

Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н.,  
Ананьев Н.В., Белый Г.А.

# **ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Кафедра факультетской хирургии СПбГПМА  
г. Санкт-Петербург*

Одной из наиболее ответственных, трудоемких и опасных операций в абдоминальной хирургии считается панкреатодуоденальная резекция (ПДР). Несмотря на то, что за последнее десятилетие летальность после ПДР существенно снизилась (до 3-7 % в специализированных центрах), частота послеоперационных осложнений остается на высоком уровне - 30-50 %.

**Целью** исследования было изучение непосредственных результатов панкреатодуоденальных резекций, выполненных при раке головки поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** За последние 10 лет ПДР были выполнены 63 больным раком головки поджелудочной железы (ПЖ), у 16(25,4%) - опухоль локализовалась в крючковидном отростке ПЖ. Пациенты в большинстве случаев поступали в клинику с осложненными формами заболевания. Механическая желтуха была у 51(80,9 %) больных (из них 13(20,6 %) пациентов ранее перенесли желчеотводящие операции), при этом в 4 (из 51(7,8 %) случаях имелся гнойный холангит. Во всех наблюдениях желтуха носила прогрессирующий характер. Панкреатит выявлен в 52,4 % случаев, в том числе хронический - в 41,3 %, различные формы острого - в 11,1 % случаев.

При выделении панкреатодуоденального комплекса в 4(6,3 %) случаях выявили нетипичное строение печеночных артерий: отхождение собственной печеночной артерии от верхней брыжеечной - у двух пациентов, правой долевой артерии от верхней брыжеечной - у одного, от собственной печеночной - еще у одного больного. На высоте желтухи оперированы 10 больных. Операция завершена только наружным дренированием главного панкреатического протока (ГПП) (без наложения панкреатикоеюноанастомоза) в 3 случаях.

Восстановительный этап ПДР выполняли путем последовательного формирования гастроэнтероанастомоза, гепатикоеюноанастомоза и панкреатикоеюноанастомоза на выключенной из пищеварения петле тощей кишки, сформированной Y-образно по Ру у 34(54,0%) и с межкишечным соустьем по Брауну у 29(46,0%) больных. При этом кишку всегда располагали позадибодочно, а желчный и панкреатический анастомозы формировали на дренажах соответствующих протоков по Фелькеру.

**Результаты и обсуждение.** Самым частым осложнением рака головки ПЖ была механическая желтуха. В прошлых работах мы отмечали, что операции на высоте желтухи при уровне билирубина выше 150 мкмоль/л и длительности желтухи более 2 недель были выполнены 12 больным. Они сопровождаются техническими трудностями, связанными с кровоточивостью тканей. Послеоперационный период у этих больных осложнился печеночной недостаточностью (3 пациента), внутрибрюшным кровотечением (1 пациент), кровотечением из острых язв желудка (4 больных). Умерли 4(25 %) пациента. С 1993 года одномоментные ПДР выполняли в случаях, если уровень билирубина был меньше 100 мкмоль/л (а в последние годы - меньше 150 мкмоль/л), длительность желтухи не превышала двух недель, потеря массы тела не превышала 5 кг. С учетом этих показаний были выполнены 7 ПДР без летальных исходов. В остальных случаях осуществлены двухэтапные операции с удовлетворительными результатами.

Острый панкреатит явился осложнением рака головки ПЖ у 7(11,1 %) больных. При этом у 3 пациентов во время операции был выявлен деструктивный панкреатит. В этих случаях мы отказались от наложения панкреатикоеюноанастомоза и панкреатический проток дренировали лишь наружу и формировали гастро- или энтеростому для реинфузии панкреатического сока. Послеоперационный период при этом у 2 больных осложнился гнойным парапанкреатитом. Летальных исходов при этом не было. Повторно через 2-3 месяца был оперирован один больной, а у двух - свищ закрылся самостоятельно. Осложнений после повторной операции не было.

Хронический панкреатит, осложняющий опухоль, был выявлен во время операции у 26(41,3 %) пациентов. Из-за выраженного парапанкреатического фиброза трудности при мобилизации панкреатодуоденального комплекса возникли в 5 случаях. При этом у одной пациентки была повреждена воротная вена, что сопровождалось кровопотерей более 2 литров и еще в одном случае была пересечена общая печеночная артерия (проходимость ее была восстановлена наложением анастомоза конец-в-конец).

У 53(84,1 %) пациента опухоль распространялась за пределы ПЖ и прорастала окружающие органы и ткани. Чаще всего отмечалась инвазия терминального отдела общего желчного протока (73,0 %). Из 51 больного с механической желтухой у 48(94,1%) - имела инвазия опухоли в проток, в остальных случаях он был сдавлен ею. У 27(42,9 %) пациентов опухоль прорастала «капсулу» ПЖ, причем в 15 из них рак локализовался в крючковидном отростке. Прорастание опухоли головки ПЖ в двенадцатиперстную кишку (ДПК) выявлено у 6(9,5 %)

пациентов, при этом механическая желтуха имела у 3 из них. Инвазия опухоли в воротную и/или верхнюю брыжеечную вены имела у 5(7,9 %) пациентов, и у 4 из них рак локализовался в крючковидном отростке, а у пятого – диаметр опухоли был 5 см. Прорастание рака головки ПЖ в печеночную и/или селезеночную артерии диагностировано у 4(6,3 %) больных, брыжейку поперечной ободочной кишки с инвазией средних ободочных сосудов – у 3(4,8 %).

Ранее мы сообщали, что при прорастании опухоли в сосуды выполняли комбинированные ПДР (с краевой и циркулярной резекцией сосудов – 9 операций). Однако, при анализе отдаленных результатов выявили, что комбинированные операции не увеличивают выживаемость больных, а послеоперационный период после таких ПДР протекает тяжелее, чем после паллиативных ПДР (продолжительность таких операций была 10,2±0,25 часов, а кровопотеря – 2157±112,8 мл, что существенно больше чем при стандартных операциях ( $p<0,05$ ); послеоперационные осложнения наблюдались в 77,7 % (7 больных); послеоперационная летальность составила 33,3 % (умерли 3 больных). Поэтому мы пришли к заключению, что если после пересечения ПЖ все же выявляется прорастание опухоли в сосуды – следует выполнять паллиативную ПДР. Конечно же такая операция – ошибка до- и интраоперационной диагностики – больному следовало сразу выполнять какую-либо дренирующую желчные пути операцию. Паллиативная же ПДР вынужденно выполнялась, когда остановить ход операции уже было поздно. В анализируемой группе больных комбинированных ПДР с резекцией сосудов не выполняли (хотя ранее сообщали о 9 таких операциях). Единственное, что считаем целесообразным – выполнять резекцию поперечного отдела ободочной кишки при прорастании опухоли в среднюю ободочную артерию, когда после ее перевязки наступало расстройство кровообращения этого отдела ободочной кишки. В анализируемой группе больных резекция поперечно - ободочной кишки была осуществлена в 2 случаях. Хотя вопрос о целесообразности выполнения комбинированных ПДР все меньше обсуждается в литературе, большинство авторов не являются сторонниками таких операций.

У 22(34,9 %) пациентов после ПДР имелись различные осложнения. Самым частым осложнением в послеоперационном периоде после ПДР являлись острый панкреатит культи (32,1 %) и несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза (17,4 %), которая наблюдалась только у пациентов с острым панкреатитом культи и у 1(1,6 %) из них - закончилась летальным исходом. Другие осложнения являлись как правило следствием несостоятельности ПЕА. По нашему опыту, причиной перитонита, абсцессов брюшной полости практически всегда являлся острый панкреатит культи ПЖ, он же в одном случае и был причиной летального исхода.

Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы и легких наблюдались в основном у пожилых и ослабленных больных. Достаточно высокий процент послеоперационных осложнений может быть объяснен, прежде всего, составом больных, поступающих в клинику для лечения, среди которых 57(90,5

%) – пациенты с опухолью Т3 (по классификации TNM 2002 года - Т3 – опухоль распространяется за пределы ПЖ, но не вовлекает чревную или верхнюю брыжеечную артерию), 36(57,1 %) - старше 60 лет, имели сопутствующие заболевания сердца и легких – 44(69,8 %), механическую желтуху – 51(80,9%), дефицит массы тела – 27(42,9 %).

Панкреатодуоденальная резекция – операция довольно травматичная и продолжительная, послеоперационный период, как было показано выше, нередко осложняется. Среднее время выполнения ПДР составило 5,7±0,18 часов, средняя кровопотеря – 563,3±37,8 мл, средний койко-день – 21,2±3,4. Более 30 суток после операции в клинике находились 12(19,0 %) больных.

Послеоперационная летальность при ПДР составила 3,2 %.

Летальность уменьшалась с накоплением опыта работы. Так, в первые 7 лет в послеоперационном периоде умирал каждый пятый больной. Послеоперационная летальность в период 1988-94 гг. составила 7,2 %. Потом в течение шести лет (1995-2000 гг.) летальных исходов не наблюдали. Мы считали, что это было связано с тем, что с накоплением опыта стала более совершенной техника операции, анестезиологическое обеспечение и интенсивная послеоперационная терапия, появились современные шовные материалы, лекарственные препараты, меньше стало запущенных, тяжелых больных, появились возможности выявления опухоли в дожелтушном периоде при УЗИ и КТ, научились выявлять и лечить послеоперационные осложнения. В тяжелых ситуациях, связанных с обтурационным панкреатитом стали выполнять двухмоментные операции на поджелудочной железе. Для профилактики и лечения послеоперационного панкреатита в этот период применяли сандостатин. Однако, с 2001 по 2005 гг., несмотря на соблюдение всех принципов, разработанных ранее, в послеоперационном периоде умерли 2 больных. Наверное, это связано и с тем, что показания к операции расширились для более соматически ослабленных больных, которым ранее ПДР не выполняли.

**Заключение.** Таким образом, рак крючковидного отростка ПЖ является наименее благоприятной локализацией при которой опухоль рано прорастает в воротную (верхнюю брыжеечную) вену и более поздно осложняется желтухой. Выполнять резекцию сосудов в таких случаях, по-видимому, нецелесообразно, а если остановить выполнение ПДР уже невозможно, то лучшие непосредственные результаты достигаются при оставлении на них части опухоли (объем R2). Комбинированные же ПДР сопровождаются большим числом интраоперационных, послеоперационных осложнений и высокой летальностью.

При наличии у больных механической желтухи, лучшие результаты получены при применении двухэтапных операций. При обработке культи ПЖ после ПДР следует подходить дифференцированно – при наличии признаков острого обтурационного панкреатита следует лишь дренировать панкреатический проток наружу.