

тельства являются отдаленные результаты лечения и продолжительность жизни больных. Отдаленные результаты изучены нами у 42 больных. Показатель пятилетней выживаемости составил $49,5 \pm 1,54\%$.

Наиболее лучшие показатели получены при внеорганных саркомах малого таза. Из четырех больных, трое живы более семи лет.

Отдаленные результаты эвисцерации в зависимости от поражения регионарных лимфатических узлов изучены у 39 больных. Установлено, что метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов, особенно III этапа метастазирования снижает шанс благоприятного исхода в два раза.

Таким образом:

1. При хирургическом лечении местнораспространенного рака тазовых органов эвисцерация является адекватным и онкологически обоснованным оперативным вмешательством.

2. Эвисцерация тазовых органов с одномоментным реконструктивным вмешательством позволяет добиться оптимальных в реабилитационном отношении результатов и значительно улучшает качество жизни радикально оперированных больных.

Литература

1. Брусиловский М. И. Показания и техника выполнения эвисцерации таза // О болезнях прямой и ободочной кишок. — М., 1976. — Вып. 10. — С. 120-122.
2. Гоцадзе Д. Т. Экзентерация и ее модификации // Вопр. онкол. — 1997. — № 6. — С. 653-656.
3. Давыдов М. И., Одарюк Т. С., Нечушкин М. И. Обширные комбинированные вмешательства в хирургическом лечении местнораспространенных новообразований органов малого таза // Вопр. онкол. — 1998. — № 5. — С. 618-622.
4. Дедков И. П., Зыбина М. А., Бялик В. В. и др. Эвисцерация таза по поводу запущенного рака прямой кишки // Вопр. онкол. — 1977. — № 1. — С. 90-95.
5. Зыбина М. А. Диагностика и лечение рака прямой кишки. — Киев: Здоровья, 1980. — 165 с.
6. Кныш В. И. Рак ободочной и прямой кишки. — М.: Медицина, 1997. — 303 с.
7. Немсадзе Г. Г. Экзентерация таза при местнораспространенном раке прямой кишки // Материалы I съезда онкологов. — М., 1996. — С. 360.
8. Федоров В. Д. Рак прямой кишки. — М.: Медицина, 1987. — 319 с.
9. Черный В. А., Кикоть В. А., Кононенко Н. Г., Гольдшмид Б. Я. Эвисцерация таза как способ повышения резектабельности запущенного рака прямой кишки // Вопр. онкол. — 1988. — № 2. — С. 222-228.
10. Boey J., Wong J., Ong G. B. Pelvic exenteration for locally advanced colorectal carcinoma // Ann. Surg. — 1982. — Vol. 195. — P. 513-518.
11. Cuevas H. R., Torres A., De La Garsa M. Pelvic exenteration for carcinoma of cervix: Analysis of 252 cases // J. Surg. Oncol. — 1988. — Vol. 38. — P. 121-125.
12. Hafner G. H., Herrera L., Petrelli N. J. Morbidity and mortality after pelvic exenteration for colorectal adenocarcinoma // Ann. Surg. — 1992. — Vol. 215. — P. 63-67.
13. Matthews C. M., Morris M., Burke T. W. Pelvic exenteration in the elderly patient // Obst. Gynecol. — 1991. — Vol. 78. — P. 879-889.
14. Robertson G., Lopes A., Benyon G. Pelvic exenteration the review of Gateshead experience 1974-1992 // Brit. J. Obstet. Gynecol. — 1994. — Vol. 101. — P. 529-531.
15. Rutledge F. N., Smith G. P., Wharton J. Pelvic exenteration: Analysis of 296 patients // Amer. J. Obstet. Gynecol. — 1977. — Vol. 129. — P. 881-889.

Современные аспекты радикального лечения рака поджелудочной железы и панкреатодуоденальной зоны

И. Р. АГЛУЛЛИН, Р. М. ТАЗИЕВ, М. И. АГЛУЛЛИН.

Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань, Россия.

Вопросам хирургического лечения поражений органов билиопанкреатодуоденальной зоны посвящены многочисленные исследования и публикации, однако проблема до сих пор не решена [5, 17].

Особые трудности возникают при оперативном лечении объемных образований головки поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, большого сосочка двенадцатиперстной кишки и дистального отдела общего желчного протока, радикальное лечение которых требует выполнение такой технической сложной и травматичной операции как панкреатодуоденальная резекция [2, 8].

Панкреатодуоденальная резекция в настоящее время — единственный метод лечения, который позволяет достоверно увеличить продолжительность жизни больных с поражением органов билиопанкреатодуоденальной зоны [10, 13]. Показания к ней возникают также при распространении рака желудка и ободочной кишки на двенадцатиперстную кишку и головку поджелудочной железы [6, 14, 15]. Панкреатодуоденальная резекция в последние годы все шире выполняется по поводу хронического «головчатого» панкреатита [1, 4].

Однако, широкое применение панкреатодуоденальной резекции ограничено неблагоприятными непосредственными результатами. Послеоперационная летальность по данным [9] составляет 18-20%.

Trede M. et al отмечают снижение послеоперационной летальности с 18% до 10% и ниже. Cameron J. приводит данные о выполнении более 100 операций без летальных исходов. Однако, у большинства хирургов частота осложнений в ближайшем послеоперационном периоде составляет от 15% до 60%, а летальность — от 10% до 30% [2, 3, 7].

Анализ литературы показывает, что послеоперационный панкреатит и несостоятельность швов панкреатоеюнального анастомоза являются ведущей причиной летальных исходов, частота этого осложнения колеблется от 10% до 40% [1, 5, 9, 12].

Проблема профилактики развития культевого панкреатита и несостоятель-

ности швов панкреатоеюнального анастомоза не теряет своей актуальности и содержит в себе ряд нерешенных вопросов. Нет единого подхода в определении оптимального уровня резекции поджелудочной железы и способа обработки культи поджелудочной железы с формированием панкреатоеюнального анастомоза, предупреждающего развитие культевых панкреонекрозов.

По нашему мнению несостоятельность панкреатоеюнальных анастомозов главным образом обусловлена некрозом культи поджелудочной железы в результате пострезекционных расстройств кровообращения в этой зоне.

В анатомическом эксперименте мы провели исследования ангио-архитектоники поджелудочной железы применительно к панкреато-дуоденальной резекции.

Методика исследования заключалась в том, что лигировали все сосуды, питающие головку поджелудочной железы, вводили рентгеноконтрастное вещество в селезеночную и нижнюю артерию поджелудочной железы, которые являются основными источниками кровоснабжения сохраняемой части поджелудочной железы при панкреатодуоденальной резекции. Поджелудочную железу пересекали на уровне верхней брыжеечной вены. Производили рентгеновасографию препарата. Изучение рентгеновасограмм показало, что в ряде случаев в зоне предполагаемой резекционной линии при панкреатодуоденальной резекции инъекция сосудов контрастной массой оказалась неполноценной, выявлялись аваскулярные зоны.

На основании анализа полученных ангиограмм, мы пришли к заключению, что смещение резекционной линии в дистальном направлении положительно сказывается на кровоснабжении в сохраняемой части поджелудочной железы. Резекционную линию следует располагать в непосредственной близости от крайней панкреатической ветви селезеночной артерии.

Методика формирования панкреатоеюнального анастомоза с учетом ан-

Продолжение на 34-й стр. ... 7



Казанский филиал
ЗАО "Аптека-Холдинг"

Телефоны в г.Казани: (8432) 12-75-19 12-75-27 12-75-59

в г.Наб.Челны: (8552) 35-77-14 35-93-06 E-mail: apholkaz@mi.ru www.ahold.ru

Современные аспекты радикального лечения рака поджелудочной железы и панкреатодуоденальной зоны

Окончание. Начало на 33-й стр.

тологических исследований включает пересечение поджелудочной железы на необходимом уровне и создание анастомоза конец в конец между культей поджелудочной железы и тощей кишки инвагинационным способом.

В абдоминальном отделении КОЦ МЗ РТ с 1982 по 2003 г. выполнено 172 панкреатодуоденальных резекций с летальностью 1,3%.

Панкреатодуоденальная резекция у всех больных выполнялась по принятой в клинике методике. Первый этап — мобилизацию и удаление гастропанкреатодуоденального комплекса производили стандартно.

Последовательность анастомозов в восстановительном этапе следующая: панкреато-кишечный, желчно-кишечный, желудочно-кишечный с добавлением межищечного анастомоза. У 132 больных билиопанкреатодуоденальным раком заболевание сопровождалось выраженной механической желтухой. Панкреатодуоденальную резекцию у этой группы больных выполняли после ликвидации холестаза путем холецистостомии или чрезкожной чрезпеченочной холангиостомии.

Оперированных больных мы разделили на 2 группы. В первую контрольную группу вошли 15 больных, оперированные с 1982 по 1986 г. Во вторую группу клинических наблюдений вошли 156 больных, оперированных с 1987 по 2003 г.

Группа клинических наблюдений от контрольной отличалась новым способом обработки поджелудочной железы с учетом кровоснабжения сохраняемой культи поджелудочной железы (авторское свидетельство № 1598973), формированием инвагинационного концевоепанкреатоеюнального анастомоза и активным дренированием панкреатоеюнального комплекса.

С 1998 г. панкреатоеюнальный анастомоз дополнительно обрабатывается коллагеновой пластиной «Тахокомб».

Анализ непосредственных результатов показал, что специфическими осложнениями, характерными для панкреатодуоденальных резекций, является развитие послеоперационного панкреатита и несостоятельности швов панкреатоеюнального анастомоза. Внедрение нового способа обработки подже-

лудочной железы и модификация методики формирования инвагинационного панкреатоеюнального анастомоза позволило снизить развитие послеоперационного панкреатита и несостоятельности швов панкреатоеюнального анастомоза до 0,7%.

Наряду с формированием надежного панкреатоеюнального анастомоза требуется создание «функциональной» панкреатэктомии на время заживления анастомозов. Арсенал существующих лекарственных препаратов не всегда эффективен. С этой целью изучено влияние сандостатина на течение послеоперационного периода и функцию сохраняемой части поджелудочной железы у больных, перенесших панкреатодуоденальную резекцию. Выполнено 73 панкреатодуоденальных резекций с применением сандостатина. Сандостатин вводили по схеме 0,1 мг п/к во время операции, затем 0,1 мг через каждые 12 часов в течение 4-5 суток. Контрольная груп-

па состояла из 40 больных, перенесших панкреатодуоденальную резекцию без применения сандостатина. В основной и контрольной группах изучались показатели амилазы, характер отделяемого по дренажам. Применение сандостатина в первые сутки приводит к значительному снижению уровня амилазы по сравнению с контрольной группой. Осложнений в послеоперационном периоде в группе больных с применением сандостатина не отмечено. Мы связываем это с техническими особенностями формирования панкреатоеюнального анастомоза и профилактическим эффектом применения сандостатина.

Нами установлено, что накопление опыта выполнения панкреатодуоденальных резекций и совершенствование методов пред- и послеоперационного ведения больных, позволяют добиться существенного улучшения непосредственных исходов панкреатодуоденальных резекций.

Литература

1. Буянов В. М., Егиев В. Н. Техника панкреатодуоденальной резекции и интраоперационная профилактика острого панкреатита // Хирургия. — 1996. — № 2. — С. 5-7.
2. Данилов М. В., Помелов В. С., Вишневский В. А. и др. Методика панкреатодуоденальной резекции и тотальной дуоденопанкреатэктомии // Хирургия. — 1990. — № 10. — С. 94-100.
3. Егиев В. И., Рудаков М. Н. Панкреатодуоденальная резекция при периампулярном раке // Анналы хирургической гепатологии. — 1997. — Т. 2. — С. 82-87.
4. Мыльников А. Г. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1995. — 23 с.
5. Патютко Ю. И., Игнатюк В. Г., Лагошнев А. Т. и др. Пути улучшения результатов гастропанкреатодуоденальных резекций по поводу опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны // Хирургия. — 1995. — № 3. — С. 26-29.
6. Черный В. А. Хирургическое и комплексное лечение рака желудка: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — К., 1983. — 23 с.
7. Шалимов А. А. Хирургическое лечение больных раком поджелудочной железы и панкреатодуоденальной зоны // Анналы хирургической гепатологии. — 1996. — Т. 1. — С. 62-66.
8. Шалимов А. А., Шалимов С. А., Панченко С. Н. и др. Обработка панкреатического протока при резекции поджелудочной железы // Хирургия. — 1986. — № 10. — С. 156-159.
9. Akkermans M. Decision making in the treatment of pancreatic cancer, a retrospective analysis. — Amsterdam, 1994.
10. Brooks J. R., Brooks D. C., Levine J. D. Total pancreatectomy for ductal cell carcinoma of the pancreas // Ann. Surg. — 1989. — Vol. 209. — № 4. — P. 405-410.
11. Cameron J. L., Pitt H. A., Yeo C. J., Lillemoe K. D. One hundred and forty-five consecutive pancreaticoduodenectomies without mortality // Ann. Surg. — 1993. — Vol. 217. — № 5. — P. 430-438.
12. Crist D. W., Cameron J. L. Pancreatoduodenectomy // Hepato-Gastroenterology. — 1989. — Vol. 36. — № 6. — P. 478-485.
13. Evans D. B., Skibber J. M., Ames F. C. et al. Extended surgical resection for carcinoma of the pancreas // Cancer Bull. — 1991. — Vol. 43. — P. 279-282.
14. Mafune K., Tanaka Y., Ma V. V., Takido K. // Surg. Oncol. — 1995. — Vol. 60. — № 4. — P. 277-281.
15. Suzuki W., et al. A case of transverse colon cancer secondarily involving the liver, duodenum and pancreas // Surg. Today. — 1996. — Vol. 26. — P. 42-45.
16. Trede M., Schwall G., Saeger H. Survival after pancreaticoduodenectomy. 118 consecutive resection without an operative mortality // Ann. Surg. — 1990. — Vol. 211. — P. 447-458.
17. Wade T. P., Halaby I. A., Stapleton D. R., Virgo K. S., Johnson F. E. Population-based analysis of treatment of pancreatic cancer and Whipple resection: Department of Defense hospitals // Surgery. — 1996. — Vol. 680. — № 5. — P. 1989-1994.



Казанский филиал
ЗАО "Аптека-Холдинг"

Телефоны в г.Казани: (8432) 12-75-19 12-75-27 12-75-59

в г.Наб.Челны: (8552) 35-77-14 35-93-06 E-mail: apholkaz@mi.ru www.ahold.ru