

УДК 616.342+616.36/.37]-006.04-06-089.87

Я.М. Сусак<sup>1</sup>, О.А. Ткаченко<sup>2</sup>, С.М. Лобанов<sup>2</sup>, О.О. Дирда<sup>2</sup>

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ХВОРИХ З УСКЛАДНЕННЯМИ ПУХЛИН ОРГАНІВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

<sup>1</sup>Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ<sup>2</sup>Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Нами проаналізовано результати хірургічного лікування 85 хворих з ускладненнями пухлин органів гепатопанкреатодуоденальної зони. З них у 64 (75,2%) хворих діагностовано рак підшлункової залози, у 11 (12,9%) – рак позапечічкових жовчних протоків, у 6 (7,05%) – рак великого дуоденального сосочка, у 4 (4,7%) – рак жовчного міхура. Відповідно до виду ускладнення, тяжкості стану пацієнта, запущеності онкологічного процесу, виду передбачуваного операційного втручання хворих розділили на три групи: перша – хворі у яких самостійно або у поєднанні з жовтяницею були наявні кровотеча, перфорація, або явища перитоніту, що потребувало ургентного хірургічного лікування; друга – хворі яким було необхідно обстеження у невідкладному порядку, усунення явищ жовтяниці, корекція печінкової недостатності та визначення об'єму передбачуваного операційного втручання; третя – хворі яким показано виконання мініінвазивних симптоматичних операцій у зв'язку із тяжким загальним станом та 4 стадією пухлинного процесу. Застосування диференційованої передопераційної підготовки у хворих з ускладненнями пухлин органів гепатопанкреатодуоденальної зони дозволяє знизити післяопераційну летальність з 12,9% до 4,7% ( $p > 0,05$ ), ускладнення в ранньому післяопераційному періоді з 27,4% до 17,6% ( $p > 0,05$ ), у віддаленому післяопераційному періоді з 65,3% до 17,9% ( $p < 0,05$ ).

**Ключові слова:** ускладнення пухлин, передопераційна підготовка, операційне втручання.

Проблема хірургічного лікування хворих з ускладненнями пухлин органів гепатопанкреатодуоденальної зони залишається актуальною та до кінця не вирішеною на сьогоднішній день [1, 4, 5]. Хворі з пухлинами органів гепатопанкреатодуоденальної зони, як правило поступають до ургентних хірургічних стаціонарів на стадії «хірургічних» ускладнень, тому їх лікування в основному проводять хірурги загального профілю [1]. У зв'язку із малою ефективністю хіміотерапії та променевої терапії якість та тривалість життя цих хворих залежить від виду проведеного операційного втручання [1, 2, 4]. Тому удосконалення передопераційної підготовки є одним із шляхів покращення результатів лікування цих хворих [3].

**Мета дослідження** – покращення результатів хірургічного лікування хворих з ускладненнями пухлин органів гепатопанкреатодуоденальної зони (ГПДЗ) шляхом удосконалення передопераційної підготовки.

### Матеріал та методи

Нами проаналізовано результати хірургічного лікування 147 хворих з ускладненнями пухлин органів ГПДЗ. Чоловіків 65 (44,2%), жінок – 82 (55,7%).

Із 147 хворих в порядку швидкої допомоги в клініку госпіталізовано 125 (85,03%). Інші,

22 (15%) хворих, попередньо перебували на лікуванні протягом 14-96 діб в інфекційних відділеннях та інших лікувальних закладах терапевтичного профілю.

Всіх хворих було розділено на основну та контрольну групи. До основної групи увійшли 85 пацієнтів, яких оперовано у період з 2001 по 2010 рр. в КМКЛШМД. Чоловіків було 41 (48,2%), жінок – 44 (51,8%). Середній вік хворих основної групи зіставив 65,4 років. З них у 60 (70,5%) хворих діагностовано рак ПЗ, у 10 (11,7%) – рак позапечічкових жовчних протоків, у 10 (11,7%) – рак ВДС, у 5 (5,8%) – рак жовчного міхура. До контрольної групи включено 62 пацієнтів, які знаходились на лікуванні в КМКЛШМД та Київському центрі печінки, жовчних протоків та підшлункової залози з 1997 по 2001 рр. Чоловіків було 24 (38,7%), жінок 38 (61,2%). Середній вік хворих контрольної групи становив 67,5 років. У 57 (91,9%) хворих діагностовано рак ПЗ, у 1 (1,6%) – рак позапечічкових жовчних протоків, у 1 (1,6%) – рак ВДС, у 3 (4,8%) – рак жовчного міхура.

Серед ускладнень пухлин органів ГПДЗ у пацієнтів основної групи була: жовтяниця у 69 (81,1%) хворих, стеноз ДПК – у 12 (14,1%), перфорація пухлини – у 2 (2,3%), кровотеча – у 28 (32,9%), холангіт – у 39 (45,8%) пацієнтів. У хворих контрольної групи: жовтяниця – у

57 (91,9%) хворих, стеноз ДПК – у 21 (33,8%), перфорація пухлини – у 1 (1,6%), кровотеча – у 16 (25,8%), холангіт – у 28 (45,1%) пацієнтів. Більша частина хворих мала поєднані ускладнення. У 97,9% хворих була 3 та 4 стадія онкологічного захворювання.

Всім хворим в передопераційному періоді встановлювали епідуральний катетер для епідурального знеболення (маркаїн, бупивакаїн), проводили профілактику післяопераційного панкреатиту. Також у них застосовували: гепатопротектори (гептрал 400 мг в/в, гепасол 500.0 в/в через 12 год, тіатріазолін 2.5% 100.0 в/в, глутаргин 250.0 в/в), ентеросорбент (карболайн 4 бол. 2 раза), гемостатики (дицинон 1.0 в/м 3 рази, вікасол 1.0 в/м 2 рази), блокатори протонної помпи (омез 40 мг в/в, лосек 40 мг в/в, квамател 20mg 2 раза), глюкокортикоїд (дексаметазон 4 мг в/м), антиоксидант (аскорбінова кислота 10% в/в 30 мл/добу), препарат лактулози (дюфалак 30.0 2 раза на добу). При наявності жовтяниці у хворих з печінковою недостатністю ми застосовували «доброякісну» гіперглікемію. Для цього пацієнту вводили 10% глюкозу з калієм без інсуліну для створення гіперглікемії 9-11 ммоль/л.

Хворих основної групи розділили відповідно до виду ускладнення, тяжкості стану пацієнта, запущеності онкологічного процесу, виду передбачуваного операційного втручання хворих ми розділили на три підгрупи: перша – хворі у яких самостійно або у поєднанні з жовтяницею були наявні кровотеча, перфорація, або явища перитоніту, що потребувало ургентного хірургічного лікування; друга – хворі яким було необхідно обстеження у невідкладному порядку, усунення явищ жовтяниці, корекція печінкової недостатності та визначення об'єму передбачуваного операційного втручання; третя – хворі яким показано виконання мініінвазивних симптоматичних операцій у зв'язку із тяжким загальним станом та 4 стадією пухлинного процесу.

До першої підгрупи було віднесено 8 (9,4%) хворих, у яких пухлини органів ГПДЗ ускладнені кровотечею, розпадом пухлини з перфорацією в ДПК у поєднанні із жовтяницею. Рак ПЗ був у 3 (3,5%) хворих, у 5 (5,8%) виявили рак Фатерова сосочка. Хворі поступили в тяжкому стані, що було зумовлено поєднаними ускладненнями (жовтяниця та кровотеча). Вони проходили лікування в умовах від-

ділення реанімації та інтенсивної терапії. Передопераційне приготування склало 2,5 дні. В передопераційному періоді хворим проводили гемостатичну терапію, переливання еритроцитарної маси та плазми крові.

До другої підгрупи було віднесено 69 (81,1%) хворих. Основним ускладненням у цих хворих була жовтяниця у 52 (75,3%), холангіт – у 32 (46,3%), стеноз ДПК – у 10 (14,4%), та поєднання цих ускладнень. Передопераційний період тривав від 5 до 14 діб, в середньому 10,5 днів. Основним завданням у цієї групи хворих було усунення механічної жовтяниці (декомпресія жовчних проток), корекція печінкової недостатності (гепатопротектори, еферентні методи детоксикації і т.д.), корекція водно-сольового дисбалансу у хворих з стенозом дванадцятипалої кишки. Передопераційну декомпресію жовчних проток проведено у 52 (61,1%) хворих, із них: черезшкірну черезпечінкову холецистостомію у – 28 (32,9%), відкриту холецистостомію у 19 (22,3%), черезшкірну черезпечінкову холангіостомію у 5 (5,8%) пацієнтів де була непрохідність міхурової протоки. Незадовільні результати лікування таких хворих як правило пов'язані з розвитком печінкової недостатності, яка зумовлена жовтяницею та тривалою гіпертензією у жовчних протоках. Тому у 7 (31,8%) пацієнтів у яких на фоні терапії та декомпресії жовчних проток наростали явища печінкової недостатності нами було проведено операцію екстракорпоральної гемокарбоперфузії (ЕКГП), як компонент передопераційної підготовки.

Третя підгрупа – 8 (9,4%) хворих, яким показано мініінвазивні симптоматичні методи операційних втручань у зв'язку з тяжким загальним станом хворих та запущеністю онкологічного процесу. Ці хворі поступили в клініку в тяжкому стані обумовленим, 4 стадією захворювання, високим рівнем жовтяниці, від 350 ммоль/л в середньому, тяжкою супровідною патологією. Вік хворих був 74,5 років в середньому.

### *Результати та обговорення*

У хворих контрольної групи найчисленнішим симптоматичним операційним втручанням був холедоходуоденоанастомоз (ХДА), який виконано у 45 (72,5%) хворих. Холецистоентероанастомоз виконано в 10 (16,1%) випадках, холецистектомія з дренажуванням холе-

доха в 4 (6,4%) випадках. В одного хворого виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) з постановкою ендобіліарного дренажа. Діагностичні лапаротомії були проведені у 2 (3,2%) пацієнтів, де із-за поширеності онкологічного процесу, наявності канцероматозу виконання симптоматичного втручання було неможливим.

У першої підгрупи хворих основної групи на першому етапі лікування проводили зупинку кровотечі ендоскопічними методами, які не дали позитивного результату. У 5 (62,5%) хворих кровотеча була із пухлини головки ПЗ, яка була в стадії розпаду та перфорації в ДПК. У решти 3 (37,5%) хворих кровотеча була з розпаду пухлини Фатерова сосочка. В одного хворого кровотечу зупинити не вдалося. У решти 7 (87,5%) хворих, кровотечу було зупинено частково. В них був рецидив кровотечі на протязі 8 год., тому цих хворих прооперовано на фоні триваючої кровотечі в ургентному порядку.

Завдяки адекватній передопераційній підготовці 14 (20,2%) хворих другої підгрупи вдалося перевести в операбельний стан та виконати резекційні методи операційних втручань. Панкреатодуоденальну резекцію у 7 (10,1%) хворих, резекцію жовчних проток у 4 (5,7%), холецистектомію з крайовою резекцією печінки у 3 (4,3%) хворих. В 21 (24,7%) хворого було виконано панкреатогепатикоеюностомію (патент 44355 У Україна МКП А61В17/00 від 25.09.2009), у 34 (40%) хворих застосована гепатикоеюностомія. У 42 (49,4%) хворих операції доповнені позадуободовим гастроентероанастомозом.

З третьої підгрупи у 4 (50%) хворих застосовано холангіостомію під контролем УЗД, у 2 (25%) хворих проведена холецистостомія під контролем УЗД, в інших виконано відкриту холецистостому. Ці хворі виписані під амбулаторне спостереження.

Загальна післяопераційна летальність у хворих основної групи склала 4,7%, у хворих контрольної групи 12,9% ( $p > 0,05$ ). Ускладнення в ранньому післяопераційному періоді були в 17,6% хворих основної групи та в 27,4% контрольної групи ( $p > 0,05$ ). У віддаленому післяопераційному періоді відстежено 26 (41,9%) хворих контрольної групи та 39 (46,4%) хворих основної групи. Ускладнення у віддаленому післяопераційному періоді спо-

стерігали у 17,9% хворих основної групи та у 65,3% хворих основної групи ( $p < 0,05$ ).

### В и с н о в о к

Застосування диференційованої передопераційної підготовки у хворих з ускладненнями пухлин органів гепатопанкреатодуоденальної зони дозволяє знизити післяопераційну летальність з 12,9% до 4,7% ( $p > 0,05$ ), ускладнення в ранньому післяопераційному періоді з 27,4% до 17,6% ( $p > 0,05$ ), у віддаленому післяопераційному періоді з 65,3% до 17,9% ( $p < 0,05$ ).

### ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Я.М. Сусак, О.А. Ткаченко, С.М. Лобанов, А.О. Дырда

Нами проанализированы результаты хирургического лечения 85 больных с осложнениями опухолей органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Из них у 64 (75,2%) больных диагностирован рак поджелудочной железы, у 11 (12,9%) – рак внепеченочных желчных протоков, у 6 (7,05%) – рак большого дуоденального сосочка, у 4 (4,7%) – рак желчного пузыря. Соответственно виду осложнения, тяжести состояния пациента, запущенности онкологического процесса, вида предполагаемого операционного вмешательства больных разделили на три группы: первая – больные, у которых самостоятельно или в сочетании с желтухой имелись кровотечения, перфорация, или явления перитонита, что потребовало ургентного хирургического лечения; вторая – больные, которым было необходимо обследование в неотложном порядке, устранение явлений желтухи, коррекция печеночной недостаточности и определения объема предполагаемого операционного вмешательства; третья – больные, которым показано выполнение миниинвазивных симптоматических операций в связи с тяжелым общим состоянием и 4 стадией опухолевого процесса. Применение дифференцированной предоперационной подготовки у больных с осложнениями опухолей органов гепатопанкреатодуоденальной зоны позволяет снизить послеоперационную летальность с 12,9% до 4,7% ( $p > 0,05$ ), осложнения в раннем послеоперационном периоде с 27,4% до 17,6% ( $p > 0,05$ ), в отдаленном послеоперационном периоде с 65,3% до 17,9% ( $p < 0,05$ ).

**Ключевые слова:** осложнения опухолей, предоперационная подготовка, операционное вмешательство.

### FEATURES OF PREOPERATIVE PREPARATION OF PATIENTS WITH COMPLICATED TUMORS OF ORGANS OF HEPATOBILIARY ZONE

Ya.M. Susak, O.A. Tkachenko, S.M. Lobanov, A.O. Dyrda

We analyzed the results of surgical treatment of 85 patients with complications of tumors of the hepatopancreatoduodenal zone. Of these, 64 (75,2%) patients diagnosed with pancreatic cancer, 11 (12,9%) – a cancer of the extrahepatic bile ducts in 6 (7,05%) – papillary

carcinoma in 4 (4,7%) – cancer of the gall bladder. Accordingly, type of complication, the severity of the patient, the neglect of the cancer, the type of alleged operative care of patients divided into three groups: first – in which patients either alone or in combination with jaundice were bleeding, perforation, peritonitis or phenomena that require urgent surgical treatment, the second – patients who had to survey a matter of urgency, address the phenomena of jaundice, liver failure and correction of the definition of the proposed surgical intervention, and the third – patients who shows how to perform minimally invasive operations symptomatic due to a severe general condition, and 4 stage of cancer. Application of differential preoperative preparation in patients with tumors of complications hepatopancreatoduodenal zone can reduce postoperative mortality from 12,9% to 4,7% ( $p > 0,05$ ), complications in the early postoperative period from 27,4% to 17,6% ( $p > 0,05$ ) in the remote postoperative period from 65,3% to 17,9% ( $p < 0,05$ ).

**Key words:** complications of tumors, preoperative preparation, surgical intervention.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Думанский Ю.В. Непосредственные результаты хирургического лечения больных нерезектабельным раком поджелудочной железы / Ю. В. Думанский, И. В. Халецкий, С. И. Готовкин // Харк. хірург. школа. – 2007. – № 4. – С. 82-86.
2. Касаткин В.Ф. Пути улучшения непосредственных результатов панкреатодуоденальной резекции при периапулярном раке / В. Ф. Касаткин // Хирургия. – 2008. – № 10. – С. 10-15.
3. Методы билиарной декомпрессии и стентирование в комплексном лечении больных с механической желтухой обусловленной раком головки поджелудочной железы / М.П. Захараш., М.Е. Ничитайло., Ю.М. Захараш., Е.В. Усова // Укр. журн. хірургії. – 2009. – № 3. – С. 70-72.
4. Патютко Ю.И. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны: руководство для врачей / Ю.И. Патютко., А.Г. Котельников. – М.: Медицина. – 2007. – 21 с.
5. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме механической желтухи / Ю.Л. Шевченко, П.С. Ветшев, Ю.М. Стойко [и др.] // Анналы хирург. гепатологии. – 2008. – Т. 13, № 4. – С. 96-105.

---

Стаття надійшла 07.03.2011