

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Владимир Николаевич Шолохов¹, Игорь Александрович Файнштейн²,
Михаил Иванович Нечушкин³, Игорь Евгеньевич Тюрин⁴,
Елена Николаевна Холявка⁵

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ ВЕНЫ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹ Профессор, г. м. н., ведущий научный сотрудник, отдел лучевой диагностики НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115448, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

² К. м. н., ведущий научный сотрудник, отделение радиохирургии НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115448, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

³ Профессор, г. м. н., заведующий, отделение радиохирургии НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115448, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

⁴ Профессор, г. м. н., ведущий научный сотрудник, отдел лучевой диагностики НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115448, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

⁵ Врач-рентгенолог, отдел лучевой диагностики НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115448, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

Адрес для переписки: 115448, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, отделение радиохирургии, Файнштейн Игорь Александрович;
e-mail: ANAPAR1@yandex.ru

Рак головки поджелудочной железы с инвазией спленопортомезентериального венозного соединения ставит перед хирургом ряд сложных задач. Затрудняются мобилизация опухоли и диссекция забрюшинных мягких тканей, перевязка селезеночной вены ведет к левосторонней сегментарной портальной гипертензии, прямой спленопорто- или спленомезентериальный анастомоз в связи с натяжением сосудов чреват тромбозом, протезирование вены технически сложно. Мы, кроме прямого портомезентериального анастомоза, в 2 наблюдениях реконструировали селезеночную вену с использованием протеза «Gore-Tech». Ближайшие и отдаленные результаты этих вмешательств удовлетворительны.

Ключевые слова: рак поджелудочной железы, инвазия вен, протезирование.

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) — единственный метод, дающий шанс на излечение при раке головки поджелудочной железы (ПЖ). Однако это вмешательство может быть выполнено только у 20—25% пациентов из-за метастатического или местного распространения опухоли [1; 2]. Основной причиной отказа от радикального вмешательства при местнораспространенном раке, как правило, является инвазия магистральных сосудов.

Применение в клинической практике предложенного С. Child метода резекции воротной вены позволило увеличить число пациентов, которым оказалось возмож-

ным выполнить радикальную или условно радикальную резекцию [3]. В настоящее время резекция воротной и верхней брыжеечной вены достаточно часто выполняется в ходе ПДР, а непосредственные и отдаленные результаты этих вмешательств оказались не хуже стандартных. Ситуация осложняется в случаях, когда опухолевая инфильтрация распространяется на селезеночную вену или место слияния ее с верхней брыжеечной: мобилизация удаляемого комплекса и диссекция забрюшинных мягких тканей существенно затрудняются, реконструкция вен технически усложняется. Решение этой проблемы может быть достигнуто различными методами: прямым анастомозом селезеночной вены после резекции с воротной или верхней брыжеечной веной, путем применения аутовенозной вставки, формирования спленоренального анастомоза, простой перевязкой культи селезеночной

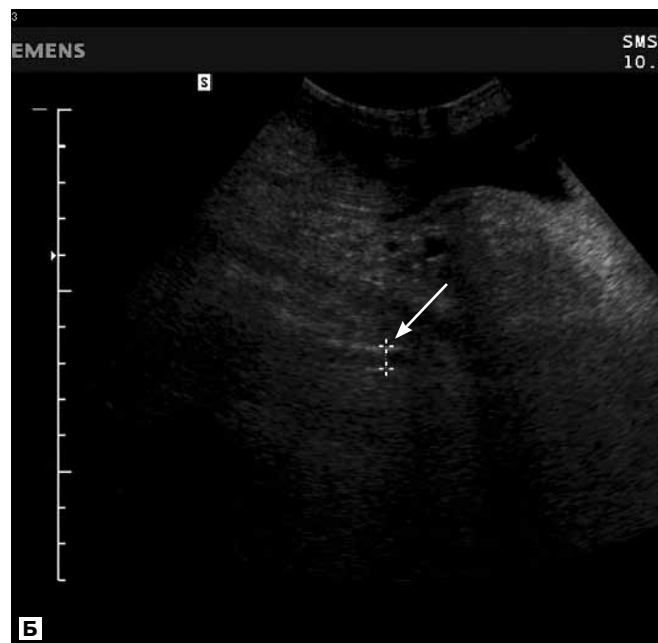
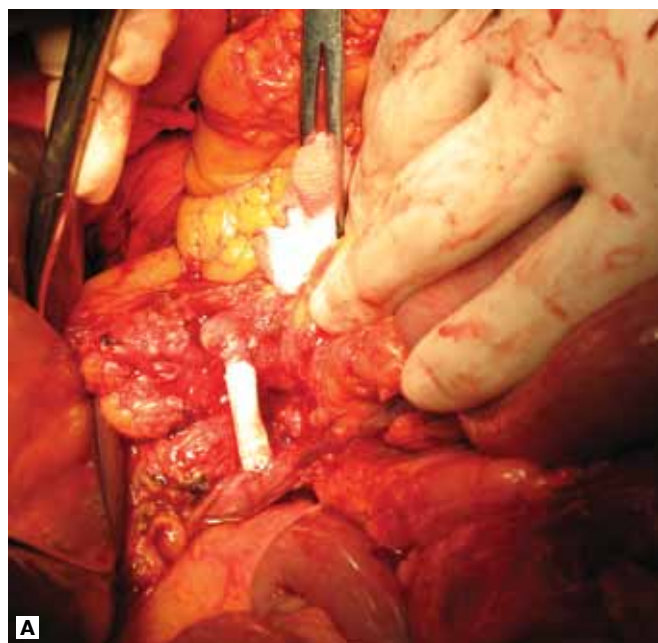


Рисунок 1. Интра- и послеоперационные данные обследования больного Ц.

А. Циркулярная резекция воротной/верхней брыжеечной вен с протезированием селезеночной вены. **Б.** УЗ-томограмма в В-режиме зоны сосудистой реконструкции, стрелкой указан протез селезеночной вены. **В.** УЗ-томограмма в режиме энергетической доплерографии. Стрелкой указано наличие кровотока в просвете протеза селезеночной вены.

вены [4]. Каждый из этих методов имеет свои недостатки: перевязка селезеночной вены ведет к развитию сегментарной портальной гипертензии с угрозой желудочного кровотечения, прямой спленопортальный анастомоз, как правило, сопровождается натяжением сосудов и несет угрозу тромбоза, пластика аутовеной не всегда возможна и более продолжительна.

В нашей практике при инвазии опухоли головки ПЖ в зону слияния селезеночной вены дважды было приме-

нено протезирование синтетическим протезом «Gore-Tex».

Приводим клиническое наблюдение № 1.

Больной Ц., 61 года, госпитализирован 22.01.2007 г. с диагнозом: рак головки поджелудочной железы, механическая желтуха. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) выявлена опухоль крючковидного отростка ПЖ. После экстренного чрескожного чреспеченочного дренирования желчных протоков выполнено комплексное обследо-



Рисунок 2. Аксиальный срез на уровне селезеночной вены у больной М. КТ-ангиограмма. Стрелкой указан протез.

вание. При компьютерной томографии (КТ) и ангиографии подтверждена опухоль крючковидного отростка ПЖ размерами 3,7 × 4,3 см, подозрение на инвазию в спленопортomezентериальное венозное соединение. После разрешения механической желтухи 19.02.2007 г. больной оперирован. При интраоперационном исследовании подтверждено врастание опухоли в место слияния верхней брыжеечной и селезеночной вен. Выполнена ПДР с резекцией воротной/верхней брыжеечной вен (протяженность 3 см) и селезеночной вены (4 см) и прямым портomezентериальным анастомозом (продолжительность пережатия воротной вены 18 мин). Дефект селезеночной вены замещен протезом «Gore-Tex» длиной 5 см (продолжительность пережатия вены 15 мин) (рис. 1, А).

Реконструкция верхних отделов желудочно-кишечного тракта осуществлена последовательным анастомозированием проведенной впередиободочно петли тощей кишки с ПЖ, общим печеночным протоком и оставшейся частью желудка. При морфологическом исследовании обнаружено прорастание общего желчного протока и всех слоев венозной стенки высококодифференцированной аденокарциномой. Послеоперационный период протекал без осложнений. Антикоагулянтная те-

рапия не проводилась. Контроль за состоянием венозных анастомозов осуществлялся при УЗИ (рис. 1, Б, В).

При динамическом наблюдении признаков прогрессирования заболевания не было. Продолжительность наблюдения после операции составила 20 мес. 24.10.2008 г. констатирована смерть от нарушения мозгового кровообращения.

Наблюдение № 2.

Больная М., 65 лет. Данные до- и интраоперационного обследования были аналогичны предыдущим. Оперирована 20.11.2007 г. Как и у больного Ц., выполнена резекция спленопортomezентериального соединения с прямым портomezентериальным анастомозом и протезированием селезеночной вены протезом «Gore-Tex». Осложнений в послеоперационном периоде не было. КТ-ангиография продемонстрировала адекватную функцию венозных соединений (рис. 2). При морфологическом исследовании выявлена внутритрипотоковая папиллярная муцинозная карцинома. В послеоперационном периоде проведена адъювантная химиотерапия (гемцитабин). Через 13 мес после операции выявлен рецидив заболевания. Через 24 мес больная жива.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Инвазия спленопортomezентериального соединения опухоли головки ПЖ не является противопоказанием к радикальному лечению. Применение протеза «Gore-Tex» — надежный и безопасный способ восстановления кровотока в селезеночной вене. Отдаленные результаты хирургического лечения при местнораспространенном раке с инвазией верхнебрыжеечно-селезеночного венозного соединения могут быть не хуже, чем после стандартного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Intraoperative ultrasonography in the staging of pancreatic head neoplasms / Alberti A., Dattola P., Parisi A., Maccarone P., Basile M. // Chir. Ital. — 2002. — Vol. 54, N 1. — P. 59—64.
2. Surgical palliation of unresectable periampullary adenocarcinoma in the 1990s / Sohn T. A., Lillemoe K. D., Cameron J. L., Huang J. J., Pitt H. A., Yeo C. J. // J. Am. Coll. Surg. — 1999. — Vol. 188, N 6. — P. 658—666.
3. Pancreaticoduodenectomy with resection of the portal vein in the Macaca mulatta monkey and in man / Child C. G., Holswade G. R., McClure R. D., Gore A. L., O'Neill E. A. // J. Am. Coll. Surg. — 1952. — Vol. 94. — P. 31—45.
4. Yoshimi F., Asato Y., Tanaka R., Nemoto K., Shioyama Y., Onaya H., Yamada K. Reconstruction of the Portal Vein and the Splenic Vein in Pancreaticoduodenectomy for Pancreatic Cancer // Hepato-Gastroenterology. — 2003. — Vol. 50. — P. 856—866.

Поступила 01.08.2010

*Vladimir Nikolayevich Sholokhov¹, Igor Alexandrovich Fineshtein²,
Mikhail Ivanovich Nechushkin³, Igor Evgenievich Turin⁴,
Elena Nikolayevna Kholyavka⁵*

RECONSTRUCTION OF THE SPLENIC VEIN IN PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED PANCREATIC CANCER

¹ MD, PhD, Professor, Leading Researcher, Radiation Diagnosis Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, RF, 115448)

² MD, PhD, Leading Researcher, Radiosurgery Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, RF, 115448)

³ MD, PhD, Professor, Head, Radiosurgery Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, RF, 115448)

⁴ MD, PhD, Professor, Leading Researcher, Radiation Diagnosis Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, RF, 115448)

⁵ Radiologist, Radiation Diagnosis Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, RF, 115448)

Address for correspondence: Fineshtein Igor Alexandrovich, Radiosurgery Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS, 24, Kashirskoye sh., Moscow, RF, 115448; e-mail: ANAPAR1@yandex.ru

Treatment of pancreatic head cancer with invasion of splenoportomesenterial venous joint is a big technical problem for the surgeon. It is difficult to mobilize the tumor and to dissect retroperitoneal soft tissues, splenic vein ligation leads to left segmental portal hypertension, direct splenoporto- or splenomesenterial anastomosis may result in thrombosis due to vascular tension, vein reconstruction is technically difficult. We made direct portomesenterial anastomosis with reconstruction of the splenic vein using a Gore-Tex implant in 2 cases with satisfactory immediate and follow-up results.

Key words: pancreatic cancer, vein invasion, reconstruction.