

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

ПАНКРЕАТЭКТОМИЯ КАК ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РАННЕЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В.И. МАЛИАРЧУК, В.А. ИВАНОВ, О.Н. ПЕТЕНКО, В.М. РЫКОВ, К.Г. ШАШКО, В.А. КУЛАБУХОВ, Е.А. КУЛАБУХОВА, А.С. ГАБОЯН

Кафедра хирургии РУДН. 117292. Москва. Ул. Вавилова, д.61, 64 ГКБ

В данной работе приводится частота заболеваемости раком поджелудочной железы, варианты хирургических операций при различной локализации рака поджелудочной железы. Описан клинический случай панкреатэктомии при локализации рака в головке и теле поджелудочной железы на ранней стадии заболевания. Проиллюстрированы возможности различных методов диагностики ранней стадии заболевания.

Ключевые слова: поджелудочная железа, рак, хирургическое лечение, панкреатэктомия.

Рак поджелудочной железы достаточно частое заболевание, встречающееся в 2-7% от всех онкологических заболеваний органов брюшной полости и в 6-10% рака органов желудочно-кишечного тракта. Основными клиническими проявлениями при поражении головки поджелудочной железы является механическая желтуха, обусловленная непроходимостью желчевыводящих протоков увеличенной головкой поджелудочной железы. В случаях поражения тела и хвоста поджелудочной железы основными клиническими проявлениями являются следующие симптомы: потеря в весе, снижение аппетита, дискомфорт желудочно-кишечного тракта, начальные проявления сахарного диабета.

Диагностика и дифференциальная диагностика рака поджелудочной железы основываются на данных ультразвуковой томографии (УЗТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), пункционной биопсии с гистологическим исследованием (чувствительность тонкоигольной аспирационной биопсии в диагностике злокачественного характера процесса составляет 72% - D.A.Owen, J.K.Kelly, 2001), а также результаты исследования крови на онкомаркеры (чувствительность опухолевого маркера СА-19-9 достигает 90%, специфичность – 75% - W.Schmiegel 1989, P.Hermanek et al, 1995).

Выбор метода хирургического лечения зависит от стадии заболевания, локализации опухоли, степени выраженности механической желтухи и т.д. При локализации опухоли в головке поджелудочной железы одним из методов хирургического лечения является панкреатогастродуоденальная резекция. При локализации же в теле и хвосте поджелудочной железы – резекция хвоста и тела поджелудочной железы. Наибольшие трудности в выборе объема хирургического вмешательства вызывает поражение всей поджелудочной железы на ранней стадии диагностики и заболевания.

В клиническом примере приводится случай ранней диагностики рака поджелудочной железы с поражением, как головки поджелудочной железы, так и тела ее с вовлечением в процесс и ее хвоста. Больному выполнена панкреатэктомия с благополучным исходом.

Больной С., 53 лет, поступил в хирургическое отделение 64 ГКБ 29.03.04 в экстренном порядке с диагнозом: «Острый отечный панкреатит» с жалобами на тяжесть в эпигастральной области, усугубляющаяся после приема пищи, тупые боли в поясничной области, слабость.

Из анамнеза: вышеуказанные симптомы появились в течение последнего года. В октябре 2003 года оперирован в Сирии по поводу кистозного образования поджелудочной железы. При гистологическом исследовании макропрепарата установлен диагноз цистаденомы. С начала 2004 года возобновились прежние жалобы, появились выраженные боли в поясничной области, отметил потерю в весе на 10 кг.

При осмотре состояние средней тяжести; склеры и кожные покровы обычной окраски; язык подсушен, обложен белым налетом; живот правильной формы, срединный послеоперационный рубец, не вздут, мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области, опухолевидные и инфильтративные образования в брюшной полости четко не определяются, пульсация брюшного отдела аорты несколько ослаблена, перитонеальной симптоматики нет, перистальтика выслушивается, стул в норме; дизурии нет, моча обычной окраски.

Больной обследован. В общих анализах крови и мочи показатели в пределах нормы; в биохимическом анализе крови отмечается незначительное повышение глюкозы до 6,7 ммоль/л (N=3,33-5,50 ммоль/л), остальные показатели крови в норме; в гемоагулограмме снижен протромбиновый индекс до 67% (N=80-105%), повышена концентрация фибриногена до 462 мг/дл (N=200-400 мг/дл).

При ЭГДС выявлена деформация желудка в теле и антральном отделе луковицы двенадцатиперстной кишки за счет оттеснения извне.

При УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: печень несколько увеличена, контуры ровные, четкие, эхоструктура паренхимы умеренной эхогенности; в правой доле в области 5-го сегмента определяется участок размерами 39,3х25,7х35,8 мм, неправильной формы, с нечеткими контурами, повышенной эхогенности, в центре этого участка определяется сосуд; внутрипеченочные протоки и сосуды не расширены; желчный пузырь не увеличен, с изгибом в области тела, стенка до 3-4 мм, умеренно повышенной эхогенности, полость пузыря с застойным содержимым; печеночно-желчный проток определяется на протяжении 67 мм, просвет 6 мм, гомогенен; воротная вена 12 мм; поджелудочная железа видна нечетко, не увеличена, контуры неровные, нечеткие, эхоструктура паренхимы диффузно неоднородна, умеренно повышенной эхогенности; на границе головки и тела определяется анэхогенный участок размерами 56,4х34,3х51,7 мм, овальной формы, с капсулой до 3-4 мм, повышенной эхогенности; на границе тела и хвоста железы определяется участок размерами 34,3х26,3х22,0 мм, округлой формы, с капсулой до 2-3 мм; панкреатический проток не расширен.

Учитывая жалобы, анамнез, клинику, данные лабораторного исследования и УЗИ предварительно установлен диагноз: «Киста поджелудочной железы, реактивный панкреатит, не исключен рецидив цистаденомы». Решено начать консервативную комплексную терапию, включающую антибактериальную, дезинтоксикационную инфузионную, спазмолитическую и симптоматическую терапию, и по стиханию воспалительных явлений произвести эхоконтролируемое дренирование кистозного образования наибольших размеров с последующим динамическим наблюдением. 6.04.04 – под местной анестезией произведено дренирование кистозного образования на границе головки и тела поджелудочной железы, эвакуировано до 20 мл геморрагической жидкости, пунктат отправлен на цитологическое исследование. При цитологии на фоне эритроцитов обнаружены клетки и комплексы клеток, подозрительные на атипичные клетки. Кровь на онкомаркеры (СА-19-9, СЕА/РЭА, CYFRA, PSA, альфа-фетопротеин, ферритин, СА 72-4) – выявлено повышение в сыворотке уровня онкомаркера СА-19-9 до 500 ед/мл (N=0-37 ед/мл), остальные онкомаркеры в пределах нормы. 9.04.04 – удален дренаж. При контрольном УЗИ от 15.04.04: картина прежняя (размеры кисты не изменились). На фоне проводимой терапии состояние больного улучшилось, воспалительные явления стихли, болевой синдром купирован.

С подозрением на цистаденокарциному поджелудочной железы решено больного дообследовать (ЯМРТ, анализ крови на онкомаркер СА-19-9 в динамике, консультация стекол в специализированном учреждении).

Пунктат кисты поджелудочной железы консультирован в ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина (№ 12546). В полученном материале обнаруженные клетки подозрительные на код: 8140/3 Аденокарцинома, БДУ. При повторном анализе крови на онкомаркер СА-19-9 отмечено повышение последнего до 974,95 ед/мл.

При МР-томографическом исследовании органов брюшной полости и забрюшинного пространства выявлено: печень не увеличена в объеме, структура ее неоднородна – с диффузными изменениями, участками гиперинтенсивного МР-сигнала и жировой трансформацией; в левой доле печени определяется киста размерами: 3,6х2,4х2,2 см; желчный пузырь заполнен неоднородной по структуре желчью, стенки его утолщены, размеры – до 10,3х4,1 см; убедительно теней конкрементов не определяется, шейка с перегибом; внутрипеченочные и внепеченочные желчные протоки незначительно расширены, общий желчный проток неоднородной структуры – от 0,8 до 0,4 см; в дистальной части отмечается сужение просвета общего желчного протока на протяжении около 2,5 см, дистальные отделы холедоха не определяются; воротная вена без признаков компрессии, деформации не определяется, просвет до 1,0 см; поджелудочная железа с бугристыми контурами, неоднородной структуры, с деструктивными изменениями; головка поджелудочной железы представлена образованием неоднородной структуры, размерами: 6,4х5,2х5,0, в которой определяется зона дегенеративных изменений ткани железы с кистами, максимальными размерами до 4,5х3,0 см и инфильтративными изменениями, распространяющимися на стенку двенадцатиперстной кишки; ближе к крючковидному отростку железы определяется патологическая зона размерами: 3,5х2,0х2,3 см, несколько отличающаяся по тканевым характеристикам, по отношению с имеющимися изменениями; размеры поджелудочной железы на уровне тела – 2,0 см, на уровне хвоста – 1,2 см; панкреатический проток расширен до 0,7 см, извит, в области головки не дифференцируется; в области тела железы определяется киста диаметром 1,7 см; двенадцатиперстная кишка деформирована, стенки неравномерной толщины; выявляются выраженные реактивно-инфильтративные изменения парапанкреатической клетчатки и сальниковой сумки, увеличенные лимфоузлы; крупные сосуды брюшной полости – без особенностей.

Учитывая, эти данные у больного на фоне псевдотуморозного панкреатита и псевдокист нельзя исключить неопластический процесс в головке и теле поджелудочной железы.

При контрольном УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: картина идентична; поджелудочная железа увеличена в области головки и тела, где определяется диффузно гетерогенная структура паренхимы размерами 66,6х38,4 мм с анэхогенными включениями до 16,5х14,0 мм в области головки; по переднему контуру железы в области перешейка определяется анэхогенный участок размерами 52,8х25,9 мм полукруглой формы; панкреатический проток в области головки и тела не расширен, в области хвоста расширен до 4-5 мм; на границе тела и хвоста по переднему контуру определяется анэхогенный участок размерами 23,4х21,1 мм, округлой формы, с тонкой капсулой.

При тщательном анализе имеющихся данных о пациенте (прогрессивное похудание – 2-3 кг в неделю; выявление клеток, подозрительных на атипию, в пунктате кисты поджелудочной железы; значительное повышение уровня онкомаркера СА-19-9 за 2 недели с 500 до 975 ед/мл; на томограммах наличие сомнительного участка в области крючковидного отростка, тела поджелудочной железы) высказано предположение о наличии цистаденокарциномы поджелудочной железы. В связи с этим показано оперативное лечение, объем которого будет определяться интраоперационно.

18.05.04 – больной оперирован; произведена *панкреатэктомия с резекцией желчного протока, удалением двенадцатиперстной кишки, спленэктомией, холецистэктомией, резекцией 2/3 желудка*. При ревизии печень несколько увеличена, застойного вида, желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен. В головке поджелудочной железы определяется опухолевидное образование с множественными кистозными разрастаниями размерами от 4х5 до 5х6 см, такие же разрастания, только меньшего диаметра, по всей поджелудочной железе, которая представляет собой плотную ткань с вовлечением в процесс окружающих тканей. При этом поджелудочная железа подвижная, метастазов не выявлено, парааортально и в забрюшинной клетчатке увеличенных лимфоузлов не отмечено. Операционный диагноз: цистаденокарцинома с преимущественным поражением головки поджелудочной железы, крючковидного отростка и с поражением всей поджелудочной железы. Решено выполнить удаление поджелудочной железы с удалением двенадцатиперстной кишки, холецистэктомию и спленэктомию. Холецистэктомия, резекция гепатикохоледоха (диаметр до 8-9 мм) на уровне впадения пузырного протока, мобилизация двенадцатиперстной кишки и начального отдела тощей кишки, резекция тощей кишки, резекция 2/3 желудка. Собственно мобилизация поджелудочной железы с выделением ее полностью до крючковидного отростка и удаление единым комплексом с двенадцатиперстной кишкой и дистальным отделом холедоха с отдельной перевязкой селезеночных сосудов. Широкая лимфоаденэктомия с удалением большого сальника, спленэктомия. В последующем выполнены анастомозы: на отдельной петле – гепатикоэнтеро- нитью МАКСОН 5/0, на этой же петле выполнен гастроэнтероанастомоз. За энтероэнтероанастомоз проведен зонд. Дренаж в левой поддиафрагмальное пространство, в подпеченочное пространство и в малый таз. Дренажи выведены через отдельные контрапертуры. Рана послойно ушита.

Гистологическое исследование макропрепарата (микроскопическое описание)

I. Поджелудочная железа – светлоклеточная аденокарцинома с фиброзной стромой и высокой дифференцировкой эпителиальных клеток, инфильтративным ростом. Вне опухоли – выраженный фиброз ткани железы с атрофией ацинарной паренхимы, очаговой лимфоидной инфильтрацией стромы. В краях резекции желудка и двенадцатиперстной кишки опухолевого роста не обнаружено. В жировой клетчатке по малой кривизне желудка и вблизи двенадцатиперстной кишки определяются очаги фиброза с комплексами аденокарциномы, в одном из лимфоузлов – метастаз опухоли.

II. В большом сальнике опухолевого роста не выявлено.

III. Селезенка – малоокровие пульпы, редукция лимфоидных фолликулов. В жировой клетчатке и лимфоузлах ворот опухолевого роста не выявлено.

IV. В стенке желчного пузыря мелкоочаговая мононуклеарная инфильтрация, атрофические изменения слизистой оболочки.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Продолжалась коррекция глюкозы в крови инсулином и ферментативной недостаточности креоном 25000. Уровень глюкозы в крови колебался от 3,0 до 15,0 ммоль/л. После стабилизации состояния и подбора заместительной терапии больной в удовлетворительном состоянии выписан домой 16.06.04 под наблюдение онколога, хирурга, эндокринолога, гастроэнтеролога. Рекомендована химиотерапия.

Литература

1. Аксель Е.М., Дворин В.В., Трапезников Н.Н. Статистика злокачественных новообразований в России и некоторых других странах СНГ. – М., 1994.
2. Блохин Н.Н., Итин А.Б., Клименков А.А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков. – М., Медицина, 1982. – 256 с.
3. Ходаков В.В., Желнина Т.Н. Непосредственные результаты хирургического лечения панкреатодуоденального рака. // Хирургия. – 1994. - № 11. – с.14-16.
4. Gordis L., Gold E.B. Epidemiology of pancreatic cancer. // World J Surg – 1994. - 8. - p.808-821.
5. Hermanek P., Gospodarowicz M.K., Henson D.E. et al. Prognostic factors in cancer. // International Union Against Cancer. – Geneva, 1995.
6. Schmiegel W., Tumour markers in pancreatic cancer – current concepts. // HepatoGastroenterol. – 1989. – 36. – p.446-449/

PANCREATECTOMIA AS A CHOICE OF SURGICAL TREATMENT IN CASE OF EARLY PANCREATIC CANCER

V.I. MALYARCHUK, V.A. IVANOV, O.N. PETENKO, V.M. RYKOV, K.G. SHASHKO, V.A. KULABUHOV, E.A. KULABUHOVA, A.S. GABOYAN

Department of Surgery of RPFU. Vavilova St. 61, Moscow, Russia, 117292

In this article we report about pancreatic cancer incidence, variants of surgical treatment depending on pancreatic tumor localization. Pancreatectomia in case of head and body pancreatic cancer at early stage is described.

Key words: pancreatic cancer, surgical treatment, pancreatectomia.