

Непосредственные и отдаленные результаты гастропанкреатодуоденальных резекций

Истомин Ю.В., к.м.н., заведующий 3 хирургическим отделением ГБУЗ Свердловский областной онкологический диспансер, г. Екатеринбург; Берзин С.А., д.м.н., профессор кафедры онкологии Уральской государственной медицинской академии, г. Екатеринбург; Киселев Е.А., врач-онколог 3 хирургического отделения, ГБУЗ Свердловский областной онкологический диспансер, г. Екатеринбург

Immediate and long-term results gastropancreatoduodenal resections

Istomin J.V., Berzin S.A., Kiselev E.A.

Резюме

Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты гастропанкреатодуоденальных резекций. Всего включено 71 пациент. Послеоперационные осложнения составили 36,6%, послеоперационная летальность 11%. 5-летняя выживаемость при раке головки поджелудочной железы составила 20%, при раке Фатерова соска 71%, раке холедоха 50%.

Ключевые слова: Рак билиопанкреатодуоденальной зоны, гастропанкреатодуоденальная резекция, выживаемость

Summary

Are analyzed immediate and long-term results of gastropancreatoduodenal resections. In total 71 patients are included. Postoperative morbidity and mortality- 36,6 %, 11 %. 5 years survival rate at a cancer of a head of a pancreas- 20 %, at cancer a papilla of Fattery of 71 %, a cancer of distal bill duct- 50 %.

Key words: Biliopancreatoduodenal malignances, a gastropancreatoduodenal resection, survival rate

Введение

Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны составляют около 6% от общего количества опухолевых заболеваний желудочно-кишечного тракта. Радикальная операция является основным и практически единственным методом лечения данной патологии. Хотя операция Уипла выполняется уже достаточно продолжительное время, непосредственные результаты ее применения небезупречны. По данным ряда авторов количество послеоперационных осложнений составляет от 5% до 80%, а смертность от 5% до 30%. 1, 2, 3, 4, 5. Отдаленные результаты лечения так же нельзя назвать удовлетворительными. Так, по данным РОНЦ им. Н.Н.Блохина, РАМН, при раке головки поджелудочной железы и дистального отдела холедоха 5 летняя выживаемость 0%. 6. Несколько лучше отдаленные результаты при раке Фатерова соска и раке ДПК, 5 летняя выживаемость после оперативного лечения составляет 36% и 56% соответственно. 6.

Цель исследования - улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны.

Материал и методы

В анализируемую группу включены пациенты (71 человек) с гистологически- и инструментально подтвержденным диагнозом рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны (головка поджелудочной железы, Фатеров сосок, терминальный отдел холедоха и двенадцатиперстная кишка (ДПК), которым выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР). Из 71 случая ГПДР по поводу рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны в 36 случаях операции выполнены по поводу рака головки поджелудочной железы, в 21 случае рак Фатерова соска, в 8 случаях рак ДПК и в 6 случаях рак терминального отдела холедоха. В исследуемой группе мужчин 34 (48%), женщин 37 (52%). **Критерии включения:**

1. Морфологически подтвержденный рак головки поджелудочной железы,

Фатерова соска, терминального отдела холедоха, ДПК.

2. Радикальность выполненной операции R0.

Критерии исключения:

1. Отсутствие гистологической верификации диагноза.
2. Незипитиальные злокачественные опухоли- карциноид.

Стандартное предоперационное обследование включает УЗИ органов брюшной полости, спиральную компьютерную томографию с внутривенным болюсным контрастированием, ФГДС. Операция выполняется из верхнесрединной лапаротомии. В объем удаляемых органов включены 2/3 желудка, ДПК, желчный пузырь, головка поджелудочной железы. Поджелудочная железа пере-

Ответственный за ведение переписки -
Киселев Евгений Александрович
620036, г. Екатеринбург, ул. Соболева, 29,
Тел.: +7 (343) 356 15 11
E-mail: evgkiseliov@yandex.ru

секается дистальнее перешейка. Выполняется лимфодиссекция гепатоуденальной связки, верхнее-брыжеечных сосудов, трифуркации чревного ствола. Реконструктивный этап выполняется на длинной петле тонкой кишки. Последовательность анастомозов во время операции следующая: панкреатоюноанастомоз конец-в-конец, инвагинационный, трехрядный; холедохоюноанастомоз конец-в-бок двухрядный; гастроэнтероанастомоз бок-в-бок двухрядный, межкишечный анастомоз по Брауну.

Статистическая обработка данных производилась использованием программных пакетов для статистических расчетов NCSS 2001, Microsoft Excel, и Statistica for Windows. Построение кривых выживаемости проводилось по методу Каплана-Майера с оценкой достоверности log-rank test.

Результаты и обсуждение

Непосредственные результаты операций.

Минимальное время операции составило 03:20, максимальное 10:15, среднее 05:25. Средняя кровопотеря 852 мл. Средний послеоперационный койко-день - 24.

Послеоперационные осложнения возникли в 26 случаях (36,6%).

Характер послеоперационных осложнений представлен в таблице 1.

Из таблицы 1 видно, что наибольшее количество послеоперационных осложнений составляют абсцессы брюшной полости 27%, на втором месте панкреонекроз - 19,4% и на третьем месте послеоперационные внутрибрюшные кровотечения, почечная недостаточность и эвентерация - по 7,7%.

Послеоперационная летальность составила - 8 случаев (11%). Причины послеоперационной летальности представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2 основная причина летальных исходов послеоперационное внутрибрюшное кровотечение.

Гистологические варианты опухолевого процесса у пациентов после ГПДР представлены в таблице 3.

Из таблицы 3 видно, что низкодифференцированные аденокарциномы в подавляющем большинстве случаев встречаются при раке головки поджелудочной же-

Таблица 1. Характер послеоперационных осложнений после ГПДР.

Осложнение	Количество	%
Послеоперационный панкреатит	1	3,8
Панкреонекроз	5	19,4
Несостоятельность холедохоюноанастомоза	1	3,8
Несостоятельность панкреатоюноанастомоза	1	3,8
Абсцесс брюшной полости	7	27,1
Толстокишечный свищ	1	3,8
Пневмония	1	3,8
Почечная недостаточность	2	7,7
Инфаркт миокарда	1	3,8
Эвентерация	2	7,7
Лимфория	1	3,8
Внутрибрюшное кровотечение	2	7,7
Пролезь аорты	1	3,8
Всего	26	100

Таблица 2. Причины послеоперационной летальности.

Осложнение	Количество	%
Панкреонекроз	1	12,5
Несостоятельность панкреатоюноанастомоза	1	12,5
Почечная недостаточность	1	12,5
Инфаркт миокарда	1	12,5
Абсцесс брюшной полости	1	12,5
Пролезь аорты	1	12,5
Внутрибрюшное кровотечение	2	25
Всего	8	100

Таблица 3. Гистологические варианты опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны.

Гистология	Рак поджелудочной железы	Рак Фатерова соска	Рак ДПК	Рак холедоха	Всего
Высокодифференцированная аденокарцинома	3 (8,3%)	4 (19%)	1 (12,5%)	5 (83,5%)	13 (18%)
Умереннодифференцированная аденокарцинома	1 (2,7%)	5 (24%)		1 (16,5%)	7 (10%)
Низкодифференцированная аденокарцинома	32 (89%)	12 (57%)	7 (87,5%)		51 (72%)
Итого	36	21	8	6	71

Таблица 4. Поражение регионарных л/узлов метастазами.

Наличие или отсутствие метастазов	Рак поджелудочной железы	Рак Фатерова соска	Рак ДПК	Рак холедоха	Всего
Отсутствие регионарных метастазов	27 (75%)	14 (66,5%)	6 (75%)	6	53 (74,7%)
Наличие регионарных метастазов	9 (25%)	7 (33,5%)	2 (25%)	0	18 (25,3%)
Итого	36	21	8	6	71 (100%)

Таблица 5. Распределение пациентов по TNM.

Вариант T N M	Рак поджелудочной железы	Рак Фатерова соска	Рак ДПК	Рак холедоха	Всего
pT1 No Mo		1	1		2 (3%)
pT2 No Mo	4	4		6	14 (19,5%)
pT2 N1 Mo					
pT3 No Mo	22	9	4		35 (49%)
pT3 N1 Mo	9	7	2		18 (25,5%)
pT4 No Mo	1		1		2 (3%)
Всего	36	21	8	6	71 (100%)

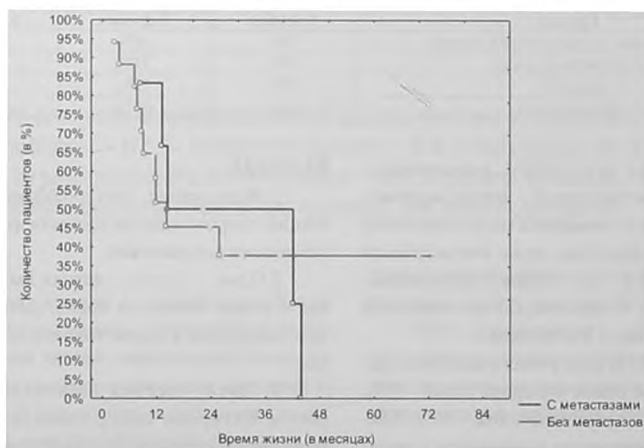


Рис. 1. Отдаленная выживаемость пациентов с раком головки поджелудочной железы в зависимости от поражения регионарных лимфоузлов.

лезы и раке ДПК- 89% и 87,5% соответственно. Высокодифференцированная аденокарцинома чаще всего встречается при раке холедоха- 83,5%.

Поражение регионарных лимфоузлов у пациентов с опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны представлена в таблице 4.

Как видно в таблице 4, в каждом четвертом случае рак билиопанкреатодуоденальной зоны метастазирует в регионарные лимфоузлы. Чаще всего в регионарные л/узлы метастазирует рак Фатерова соска - 33,5%. На втором месте по частоте метастазирования в регионарные л/узлы находятся рак головки поджелудочной железы и рак ДПК - каждый 4 случая с регионарными метастазами. В нашем при раке холедоха не встречалось метастазов в регионарные л/узлы. Скорее всего это связано с тем, что в 83,5% случаев встречались высокодифференцированные аденокарциномы.

Для стадирования опухолевого процесса применялось 6 издание классификации TNM 2002 г. (UICC).

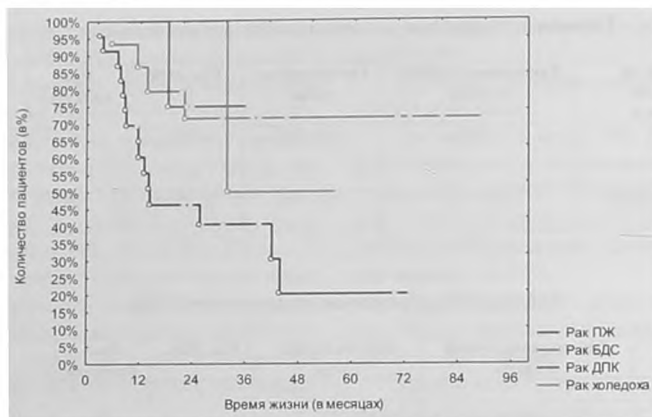
Из выше приведенной таблицы 5 видно, что практически половина всех пациентов приходится на вариант pT3 No Mo. В два раза меньше составляет группа пациентов pT3 N1 Mo-25%. На третьем месте по распространенности вариант pT2 No Mo-19,5%. Остальные варианты составили 6%. Таким образом, местно-распространенный рак органов билиопанкреатодуоденальной зоны встречался в 77,5% случаев.

Отдаленные результаты лечения.

Отдаленная выживаемость прослежена у 48 пациентов, что составляет 76% от количества выписанных после операции.

1- летняя выживаемость пациентов с раком головки поджелудочной железы 70%, 3- летняя 46%, 5- летняя 20%.

Далее была проанализирована отдаленная выживаемость пациентов с раком головки поджелудочной железы в зависимости от поражения регионарных лимфоузлов метастазами. Данные представлены на рисунке 1.



Рису 2. Отдаленная выживаемость пациентов с раком билиопанкреатодуоденальной зоны в зависимости от локализации опухоли.

Таблица 6. Отдаленная выживаемость пациентов с раком органов билиопанкреатодуоденальной зоны.

Группа	1 летняя	3 летняя	5 летняя
Рак головки поджелудочной железы	70%	46%	20%
Рак Фатерова соска	87%	71%	71%
Рак ДПК	100%	75%	
Рак холедоха	100%	75%	50%

Как видно из графика на рисунке 1, у пациентов в группе без регионарных метастазов 5 - летняя выживаемость 38%, а при наличии регионарных метастазов такой выживаемости нет. При сравнении групп статистически достоверной разницы нет $p = 0,9$. Отдаленная выживаемость пациентов с раком билиопанкреатодуоденальной зоны представлена в рисунке 2 и в таблице 6.

Как видно из таблицы 6, наилучшая отдаленная выживаемость у пациентов с раком Фатерова соска - 71%. На втором месте пациенты с раком холедоха - 50%. Наименьшая отдаленная выживаемость у пациентов с раком головки поджелудочной железы - 20%.

Выводы

1. Выполнение гастропанкреатодуоденальной резекции сопровождается удовлетворительными непосредственными результатами.

2. Одно - и трех - летняя выживаемость пациентов с раком Фатерова соска, ДПК и холедоха выше, чем пациентов с раком головки поджелудочной железы.

3. Пяти - летняя выживаемость пациентов с раком Фатерова соска значительно лучше, чем у пациентов с раком головки поджелудочной железы. ■

Литература:

- Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Косырев В.Ю. Непосредственные результаты хирургического лечения больных раком головки поджелудочной железы и периапулярной зоны. Материалы 5 Всероссийского съезда онкологов. 2000 г. том 2, стр. 180-182.
- Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Рак поджелудочной железы: диагностика и хирургическое лечение на современном этапе. Анналы хирургической гепатологии, 1998, том 3, № 1, с.96-111.
- Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Бадалян Х.В., Сагайдак И.В. Пути улучшения отдаленных результатов лечения резектабельного рака поджелудочной железы. Вопросы онкологии, 1998, том 44, № 5, с.628-631.
- Касаткин В.Ф., и др. Опыт радикального хирургического лечения рака билиопанкреатодуоденальной зоны. Материалы 5 Всероссийского съезда онкологов. 2000 г. том 2, стр. 173- 175.
- Демин Д.И. и др. Новые технологии панкреатодуоденальной резекции в онкологической клинике. Материалы 5 Всероссийского съезда онкологов. 2000 г. том 2, стр. 169- 171.
- Ю.И. Патютко, А.Г. Котельников, М.А. Абгарян. Современное хирургическое и комбинированное лечение больных экзокринным раком головки поджелудочной железы и органов периапулярной зоны. Практическая онкология т 5, №2- 2004 г., стр. 94- 107.