

12. Satake K., Yoshimoto T., Mukai R., Umiyama J. // Clin. Oncol.—1982.— Vol. 8.— P. 49—54.
13. Theve O., Pousette A., Carlstrom K. // Ibid.—1983.— Vol. 9.— P. 193—197.
14. Tonnesen K., Kamo-Jensen K. // Europ. J. Oncol.—1986.— Vol. 12.— P. 69—70.

Поступила 16.07.1991

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1991

УДК 616.36/.37-006.6-07

Ю. И. Патютко, Б. И. Поляков, А. Т. Лагошный,
Б. И. Долеушин, С. Г. Колядин

ПАЛЛИАТИВНАЯ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

НИИ клинической онкологии

Гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР), выполняемая при раке фатерова соска, двенадцатиперстной кишки, головки поджелудочной железы, относится к технически сложным оперативным вмешательствам. Эти операции сопровождаются высокой послеоперационной летальностью, достигающей 40 %, и поэтому выполнение их осуществимо лишь в специализированных клиниках.

В ВОНЦ АМН СССР с 1975 по 1990 г. произведено 75 операций подобного объема, причем за последние годы летальность при них снизилась до 15 %. Это дало возможность выполнить ГПДР ряду больных с паллиативной целью. Такие операции выполнены 6 больным: у 4 больных были злокачественные опухоли двенадцатиперстной кишки (гистологически — аденокарцинома, карциноид, лейомиосаркома и гематосаркома), у 1 больной — карциноид головки поджелудочной железы и у 1 больного — рак фатерова соска (аденокарцинома).

У всех больных с новообразованиями двенадцатиперстной кишки имелись огромные крупнобугристые опухоли, стенозирующие более половины просвета вертикального и нижнегоризонтального колена двенадцатиперстной кишки. Стеноз двенадцатиперстной кишки у 2 из этих больных явился непосредственным показанием к оперативному вмешательству, причем у одной из них с гематосаркомой двенадцатиперстной кишки после проведения двух курсов полихимиотерапии исчезли признаки механической желтухи, но остался выраженный стеноз кишки (сужение просвета до 1 см в диаметре) и бариевая взвесь в желудке сохранялась более суток при рентгенологическом исследовании.

У 2 других больных с опухолями двенадцатиперстной кишки показаниями к оперативным вмешательствам были массивные повторные кровотечения из распадающихся опухолей. Приводим эти наблюдения.

Больной Г., 54 лет, поступил в отделение опухолей печени и поджелудочной железы 13.08.90 с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастрии с иррадиацией в поясничную область, отрыжку съеденной пищей, общую слабость, головокружение, сердцебиение.

Объективно отмечаются бледность кожных покровов, тахикардия (до 90 в минуту), увеличение печени (+1 см), снижение гемоглобина крови до 63,0 г/л, эритроцитов — до $24 \times 10^{12}/л$, положительная реакция кала на скрытую

кровь. При дуоденографии — просвет двенадцатиперстной кишки в начальном отделе нижнегоризонтального колена циркулярно сужен. Контур суженного участка неровный. Барий задерживается над сужением. При фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) — на границе средней и нижней трети вертикального колена двенадцатиперстная кишка деформирована, а просвет ее сужен за счет экзофитной ярко-красного цвета опухоли. В просвете кишки темная кровь и сгустки. Биопсией гистологически подтверждена аденокарцинома.

После предоперационной подготовки, включающей гемотрансфузии, уровень гемоглобина повысился до 94,0 г/л, но признаки кровотечений из распадающейся опухоли сохранялись.

18.09.90 больному произведена лапаротомия — при ревизии выявлены опухоль двенадцатиперстной кишки и конгломерат метастатических лимфоузлов размером 4×6 см, муфтообразно охватывающий верхние брыжеечные сосуды и в корне брыжейки тонкой кишки признанный неоперабельным. Учитывая отсутствие иных проявлений диссеминации опухоли и кровотечение из распадающейся опухоли, произведена паллиативная ГПДР (макроскопически на слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки имелась массивная распадающаяся опухоль в виде цветной капусты размером 7×11 см), а конгломерат метастатических лимфоузлов дважды подвергнут криогенному воздействию при -179°C по 20 мин с двух различных полей.

Гистологически в стенке двенадцатиперстной кишки обнаружено разрастание умеренно дифференцированной аденокарциномы, прорастающей все слои стенки ее и врастающей в ткань поджелудочной железы.

Больной Ш., 54 лет, поступил в абдоминальное отделение 11.06.88 с жалобами на общую слабость, головокружение, дегтеобразный стул. Впервые в марте, а затем в сентябре 1986 г. массивные кишечные кровотечения. И только в январе 1987 г. при ФГДС выявлен «полип» двенадцатиперстной кишки. Проводилось консервативное лечение. В связи с повторяющимися кишечными кровотечениями 03.04.87 в хирургической клинике произведена лапаротомия и установлен рак фатерова соска. Наложены холецистодуодено- и гастроэнтероанастомозы. В последующем мелена отмечалась 1 раз в 2 нед, а массивные кровотечения с развитием коллаптоидных состояний — каждые 3 мес. Произведена химиотерапия 5-фторурацилом, а затем фторафуром. В связи с отсутствием эффекта от лечения больной самостоятельно приехал в Москву. Госпитализирован в клинику в относительно удовлетворительном состоянии. Отмечались бледность кожных покровов, болезненность при пальпации в эпигастриальной области, где нечетко определялось уплотнение.

Результаты обследования. Анализ крови: Hb 59,0 г/л, эр. $3,22 \times 10^{12}/л$ — 4400 в 1 мм^3 .

Дуоденография: обнаружено экзофитное образование, вдающееся в просвет нижней половины вертикального колена и на всем протяжении в нижнегоризонтальном колене.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ) в области головки, тела поджелудочной железы объемное образование неоднородной структуры с бугристыми контурами размером $6,8 \times 4,7 \times 6,5$ см и математический узел в правой доле печени размером $6,2 \times 4,7 \times 6,0$ см.

ФГДС: в верхней трети вертикального колена двенадцатиперстной кишки определяется верхний полюс изъязвленной экзофитной опухоли, захватывающей $2/3$ окружности кишки. Опухоль прослеживается на протяжении 10 см в виде отдельных и сливающихся белесовато-красного цвета узлов, легкокровотокающих при инструментальной пальпации. Произведена биопсия опухоли.

При цитологическом и гистологическом исследованиях высказано предположение о лейомиобластоме.

Целиакография: в увеличенной печени в капиллярной фазе выявляется слабоконтрастированный

опухолевый узел диаметром 7 см и отдельные мелкие очаги диаметром до 1—1,5 см. В области пузырно-кишечного анастомоза зона с резко измененными сосудами, которая неравномерно контрастируется в виде массивного опухолевого узла диаметром до 9 см. Питающие его панкреатодуоденальные артерии резко расширены.

На основании проведенного обследования у больного диагностирована лейомиосаркома двенадцатиперстной кишки с метастазами в печень и по витальным показаниям (повторяющиеся массивные крототечения из опухоли) 09.06.88 больному произведена ГПДР и холецистэктомия.

Гистологически: опухоль двенадцатиперстной кишки имеет строение лейомиосаркомы с участками некроза и кровоизлияний, прорастает капсулу поджелудочной железы. В лимфоузлах — гиперплазия лимфоидной ткани.

Через 4 мес, по данным КТ, отмечено прогрессирование метастатического процесса в печени — увеличение количества и размеров метастазов и произведена катетеризация общей печеночной артерии с химиоэмболизациями печени адриамицином по 80 мг с интервалом 1 мес. При обследовании через 6 нед достигнута стабилизация опухолевого процесса при сохранении удовлетворительного состояния больного.

Химиоэмболизация метастазов печени после паллиативной ГПДР проведена 2 больным и наибольший эффект достигнут при метастазах карциноида. Приводим наблюдение.

Больная Б., 30 лет, поступила в клинику ВОНЦ АМН СССР 13.01.86 с жалобами на постоянные боли в поясничной области, тошноту, изжогу. С сентября 1985 г. у больной кожный зуд, желтуха. По поводу механической желтухи (прямой билирубин 126,3 мкмоль/л) в хирургическом отделении произведена лапаротомия и выявлена опухоль головки поджелудочной железы, сдавливающая дистальный отдел общего желчного протока. Наложен обходной холецистогастроанастомоз. При осмотре в ВОНЦ АМН СССР состояние больной удовлетворительное. Внутренние органы без особенностей. По данным УЗИ и КТ,



Рис. 1. Целиакография больной Б., 30 лет. Артериальная фаза. Множественные гипervasкулярные метастазы карциноида головки поджелудочной железы в печень.

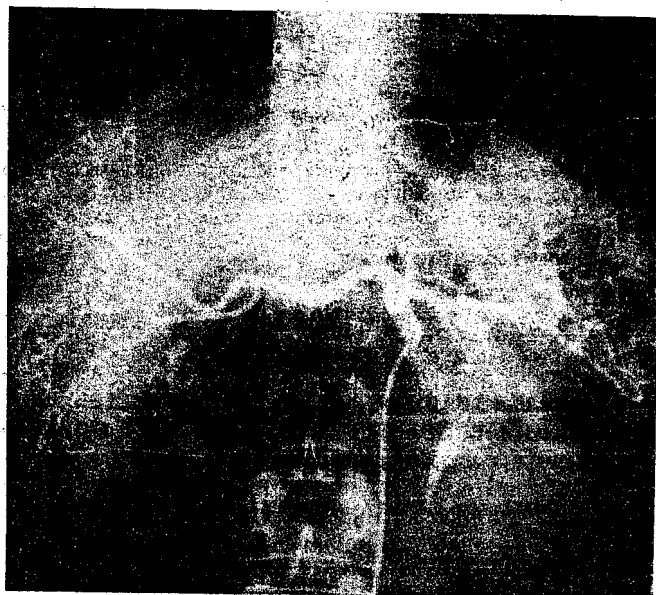


Рис. 2. Целиакография той же больной через 2 мес после химиоэмболизации.

Метастазы в печени практически не выявляются.

имеется опухоль головки поджелудочной железы. При ангиографии картина карциноида. Отмечено также повышение концентрации серотонина крови более чем в 175 раз по сравнению с нормой. 06.02.86 произведена ГПДР и холецистэктомия. Обнаружены опухоль головки поджелудочной железы и мелкие метастазы в печени. Гистологически подтвержден карциноид. Вскоре в послеоперационном периоде вновь возникли признаки карциноидного синдрома и ангиографически стали выявляться множественные метастазы в печени (рис. 1). 24.03.87 выполнена химиоэмболизация печеночной артерии с адриамицином — 50 мг. Отмечена полная регрессия метастазов (рис. 2). Через

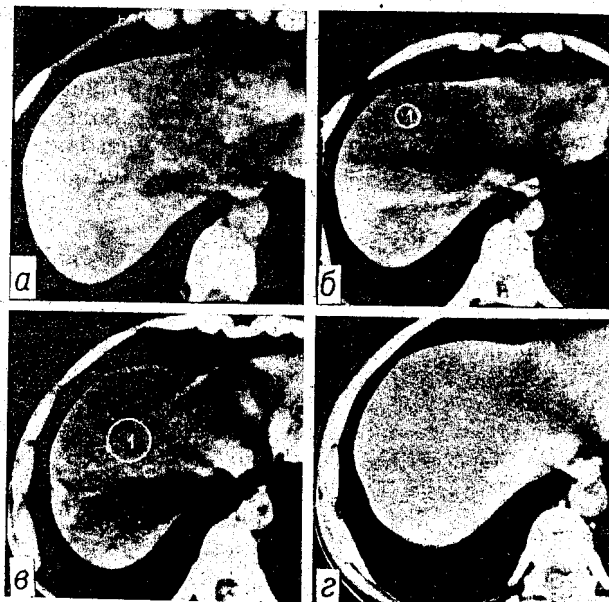


Рис. 3. Динамическая КТ зоны печени в различные сроки после химиоэмболизации печеночной артерии той же больной.

а — исследование через 1 ч после химиоэмболизации печеночной артерии. В печени множественные бесформенные зоны высокой плотности; б — исследование через 7 дней после химиоэмболизации. Эмболизировавший материал постепенно уходит из непораженных опухолю участков и остается в зоне поражения печени; в — исследование через 21 день. Четко определяется метастаз металлической плотности в подкапсулярных отделах правой доли печени. В непораженных отделах печени эмболизировавший материал практически не определяется; г — исследование через 7 мес после эмболизации. Ранее определяемый опухолевый узел значительно уменьшился (показано стрелкой).

19 мес у больной вновь отмечено появление карциноидного синдрома. В ноябре 1989 г. при ангиографии опять стали выявляться метастазы в печени. Произведена повторная химиоэмболизация печеночной артерии с адриамицином 35 мг (23.11.89) и по 50 мг (06.12.89) с полной регрессией метастазов. Но затем вновь выявлены множественные метастазы в печени. От предложенной химиоэмболизации больная отказалась. Умерла через 4 года и 7 мес после паллиативной ГПДР. Эффективность химиоэмболизации метастазов карциноида в печень у этой больной подтверждают и данные КТ (рис. 3).

Касаясь технических особенностей паллиативной ГПДР, следует подчеркнуть, что у 5 больных реконструктивный этап операции заключался в формировании холедохоеюноанастомоза, панкреатоеюноанастомоза и расположенного ниже их гастроэнтероанастомоза вблизи культи тощей кишки и лишь у 1 больной был сформирован резервуарный анастомоз [1]. Последняя методика требует затраты большого операционного времени и вряд ли может быть ведущей при выполнении паллиативной ГПДР.

Особо следует отметить операции у 3 больных, которым до поступления в нашу клинику наложены обходные анастомозы — холецистогастроанастомоз, холецистодуодено- и гастроэнтероанастомозы. Лишь у одного больного удалось сохранить гастроэнтероанастомоз и использовать его при реконструктивном этапе операции. Все остальные анастомозы подлежали удалению. Поэтому практическим хирургам, выполняя операции наложения обходных анастомозов, необходимо планировать возможность последующего их использования, а не затруднять выполнение ГПДР.

При развитии механической желтухи, вызванной опухолью билиопанкреатодуоденальной зоны, по нашему мнению, целесообразно использовать на первом этапе чрескожную чреспеченочную холангиостомию. Это позволит ликвидировать холемию и холестаза, после чего выполнить ГПДР и снизить вероятность несостоятельности швов этого анастомоза, так как сохранение холангиостомы позволит корректировать явления холестаза в послеоперационном периоде.

Особенностью паллиативной ГПДР является выполнение у ряда больных одновременно и холецистэктомии. Такая необходимость возникает при планировании в последующем химиоэмболизации печеночной артерии, так как при эмболизации может возникнуть некроз желчного пузыря в связи с особенностями его кровоснабжения.

Оценивая послеоперационные осложнения, следует отметить, что воспалительные процессы (пневмония, воспалительный инфильтрат в брюшной полости) отмечены у 3 больных, которые были оперированы на фоне вторичной анемии, вызванной кровотечениями из распадающихся опухолей. Причем одному из них во время операции была выполнена криодеструкция неоперабельного конгломерата метастатических лимфоузлов, что также могло быть причиной асептического воспаления у ослабленного больного.

Недостаточности швов анастомозов не отмечено ни в одном случае. Воспалительные осложнения купировались консервативными мероприятиями. Летальных исходов не было.

У всех наших больных выполнение паллиативной ГПДР предусматривало комплекс дополнительных лечебных мероприятий. Так, дополнительно с множественными карциноидами двенадцатиперстной и тонкой кишки одновременно с ГПДР удалены 4 карциноидных узла в тонкой кишке, 2 из них с резекцией сегментов кишки и 2 — из энтеротомного доступа с последующей иммунотерапией реальдероном и химиотерапией. Другому больному одновременно с ГПДР выполнена криодеструкция конгломерата метастатических лимфоузлов в брыжейке тонкой кишки в зоне верхнебрыжеечных сосудов. Одному больному выполнена ГПДР одновременно с резекцией левой доли печени и последующей химиотерапией. Остальным трем больным проводилась химиотерапия, причем двум из них — химиоэмболизация печеночной артерии. Последняя осуществлена при множественных метастазах адриамицином 2- и 3-кратно с интервалами 1 мес и 1,5 года. Данное комплексное лечение позволило добиться стабилизации опухолевого процесса у больного с лейомиосаркомой двенадцатиперстной кишки с метастазами в печень на срок до 7 мес и больной карциноидом головки поджелудочной железы с метастазами в печень в течение 4 лет. Все больные выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии. В короткие сроки прибавили в массу. У них улучшилось самочувствие. Умерли 2 из 6 больных в сроки 10 мес и 4 года 7 мес после паллиативной ГПДР. 4 больных живы от 2 до 7 мес. Таким образом, достижения хирургии при опухолях билиопанкреатодуоденальной зоны позволяют сегодня выполнять ГПДР ряду больных с паллиативной целью. Показаниями для такой операции могут быть стенозирование и кровотечения из опухолей двенадцатиперстной кишки, а также возможность применения дополнительного лечения метастазов с использованием криогенного, лекарственного или других методов. Паллиативные ГПДР у наших больных ликвидировали угрозу смерти, связанную с кровотечениями. Ликвидация болевого синдрома улучшила общее состояние больных. Паллиативная ГПДР позволила продлить жизнь больных при лучшем ее качестве, что, несомненно, позволяет нам рекомендовать выполнение этой операции в плане комплексного лечения у ряда больных со злокачественными опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Патютко Ю. И., Клименков А. А., Итин А. Б., Самойленко В. М. // Хирургия. — 1990. — № 2. — С. 136—138.

Поступила 21.05.91