

Г.Д. Гунзынов¹, В.Е. Хитрихеев², Ч.В. Содномов³, Б.Г. Гармаев³, В.П. Саганов¹,
Б.П. Будашеев¹, Б.С. Хабинов³

ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹ Бурятский филиал ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН
(Улан-Удэ)

² ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

³ Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Проведен клинический анализ 51 больного, пролеченного в хирургическом отделении № 1 Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко в период 1993–2011 гг. Всем больным была выполнена панкреатодуоденальная резекция по поводу хронического панкреатита (7) и рака поджелудочной железы (44). В ближайшем послеоперационном периоде летальность составила 7,8 %. В отдаленном периоде у 8 больных с раком сроки выживания составили 18–34 месяца. Один пациент прожил 10 лет.

Ключевые слова: хронический панкреатит, поджелудочная железа, хирургическое лечение

PANCREATODUODENAL RESECTION IN THE TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS AND PANCREATIC CANCER

G.D. Gunzynov¹, V.E. Khitrikheev², Ch.V. Sodnomov³, B.G. Garmaev³, V.P. Saganov¹,
V.P. Budashev¹, B.S. Khabinov³

¹ Buryat Branch of Scientific Center of Reconstructive and Restorative Surgery SB RAMS, Ulan-Ude

² Buryat State University, Ulan-Ude

³ Republican Clinical Hospital named after N.A. Semashko, Ulan-Ude

A clinical analysis of 51 patient treated in surgical ward of Republican Clinical Hospital named after N.A. Semashko during the period of 1993–2011. All patients had pancreatoduodenal resection for chronic pancreatitis (7) and pancreatic cancer (44). In the nearest postoperative period mortality was 7,8 %. In the remote postoperative period terms of survivability in 8 patients with cancer were 18–34 months. One patient lived 10 years.

Key words: chronic pancreatitis, pancreas, surgical treatment

Несмотря на достижения хирургии гепатопанкреатодуоденальной зоны, рак поджелудочной железы (ПЖ) остается до конца не решенной проблемой. В России заболеваемость раком поджелудочной железы в возрастной группе 40–69 лет достигла в 2004 году 4-го рангового места и с 1999 по 2004 гг. смертность от данного заболевания возросла на 16,2 % [6]. На момент постановки правильного диагноза 80–85 % больных уже неоперабельны в связи с местным или отдаленным распространением опухолевого процесса [8]. При этом средняя продолжительность жизни пациентов с нерезектабельным раком поджелудочной железы составляет около 6–7 месяцев [7]. После радикального оперативного лечения 5-летняя выживаемость больных с данной патологией по результатам различных клиник мира колеблется от 0 до 30 % [4].

Целью исследования явилось изучение ближайших и отдаленных результатов панкреатодуоденальных резекций у больных с опухолями головки поджелудочной железы.

Нами рассмотрены ближайшие результаты 51 панкреатодуоденальной резекции (ПДР), выполненной в хирургическом отделении № 1 Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко г. Улан-Удэ по поводу заболеваний головки ПЖ. В 5 случаях при гистологическом

исследовании был верифицирован хронический псевдотуморозный панкреатит, а в остальных наблюдениях — рак (аденокарцинома). Возраст пациентов составил 35–71 год. Мужчин — 29, женщин — 22.

Для установления диагноза, помимо общеклинических и биохимических анализов, нами были применены УЗИ, КТ, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), онкомаркеры (СА-19-9 или СА-242, РЭА, АФП), рентгенография легких.

При высоком уровне билирубина крови (200 ммоль/л и выше) в 14 случаях операция производилась двухэтапно, когда на первом этапе осуществлялась декомпрессия желчных путей и проводилась ревизия брюшной полости с определением возможности выполнения второго — радикального — этапа операции. В начальный период внедрения ПДР на первом ее этапе мы отдавали предпочтение внутреннему дренированию желчных протоков путем холецистоэнтеростомии (4 случая) и стентирования фатерова сосочка (1 случай), когда проходимость пузырного протока не вызвала сомнений.

Однако первый опыт показал, что радикальный этап вмешательства после билиодигестивных соустьев сопровождается техническими трудностями, обусловленными спаечным процессом,

повышенной кровоточивостью тканей, а также необходимостью в ряде случаев реконструкции ранее сформированного анастомоза. Поэтому в более поздний период внедрения ПДР на первом ее этапе мы стали отдавать предпочтение наружному дренированию гепатикохоледоха (10 случаев) как методу, более простому в исполнении и создающему меньше технические трудности во время радикальной операции.

Панкреатодигестивные соустья нами были выполнены в 2 вариантах: панкреатоеюностомия «конец в конец» преимущественно при мягкой консистенции железы и узком вирсунговом протоке и панкреатоеюностомия «конец в бок» при плотной капсуле железы и значительном расширении панкреатического протока (рис. 1, 2).

В 48 случаях обоих видов анастомозов в главный панкреатический проток устанавливался «потерянный» дренаж из перфорированной полихлорвиниловой трубки соответствующего диаметра со свободным концом в кишке длиной до 3–5 см.

Однако в 3 случаях инвагинационный анастомоз был сформирован нами без дренирования вирсунгова протока ввиду его чрезмерно малого диаметра.

Как видно на рисунке 1, при применении первой модификации для профилактики несостоятельности анастомоза считали обязательным конструкцию анастомоза с расположением культи ПЖ на инвагинированную вовнутрь серозную оболочку кишки [1].

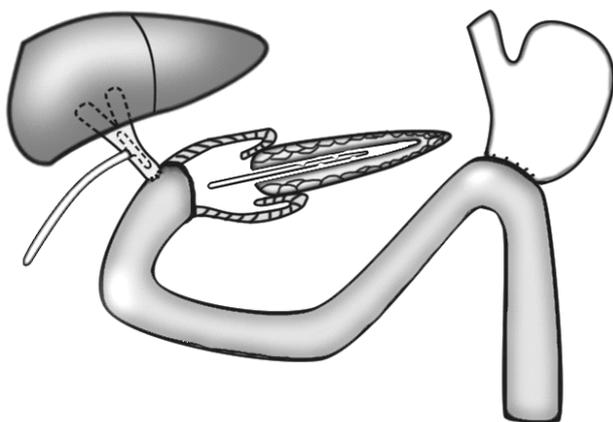


Рис. 1. Панкреатоеюностомия «конец в конец».

При втором варианте операции (рис. 2) производилось прецизионное анастомозирование вирсунгова протока в бок петли тонкой кишки атравматическими нитями в 4/0–5/0 с перитонизацией вторым рядом серозно-мышечных швов с захватом капсулы ПЖ. При формировании билиодигестивных анастомозов в ряде случаев была выполнена холецистоэнтеростомия. Однако в тех случаях, когда проходимость пузырного протока вызывала сомнения, мы склонялись в пользу выполнения холедохоэнтероанастомоза.

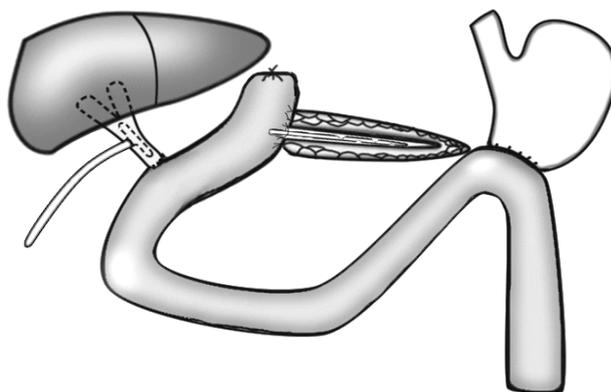


Рис. 2. Панкреатикоеностомия «конец в бок».

Нами выявлены 7 случаев ранних послеоперационных осложнений, которые наблюдались у больных с раком ПЖ. При этом в 4 наблюдениях из первых 15 операций осложнения носили фатальный характер. В последующей серии из 36 оперативных вмешательств летальных случаев не было отмечено. Следует отметить, что в тех случаях, когда мы не применяли дренирование вирсунгова протока, осложнений не наблюдалось.

Таким образом, в ближайшем послеоперационном периоде летальность составила 7,8 %.

Как видно из таблицы 1, несостоятельность анастомозов наблюдалась у 3 пациентов, оперированных одновременно: в 2 случаях – панкреатодигестивного анастомоза «конец в конец» с «потерянным дренажем», когда, на наш взгляд, были несколько превышены показания к радикальной операции, которая сопровождалась краевой резекцией верхней брыжеечной вены ввиду прорастания ее опухолью; в 1 случае – холедохо-

Ранние осложнения панкреатодуоденальных резекций

Таблица 1

Название осложнения	Количество	Умерли
Несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза «конец в конец»	2	2
Несостоятельность гепатикоэнтероанастомоза	1	–
Синдром полиорганной недостаточности	1	1
Внутрибрюшное кровотечение	1	1
Гастростаз	2	–
Всего	7	4

энтероанастомоза. В первом случае оба больных умерли на фоне распространенного перитонита, однако во втором удалось добиться заживления билиодигестивного свища консервативно. Здесь следует отметить, что у пациентов, оперированных без дренирования вирсунгова протока осложнений не наблюдалось.

Синдром полиорганной недостаточности развился после одномоментного оперативного вмешательства, предпринятого при уровне общего билирубина крови > 200 ммоль/л, и, кроме того, операция протекала с большими техническими трудностями, что усугубило исходно тяжелое состояние пациента. Одна пациентка умерла в течение первых суток послеоперационного периода от внутрибрюшного кровотечения, возникшего из сосудов культи крючковидного отростка поджелудочной железы.

Выраженный гастростаз наблюдался у 2 больных из 5 после пилоросохраняющего вмешательства, однако в обоих случаях с данной патологией удалось справиться консервативно.

Отдаленные результаты прослежены у 10 больных: у 9 – с раком поджелудочной железы и у 1 – с хроническим панкреатитом. При злокачественном процессе сроки выживания пациентов составили от 1 до 10 лет. 9 пациентов умерли от рецидива опухоли в период от 18 до 34 месяцев, а 1 больной – через 10 лет – от двустороннего пиелонефрита. У одного больного с хроническим панкреатитом через 2 года после операции отмечено удовлетворительное состояние и хорошее качество жизни. Пациент прибавил в весе 10 кг.

Таким образом, из вышеизложенного следует:

1. При высоком уровне билирубина крови (> 200 ммоль/л) необходимо выполнять ПДР двухэтапно. При отсутствии эффективных парахирургических пособий на первом этапе следует отдавать предпочтение наружному дренированию желчных путей перед билиодигестивными анастомозами.

2. Необходимо тщательное дооперационное обследование больных с применением высокотехнологичных методов диагностики и интраоперационная ревизия опухолевого процесса для наиболее точного определения выполнимости ПДР.

3. При ПДР возможно эффективное применение инвагинационной панкреатоюностомии «конец в конец» и панкреатоеюностомии «конец

в бок» с применением прецизионной техники и установлением «потерянного дренажа». Однако в случаях наличия узкого протока последнее не обязательно.

4. В случае сохранения проходимости пузырного протока билиодигестивное соустье возможно формировать путем наложения холецистоэнтероанастомоза.

5. Отдаленные результаты ПДР требуют дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Витебский Я.Д. Клапанные анастомозы в хирургии пищеварительного тракта. – М.: Медицина, 1988. – 112 с.

2. Внутрипротоковые папиллярно-муцинозные опухоли поджелудочной железы (обзор литературы) / А.В. Кочатков, В.А. Кубышкин, Г.Г. Кармазановский [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2008. – Т. 13, № 2. – С. 102–108.

3. Кубышкин В.А., Вишневецкий В.А. Рак поджелудочной железы. – М., 2003. – 386 с.

4. Отдаленные результаты лечения протоковой аденокарциномы головки поджелудочной железы: факторы, влияющие на прогноз течения заболевания / В.А. Кубышкин, А.И. Щеголев, О.В. Балукова, А.В. Кочатков // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2004. – Т. 9, № 1. – С. 129–134.

5. Современные данные о возможностях хирургического лечения больных раком поджелудочной железы и периампулярной зоны / Ю.И. Патютко, А.Г. Котельников, В.Ю. Косырев [и др.] // *Современная онкология*. – 2000. – Т. 2, № 1. – С. 42–44.

6. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2004 году / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель, В.Ю. Сельчук [и др.] // *Вестник Рос. онкол. научн. центра им. Н. Н. Блохина РАМН*. – 2006. – Т. 17, Прил. 1. – С. 1–132.

7. Palliative operation for cancer of the head of the pancreas: Significance of pancreaticoduodenectomy and intraoperative radiation therapy for survival and quality of life / K. Ouchi, T. Sugavara, H. Ono [et al.] // *Worlds J. Surg.* – 1998. – Vol. 22. – P. 413–417.

8. Todd K.E., Reber H.A. Prognostic considerations in pancreatic cancer // *Atlas of Clinical Oncology, Pancreatic Cancer*. – London: Bc Decker Inc. Hamilton, 2001.

Сведения об авторах

Гунзынов Галан Дамбиевич – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Бурятского филиала ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН (670031, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12; тел.: 8 (3012) 42-58-41)

Хитрихеев Владимир Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (670031, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а)

Содномов Чингис Валерьевич – врач-хирург отделения гнойной хирургии Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко (670031, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12; тел.: 8 (3012) 43-62-03)

Гармаев Борис Гармаевич – кандидат медицинских наук, заведующий отделением гнойной хирургии Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко (670031, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12; тел.: 8 (3012) 43-62-03)

Саганов Владислав Павлович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, Бурятского филиала ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН (670031, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12; тел.: 8 (9025) 65-18-78)

Будашеев Вячеслав Петрович – кандидат медицинских наук, научный сотрудник Бурятского филиала ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН (670031, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12; тел.: 8 (9025) 65-02-54)

Хабинов Баир Санжиевич – врач-хирург отделения гнойной хирургии Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко (670031, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12; тел.: 8 (3012) 43-62-03)