

ТАКТИКА ВЫБОРА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЕРИАМПУЛЯРНОМ РАКЕ И РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Велигоцкий Н. Н., Велигоцкий А. Н., Арутюнов С. Э., Тесленко И. В., Клименко М. В.
Харьковская медицинская академия последипломного образования*

В работе представлены результаты хирургического лечения 535 больных с периапулярным раком и раком головки поджелудочной железы, находящихся на лечении в хирургических отделениях 26 городской больницы и Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А. И. Мещанинова с 1987 по 2010 гг. Возраст больных колебался от 36 до 84 лет. Мужчин было 301(56,3%), женщин – 234(43,7%) человек. При этом 237(44,3%) больным выполнены радикальные и условно радикальные оперативные вмешательства, 298(55,7%) – паллиативные, из которых 18(6,0%) – миниинвазивные вмешательства. Разработана тактика выбора оперативного вмешательства у больных с периапулярным раком и раком головки поджелудочной железы.

Ключевые слова: периапулярный рак и рак головки поджелудочной железы, тактика, хирургическое лечение.

Заболеваемость раком поджелудочной железы постоянно растет и за последние годы ее уровень занимает 4-ю позицию в структуре онкологической смертности в странах Европы и США [2, 5]. Единственным методом радикального лечения больных раком головки поджелудочной железы и периапулярного рака остается хирургический, однако применять его можно лишь у 3,8–21% пациентов, когда опухоль диагностируется на ранней стадии, тогда как у остальных пациентов выявляют местнораспространенный рак или метастатический процесс [1, 6]. Выбор оперативного метода при раке головки поджелудочной железы зависит от стадии и распространенности онкопроцесса, состояния ткани неудаляемой части поджелудочной железы (ПЖ), а также от возраста и общего состояния пациента. В таких случаях, необходимо дооперационно, а часто и интраоперационно оценивать не только возможность выполнения, но также и переносимость пациентом радикального оперативного вмешательства [2, 4].

Цель работы. Улучшить результаты лечения больных с периапулярным раком и раком головки поджелудочной железы путём разработки тактики выбора метода и совершенствования техники выполнения оперативных вмешательств.

Материалы и методы

Основой данного исследования послужил анализ результатов лечения 535 больных с периапулярным раком и раком головки поджелудочной железы, находящихся на лечении в хирургических отделениях 26 городской больницы и Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А. И. Мещанинова с 1987 по 2010 гг. Возраст

больных колебался от 36 до 84 лет. Мужчин было 301(56,3%), женщин – 234(43,7%) человек. При этом 237(44,3%) больным выполнены радикальные и условно радикальные оперативные вмешательства, 298(55,7%) – паллиативные, из которых 18(6,0%) – миниинвазивные вмешательства.

Методы исследования включали общеклинические и инструментальные. Из инструментальных методов применялись ультразвуковое исследование (УЗИ), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), спиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография. Предложен способ диагностики, отличительным признаком которого является выполнение ЭРХПГ и непосредственно в течение 15–20 минут после ЭРХПГ выполнение спиральной компьютерной томографии, что позволило у больных с раком панкреатодуоденальной зоны выявить взаимосвязь между уровнем протоковой обструкции и топической диагностикой (патент Украины № 37539).

Статистическая обработка проводилась на персональном компьютере с помощью стандартного пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и обсуждение

Из 237 пациентов, которым выполнены радикальные и условно радикальные оперативные вмешательства у 157(66,2%) – диагностирован рак головки поджелудочной железы, у 80(33,8%) – рак Фатерова соска и периапулярной зоны. Из 298 больных, перенесших паллиативные вмешательства, у 281(94,3%) выявлен рак головки поджелудочной железы, у 17(5,7%) – периапулярный рак и рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК).

Учитывая, что в большинстве случаев операция проводится на фоне запущенной механической желтухи с признаками печеночной недостаточности, у лиц старшей возрастной группы, имеющих сопутствующую сердечно-сосудистую патологию и часто диабет II типа, риск выполнения классической панкреатодуоденальной резекции (ПДР) значительно возрастает. Приходится часто взвешивать переносимость пациентом радикального оперативного вмешательства и делать выбор между радикальными и паллиативными методиками.

Структура радикальных и паллиативных оперативных вмешательств представлена в таблице 1.

Наиболее высокая резектабельность наблюдалась при раке БСДК – 57,5%, при раке ПЖ составила 25,4%, раке дистального отдела холедоха – 33,3%. Основным методом при раке Фатерова соска и периампулярной зоны считаем ПДР. Однако в старшей возрастной группе (70–75 лет), при наличии выраженной сопутствующей патологии, больших сроков механической желтухи (3–4 недели), высоком уровне билирубина (>300 ммоль/л) выбор склонялся в сторону условно радикальных операций, намного легче переносимых такими пациентами. Расширенные трансдуоденальные папиллэктоми (ТДПЭ) с иссечением прилежащих тканей ПЖ (зона возможной инвазии) на расстоянии не менее 1 см от основания БСДК с последующим вшиванием стенок холедоха и вирсунгового протока в стенку ДПК являются более радикальными вмешательствами (патент Украины № 20389). При глубо-

ком внедрении в ткань ПЖ проводилось лигирование холедоха, вшивание вирсунгового протока в ДПК и билиодигестивный анастомоз.

При локальном раке головки ПЖ или дистального отдела холедоха и высоком риске переносимости в полном объеме радикальной операции выполнены парциальные резекции головки ПЖ у 14(2,6%) больных с применением методик А. А. Шалимова, В. М. Копчака, а также собственной методике (патент Украины № 20392).

Панкреатодуоденальная резекция выполнена у 168 больных, из них у 152(90,5%) больных при раке головки ПЖ и у 16(9,5%) – при раке БСДК и периампулярной зоны. ПДР выполнялись с наложением последовательно: инвагинационного панкреатоеюноанастомоза, с отдельным вшиванием панкреатического протока на скрытом или наружном дренаже (патент Украины № 20334), холедохоюноанастомоза, гастроэнтероанастомоза, энтероэнтероанастомоза.

Тотальные панкреатэктоми (ТПЭ) выполнены в 2(0,4%) случаях со спленэктомией и лимфодиссекцией. В одном случае из-за перехода онкопроцесса на тело ПЖ. Во втором – вследствие близкого расположения опухоли к перешейку и состояния тканей тела ПЖ (жирная, рыхлая, стеариноподобная паренхима) на фоне длительно протекающего диабета 2 типа. Оба случая ТПЭ под наблюдением (1-й – в течение 1,5 лет с колебаниями сахара крови 14–28 ммоль/л, 2-й – 8–12 ммоль/л, что практически соответствует дооперационному уровню) и достаточно компенсированы соответствующими дозировками инсулина.

Таблица 1

Оперативные вмешательства в лечении периампулярного рака и рака головки поджелудочной железы (n=535)

Оперативные вмешательства	Кол-во	
	абс.	%
I. Радикальные	170	31,8
1. Панкреатодуоденальная резекция	168	31,4
2. Тотальная панкреатэктомия	2	0,4
II. Условно радикальные	67	12,5
1. Трансдуоденальная папиллэктомия	10	1,9
2. Трансдуоденальная расширенная папиллэктомия	43	8,0
3. Парциальная панкреатодуоденальная резекция	14	2,6
III. Паллиативные открытые	280	52,3
1. Холецистоеюноанастомоз	182	34,0
2. Гепатикоеюноанастомоз	43	8,0
3. Холецистоеюноанастомоз + гастроэнтероанастомоз	27	5,0
4. Гепатикоеюноанастомоз + гастроэнтероанастомоз	16	3,0
5. Холецистоеюноанастомоз + гепатикохолецистоанастомоз	9	1,7
6. Гепатикостомия	3	0,6
IV. Паллиативные миниинвазивные методы (эндоскопические, чрескожные, лапароскопические)	18	3,4
1. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия	4	0,7
2. Видеолапароскопическая холецистостомия	5	0,9
3. Холецистостомия под УЗИ-контролем	3	0,6
4. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия + назобилиарное дренирование	1	0,2
5. Эндоскопическое стентирование опухоли	5	0,9
Всего	535	100

У больных с нерезектабельными опухолями панкреатодуоденальной зоны выполнялись паллиативные вмешательства: холецистоеюноанастомоз – у 182(34,0%), гепатикоеюноанастомоз (с межкишечным соустьем по Брауну или по Ру) – у 43(8,0%). При распространении и прорастании опухоли на ДПК, с сужением ее просвета, наряду с билиодигестивным соустьем, выполнялось наложение гастроэнтероанастомоза – у 27(5,0%) больных. При распространении опухоли головки поджелудочной железы на супрадуоденальный отдел холедоха и проксимальнее, выполнили у 9(1,7%) пациентов холецистоеюноанастомоз с гепатикохолецистоанастомозом, в 3(0,6%) случаях при распространении опухоли на пузырный проток и желчный пузырь выполнена гепатикостомия.

В последние годы у больных с нерезектабельными опухолями панкреатодуоденальной зоны или наличии отдаленных метастазов чаще применяли миниинвазивные методы: чрескожная чреспеченочная холангиостомия – в 4(0,7%) случаях, видеолaparоскопическая холецистостомия по модифицированной методике (патент Украины № 20333) – в 5(0,9%), холецистостомия под УЗИ-контролем – в 3(0,6%), эндоскопическое стентирование опухоли головки ПЖ полихлорвиниловым стентом – в 5(0,9%), эндоскопическая папиллосфинктеротомия с назобилиарным дренированием – в 1(0,2%) случае.

У больных с длительной механической желтухой, высокими цифрами билирубина и большим операционным риском выполнялись двухэтапные операции. На первом этапе производились пал-

лиативные (в том числе и мининвазивные) вмешательства, на втором этапе, после ликвидации механической желтухи и уменьшении операционного риска, выполнены, при резектабельности опухоли, радикальные оперативные вмешательства.

В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: панкреатит без деструкции – 11(6,5%), панкреатит с деструкцией 8(4,8%), панкреатический свищ – 6(3,6%), несостоятельность панкреатоеюноанастомоза – 5(3,0%), несостоятельность билиодигестивного соустья – 4(2,4%), билома – 1(0,2%), послеоперационный гастростаз и парез кишечника – 7(4,1%), пневмония – 6(1,1%), печеночная недостаточность – 7(1,3%), полиорганная недостаточность – 8(1,5%), тромбоэмболия легочной артерии – 1(0,2%), кровотечение из острых язв ЖКТ – 2(0,4%).

Выводы

1. В арсенале оперативных вмешательств, кроме радикальных – панкреатодуоденальной резекции и тотальной панкреатэктомии, следует, в необходимых случаях, при очень высоком риске переносимости, применять расширенные трансдуоденальные папиллэктомии и парциальные резекции головки ПЖ, а при запущенных формах заболевания применять соответствующие паллиативные вмешательства, в том числе и миниинвазивные.

2. В отдельных случаях возможно выполнение тотальной панкреатэктомии с последующим постоянным лабораторным контролем сахара крови и инсулиновой коррекцией диабета.

Литература

1. Захараш М. П., Захараш Ю. М., Усова Е. В. Тотальная панкреатэктомия в лечении больных раком поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т. 15, № 1. – С. 84–89.
2. Захарова О. П., Егоров В. И., Кармазановский Г. Г. Хирургическое лечение опухолей поджелудочной железы: компьютерно-томографические критерии резектабельности // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2011. – Т. 16, № 1. – С. 84–91.
3. Расулов Р. И., Пленкин С. М., Москвина Н. А. Периампулярный рак: лечебная тактика и объем оперативного пособия // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2008. – Т. 13, № 4. – С. 37–47.
4. Старченко Г. А., Данильченко В. В., Булгачев К. А. Результаты гастропанкреатодуоденальной резекции по поводу периампулярного рака // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т. 14, № 2. – С. 76–83.
5. Eppsteiner R. W., Csikesz N. G. et al. Surgeon Volume Impacts Hospital Mortality for Pancreatic resection // *Ann Surg*/ 2009. V. 249. N 4. P. 635–640.
6. Verbeke C., Sheridan M. et al. How Accurate is size Assessment of pancreatic head cancer by radiology and pathology // *Pancreatol*. 2010. V. 10. P. 259–400.

THE TACTICS OF CHOICE OF SURGICAL INTERVENTION IN CANCER AND CANCER PERIAMPULYARNOM HEAD OF THE PANCREAS

Veligotsky N. N., Veligotsky A. N., Arutyunov S. E., Teslenko I. V., Klimenko M. V.
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

The results of surgical treatment of 535 patients with cancer and cancer periampulyarnym head of the pancreas, treated in surgical wards, Kharkiv City Hospital № 26 and the Kharkiv City Clinical Hospital emergency medical care to them. prof. AI Meshchaninova from 1987 to 2010 age of patients ranged from 36 to 84 years. Men was 301(56,3%), women – 234(43,7%) patients. Thus 237(44,3%) patients underwent radical and conventional radical surgery, 298(55,7%) – palliative interventions, 18(6,0%) – palliative minimal invasive interventions. Developed tactics choice of surgical intervention in patients with cancer and cancer periampulyarnym head of the pancreas.

Keywords: periampulyarny cancer and cancer of the pancreatic head, tactics and surgical treatment.