

УДК 616.37 – 006.6 - 06

Медицина

ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.А.Аскеров, А.А.Абдуллаев, Ф.А.Марданлы,
Ю.Р.Алиев, Э.Ш.Нагиев

(Представлено академиком НАН Азербайджана Дж.А.Алиевым)

12(32,4%) больным с диагнозом опухоль дистального отдела поджелудочной железы была выполнена корпорокаудальная резекция, 22 больным выполнена панкреатодуоденальная резекция, 3 больным с тотальным поражением поджелудочной железы была выполнена тотальная панкреатэктомия. Было доказано, что при реконструктивном этапе операции формирование анастомоза между тонкой кишкой с одной стороны и поджелудочной железой, общим печеночным протоком и желудком с другой, на одной петле с добавлением Брауновского анастомоза, и заглушки по Шалимову на приводящее колено гастроэнтероанастомоза привело к уменьшению частоты возникновения и тяжести функциональных расстройств. Формирование панкреатикоеюноанастомоза с Вирсунговым протоком мы считаем более надежным и безопасным. При диаметре общего печеночного протока меньше 1 см мы рекомендуем формирование гепатикоеюноанастомоза на каркасном дренаже с выведением его дистального конца наружу через отдельную контрапертуру на передней брюшной стенке. Из 25 больных, перенесших панкреатодуоденальную резекцию, 2(8%) умерло. В послеоперационном периоде в течение первого года вследствие диссеминации процесса умерло 3(12%) больных. Оставшиеся 20(88%) больных живы. Операции, выполняемые при опухолевом поражении поджелудочной железы, являются одними из сложнейших операций в абдоминальной хирургии и их проведение рекомендуется в специализированных клиниках, обеспеченных современным оборудованием и подготовленными бригадами хирургов, анестезиологов и реаниматологов.

Ключевые слова: опухоль поджелудочной железы (ПЖ), панкреатодуоденальная резекция (ПДР)

Актуальность. В последние десятилетия повсеместно фиксируется рост заболеваемости и смертности от рака ПЖ. Заболеваемость выросла в 3 раза и составляет 10 на 100000 населения [3,5]. Ежегодно рак ПЖ поражает до 217000 человек и занимает 13, а по смертности – 4 место [1,6]. Рак ПЖ чаще развивается у мужчин после 60 лет и достигает 5-8% по отношению ко всем раковым опухолям. Среди органов билиопанкреатодуоденальной зоны поражение опухолью ПЖ достигает 63-86%. Процесс в 60-70% развивается в головке ПЖ [7]. Достижения анестезиологии и хирургии позволяют выполнять сложные оперативные вмеша-

тельства. Усовершенствования направлены на улучшение методики формирования межорганных соустьев [2,4,6]. 3-х и 5-и-летняя выживаемость после радикальных операций наблюдается у меньшей части больных с I–II стадиями заболевания, что актуализирует проблему опухолей ПЖ.

Цель. Изучить распространенность опухолей ПЖ в Азербайджанской Республике за 2012 год, клинко-диагностические особенности и возможности оперативного лечения больных.

Задачи. Провести ретроспективный анализ результатов исследования и лече-

ния больных с опухолями ПЖ, находившихся на лечении в абдоминальном отделении НЦО.

Материал и методы. За период с 2009 года по 2013 год в отделении абдоминальной онкологии НЦО на лечении находилось 119 больных с диагнозом опухоль ПЖ: мужчин – 71 (59,7%), женщин – 48 (40,3%). В возрасте до 40 лет было 6 (5%) больных, 40-50 лет – 24 (20,2%), 50-60 лет – 38 (31,9%), 60-70 лет – 35 (29,4%), свыше 70 лет – 16 (13,5%). 103 (86,5%) больных находилось в трудоспособном возрасте.

Результаты и обсуждение. Изучение экстенсивного и интенсивного показателей заболеваемости опухолями ПЖ в Азербайджане проведено по 10 экономическим регионам. Анализ заболеваемости не только опухолями ПЖ, но и других локализаций, из-за агрессии армянских экстремистов и оккупации Верхне Карабахского и Кельбаджарско-Лачинского регионов на настоящем этапе невыполним, что является основным фактором ухудшения состояния здоровья местного населения и не обеспечения его специализированной медицинской помощью. Экстенсивный показатель у мужчин в Абшеронском, Нахчыванском, Гянджа-Газахском регионах был выше, чем в других зонах и равнялся 4,0%, 3,7%, 3,4%. У женщин он был повышен в Баку (2,4%), Абшеронском (2,3%), Гянджа-Газахском (2,2%) регионах. Интенсивный показатель у мужчин был высок в Губа-Хачмазском (6,7), Шеки-Закатальском (5,9) регионах и в Баку (4,9), у женщин же – в Гянджа-Газахском регионе достигал 3,9, Равнинном – 3,8, Шеки-Закатальском – 3,7, Баку – 3,4.

Анализ анамнестических данных выявил продромальный период у 96 (80,7%) больных. У 51 (53,1%) больного он развился за 1 месяц до этапа прогрессирования опухолевого поражения, у 34 (35,4%) – в срок 1-3 месяца, у 11 (11,5%) – в период более 3 месяцев. Он характеризовался кратковременным ухудшением, недомоганием, «лету-

чими» болями в верхнем отделе живота, необоснованной тахикардией. Этап прогрессирования опухолевого поражения проявился общесоматическим, общеклиническими, болевым синдромами проявлениями опухолевого роста. Механическая желтуха наблюдалась у 112 (94,1%) больных.

Инструментальное обследование проведено по разработанному нами алгоритму диагностики опухолей органов гепатопанкреатодуоденальной зоны: 1) Основные методы – Опухолевые маркеры–УЗИ–КТ–МРСР – ФГДС + ЭУС+биопсия–Лапароскопия; 2) Дополнительные методы – Клинико-лабораторное исследование крови–Рентген исследование легких и желудочно-кишечного тракта. При УЗИ опухоль выявлена у 83,2% больных, при КТ – у 91,2%, при МРТ исследовании – у 93,5%. При отрицательном или сомнительном результате при необходимости исследование повторялось в течение первого месяца.

Поражение лимфатических узлов вокруг поджелудочной железы установлено у 89 (74,8%) больных. По данным постоперационного заключения биопсийного материала у 84 (70,6%) больных выявлено метастатическое поражение лимфатических узлов, а у 5 (4,2%) определено наличие их гиперплазии.

У 11 (9,4%) больных диаметр опухоли не превышал 2 см, у 9 (7,7%) был более 5 см, у 99 (83,2%) достигал 3-4 см. У 5 (4,2%) больных диагностическая лапароскопия подтвердила местнораспространенное поражение. Рентгеноконтрастные исследования и ФГДС сужение двенадцатиперстной кишки выявили у 31 (29%) больного. Согласно классификации «TNM» выявлено: T1N0M0 – у 2,5% больных, T1N1M0 – 0,8%, T1N1M1 – 1,7%, T2N0M0 – 16,8%, T2N1M0 – 8,4%, T2N1M1 – 9,3%, T3N0M0 – 7,6%, T3N1M0 – 17,6%, T3N1M1 – 13,4%, T4N0M0 – 2,5%, T4N1M0 – 9,3%, T4N1M1 – 10,1%

В планировании тактики хирургического лечения мы придерживались принципов предложенного нами алгоритма: Результаты обследования – Тяжесть состояния – Степень выраженности и давность механи-

ческой желтухи – Уровень общего билирубина, печеночных проб, остаточного азота и креатинина в крови – Показатели гемоглобина и эритроцитов – Коагулограмма – Сопутствующая патология сердечной, сосудистой и дыхательной систем – Возраст. Показанием к операции являлось наличие опухолевого узла, развившегося опухолевого генеза осложнения, противопоказаниями же – генерализация опухолевого поражения, крайне тяжелое состояние, усугубленное старческим возрастом. У 79,8% больных верифицирована протоковая аденокарцинома.

82 (68,9%) больным из-за распространенности опухолевого поражения, и как безальтернативное решение, для снятия проявлений интоксикации выполнены дренирующего характера паллиативные вмешательства, преследующие цель восстановление транзита желчи и восстановление питания. Внутреннее отведение желчи выполнено 74,3% больным, наружное – 25,7%.

37 (31,1%) больным произведены радикальные операции. В 10 (27%) случаях по поводу опухоли тела и хвоста ПЖ выполнены корпорокаудальная резекция, а в 2 (5,4%) – лапароскопическая дистальная резекция. Наличие обструктивной желтухи не являлось препятствием для выполнения радикального вмешательства. В 3 (8,1%) случаях по поводу тотального опухолевого поражения ПЖ выполнена панкреатодуоденэктомия, в 22 (59,5%) при диагнозе опухоль головки железы - ПДР. Пилоросохраняющая ПДР произведена 2 (5,4%) больным, стандартная – 10 (27%) расширенная – 9 (24,4%). У 1 из этих больных из-за вросзания опухоли на коротком протяжении в v.portae выполнена ее резекция с формированием соустья «конец-в-конец».

Реконструктивный этап оперативного вмешательства у последних 25 (67,6%) больных с опухолью головки ПЖ и ее тотальным поражением преследовал единую цель – восстановление транзита желчи и пищевого химуса по кишечному тракту. Поэтому трое больных, перенесших тотальное удаление ПЖ, включены в число этих больных. Из 25

больных в 2010 году ПДР выполнена 3 (12%) больным, в 2011 году – 5 (20%), в 2012 году – 10 (40%), в 2013 году – 7 (28%). У 22 (88%) больных в процессе выполнения ПДР сформирован анастомоз между ПЖ и тонкой кишкой: в 19 (76%) случаях с главным протоком ПЖ – панкреатикоеюноанастомоз, в 6 (24%) – с культей ПЖ – панкреатоеюноанастомоз. Во всех случаях соустье формировалось на «потерянном» дренаже. Анастомоз общего печеночного протока с тонкой кишкой у 17 (68%) больных накладывался по типу «конец-в-бок». У 8 (32%) больных из-за малого диаметра протока и наличия воспалительных изменений его стенки соустье формировалось на каркасе дренажа. Полихлорвиниловый дренаж проводился ретроградно в общий желчный проток, другой его конец вводился через соустье в тонкую кишку по направлению к ее культе и выводился через разрез стенки кишки, отступя на 3-5 см от ее слепого конца-«культи», и отдельный разрез передней брюшной стенки наружу.

Реконструктивные этапы ПДР имели ряд определяющих отличий. В 17 (68%) случаях анастомозы с культей ПЖ или ее главным протоком, общим печеночным протоком и желудком формировались на «длинной» петле тонкой кишки в указанном порядке. Из них у 5 (20%) больных протяженность тонкой кишки не нарушалась, а соустья накладывались последовательно. Последующие исследования выявили у больных этой группы умеренные и выраженные постоперационные функциональные расстройства, что и явилось причиной отказа от методики этой операции. У 12 (48%) больных вышеотмеченная методика ПДР дополнялась формированием тонко-тонкокишечного соустья по типу «бок-в-бок» и «заглушки» по Шалимову на «приводящую» петлю анастомозированной с желудком тонкой кишки. В постоперационном периоде выявлено снижение частоты тяжелой и средней степеней выраженности синдромов постоперационной болезни функциональной системы питания (рисунок). Последним 8 (32%) больным ре-

конструктивный этап ПДР был завершён формированием соустьев культи или протока ПЖ и культи общего печеночного протока с тонкой кишкой на «изолированной петле» с «концебоковым» анастомозом и желудочно-кишечным соустьем по «Ру». Применение данной методики снизило частоту послеоперационных функциональных расстройств, но явилось фактором развития у части больных «Ру»-стаз синдрома, обусловленного денервацией анастомозированной петли тонкой кишки.

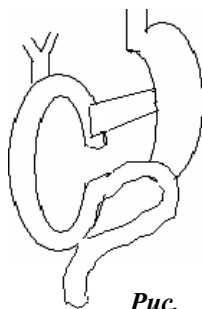


Рис.

Из 25 больных, перенесших ПДР, осложнения развились у 6 (24%): у 2 – несостоятельность панкреатоеюноанастомоза, у 2 – несостоятельность гепатоеюноанастомоза, у 1 – проявилась тяжелая форма сахарного диабета, у 1 – кровотечение из линии внутренних швов желудочно-кишечного соустья.

После операции скончалось 2 (8%) больных, оперированных в 2012 году. У одного из них имелась несостоятельность гепатоеюноанастомоза, явившаяся причиной перитонита. Релапаротомия не привела к положительному результату. У второго больного причиной смерти явилась тяжелая форма сахарного диабета, приведшая к диабетической коме и смерти. В течение первого послеоперационного года от распространения опухолевого поражения умерло 3 (12%) больных, что явилось показателем годовой смертности. 20 (80%) оперированных больных живы. При контрольном обследовании данных за опухолевое поражение нет.

Заключение

1. Завершение реконструктивного этапа ПДР формированием последовательных анастомозов тонкой кишки с ПЖ, общим печеночным протоком и желудком на одной петле с дополнением Брауновского меж-

тонкокишечного соустья с заглушкой «приводящей» петли гастроэнтероанастомоза по Шалимову является фактором снижения частоты и степени тяжести послеоперационной функциональной патологии.

2. Наложение панкреатоеюноанастомоза предпочтительно и более безопасно только с Вирсунговым протоком.

3. При диаметре общего печеночного протока менее 1 см и наличии патологических изменений его стенки предпочтительно формирование анастомоза печеночного протока с тонкой кишкой на каркасе дренажной трубки.

4. Оперативные вмешательства по поводу опухолей ПЖ относятся к разряду сложных объемных операций, поэтому должны проводиться в специализированных онкологических учреждениях, обладающих полным материально-техническим обеспечением, подготовленной бригадой анестезиологов, хирургов и реаниматологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ершов В. В., Рыбинский А. Д., и др. Усовершенствованные панкреатодигестивные анастомозы при панкреатодуоденальной резекции // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2006, № 1, с. 38 - 43.
2. Кубачев К.Г., Борисов А.Е., Изудинов А.С. и др. Выбор способа дренирования желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза // Анналы хирургической гепатологии, 2009, т. 14, №3, с. 56 - 62.
3. Ю.И. Патютко, А.Г. Котельников. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. 2008, 448 с.
4. Патютко Ю.И., Кудашкин Н.Е., Котельников А.-Г. Различные виды панкреатодигестивных анастомозов при панкреатодуоденальной резекции // Анналы хирургической гепатологии, 2013, N 3, с.9-14.
5. Путов Н. В. Рак поджелудочной железы [Текст]. СПб. : Питер, 2005, 416 с.
6. Fahy BN, Frey CF, Ho HS, Beckett L, Bold RJ. Morbidity, mortality, and technical factors of distal pancreatectomy. Am J Surg. 2002;183:237-41.

*Национальный онкологический центр
Отделение абдоминальной онкологии*

MƏDƏALTİ VƏZİNİN TÖRƏMƏLƏRİNİN TAKTİKİ CƏRRAHİ ASPEKTLƏRİ

**N.Ə.Əsgərov, Ə.Ə.Abdullayev, F.Ə.Mərdanlı,
Y.R.Əliyarov, E.Ş.Nağıyev**

Mədəaltıvəzin distal hissəsinin törəməsi diaqnozu ilə 12 (32,4%) xəstəyə korpokaudal rezeksiya, 22 xəstəyə pancreatoduodenalrezeksiya, 3 xəstəyə mədəaltı vəzin total zədələnməsi ilə total pancreatectomiya əməliyyatları icra olunmuşdu. Təsdiq olunmuşdu ki, pankreatoduodenal rezeksiyanın rekonstruktiv etapın sonunda nazik bağırsağın bir ilgəyi və mədəaltıvəzi, qaraciyər ümumi öd axarı, mədə arasında formalaşan anastomozlar və onlara əlavə Braun anastomozu əlavə edilməsi və gastroenteroanastomozun gətirici ilgəyin Şalimov "tuxacı" ilə bağlanması əməliyyatdan sonrakı funksional patologiyanın əmələ gəlməsini və onun ağırlığını azaldır. Pankreatikoyeyunoanastomozun Virsunq axarı ilə yaradılması təhlükəsiz və məsləhətlidir. Ümumi qaraciyər axrını diametri 1 sm olan hallarda hepatikoyeyunoanastomozların karkas-mənfəz daxili drenaj üstündə yaradılması və drenajın distal hissəsini əlavə kəsiklə qarın ön divarından çıxarılması effektivdir. Pankreatoduodenalrezeksiya keçirmiş 25 xəstədən 2 (8%) vəfat etmişdilər. Əməliyyatdan sonrakı periodda bir il ərzində xəstəliyin disseminasiya olduğu üçün 3 (12%) xəstə ölmüşdü. Qalan 20 (88%) xəstə sağdır. Beləliklə mədəaltıvəzin törəmələrinə görə aparılan cərrahi əməliyyatlar abdominalcərrahiyyəsinin ən ağır əməliyyatlardan biri sayılırlar və onlar xüsusi təkmilləşdirilmiş onkoloji klinikalarda aparılmalıdır ki hansılar müasir avadanlıq cərrahi, anestezioloji və reanimatoloji briqadaları ilə təchiz olunublar.

Açar sözlər: mədəaltıvəzin törəmələri, drenajedic əməliyyatlar, pankreatoduodenalrezeksiya

TACTICAL ASPECTS IN SURGERY OF PANCREAS TUMORS

**N.A.Asgarov, A.A.Abdullayev, F.A.Mardanli,
Y.R.Aliyarov, E.Sh.Nagiyev**

12 (32,4%) patient with the tumor of the distal part of pancreas underwent corpocaudal pancreatectomy, by patients it was carried out pancreaticoduodenectomy and 3 patients with the total invading the pancreas underwent total pancreatectomy. It was revealed, that completion of the reconstructive stage of pancreaticoduodenectomy by the forming successively anastomosis between the small intestine, pancreas, common bile duct and stomach on one loop by adding Braun anastomosis with the closing the adducting loop of the gastroenterostomy by Shalimov decrease the rate and severity of postoperative functional pathology. It is preferably and safe to form pancreaticojejunostomosis with the Wirsung's duct. When the diameter of common hepatic duct is less than 1 cm it is safe to form the anastomosis on the frame of intraluminal drainage, the distal end of this drainage can be taken outside through a small incision on the abdominal wall. Out of 25 patients who underwent pancreaticoduodenectomy died 2 patients (8%). Within the first postoperative year because of spreading tumor disease died 3 (12%) patients. Another 20 (88%) patients are still alive. The surgical procedures carrying out because of tumor of pancreas consider one of the difficulty procedures in abdominal surgery. That is why they should be proceeded in special oncological hospitals which are provided with the good equipment, surgical, anesthesiological and ICU department staff.

Keywords: tumor of pancreas, pancreaticoduodenectomy