

УДК (616.37 - 006.6 - 06: 616.36 - 008.64) – 089.819

В.В. Бедин, И.П.Шин

E-mail: KOGC@rambler.ru

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Кузбасский областной гепатологический центр;
Городская клиническая больница № 3
им. М.А. Подгорбунского;
Кемеровская государственная медицинская
академия

ВВЕДЕНИЕ

Наращение числа больных со злокачественными опухолями панкреатодуоденальной зоны (рак поджелудочной железы (ПЖ), большого дуоденального сосочка (БДС), терминального отдела холедоха (ТОХ)) является одной из наиболее сложных проблем абдоминальной хирургии. Среди опухолей панкреатодуоденальной зоны рак ПЖ встречается наиболее часто (60-94%) и занимает третье место по распространенности среди злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта [3]. В структуре онкологической заболеваемости на долю рака ПЖ приходится 3,0%, рака БДС – 1,6%. Заболеваемость раком ПЖ

за последние 30 лет выросла на 30% и составляет 9,5 мужчин и 7,6 женщин на 100000 населения. Ежегодно в мире раком ПЖ заболевает около 200000 человек. В США от рака ПЖ ежегодно умирает 28000 человек [5]. Медиана жизни без операции составляет 4,1 мес [4].

Девяносто процентов больных раком панкреатодуоденальной зоны поступают с длительно протекающей механической желтухой и явлениями печеночно-почечной недостаточности. Хирургическое вмешательство на высоте желтухи сопровождается высокой послеоперационной летальностью (15-60%) и тяжелыми послеоперационными осложнениями. В связи с этим хирургическое лечение в большинстве клиник в настоящее время проводится в два этапа. На первом этапе выполняется декомпрессия желчевыводящих путей. Этот этап позволяет улучшить функциональное состояние печени, уменьшить отрицательное влияние эндотоксинов на организм, снизить послеоперационную летальность. Позднее поступление больных раком панкреатодуоденальной зоны и часто их достаточно тяжелое общее состояние, обусловленное МЖ, заставляют в большинстве случаев сосредотачивать главное внимание на выборе оптимального и максимально безопасного метода декомпрессии желчных путей как в качестве способа подготовки больного к радикальной операции, так и в качестве основного и завершающего способа хирургического лечения. Несмотря на совершенствование методов диагностики и способов хирургического лечения с применением современных технологий, по-прежнему остается низким уровень резектабельности опухоли головки ПЖ и периапулярной зоны (5-23%) [3].

Одной из важнейших задач является диагностика рака ПЖ на ранних стадиях развития. Считается, что скрининговое обследование пациентов с целью выявления рака поджелудочной железы на ранних стадиях не информативно, поскольку опухоли, доступные для скрининговой диагностики, как правило, являются уже инкурабельными. Ни один из применяемых в настоящее время методов диагностики не позволяет выявлять опухоль панкреатодуоденальной зоны на ранней стадии. Это выразительно отражает возрастающую актуальность проблемы.

Кузбасский областной гепатологический центр выполняет функцию областного специализированного онкологического подразделения, занимающегося диагностикой и лечением больных с опухолевым поражением органов панкреатодуоденальной зоны. В статье проанализированы результаты лечения больных с опухолевым поражением панкреатодуоденальной зоны.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период 2000-2004 гг. было пролечено 259 пациентов. Среди пациентов было 142 (54,8%) мужчины и 117 (45,2%) женщин. Средний возраст мужчин – 60,5 лет, женщин – 65,2. Выявлена следующая локализация опухолевого процесса: рак головки поджелудочной железы (ГПЖ) – 213 (82,2%), рак большого дуоденального сосочка (БДС) – 46 (17,8%) пациентов. Средний уровень билирубина составил 216 ± 12 мкмоль/л.

В диагностический алгоритм кроме стандартного клинико-лабораторного исследования входили: в обязательном порядке – ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия с осмотром большого дуоденального сосочка; спиральная компьютерная томография, определение уровня онкомаркеров – СА 19-9, СА – 242, РЭА; по показаниям – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, чрескожная чреспеченочная холангиография под ультразвуковым и рентгенконтролем, ангиография, лапароскопия, чрескожная пункционно-аспирационная биопсия под контролем ультразвука, интраоперационное ультразвуковое исследование и биопсия органов.

Первым этапом больным выполнялась декомпрессия желчевыводящих путей. У 238 (91,9%) пациентов применялись следующие минимальноинвазивные способы декомпрессии: чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) под контролем ультразвука и электронно-оптического преобразователя – 138, чрескожно-чреспеченочная холецистостомия (ХС) под контролем ультразвука – 62, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с эндоскопической папиллотомией и транспапиллярным дренированием холедоха (ТПД) – 54 пациента. В 16 случаях выполнялось двойное дренирование: холецистостомия и транспапиллярное дренирование холедоха. У 21 (8,1%) пациента из-за отсутствия условий для минимальноинвазивной декомпрессии выполнялось наружное дренирование желчных путей лапаротомно.

В 65 (41,1%) случаях стентирование желчных путей с бужированием опухоли стало заключительным этапом в лечении больных с диагностированной диссеминацией процесса. Дренирование осуществлялось по методике Сельдингера и стилет-катетером типа «pig tail» калибром 9-12 Fr под ультразвуковым и рентгенологическим контролем.

Оперировано 148 (57,1%) пациентов: рак головки поджелудочной железы – 117, рак большого дуоденального сосочка – 31. Большинству больных применялись паллиативные желчеотводящие операции: гепатикоеюностомия на выключенной по Ру петле – 80 (в 10 случаях дополнены гастроэнтеростомией при дуоденальной непроходимости), холецистоеюностомия – 4, холецистогастростомия – 6, наружное дренирование желчных путей – 11 (при отсутствии условий для декомпрессии или при осложнениях после декомпрессии желчных путей).

Радикальные и условно-радикальные операции: панкреатогастродуоденальная резекция (ПДР) – 41 пациент (при раке ГПЖ – 23, при раке БДС – 18), папиллэктомия (ПЭ) – 6 пациентов (в 4 случаях с гепатикоеюноанастомозом).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Больным проводилось этапное лечение. На первом этапе выполнялась декомпрессия желчевыводящих путей в ближайшие 12-24 ч после установления диагноза и предоперационной подготовки. Способы декомпрессии зависели прежде всего от локализации опухоли. При выявлении опухоли головки поджелудочной железы выполнялась чрескожная чреспеченочная холангиостомия (с последующей попыткой бужирования опухоли для уменьшения потерь желчи) или холецистостомия. Выбор между данными способами декомпрессии при низком блоке зависел от наличия обтурации опухолью пузырного протока и степени внутрипеченочной билиарной гипертензии. При опухоли большого дуоденального сосочка выполнялась эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с эндоскопической папиллотомией и транспапиллярным дренированием холедоха. При неудачном исходе ретроградного дренирования выполнялась чрескожная чреспеченочная холангиостомия или холецистостомия. Уже на этом этапе проводилась диагностика диссеминации опухолевого процесса с помощью ультразвукового исследования, компьютерной томографии и биопсии органов. При выявлении метастазирования в отдаленные органы декомпрессия желчевыводящих путей становилась заключительным этапом лечения. Осложнения после дренирования желчных протоков: миграция МХС под УЗИ – 8 (12,9%), ЧЧХС – 5 (3,6%), перфорация желчного пузыря при МХС – 4 (6,4%) случая. Летальность при минимальноинвазивных способах декомпрессии – 5 (2,1%), при лапаротомных способах – 3 (17,6%) пациента. У 111 (42,9%) пациентов декомпрессия желчных путей стала

заключительным этапом лечения при диагностированной диссеминации опухолевого процесса.

Вторым этапом проводилось оперативное лечение после стабилизации состояния, нормализации лабораторных показателей крови, при отсутствии инструментальных признаков отдаленных метастазов. Во время операции проводилась тщательная ревизия органов панкреатодуоденальной зоны, экспресс-биопсия для исключения отдаленного метастазирования. При отсутствии признаков отдаленных метастазов и прорастания опухоли в магистральные сосуды выполнялась панкреатодуоденальная резекция с обязательной лимфодиссекцией. Формирование анастомозов проводилось на двух изолированных петлях тонкой кишки [2]. Особое внимание уделялось обработке культи поджелудочной железы. При неудовлетворительных условиях для формирования панкреатоеюноанастомоза выполнялось наружное дренирование панкреатического протока (14 пациентов) по методике М.В. Данилова с последующим закрытием панкреатического свища [1]. Уровень резектабельности при раке головки ПЖ и БДС – 27,7%

При выявлении диссеминации выполнялась паллиативная операция – билиодигестивное соустье. При выборе способа паллиативной операции предпочтение отдавалось высокой гепатикоеюностомии на выключенной по Ру петле. В последнее время мы отказались от формирования анастомозов с желчным пузырем из-за рано возникающей обтурации пузырного протока и, вследствие этого, неадекватного дренирования желчных путей. При синдроме дуоденальной непроходимости билиодигестивное соустье дополнялось гастроэнтероанастомозом на короткой петле.

В послеоперационном периоде проводилась системная химиотерапия (гемцитабином, 5-фторурацилом), иммуномодулирующая терапия (Ронколейкин) больным, которым были выполнены как радикальные, так и паллиативные вмешательства.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 13 (8,8%): несостоятельность билиодигестивного анастомоза – у 3, кровотечения – у 4, перитонит – у 2, острый посттравматический панкреатит, панкреонекроз – у 4 пациентов.

Послеоперационная летальность – 9 (6,1%) пациентов: после панкреатогастродуоденальной резекции – 4 (9,7%) и после паллиативных операций – 5 (4,7%). Причины смерти после панкреатогастродуоденальной резекции: два острых панкреатита с некрозом культи поджелудочной железы и развившейся на этом фоне несостоятельностью панкреатоеюноанастомоза и перитонитом, острое нарушение мозгового кровообращения с развившимся отеком головного мозга, внутрибрюшное кровотечение из печеночной артерии с развившейся острой сердечно-сосудистой недостаточностью. Причины смерти после паллиативных операций: в двух случаях развился инфаркт миокарда в раннем послеоперационном периоде, аррозивное кровотечение из панкреатодуоденальной артерии, перитонит вследствие несостоятельности гепатикоеюноанастомоза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Больным раком панкреатодуоденальной зоны, осложненным механической желтухой, показано этапное лечение.

2. Декомпрессия желчных путей является важнейшим компонентом предоперационной подготовки, а также заключительным этапом лечения при диссеминации рака.

3. При раке головки ПЖ оптимальным способом декомпрессии является ЧЧХС, при раке БДС – эндоскопическое ретроградное дренирование холедоха.

4. Оптимальной паллиативной операцией при раке панкреатодуоденальной зоны является гепатикоеюностомия на выключенной по Ру петле.

5. Операцией выбора при раке панкреатодуоденальной зоны является панкреатогастродуоденальная резекция.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов М.В., Глабай В.П., Кустов А.Е., Мыльников А.Г. Двухэтапная обработка культи поджелудочной железы при панкреатодуоденальной резекции. *Анналы хирургической гепатологии*. 1998. Т. 3. № 2. С. 51-58.
2. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. *Медицина*. 1995. С. 422-424.
3. Касумьян С.А., Алибеков Р.А., Бельков А.В. и т.д. Ближайшие результаты хирургического лечения рака головки поджелудочной железы. *Анналы хирургической гепатологии*. 1998. Т. 3. № 2. С. 65-70.
4. Касумьян С.А., Алибеков Р.А., Бельков А.В., Бескосный А.А. Хирургическое лечение рака поджелудочной железы и периапулярной зоны. Анализ факторов прогноза выживаемости. *Анналы хирургической гепатологии*. 2001. Т. 6. № 1. С. 81-87.
5. Кубышкин В.А., Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы. *Медпрактика-М*. Москва. 2003. С. 10-11.

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS HAVING CANCER OF PANCREATODUODENAL REGION COMPLICATED WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE

V.V. Bedin, I.P. Shin

SUMMARY

The article contains the results of examination and surgical treatment of 259 patients with cancer of pancreatoduodenal region, complicated with obstructive jaundice, in the period from 2000 to 2004. 213 patients had pancreatic head cancer, 46 patients had duodenum papillary cancer. Double step intervention in pancreatoduodenal region cancer was applied. Various types of palliative operations were performed in 101 patients. Postoperative complications were noted in 8,8%. Overall operative mortality was 6,6%; after radical operations it was 9,7% and after palliative procedures it was 4,7%.