

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПИЛОРОСОХРАНЯЮЩИХ И СТАНДАРТНЫХ ВАРИАНТОВ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

С.А. Михайлова

Кафедра онкологии и радиологии

*Уральской государственной медицинской академии дополнительного образования,
Городская клиническая больница № 6, г. Челябинск*

В настоящем исследовании представлен анализ результатов 85 панкреатодуоденальных резекций, выполненных в 1995 - 2004 гг. в ГКБ № 6 г. Челябинска. Из них 73 операции представляли собой классические гастропанкреатодуоденальные резекции и 12 - с сохранением желудка и привратника. При пилоросохраняющем варианте операции восстановительный этап представлял собой последовательную цепь соустьев: панкреатогастроанастомоз + дуодено-дуоденоанастомоз + гепатикоэнтероанастомоз на отключенной по Ру петле тощей кишки. При данном варианте восстановительного этапа сохранялся естественный пассаж пищи через желудок, привратник и часть двенадцатиперстной кишки, что препятствовало развитию постгастрорезекционных синдромов и сокращало продолжительность операции, снижало объем кровопотери и благоприятно сказывалось на течении послеоперационного периода. В отдаленные сроки были прослежены 58 больных контрольной группы и все 12 пациентов опытной группы. Сокращение резекционного объема операции за счет сохранения желудка, привратника и части двенадцатиперстной кишки не влияло на рецидив опухолевого процесса и общую продолжительность жизни пациентов. Проведенный анализ собственных результатов подтвердил данные литературы о том, что сохранение желудка и привратника при панкреатодуоденальной резекции не снижает радикальность операции и вполне оправдано с онкологической точки зрения.

COMPARATIVE ASSESSMENT OF RESULTS OF PYLORUS-PRESERVING AND CONVENTIONAL PANCREATODUODENAL RESECTIONS

S.A. Mikhailova Oncology and Radiology Department, Ural

State Medical Academy of Additional Education,

Municipal Hospital № 6, Chelyabinsk

This review presents the analysis of results of 85 pancreatoduodenal resections performed during the period from 1995 to 2004. Out of them, there were 73 conventional gastropancreatoduodenal resections and 12 pylorus-and stomach-preserving resections. When pylorus-conserving resection took place, pancreatoanastomosis + duodeno-duodenoanastomosis + hepaticenteroanastomosis according to Roux were performed. At this stage of surgery the natural food passage via the stomach, the pylorus and the part of duodenum was maintained preventing the development of post-gastroresection syndromes and resulting in favorable postoperative period. Reduction in the resection extension due to preservation of pylorus, stomach and the part of duodenum had no influence on the tumor recurrence and the overall survival of patients. Our findings are in agreement with reported data concerning the fact that pyloric and gastric preservation during pancreatoduodenal resection does not reduce the radicality of surgery.

Операция панкреатодуоденальной резекции (ПДР) с сохранением желудка и привратника при раке головки поджелудочной железы и периапулярной зоны до настоящего времени не получила широкого распространения в практике отечественных хирургов [1, 2, 3]. Впервые ПДР с сохранением привратника и одного дюйма двенадцатиперстной кишки при опухоли ампулы

большого дуоденального сосочка выполнил в 1944 г. английский хирург Kenneth Watson. В ту пору это событие не привлекло внимания широкого круга хирургов. Лишь в 1978 г. хирурги из Лос-Анджелеса - W. Traverso и W. Longmire - сообщили о двух проведенных ими подобных операциях при калькулезном панкреатите и псевдокисте головки поджелудочной железы, а так-

же при опухоли нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки. Интересно отметить, что за 12 лет после возрождения операции панкреатодуоденальной резекции с сохранением привратника только три автора - P.A. Grace (Ирландия), H.A. Pitt (США) и W.P. Longmire (США) - обобщили собственный опыт 400 таких операций. В основном они производились у больных хроническим панкреатитом, но в ряде случаев и при раке головки поджелудочной железы [7, 8]. Известный специалист в хирургии рака поджелудочной железы J.W. Braasch et al. (1986) также считает допустимым сохранение привратника при панкреатодуоденальной резекции по поводу рака головки поджелудочной железы, ими выполнен пилоросохраняющий вариант ПДР у 14 из 87 пролеченных больных [4,5]. Анализ накопленного коллективного опыта показал, что модификация операции Whipple с сохранением желудка и сфинктерной функции привратника не только снижает риск расстройств пищеварения, но и может быть осуществлена более быстро и легко, а также вполне оправдана с онкологической точки зрения при большинстве периапулярных опухолей [6, 9, 10, 11, 12]. W. Naarmann et al. (1997), обладая опытом 54 стандартных ПДР и 127 резекций с сохранением привратника при опухолях головки поджелудочной железы, не выявили статистически достоверных различий в выживаемости пациентов. В.А. Кубышкин и соавт. (2003), обобщив опыт 21 ПДР с сохранением привратника при раке головки поджелудочной железы, не отмечают случаев рецидива опухоли в зоне культи двенадцатиперстной кишки или привратника [3].

В настоящем исследовании мы представляем сравнительную оценку ближайших и отдаленных результатов 85 панкреатодуоденальных резекций, выполненных в 1995 - 2004 гг. в клинической больнице № 6 г. Челябинска. Из них 73 операции представляли собой классические гастропанкреатодуоденальные резекции (контрольная группа) и 12 - с сохранением желудка и привратника (основная группа). Больные были в возрасте от 34 до 70 лет. Среди них мужчин - 47, женщин - 38. Все больные были оперированы по поводу злокачественных опухолей поджелудочной железы и периапу-

жден морфологически во всех представленных случаях. На первом этапе лечения производилась декомпрессия желчных путей для купирования механической желтухи. По локализации опухолевого процесса больные контрольной и опытной группы распределились соответственно: головка поджелудочной железы - 34 и 5 наблюдений; Фатеров сосок - 33 и 7; в контрольной группе у 4 больных был рак дистального отдела холедоха и у 2 - рак двенадцатиперстной кишки. По распространенности опухолевого процесса распределение больных контрольной и опытной групп было следующим: I стадия - 16 и 4 больных; II стадия - 22 и 6 больных; III стадия - 35 и 2 больных. Макроскопическое распространение опухоли на верхне-горизонтальную часть двенадцатиперстной кишки и желудок являлось противопоказанием к выполнению пилоросохраняющего варианта ПДР. Из морфологических вариантов опухолей наиболее часто встречалась аденокарцинома различной степени дифференцировки - 81 больной, в контрольной группе имелось четыре одиночных наблюдения перстневидно-клеточного рака, карциноида, лейомиосаркомы и плоскоклеточного рака.

Стандартная гастропанкреатодуоденальная резекция, выполненная 73 больным, включала моноблочное удаление 2/3 желудка, головки поджелудочной железы и 12 - перстной кишки с регионарной лимфодиссекцией. Восстановительный этап этой операции выполнялся в двух вариантах. У 19 пациентов было выполнено наружное дренирование панкреатического протока + гепатико-энтероанастомоз + гастроэнтероанастомоз на одной петле тощей кишки. У 54 больных был сформирован терминологически панкреатоэнтероанастомоз + гепатикоэнтероанастомоз + гастроэнтероанастомоз. В панкреатодигестивном анастомозе с целью декомпрессии дополнительно дренировался вирсунгов проток через культю тощей кишки.

При выполнении пилоросохраняющих вариантов панкреатодуоденальной резекции двенадцатиперстная кишка проксимально пересекалась на 1,5 - 2 см ниже привратника, дистально - на уровне перехода нисходящей части в нижне-го-

ризонтальную. Таким образом, создавались условия для формирования дуодено-дуоденоанастомоза. Восстановительный этап представлял собой последовательную цепь соустьев: панкреатогастроанастомоз + дуодено-дуоденоанастомоз + гепатикозентероанастомоз на отключенной по Ру петле тощей кишки. При данном варианте восстановительного этапа сохранялся естественный пассаж пищи через желудок, привратник и часть двенадцатиперстной кишки, что препятствовало развитию постгастрорезекционных синдромов и сокращало продолжительность операции (Приоритетная справка № 2004106213). Помимо этого, пилоросохраняющий вариант панкреатодуоденальной резекции сопровождался меньшим объемом кровопотери (табл. 1).

Меньшая травматичность пилоросохраняющих панкреатодуоденальных резекций благоприятно сказывалась и на течении ближайшего послеоперационного периода: у больных опытной группы быстрее восстанавливалась кишечная перистальтика, в среднем на 2 сут быстрее их переводили из реанимации в хирургическое отделение.

После операции в контрольной группе умерли 8 пациентов. Причинами летальных исходов были: некроз культи поджелудочной железы (2), несостоятельность панкреатозентероанастомоза (2) и гастроэнтероанастомоза (1), желчный перитонит (1), прогрессирующая печеночная недостаточность (1) и аррозивное внутрибрюшное кровотечение (1). В опытной группе летальных исходов не было. Кроме того, в обеих группах были зарегистрированы осложнения, не приведшие к смертельному исходу (табл. 2).

Самым значимым осложнением в группе пилоросохраняющих панкреатодуоденальных резекций являлась длительная гастроплегия, которая наблюдалась у трех оперированных больных. Развитие этого осложнения было закономерно связано с обширной мобилизацией дистальной части желудка по большой кривизне по ходу операции, а также с лимфодиссекцией околопилорических лимфоузлов. Для борьбы с гастроплегией применялись: ранняя активизация пациентов, церукал, ганглиоблокаторы и прямая электростимуляция (интраоперационно больным имплантировались электроды

Таблица 1
Течение операционного и раннего послеоперационного периода в зависимости от методики выполнения ПДР

Показатели	Контрольная группа N = 73	Опытная группа N = 12
Средняя длительность операции, мин	277,5±8,5	223,4±5,5
Средний объем кровопотери, мл	1062,5±9,5	760,0±8,0
Среднее время пребывания в реанимационном отделении, сут	5,1±2,4	3,1±1,4
Среднее время разрешения пареза ЖКТ, сут	6,2±2,3	5,3±2,6
Послеоперационные нелетальные осложнения, абс. (%)	38 (52,1)	5 (41,7)
Послеоперационная летальность, абс. (%)	8 (10,9)	0

Таблица 2
Распределение послеоперационных осложнений в сравниваемых группах

Показатели	Контрольная группа N = 73	Опытная группа N = 12
Нагноение послеоперационной раны и дренажных каналов	9	1
Отграниченные абсцессы брюшной полости	4	-
Длительная гастроплегия	5	3
Анастомозит	3	-
Послеоперационный панкреатит	7	-
Кровотечение в брюшную полость	1	-
Острые язвы желудка с кровотечением	3	-
Несостоятельность гепатикозентероанастомоза	1	-
Несостоятельность дуоденодуоденоанастомоза	-	1
Толстокишечный свищ	1	-
Пневмония	1	-
Печеночно-почечная недостаточность	1	-
Неврологические расстройства	2	-
Всего	38	5

к водителям ритма на желудке). Сочетание всех мероприятий позволяло успешно купировать это осложнение.

В отдаленные сроки прослежено 58 больных контрольной группы. Нет данных о семи пациентах. В этой группе в течение пяти лет после операции умерли от генерализации опухолевого процесса 44 больных, живы более 3 лет - 14 больных (от 6 мес до 4 лет). У пациентов, которым операция гастропанкреатодуоденальной резекции была закончена наружным дренированием панкреатического протока, в течение первых 6 мес после операции была произведена повторная операция по пересадке панкреатического свища в тонкую кишку. Такие операции были выполнены шести больным. Еще у шести человек наружный панкреатический свищ закрылся самостоятельно. Необходимо отметить, что у подавляющего большинства пациентов контрольной группы без признаков прогрессирования опухолевого процесса наблюдалось стойкое нарушение пищеварительных функций, постгастрорезекционные синдромы различной степени тяжести, дефицит веса. Из 12 больных, которым была выполнена панкреатодуоденальная резекция с сохранением желудка, привратника и части двенадцатиперстной кишки, в первый год после операции умерло двое: одна больная от генерализации процесса и один пациент от острого нарушения мозгового кровообращения. Остальные десять пациентов живы без признаков рецидива опухоли в сроки наблюдения от 4 мес до 8 лет. Функциональные результаты операции у всех оценены как хорошие, не наблюдается пищеварительных расстройств, нет дефицита веса.

Проведенный анализ собственных результатов подтвердил данные литературы о том, что сохранение желудка и привратника при панкреатодуоденальной резекции не снижает радикальность операции и вполне оправдано с онкологической точки зрения. Противопоказанием к выполнению пилоросохраняющей ПДР является распространение опухоли на желудок и верхне-горизонтальную часть двенадцатиперстной кишки. Сохранение физиологического пассажа пищи через желудок, привратник и дуодено-дуоденоанастомоз в разработанном нами варианте восстановительного этапа операции

устраняет риск расстройств пищеварения, при этом сам восстановительный этап может быть выполнен более быстро и с меньшим риском послеоперационных осложнений. Кроме того, при данном варианте имеется возможность создания панкреатогастроанастомоза, имеющего преимущества перед панкреатокишечным соустьем: хорошее кровоснабжение желудка и низкое внутрипросветное давление позволяют минимизировать риск несостоятельности. Дальнейшая разработка и совершенствование техники выполнения модифицированных вариантов ПДР с сохранением желудка и привратника позволят улучшить непосредственные и отдаленные функциональные результаты хирургического лечения больных раком поджелудочной железы и периапулярной зоны.

Литература

1. Данилов М.В., Помелов В.С., Вишневский В.А. и др. Методика панкреатодуоденальной резекции и тотальной дуоденопанкреатэктомии // Хирургия. 1990. № 10. С. 94 - 100.
2. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. М.: Медицина, 1995.
3. Кубышкин В.А., Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы. М.: Медпрактика-М, 2003.
4. Braasch J. W., Gagner M. Pylorus-preserving pancreatoduodenectomy - technical aspects // Langenbecks Arch. Chir. 1991. Vol. 376. P. 50 - 58.
5. Braasch J.W., Rossi R.L., Watkins Jr.E. et al. Pyloric and gastric preserving pancreatic resection: Experience with 87 patients // Ann. Surg. 1986. Vol. 204, № 4. P. 411 - 419.
6. Gerdes B., Ramaswamy A., Bartsch D., Rohlmund M. Oncologic risk in pylorus preservation in resection of ductal pancreas carcinoma // Langenbecks Arch. Chir. 1997. Vol. 114. P. 1087 - 1089.
7. Grace P.A., Pitt H.A., Longmire W.P. Pancreatoduodenectomy with pylorus preservation for adenocarcinoma of the head of the pancreas // Br. J. Surg. 1986. Vol. 73. P. 647 - 650.
8. Grace P.A., Pitt H.A., Longmire W.P. Pancreatoduodenectomy with pylorus preservation for adenocarcinoma of the head of the pancreas // Br. J. Surg. 1990. Vol. 77. P. 968 - 974.
9. Hani K.M.F., Coleman R.E., Akwari O.E., Meyers W.C. Pylorus-preserving pancreatoduodenectomy: A clinical and physiologic appraisal // Ann. Surg. 1986. Vol. 204. P. 655 - 664.
10. Kozushek W., Reith KB., Waleczek H. et al. A comparison of long term results of the standard Whipple procedure and the pylorus-preserving pancreatoduodenectomy // J. Am. Coll. Surg. 1994. Vol. 178, № 5. P. 443 - 453.
11. Naritomi G., Tanaka M., Matsunaga H. et al. Pancreatic head resection with and without preservation of the duodenum: different postoperative gastric motility // Surgery. 1996. Vol. 120. P. 831 - 837.
12. Takada T., Yasuda H., Amano H. et al. Results of a pylorus-preserving pancreatoduodenectomy for pancreatic cancer: a comparison with results of the Whipple procedure // Hepatogastroenterol. 1997. Vol. 44, № 18. P. 1536 - 1540.

Поступила 10.02.05