

УДК 616.33/37-006.04-089.197.6

НАШ ОПЫТ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Р.Б. Байрамов

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку, Азербайджанская Республика

Реферат. В статье анализируются результаты радикальных операций, проведенных нами с сентября 1997 г. по декабрь 2009 г. по поводу злокачественных опухолей органов панкреатодуоденальной зоны 16 больным. У 8 больных рак находился в головке поджелудочной железы; рак двенадцатиперстной кишки – у 1 больного; рак Фатерова сосочка – у 5 больных; рак интрапанкреатического отдела холедоха – у 1 больного; рак печеночного угла толстой кишки, прорастающий в двенадцатиперстную кишку и головку поджелудочной железы – у 1 больного. У большинства пациентов были признаки механической желтухи. Гистологически во всех случаях была верифицирована аденокарцинома соответствующих органов. Отдаленные результаты радикальных операций были следующими: у 4 больных с раком головки поджелудочной железы спустя 4, 6, 8 и 16 месяцев после радикальной операции выявились метастазы в печени без увеличения регионарных лимфоузлов (по данным компьютерной томографии). Двое больных в течение 4 и 99 месяцев, соответственно находятся под нашим наблюдением без признаков прогрессирования заболевания. У последнего больного спустя 42 месяца после операции возник хронический калькулезный холецистит, по поводу чего он был оперирован. Наш опыт проведения указанных операций позволяет думать о том, что панкреатодуоденальная резекция, проведенная по поводу злокачественных новообразований головки поджелудочной железы, может значительно пролонгировать жизнь больных.

Ключевые слова: лечение, злокачественная опухоль, панкреатодуоденальная зона.

Панкреатодуоденальная зона (ПДЗ) – условное название области, охватывающей головку поджелудочной железы (ГПЖ), двенадцатиперстную кишку (ДПК), Фатеров сосок (ФС) и интрапанкреатический отдел холедоха (ИПОХ). С клинко-онкологической точки зрения эти органы объединяют некоторые особенности: 1) в большинстве случаев больные с опухолью органов указанных локализаций обращаются с обструктивной желтухой, которая возникает за счет сдавления опухолью терминального отдела холедоха; 2) на определенном этапе своего развития опухоль, исходящая из одного органа, прорастает в другие, что нередко создает трудности в диагностике; 3) при раке органов этой зоны используется одна и та же диагностическая и хирургическая тактика.

Удельный вес карцином органов ПДЗ среди злокачественных новообразований состав-

ляет для рака ГПЖ – 1,5-2,0%, для ДПК – 0,1-0,2%, для рака ФС – 0,08-0,15%, для рака ИПОХ – 0,03-0,05% [1-4].

В настоящей статье проведен анализ непосредственных и отдаленных результатов радикальных операций, выполненных нами по поводу злокачественных опухолей органов панкреатодуоденальной зоны с сентября 1997 г. по декабрь 2009 г.

Материал и методы

За указанный период времени на кафедре онкологии Азербайджанского Медицинского Университета и Центральной клинической больницы у 16 больных нами были выполнены радикальные операции по поводу злокачественных опухолей органов ПДЗ. Показаниями к выполнению радикальной операции являлись: рак ГПЖ – у 8 больных; рак ДПК – у 1 больного; рак ФС – у 5 больных; рак ИПОХ – у 1 пациента; рак печеночного угла толстой кишки, прорастающий в ДПК и ГПЖ – у 1 больного. Мужчин было 12, женщин – 4. Средний возраст больных составил 52,8 года (от 36 до 71 года). За исключением одного все больные обратились с признаками обструктивной желтухи. Уровень билирубина в среднем составил 216 мкмоль/л (97-540 мкмоль/л).

На этапе диагностики больным раком ГПЖ было проведено: ультразвуковое исследование (УЗИ) – всем больным; компьютерная томография (КТ) – 7 больным; магниторезонансная томография (МРТ) – 4 больным (у двух из них исследование выполнено, т.к. КТ не позволила выявить опухоль).

Всем пациентам с раковой опухолью ФС и ДПК была проведена дуоденоскопия, УЗИ и КТ (или МРТ). В предоперационном периоде диагноз был установлен на основании гистологического исследования биоптатов.

Больному с раком ИПОХ было проведено УЗИ, КТ и МРТ. Диагноз рака толстой кишки был установлен на основании колоноскопии с морфологической верификацией. Прорастание опухоли в ГПЖ установлено во время интраоперационной ревизии.

Трем больным с раком ФС была проведена панкреатодуоденальная резекция, двум – папиллосфинктеректомия. Пациенту с раком

толстого кишечника, прорастающим в органы ПДЗ выполнена комбинированная ПДР с расширенной гемиколэктомией.

В 12 случаях ПДР была выполнена по методу Whipple. Из их числа 2 больным желчный пузырь был сохранен по причине анатомических особенностей, и билиодигестивное соустье наложено между холедохом и ДПК. Двоим пациентам, в отличие от классической операции Whipple, наложен панкреатогастроанастомоз.

Анастомоз между культей поджелудочной железы и тощей кишкой сформирован у 4 больных, панкреатикоюноанастомоз – у 8, панкреатогастроанастомоз – у одного, и панкреатикогастроанастомоз – у одного пациента. Таким образом, у 5 больных анастомоз был сформирован не с Вирсунговым протоком (панкреатикодигестивный анастомоз), а с самой культей ПЖ (панкреатодигестивный анастомоз). Показанием к наложению панкреатодигестивного анастомоза (панкреатоеюно- или панкреатогастроанастомоза) являлась мягкая консистенция культи ПЖ, при которой Вирсунгов проток не расширялся.

При папиллосфинктерэктомии ФС был удален, отступя на 6-7 мм от границы между соском и медиальной стенкой двенадцатиперстной кишки. На основании повторных морфологических исследований предоперационных биоптатов и интраоперационной картины предполагалась аденома ФС. После удаления ФС терминальный холедох и Вирсунгов проток по отдельности были пришиты к линии резекции медиальной стенки двенадцатиперстной кишки: проксимально – холедох, дистально – Вирсунгов проток.

Гистологически во всех случаях была верифицирована аденокарцинома. В случаях папиллосфинктерэктомии на основании патогистологического исследования резектата был подтвержден рак ФС T₁.

Результаты и обсуждение

У 10 (71,4%) больных, перенесших ПДР, послеоперационный период был неосложненным. У 5 больных отмечены следующие осложнения: панкреатическая фистула, эвентрация, интраабдоминальное кровотечение, интраоперационный геморрагический инсульт, тромбоз легочной артерии. В последних 4 случаях больные погибли, спустя 3-22 ч (в среднем 13 ч) после операции.

Нужно отметить, что панкреатическая фистула и интраабдоминальное кровотечение развивались у больных с панкреатоеюноанастомозом, что связано с меньшей надежностью панкреатоеюноанастомоза по сравне-

нию с панкреатикоюноанастомозом, так как оба осложнения очень характерны для данной операции и развиваются вследствие подтекания панкреатического секрета из анастомоза. После соответствующего адекватного лечения панкреатическая фистула была ликвидирована, и больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Осложнения хирургического характера (эвентрация и интраабдоминальное кровотечение), которые являлись причинами смерти, отмечены в двух случаях. В наших наблюдениях только одно осложнение – аррозивное кровотечение в результате подтекания панкреатического секрета – было специфично для ПДР. Таким образом, частота хирургических осложнений, составила 14,3%, частота смертности от осложнений, характерных для ПДР, – 7,1%.

В обоих случаях папиллосфинктерэктомии отмечено гладкое послеоперационное течение без каких-либо осложнений.

Отдаленные результаты радикальных операций были следующими: у 4 больных с раком ГПЖ спустя 4, 6, 8 и 16 месяцев после радикальной операции выявлены метастазы в печень без увеличения регионарных лимфатических узлов (по данным КТ). Указанные больные умерли от прогрессирования опухолевого процесса спустя 5, 9, 14 и 18 месяцев после операции. Двое пациентов в течение 4 и 99 месяцев находятся под нашим наблюдением, признаки прогрессирования заболевания не отмечены. У одного пациента спустя 42 месяца после операции диагностирован хронический калькулезный холецистит, по поводу чего больной был оперирован.

Одна больная с раком ФС жива в течение 64 месяцев – рецидив заболевания или метастазирование не наблюдается. У второго пациента через 6 месяцев возникли метастазы в печень, что привело к смерти спустя 16 месяцев после ПДР. Получить сведения о судьбе третьего больного с раком ФС не представлялось возможным. Больные, которым была выполнена папиллосфинктерэктомия, в течение 24 и 34 месяцев соответственно находятся под нашим наблюдением без признаков прогрессирования болезни.

При контрольном обследовании больного с раком толстой кишки, подвергшегося ПДР и правосторонней гемиколэктомии, через 3 месяца признаков прогрессирования заболевания, синдрома мальабсорбции и мальнутриции отмечено не было. Спустя 5 месяцев после указанной операции больной был оперирован в срочном порядке по поводу острой

спаечной тонкокишечной непроходимости, однако, погиб в послеоперационном периоде.

Как указано выше, в 71,4% случаев послеоперационный период после ПДР протекал без осложнения. В 3 случаях осложнение было хирургического (панкреатическая фистула, эвентрация, интраабдоминальное кровотечение), в 2 нехирургического (интраоперационный геморрагический инсульт, тромбоз легочной артерии) характера. В 2 случаях осложнения были характерными для ПДР, в одном – общехирургического характера. В обоих случаях послеоперационных осложнений, характерных (панкреатическая фистула, интраабдоминальное кровотечение) для ПДР, анастомоз между панкреатической культей и интестинальным трактом был наложен в виде панкреатоюноанастомоза.

Средняя продолжительность жизни больных, умерших от прогрессирования опухоли после ПДР, составила 12 (5-18) месяцев.

У 4 больных с раком ГПЖ, спустя 4, 6, 8 и 16 месяцев после ПДР выявлены метастазы в печень без увеличения регионарных лимфоузлов (по данным КТ), что, вероятно, связано с тем, что гематогенное метастазирование играет основную роль в прогрессировании данного заболевания и неудачностью радикальной операции.

Как указано выше, у двух больных при ПДР желчный пузырь не был удален, и целостность билиарного тракта была восстановлена путем наложения холедохоеюноанастомоза. В одном из этих случаев спустя 42 месяца после ПДР развилась желчнокаменная болезнь, по поводу чего больной был оперирован дополнительно. Второй больной умер через 18 месяцев после операции, так как в отношении стаза в желчном пузыре больного контролировать на длительное время не удалось. По нашему мнению, удалять желчный пузырь при ПДР целесообразно не только с целью вероятной онкологической радикальности, но и с точки зрения возникновения стаза в желчном пузыре.

ПДР до настоящего времени остается единственным методом лечения, который может пролонгировать жизнь больных с раком органов ПДЗ. Несмотря на уменьшение летальности в последние годы, ПДР все еще остается сложным вмешательством и сопровождается высокой частотой послеоперационных осложнений. В связи с усовершенствованием хирургической техники и развитием реаниматологии смертность после ПДР удалось снизить до 5%. Несмотря на травматичность указанной операции, послеоперационный период по-

сле комбинирования этой операции с правосторонней гемиколэктомией по поводу рака толстой кишки прорастающего в ГПЖ, может идти гладко, без каких-либо осложнений [1]. По нашим данным, если не учитывать осложнения нехирургического характера (интраоперационный геморрагический инсульт, тромбоз легочной артерии), и общехирургического характера (эвентрация) летальность от осложнений, характерных для ПДР составила 7,1%.

По данным большинства авторов [5- 8], ПДР является операцией выбора при раке ФС. Указанная операция характеризуется травматичностью, высокой частотой послеоперационных осложнений и высокой летальностью [5]. Cahen et al. (1997) сравнительно проанализировали частоту непосредственных и отдаленных осложнений после папиллосфинктерэктомии и ПДР по поводу новообразований (ворсинчатая аденома, T₁ и T₂ рак) ФС и выявили, что указанные параметры были низкими после первой операции (25% vs 64%, и 8% vs 55% соответственно). К тому же некоторые авторы полагают, что на предмет обеспечения радикальности папиллосфинктерэктомия является адекватной хирургической операцией при T₁ и T₂ раке ФС [2]. Последние авторы наблюдали 84% пятилетнюю выживаемость после папиллосфинктерэктомии, проведенной по поводу T₁ и T₂ рака ФС. Следует отметить, что в наших двух случаях папиллосфинктерэктомии мы не наблюдали послеоперационное осложнение и смерть, и указанная операция проведенная по поводу рака ФС T₁ смогла обеспечить соответственно, 24- и 34-месячную жизнь без признаков прогрессирования заболевания.

З а к л ю ч е н и е

Наш опыт проведения указанных операций позволяет думать о том, что ПДР, выполненная по поводу злокачественных новообразований ГПЖ, может значительно (иногда до 99 месяцев) пролонгировать жизнь больных. При раке ФС указанная операция не является единственным радикальным хирургическим методом, и не должна приниматься операцией выбора. Так как при раке ФС T₁ стадии папиллосфинктерэктомия может обеспечить 34-месячную выживаемость без признаков прогрессирования опухоли и указанная операция может с уверенностью выполняться у соответствующих больных.

OUR EXPERIENCE ON TREATMENT OF PATIENTS WITH MALIGNANT TUMORS OF PANCREATODUODENAL ZONE'S ORGANS*R.B. Bayramov*

Abstract. From September 1997 till December 2009 16 patients with malignant tumors of pancreatoduodenal zone's organs underwent to radical Surgery by our surgical team. In 8 patients carcinoma arose in the head of pancreas, in 5 – in ampulla of Vater, in one – in terminal part of choledochus, in one – in duodenum and in one – in hepatic flexure of colon (in this patients the tumor invaded the duodenum and pancreatic head). Excluding the last patient all patients have been admitted with obstructive jaundice. All patients but the two with carcinoma of ampulla of Vater (T1 stage carcinoma) underwent to pancreatoduodenal resection (in patients with colon carcinoma invaded the duodenum and pancreatic head combined operation – Whipple procedure plus right hemicolectomy was carried out). In two patients with T1 carcinoma of Vater papillosphincterectomy was fulfilled. 4 patients with pancreatic head carcinoma died from hematogenous spread in respectively 5, 9, 14, and 18 months after operation without regional lymph node enlargement. Two patients with pancreatic head carcinoma are alive: respectively for 4 and 99 months. The two patients after papillosphincterectomy are alive for 24 and 34 months, respectively. Resuming above mentioned data, one can believingly say that Whipple operation for pancreatic head carcinoma can provide curative effect. In addition to it we conclude that Whipple operation for T1 carcinoma of Vater is not an operation of choice. So papillosphincterectomy can be alternative method to Whipple procedure in patients with T1 carcinoma of Vater.

Keywords: treatment, malignant tumor, pancreatoduodenal zone.

ЛИТЕРАТУРА

1. Wingo P.A. Measuring the occurrence of cancer: impact and statistics / P.A. Wingo, D.M. Parkin, H.J. Ayre // The American Cancer Society's Clinical Oncology. – 2000. – P. 1-20.
2. Tumor of the ampulla of Vater: experience with local or radical resection in 171 consecutively treated patients / H.G. Beger, F., Treitschke F. Gansauge et al. // Arch. Surg. – 1999. – № 134. – P. 526-532.
3. Primary duodenal adenocarcinoma: a ten-year experience with 79 patients / D.M. Rose, S.N., Hochwald D.S. Klimstra, M.F. Brennan // J. Am. Coll. Surg. – 1996. – № 183. – P. 89-96.
4. Outcomes after curative resections of colangiocarcinoma / D.M. Nagorney, J.H. Donohue, M.B. Farnell et al. // Arch. Surg. – 1993. – № 128. – P. 871-879.
5. Hoover H.C. Pancreatic and periampullary carcinoma / H.C. Hoover // Torcotte J.G. (ed) Schackelford's surgery of the alimentary tract. – Philadelphia, 1996. – Vol. III. – P. 81-113.
6. Factors predictive of survival in ampullary carcinoma / J.R. Howe, D.S. Klimstra, R.D. Moccia et al. // Ann. Surg. – 1998. – № 228. – P. 87-91.
7. Local resection or pancreatoduodenectomy for villous adenoma of the ampulla of Vater diagnosed before operation // D.L. Cahen, P. Fockens, L.Th. Wit et al. // Br. J. Surg. – 1997. – № 84. – P. 948-951.
8. Importance of microperineural invasion as a prognostic factor in ampullary carcinoma / T. Nakai, K. Koh, T. Kawabe et al. // Br. J. Surg. – 1997. – № 84. – P. 1399-1401.