

УДК 616.37-006.6-07

ДООПЕРАЦИОННЫЕ И ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© 2006 г. С.В. Новиков, В.И. Оноприев

Основной проблемой при хирургическом лечении больных с злокачественными новообразованиями поджелудочной железы (ПЖ) является выбор оптимальной лечебной тактики – залог успешной послеоперационной реабилитации пациента. Однако топографоанатомическими особенностями расположения железы зачастую определяются значительные трудности при до- и интраоперационной оценке характера и распространенности патологического процесса и степени вовлеченности в него крупных магистральных сосудов. Рак ПЖ диагностируется в поздних стадиях заболевания, а схожесть клинических проявлений отдельных локализаций панкреатобилиарного рака затрудняет дифференциальную диагностику, что объясняется отсутствием анализа всего многообразия диагностических критериев и эффективной модели целенаправленного использования современных методов исследований.

Обращает на себя внимание то, что некоторые диагностические методы в значительной мере сходны по своим возможностям, данные зачастую дублируются, не принося новой информации, но при этом занимают дополнительное время, достаточно дороги, порой небезопасны для врача и пациента.

Эти проблемы обуславливают необходимость совершенствования как дооперационных методов дифференциальной диагностики злокачественных новообразований ПЖ, так и способов ее интраоперационного исследования.

Цель исследования – разработка диагностической тактики при объемных образованиях ПЖ в специализированном стационаре, основанной на результатах до- и интраоперационных диагностических параллелей.

Материалы и методы. Работа основана на результатах комплексного обследования 1395 больных с поражением ПЖ (1223 пациента со злокачественными новообразованиями ПЖ раз-

личной локализации; 146 пациентов с хроническим псевдотуморозным панкреатитом (ХПП) с локализацией заболевания в головке ПЖ, госпитализированных с предварительным диагнозом «рак ПЖ»; 26 пациентов с ортоэндокринными опухолями ПЖ). Исследования проведены в РЦФХГ и его клинических базах с ноября 1992 по июль 2005 г.

Из 1250 больных с опухолью ПЖ мужчин было 783 (62,6 %), женщин – 467 (37,4 %). В группе больных ХПП количество мужчин явно преобладало – 125 чел. (83,3 %). Средний возраст пациентов с новообразованиями ПЖ составил $60,9 \pm 4$ года, у больных ХПП – $42,3 \pm 5$ лет.

Целью обследования пациентов было выявление наличия злокачественного новообразования ПЖ, уточнение его локализации, размеров, местного (инвазия магистральных сосудов панкреатодуоденальной области) или отдаленного распространения (метастатическая лимфаденопатия, внутри- или внебрюшные метастазы). Для дооперационной диагностики применялись следующие методы инструментального обследования: неинвазивные (трансабдоминальная сонография (ТАУЗИ) и компьютерная томография (КТ)); инвазивные (эндоскопическая сонография (ЭУЗИ); лапароскопическая сонография (ЛУЗИ); ангиография (АГ)). Для интраоперационной диагностики в 456 случаях применена интраоперационная сонография (ИОУЗИ).

Мозаика и количество выполненных инструментальных методов визуализации представлены в табл. 1.

Результаты. Был произведен сравнительный анализ диагностических возможностей инструментальных методов до- или во время операции с данными интраоперационного и/или морфологического исследований.

Во всех случаях оценивались диагностическая точность, чувствительность и специфичность метода обследования (табл. 2, 3).

Таблица 1

Структура инструментальных исследований

Инструментальные методы исследования			Абсолютное количество n=1395		
Компьютерная томография			337		
Ретроградная панкреатография			620		
Ангиография (целиакография, мезентерикография, портография)			53		
УЗИ	Неинвазивное	Трансабдоминальное, в том числе цветное доплеровское сканирование	1687	2407	
		Интраоперационное	456		
	Инвазивное	Ультразвуковая фиброэндоскопия	Лапароскопическое		74
			Эндоскопическое		190

Таблица 2

Диагностическая точность инструментальных методов исследования при раке ПЖ, %*

Метод	Размеры опухоли			Локализация опухоли				Инвазия сосудов	
	до 2 см	2–6 см	более 6 см	головка	тело	хвост	КО	вены	артерии
ТАУЗИ	78	95	95	93	92	88	92	85	75
КТ	82	94	95	92	90	86	86	72	64
ЭУЗИ	92	95	95	95	96	93	-	95	94
ЛУЗИ	94	97	97	97	97	96	96	96	96
ИОУЗИ	98	99	99	98	98	98	97	98	98
АГ	-	-	-	-	-	-	-	55	52

* – результаты приведены в сравнении с интраоперационными и морфологическими данными. КО – кривокивидный отросток.

Таблица 3

Диагностическая точность инструментальных методов исследования при раке ПЖ, %*

Метод	Метастатическая лимфоаденопатия	Метастазы печени	
		менее 0,5 см	более 0,5 см
ТАУЗИ	76	94	97
КТ	73	97	98
ЭУЗИ	81	97	98
ЛУЗИ	81	98	98
ИОУЗИ	86	98	98

* – результаты приведены в сравнении с интраоперационными и морфологическими данными.

Распределение лечебного пособия, оказанного пациентам со злокачественными новообразованиями ПЖ, было следующим: радикальной резекции железы с опухолью подверглись 193 пациента (15,7 %), паллиативная лечебная помощь была оказана 244 больным, симптоматическая терапия – в 364 случаях.

При проксимальной локализации опухоли у 51 пациента (4,2 % общей выборки) выполнена радикальная операция в сочетании с лимфаденэктомией по принятой в клинике методике [Новиков С.В., 1998]. У 40 (3,3 %) больных ПДР была расширена за счет резекции и пластики магистральных сосудов панкреатодуоденальной области, вовлеченных в злокачественный процесс и/или увеличения объема лимфаденэктомии (D3, D4), увеличения объема резекции железы до субтотального (расширенная ПДР).

12 пациентам (1,0 %) с проксимальной локализацией новообразования ПЖ радикальная операция дополнена резекцией органов, не удаляемых при традиционной ПДР (правосторонняя гемиколэктомия, внесосудистая резекция корня брыжейки тонкой кишки, гастроэктомия, левосторонняя гемиколэктомия, нефроэктомия, анатомическая или атипичная резекция печени) – комбинированная ПДР. Комбинация ПДР с резекцией магистральных сосудов и органов, не удаляемых традиционной ПДР (расширенная

комбинированная ПДР), выполнены 15 пациентам с раком головки ПЖ.

Таким образом, резектабельность при проксимальной локализации новообразования составила 13,3 %, при дистальной – 29,2, при тотальном поражении ПЖ – 11,8 %.

Выводы. Комплексное ультразвуковое исследование – высокоинформативный метод диагностики рака ПЖ, позволяющий определить наличие опухоли, её структуру, локализацию и ангиоархитектонику, а также распространённость опухолевого процесса на близлежащие магистральные сосуды и органы брюшной полости.

Ведущая роль в интраоперационной диагностике принадлежит ИОУЗИ, выполняемому с помощью УЗ-аппаратуры, оснащенной миниатюрными, водонепроницаемыми, легко стерилизуемым датчиками. Особое значение ИОУЗИ приобретает для обнаружения непальпируемых инсулином опухолей, определения особенностей их топографоанатомического расположения и выбора оптимального доступа для удаления.

В работе впервые определены технические особенности выполнения интраоперационной сонографии при вмешательствах на ПЖ и органах гепатопанкреатодуоденальной зоны.

На основании полученных данных впервые разработан тактический алгоритм формирования лечебной тактики при новообра-

зованиях ПЖ. Предложенный алгоритм по- пациентов с новообразованиями ПЖ для
ложен в основу компьютерной программы специализированного хирургического ста-
построения хирургической тактики лечения ционара.