org/0000-0003-4704-7298, С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-дің «Жалпы медицина» мамандығының 7-курс студенті, дәрігер-интерн, raxmetova99@list.ru.

Д.И. Тораханова - //orcid.org/0000-0002-9076-5263, С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-дің «Жалпы медицина» мамандығының 7-курс студенті, дәрігер-интерн, toraxanova@inbox.ru.

Сведения об авторах:

Е.К. Нурланбаев – //orcid.org/0000-0001-8758-5061, доцент кафедры Хирургических болезней №2 КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, заведующий отделением Общей хирургии Национального научного центра хирургии им. А.Н.Сызганова, PhD, nurlanbayev.e@kaznmu.kz.

@С. Сайранқызы – //orcid.org/0000-0002-2873-2444, ассистент кафедры Пропедевтики детских болезней им. С.Д. Асфендиярова, PhD, salta3105@mail.ru

Ж.М. Амангелды - //orcid.org/0000-0002-5754-9972, студент 7-курса КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова по специальности «Общая медицина», врач-интерн, toraxanova@inbox.ru

С.А. Болатбек - //orcid.org/0000-0002-6509-0348, студент 7-курса КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова по специальности «Общая медицина», врач-интерн, simslu712@gmail.ru

Ж.Б. Ботбай - //orcid.org/0000-0002-7836-2322, студент 7-курса КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова по специальности «Общая медицина», врач-интерн, magic_girl_zhan@mail.ru.

А.Н. Буракожа - //orcid.org/0000-0001-7956-1158, студент 7-курса КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова по специальности «Общая медицина врач-интерн, aida.burakozhaeva@mail.ru.

Д.Н. Науканова - //orcid.org/0000-0003-0599-8263, студент 7-курса КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова по специальности «Общая медицина», врач-интерн, darina-98@mail.ru.

А.Ж. Рахметова - //orcid.org/0000-0003-4704-7298, студент 7-курса КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова по специальности «Общая медицина», врач-интерн, raxmetova99@list.ru.

Д.И. Тораханова - //orcid.org/0000-0002-9076-5263, студент 7-курса КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, врач-интерн, toraxanova@inbox.ru.

Information about authors:

E.K. Nurlanbaev - //orcid.org/0000-0001-8758-5061, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases № 2 of KazNMU named after. S.Zh. Asfendiyarova, Head of the Department of General Surgery of the National Scientific Center for Surgery named after A.N. Syzganova, PhD, nurlanbayev.e@kaznmu.kz .

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

@S. Sairankyzy – //orcid.org/0000-0002-2873-2444, assistant of the Department of Propedeutics of Children's Diseases named after. S.Zh. Asfendiyarova, PhD, salta3105@mail.ru

Zh.M. Amangeldy - //orcid.org/0000-0002-5754-9972, 7-year student of KazNMU named after. S.Zh. Asfendiyarov, specialty «General Medicine», intern, toraxanova@inbox.ru

S.A. Bolatbek - //orcid.org/0000-0002-6509-0348, 7-year student of KazNMU named after. S.Zh. Asfendiyarov, specialty «General Medicine», intern, simslu712@gmail.ru

Zh.B. Botbai - //orcid.org/0000-0002-7836-2322, 7-year student of KazNMU named after. S.Zh. Asfendiyarov, specialty «General Medicine», intern, magic_girl_zhan@mail.ru

A.N. Burakozha - //orcid.org/0000-0001-7956-1158, 7-year student of KazNMU named after. S.Zh. Asfendiyarov, specialty «General Medicine», intern, aida.burakozhaeva@mail.ru

D.N. Naukanova - //orcid.org/0000-0003-0599-8263, 7-year student of KazNMU named after. S.Zh. Asfendiyarov, specialty «General Medicine», intern, darina-98@mail.ru

A.Zh. Rakhmetova - //orcid.org/0000-0003-4704-7298, 7-year student of KazNMU named after. S.Zh. Asfendiyarov, specialty «General Medicine», intern, raxmetova99@list.ru

D.I. Torakhanova - //orcid.org/0000-0002-9076-5263, 7-year student of KazNMU named after. S.Zh. Asfendiyarov, specialty «General Medicine», intern, toraxanova@inbox.ru

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ РЕЗЕКЦИИ ХВОСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАКЕ

Е.К. НУРЛАНБАЕВ[1,2], С. САЙРАНКЫЗЫ[1], Ж.М. АМАНГЕЛДЫ[1], С.А. БОЛАТБЕК[1], А.Н. БУРАКОЖА[1], Ж.Б. БОТБАЙ[1], Д.Н. НАУКАНОВА[1], А.Ж. РАХМЕТОВА[1], Д.И. ТОРАХАНОВА[1]

[1]НАО «КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова», Алматы, Казахстан

[2]АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н.Сызганова», Алматы, Казахстан

Аннотация

Введение. Рак поджелудочной железы занимает 12 место в мире по распространенности онкопатологий (4,9 случая на 100 000 населения), 9 место по смертности от рака (4,5 случая на 100 000 населения). Согласно эпидемиологическим исследованиям, к 2040 году прогнозируется увеличение смертности от рака поджелудочной железы на 79,9%.

Цель. Определить эффективную форму дистальной панкреатэктомии (ДП) у больных раком хвоста поджелудочной железы, сравнив лапаротомическии и лапароскопические методы.

Материалы и методы исследования. научная работа основана на анализе истории болезни 44 пациентов с опухолем поджелудочной железы, перенесших дистальную панкреатэктомию в Национальном научном центре хирургии им. А.Н.Сызганова в период с 2017 по 2021 годы. Дистальная панкреатэктомия у 15-ти больных была проведена лапароскопическим методом, у 23 пациентов путем лапаротомии, у 6-ти пациентов была проведена центральная резекция. У 15- ти пациентов проведена дистальная панкреатэктомия со спленэктомией, у 16-дистальная панкреатэктомия с сохранением селезенки, из них 31 женщин и 13 мужчин.

Результаты. Средний возраст пациентов, перенесших операцию: лапаротомическая ДП-55 лет, лапароскопическая ДП-45 лет; продолжительность

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

операции: лапароскопическая ДП- 309 минут, лапаротомическая ДП – 293 минуты; кровопотеря во время операции: лапароскопическая ДП-86 (50-100) мл, лапаротомическая ДП-232 (40-1000) мл. В послеоперационном периоде были случаи кровотечения после лапароскопической ДП - 0, свищ - 4; кровотечения после лапаротомической ДП - 1, свищ - 9, перитонит - 1, острый панкреатит - 2 случая.

Заключение. Результаты анализа историй болезни больных показали, что лапароскопический метод более эффективен, чем метод лапаротомной резекции, в связи с относительно небольшим объемом кровопотери во время операции, послеоперационных койко-дней и осложнений.

Ключевые слова: Опухоль поджелудочной железы, дистальная панкреатэктомия, лапароскопия, лапаротомия, метод варшав, спленэктомия.

ANALYSIS OF SURGICAL METHODS FOR RESECTION OF THE PANCREAS TAIL IN CANCER

E.K. NURLANBAEV[1,2], S. SAIRANKYZY[1], J.M. AMANGELDY[1], S.A. BOLATBEK[1], A.N. BURAKOJA[1], J.B. BOTBAI[1], D.N. NAUKANOVA[1], A.J. RAKHMETOVA[1], D.I. TORAKHANOVA[1]

[1]Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan.

[2]National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov, Almaty, Kazakhstan.

Abstract

Introduction. Pancreatic cancer occupies the 12th place in the world for prevalence of oncopathology (4,9 cases per 100 000 of population) and the 9th place for mortality rate from cancer (4,5 cases per 100 000 of population). Epidemiologic studies predict a 79.9% increase in pancreatic cancer mortality by 2040.

Objective. To determine the effective form of distal pancreatectomy (DP) in patients with pancreatic tail cancer by comparing laparotomic and laparoscopic methods.

Materials and methods. Scientific work is based on the analysis of case histories of 44 patients with pancreatic tumors who underwent distal pancreatectomy at the National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov. A.N. Syzganov from 2017 to 2021. Distal pancreatectomy in 15 patients was performed by laparoscopic method, in 23 patients by laparotomy, central resection was performed in 6 patients. 15 patients underwent distal pancreatectomy with splenectomy, 16 patients underwent distal pancreatectomy with spleen preservation, 31 of them were women and 13 men.

Results. Average age of the patients who underwent the operation: laparotomic DP-55, laparotomic DP-45 years; duration of operation: laparoscopic DP- 309 minutes, laparotomic DP - 293 minutes; blood loss during the operation: laparoscopic DP-86 (50-100) ml, laparotomic DP-232 (401000) ml. As for the complications in the postoperative period, there were cases of bleeding after the laparoscopic DP-0, fistula-4; bleeding after the laparotomic DP-1, fistula-9, peritonitis-1, acute pancreatitis-2 cases.

Conclusion. Results of the patients' case records analysis have shown that laparoscopic method is more effective than laparotomy resection method due to relatively small amount of blood loss during the operation, postoperative bed-days and complications.

Keywords. Pancreatic tumor, distal pancreatectomy, laparoscopy, laparotomy, Warshaw method, splenectomy.