

А.Н. Сидоров, А.Г. Захаров, А.Д. Макаров, П.А. Неустроев, И.Е. Бодунов, Д.Х. Тимирдяев

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ

**Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины (Якутск)
ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» (Якутск)**

Анализируются результаты лечения 63 пациентов с опухолями панкреатодуоденальной зоны. У 52 больных была механическая желтуха, 47 были старше 50 лет. В качестве предоперационного метода декомпрессии желчных путей предпочтительно чрескожное чреспеченочное дренирование последних. Радикальная операция – панкреатодуоденальная резекция – оказалась возможной у 10 больных. Летальности при этой операции не было. У 39 пациентов выполнены паллиативные операции с 1 летальным исходом.

Ключевые слова: опухоли поджелудочной железы, хирургическое лечение

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF TUMORS OF PANCREAS AND PERIAMPULLARY ZONE

A.N. Sidorov, A.G. Zakharov, A.D. Makarov, P.A. Neustroev, I.E. Bodunov, D.Kh. Timirdyayev

**Republican Hospital N 1 – National Center of Medicine, Yakutsk
North-East Federal University named M.K. Ammosov, Yakutsk**

The results of treatment of 63 patients with tumors of pancreaticoduodenal zone are analyzed. 52 patients had obstructive jaundice, 47 were older than 50 years. Transcutaneous transhepatic drainage of biliary tracts is preferable as a preoperative method of biliary tracts decompression. Radical operation (pancreaticoduodenal resection) was possible in 10 patients. There were no cases of lethality at this operation. 39 patients had palliative operations with 1 fatal outcome.

Key words: pancreas tumors, surgical treatment

В хирургической онкологии поджелудочной железы ведущую роль занимают опухолевые поражения головки и периампулярной области. В настоящее время заболеваемость раком поджелудочной железы составляет в среднем 9,0 на 100 тыс. человек в год, занимая 10-е место по заболеваемости и 4-е место по смертности. В России в 2000 г. диагноз рака поджелудочной железы был поставлен у 13100 больных. За последние 30 лет заболеваемость раком поджелудочной железы в России возросла на 30 %. Вместе с тем показатели 5-летней выживаемости этой категории больных колеблются в пределах от 0 до 41 %, но наиболее часто указывают цифры 8 – 11 %. В первую очередь это обусловлено тем, что только 10 – 20 % пациентов с впервые выявленной опухолью поджелудочной железы подлежат радикальной операции, а в остальных случаях проводится либо паллиативное вмешательство, либо симптоматическая терапия [1].

В хирургическом отделении № 1 Клинического центра Национального центра медицины с 2005 по 2011 гг. находился на лечении 61 пациент с опухолью панкреатодуоденальной области, у 48 (79 %) был рак головки поджелудочной железы, у 4 (3 %) – рак тела и хвоста поджелудочной железы, у 8 (13 %) – рак большого дуоденального сосочка (БДС), у 3 (5 %) – рак дистального отдела общего желчного протока. Преобладали пациенты возрастом старше 50 лет (47 пациентов (77 %)). У 52 (85 %) пациентов при поступлении была картина

механической желтухи. Сегодня при постановке своевременного и верного диагноза практически невозможно обойтись без использования современных методов исследования. Из специальных методов исследования, позволяющих поставить точный диагноз до операции, мы используем УЗИ, ФЭГДС (с биопсией при возможности), РКТ, МРТ, прямую холангиографию, РПХГ. До операции материал для гистологического исследования мы получали при дуоденоскопии, щеточной биопсии – при прямой холангиографии. Но морфологическая верификация в большинстве случаев (35 больных (57 %)) была произведена только после интраоперационной биопсии. Преобладающим вариантом морфологического строения является аденокарцинома различной степени дифференцирования (38 случаев (62 %)), протоковый рак поджелудочной железы (2 случая (3 %)), бластома холедоха (1 случай (1,6 %)), холангиоцелюлярный рак (1 случай (1,6 %)), карциноидная опухоль (1 случай (1,6 %)), солиднопсевдопапиллярный рак (1 случай (1,6 %)). Морфологически опухоли удалось подтвердить в 44 (72 %) наблюдениях, в остальных случаях было невозможно взять материал для биопсии, или же он был неинформативен.

При наличии механической желтухи предоперационная подготовка была направлена, прежде всего, на декомпрессию желчевыводящей системы. Мы отдаем предпочтение наименее травматичной чрескожной чреспеченочной пункции и дренированию желчных путей под УЗ-

контролем. Транспеченочный дренаж желчных протоков установлен 38 пациентам: 24 — на 1-е сутки, 10 пациентам — до 3-х суток, 4 пациентам — после 3-х суток. Также 1 пациенту установлен назо-билиарный зонд, 5 пациентов были с ранее установленными дренажами холедоха и 2 — ранее оперированные с холецистостомами. Плановое оперативное вмешательство считаем возможным, если уровень билирубина повышен не более чем на 100 — 150 мкмоль/л от нормы.

Все операции, выполненные как основной, главный момент хирургического лечения, мы разделили на следующие группы:

1. Радикальные — панкреатодуоденальные резекции (ПДР).

2. Паллиативные — отводящие желчь в желудочно-кишечный тракт.

3. Диагностические лапаротомии.

Кроме того, 5 больных не оперированы из-за тяжести состояния, наличия печеночной недостаточности, отказа от операций или манипуляций, наличия противопоказаний, преклонного возраста.

Наибольший интерес при панкреатодуоденальном раке представляет основная радикальная операция — ПДР. Панкреатодуоденальная резекция является единственным радикальным методом лечения рака головки поджелудочной железы, преампулярной части общего желчного протока и большого соска двенадцатиперстной кишки. В крупных специализированных центрах летальность после таких операций не превышает 6 % [2, 3, 5], а по данным некоторых авторов, вообще равна 0 % [6]. В настоящее время описано множество различных вариантов панкреатодуоденальных резекций (ПДР), которые по существу мало чем отличаются друг от друга. Их отличие заключено в некоторых технических подходах, а также в вариантах формирования межорганных соустьев. По нашему мнению, овладевая техникой ПДР, хирург должен досконально изучить и представлять последовательность каждого этапа этой сложнейшей операции.

Как и любая операция, ПДР должна выполняться из адекватного хирургического доступа. Наиболее удобным следует считать поперечный доступ или же широкую срединную лапаротомию.

Наиболее ответственным для исхода всего хирургического вмешательства является ревизия. Только после нее становится ясным, по какому пути пойдет операция, будет ли она радикальной или завершится одним из вариантов паллиативного пособия. Однако наиболее важным этапом ПДР остается реконструктивный. Ключевым моментом любого варианта операции ПДР является панкреатоеюноанастомоз, при этом необходимо сохранить экзокринную функцию оставшейся части железы и не допустить инфицирования поджелудочной железы содержимым кишечника. Ведь именно несостоятельность его, возникающая у 1,2 — 23 % пациентов, является одной из основных причин

неблагоприятных исходов в раннем послеоперационном периоде [2, 4, 7].

С 2005 по 2011 гг. было сделано 10 ПДР (1-я группа больных) — поровну по поводу рака головки поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка. У 2 больных операция закончена формированием панкреатоеюноанастомоза на каркасном дренаже и выведением микропанкреатостомы, у 8 — наложением панкреатоеюноанастомоза вшиванием панкреатического протока в кишку. Способ обработки культи поджелудочной железы зависел от ее состояния. При неизменной паренхиме и малом диаметре вирсунгова протока панкреатоеюноанастомоз накладывался на каркасном дренаже (с использованием эпидурального катетера наружным диаметром 1,0 мм). Если же железа была фиброзно изменена, а диаметр протока был достаточно велик, принималось решение в пользу панкреатоеюноанастомоза без каркасного дренирования, вшиванием протока в кишку. При этом в данной группе больных летальных исходов не было.

Во второй группе больных ввиду невозможности выполнения радикальной операции выполнены следующие виды обходных анастомозов: 19 гепатикоеюноанастомозов и 20 холецистоэнтероанастомозов. Среди них 1 летальный исход — у пациента, оперированного по экстренным показаниям, с раком головки поджелудочной железы, установленным интраоперационно. Пациент умер на 4-е сутки после операции, непосредственная причина смерти — респираторный дистресс-синдром, альвеолярный отёк легких, отёк головного мозга.

У 8 пациентов, относящихся к третьей группе, выполнена диагностическая лапаротомия. Ввиду распространенности процесса и наличия метастазов случаи расценены неоперабельными, у всех больных взята биопсия.

Все пациенты, находившиеся у нас на лечении, независимо от проведенной им операции были в последующем направлены на наблюдение и дальнейшее лечение к онкологам в ЯРОД или же по месту жительства. Дальнейшее наблюдение за больными в силу ряда причин не осуществлялось.

Таким образом, решение проблемы продления жизни больных раком поджелудочной железы и периапулярной области складывается из своевременной диагностики на ранних стадиях заболевания и адекватного лечения. Широкое применение радикальных оперативных вмешательств ограничено поздним выявлением заболевания. Также отметим, что необходимо дальнейшее совершенствование техники операций и внедрение расширенных радикальных хирургических вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жерлов Г.К. Рак панкреатодуоденальной зоны диагностика и лечение // Сибирский онкологический журнал. — 2006. — № 1 (17). — С. 40 — 48.

2. Патюшко Ю.И., Котельников А.Г., Абгрян М.Г. Современное хирургическое и комбинированное лечение больных экзокринным раком головки поджелудочной железы и органов перипанкреатической зоны // Практическая онкология. – 2004. – Т. 5, № 2. – С. 94 – 107.

3. Системная химиотерапия больных с неоперабельным раком поджелудочной железы / В.А. Черный, Д.С. Осинский, В.Б. Коробко, Л.Н. Сенько // Онкология. – 2002. – Т. 4, № 2. – С. 138 – 144.

4. Adenocarcinoma of the ampulla of vater (a 28 year experience) / M. Talamani, R. Moesinger, H. Piff et al. // Ann. Surg. – 1997. – Vol. 225. – P. 590 – 600.

5. Anderson H., Anderson-Sandberg A. Total pancreatectomy for cancer of the pancreas: is it appropriate? // World J. Surg. – 1996. – Vol. 20. – P. 288 – 294.

6. One hundred and forty five consecutive pancreaticoduodenectomies without mortality / Cameron J.L., Pitt H., Yeo C. [et al.] // Ann. Surg. – 1993. – Vol. 217. – P. 430 – 438.

7. Suzuki Y., Fujino Y., Fanioka Y. Factors influencing hepaticojejunostomy leak following pancreaticoduodenal resection; importance of anastomotic leak test // Hepatogastroenterology. – 2003. – Vol. 50, N 49. – P. 254 – 257.

Сведения об авторах

Сидоров Алексей Николаевич – кандидат медицинских наук, директор клинического центра Республиканской больницы № 1 – Национального центра медицины (677010, Республика Саха (Якутия), г. Якутск, ул. Сергеляхское шоссе, 4; тел.: 8 (4112) 32-15-19)

Захаров Александр Георгиевич – заведующий хирургическим отделением № 1 Республиканской больницы № 1 – Национального центра медицины (677010, Республика Саха (Якутия), г. Якутск, ул. Сергеляхское шоссе, 4; тел.: 8 (4112) 39-55-24)

Неустров Петр Афанасьевич – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры госпитальной хирургии и лучевой диагностики ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова»

Макаров Альберт Дмитриевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии и лучевой диагностики ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова»