СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВАРИАНТОВ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Б.М. Рахимов, В.В. Колесников, И.В. Галкин

МУЗ Клиническая больница №5, г. Тольятти

Рахимов Бахтияр Магатович, д-р мед. наук, профессор, главный хирург КБ № 5, г. Тольятти, тел. 8 (8482) 30-84-42, e-mail: rahimovbm@mail.ru

В статье отражены результаты использования в клинической практике пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции при раке поджелудочной железы в условиях общехирургического стационара.

Ключевые слова: *рак поджелудочной железы, панкреатодуоденальная резекция.*

COMPARATIVE ESTIMATION OF PANCREATODUODENECTOMY VARIANTS DURING THE PANCREAS HEAD CANCER

B.M. Rahimov, V.V. Kolesnikov, I.V. Galkin

№5 Clinical Hospital, Toliatty

The article says about the pancreatoduodenectomy application for the pancreas head cancer treatment in surgical hospital environment.

Key words: *pancreas head cancer, pancreatoduodenectomy*

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) остается радикальным методом лечения рака головки поджелудочной железы (РПЖ) и псевдотуморозного панкреатита. Потребность в этой операции остается весьма высокой как при опухолях поджелудочной железы, так и при хроническом панкреатите.

Накопление опыта в проведении этого вмешательства позволило сократить количество послеоперационных осложнений до 30–40%, летальность - до 2–4%, а у отдельных авторов и вовсе без летальности на больших сериях. Следует подчеркнуть, что такие статистические данные о послеоперационных осложнениях и летальности в специализированных центрах наблюдаются на протяжении долгого промежутка времени, что свидетельствует о стабилизации ситуации и отсутствии очевидных резервов значительного улучшения хирургических возможностей.

С 1987 по 2008 годы в МУЗ КБ №5 г. Тольятти находились на лечении 216 пациентов с опухолями поджелудочной железы. Мужчин было 163, женщин – 63, возраст пациентов - от 18 до 69 лет. На этапе дооперационной диагностики выявлены признаки отдаленного метастазирования у 62 больных, у 29 больных нерезектабельность выявлена в интраоперационном периоде, и операция закончена диагностической лапаротомией. Таким образом, из 216 пациентов 91 (42,1%) человек имели признаки нерезектабельности в дооперационном периоде. Паллиативные операции были произведены 47 пациентам. Условно-радикальная дистальная резекция произведена 25 пациентам. Предметом анализа служили результаты условно-радикального оперативного лечения 53 пациентов с опухолями головки поджелудочной железы. Мужчин было 48, женщин – 4, возраст - от 18 до 67 лет. В 29 случаях выполнена стандартная ПДР, 23 пациентам выполнена пилоросохраняющая ПДР, и 1 больному - тотальная ПДР. Нами разработан следующий диагностический алгоритм, представленный на рис. 1.

С 2008 года начали определять у пациентов уровень карбогидратного антигена СА-19. Дооперационная морфологическая верификация диагноза не производилась. Мы согласны с мнением большинства ведущих хирургов, что биопсия необходима только в тех случаях, когда данные обследования указывают на нерезектабельность опухоли. При оценке клинической картины выявлено, что ведущим симптомом у всех 53 пациентов была боль различного характера и интенсивности, желтуха наблюдалась у 38 пациентов, потеря веса имела место у 31 больного, отсутствием аппетита страдали

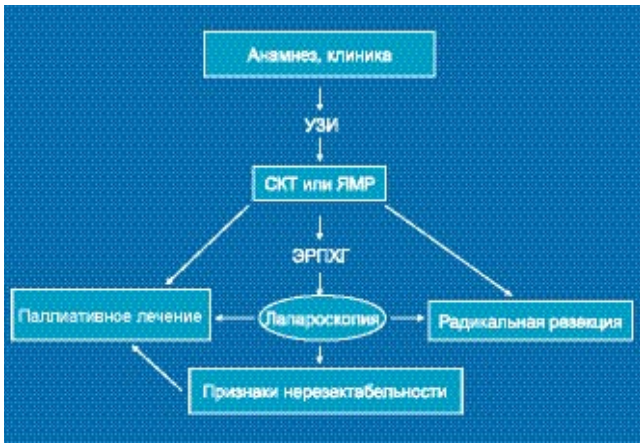

Рис. 1. Диагностический алгоритм, принятый в МУЗ КБ№ 5

46 пациентов, сахарный диабет присутствовал у 6 пациентов. Время от появления первых симптомов до оперативного вмешательства в среднем занимало 9 месяцев. Наличие опухолевой массы в головке поджелудочной железы и отсутствие явных признаков нерезектабельности служило показанием к операции. Все больные разделены на две группы: 29 пациентов оперированы с использованием стандартной ПДР по Кауш-Уипплу, вторая группа из 23 пациентов оперирована с применением пилоросохраняющей ПДР. Сравнительная оценка групп дана в таблице 1.

Таблица 1
Сравнительная оценка вариантов операции

Показатели	Варианты оперативного вмешательства		
	стандартная ПДР n-29	пилоросохраняющая ПДР n-23	тотальная панкреатэктомия n-1
Среднее время операции	225 мин. (180 – 395)	155 мин. (130 – 210)	255 мин.
Средняя кровопотеря	1400 мл (2500 – 3600)	500 (50 – 900)	1850 мл
Моторно-эвакуаторные нарушения	5 больных	11 больных	-
Начало приема пищи	С 7 дня п/о периода	С 9 дня п/о периода	-
Осложнения	8	3	-
Средний к/день	19	14	-
Летальность	5	-	1

При анализе таблицы 1 видно, что прооперировано 53 человека, осложнения выявлены у 11 человек, из которых 5 – с летальным исходом. В анализ включен один больной после тотальной ПДР, изначально произведена стандартная ПДР, но при интраоперационной биопсии по линии резекции поджелудочной железы дважды находили опухолевые клетки. Ввиду этого пришлось расширить объем операции до тотальной панкреатэктомии. Больной умер от тромбоза общей печеночной артерии. Причиной смерти остальных 5 пациентов являлись гнойно-септические осложнения вследствие несостоятельности панкреатоеюнального анастомоза. В группе с пилоросохраняющей ПДР из 3 осложнений в одном случае потребовалась релапаротомия. При гистологическом исследовании в одном случае выявлена аденома головки поджелудочной железы, у троих - хронический панкреатит, в 49 случаях - внутрипротоковая аденокарцинома различной степени дифференцировки. Все операции выполнены в объеме условно-радикального доступа (R1). Расширенную лимфоаденэктомию не проводили. Среднее число удаленных лимфатических узлов - 10–12. У 31 пациента обнаружены метастазы в исследованных лимфатических узлах.

Продолжительность жизни до 36 месяцев – 8 пациентов: 5 из них – со злокачественными опухолями, 2 – с хроническим псевдотуморозным панкреатитом, одна больная – с аденомой головки поджелудочной железы. Среди наблюдаемых в динамике пациентов 6-ти из них произведена пилоросохраняющая ПДР. В течение 2007–2008 гг. выполнено 11 ПДР без послеоперационной летальности.

Таким образом, существует широкий диапазон взглядов в отношении не только допустимых и рациональных границ оперативного лечения опухолей головки поджелудочной железы, но и выбора метода лечения в целом, тем не менее, ПДР становится менее безопасной операцией. Пилоросохраняющий вариант ПДР может применяться у больных с опухолями головки поджелудочной железы, так как эта операция менее травматична для больного. Недостатком раннего послеоперационного периода при этом варианте операции является гастростаз, который корригируется консервативно, а отдаленные результаты не уступают стандартной ПДР.

Список литературы

1. Кубышкин В.А., Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы. – М.: Медпрактика, 2003. – 375 с.

2. Патютко Ю.И. Протоковый рак головки поджелудочной железы: есть ли успехи в лечении? / Ю.И.Патютко, А.Г.Котельников, М.Г.Абгорян, Д.А.Забежинский // Анналы хирургической гепатологии. - 2008. - № 4. – С. 10-18.

3. Pawlik T.M. et al. Feasibility of randomized trail of extended lymphadenectomy for pancreatic cancer // Arch Surg. – 2005. – Vol. 140. – P. 584–591.