

© Я.С. Березницький, Р.В. Дука, Л.Н. Гришина, Т.В. Левченко, 2011

УДК -616.37:616.342]-006-089

Я.С. БЕРЕЗНИЦЬКИЙ, Р.В. ДУКА, Л.Н. ГРИШИНА, Т.В. ЛЕВЧЕНКО
Дніпропетровська державна медична академія, Дніпропетровськ

РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОНАННЯ РАДИКАЛЬНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПУХЛИНОЮ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

Проаналізовано результати радикального хірургічного лікування в об'ємі панкреатодуоденальної резекції у 59 пацієнтів з пухлиною панкреатодуоденальної зони. Встановлено, що пацієнтам з пухлиною панкреатодуоденальної зони при наявності механічної жовтяниці з тривалістю жовтяничного періоду понад 30 діб та при рівні білірубіну понад 150 мкмоль/л показані двохетапні хірургічні втручання. Доведено, що при виконанні інвагінаційного панкреатоеюнального анастомозу з використанням двохранного шва, при адекватному інтраопераційному та післяопераційному призначенні аналогів соматостатину, неспроможність анастомозу розвивається у 6,7% пацієнтів, що значно менше, ніж при використанні анастомозів з каркасним дрениванням.

Ключові слова: пухлина панкреатодуоденальної зони, механічна жовтяниця, хірургічне лікування, панкреатодуоденальна резекція

Я.С. БЕРЕЗНИЦЬКИЙ, Р.В. ДУКА, Л.Н. ГРИШИНА, Т.В. ЛЕВЧЕНКО
Днепропетровская государственная медицинская академия, Днепропетровск

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЬЮ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Проанализированы результаты радикального хирургического лечения в объеме панкреатодуоденальной резекции 59 пациентов с опухолью панкреатодуоденальной зоны. Установлено, что пациентам, с опухолью панкреатодуоденальной зоны при наличии механической желтухи с продолжительностью желтушного периода более 30 суток и при уровне общего билирубина более 150 мкмоль/л показаны двухэтапные оперативные вмешательства. Доказано, что при выполнении инвагинационного панкреатотощекишечного анастомоза с использованием двохранного шва, при адекватном интраоперационном и послеоперационном назначении аналогов соматостатина, несостоятельность анастомоза развивается у 6,7% пациентов, что значительно меньше, чем при использовании анастомозов с каркасным дренированием.

Ключевые слова. опухоль панкреатодуоденальной зоны, механическая желтуха, хирургическое лечение, панкреатодуоденальная резекция.

Вступлення. Рак піджелудочної залози (РПЖ) займає десяте місце в списку найбільш розповсюджених опухольових захворювань. Статистическі дані останніх років свідчать про продовження росту захворюваності та смертності від РПЖ. В Україні показник захворюваності РПЖ дорівнює 8,2 на 100000 населення, що відповідає 9-му місцю в структурі онкологічних захворювань: серед опухольових захворювань системи РПЖ знаходиться на 3-м місці, і вважається найбільш часто зустрічаючою опухолью панкреатодуоденальної зони 63–86%.

Панкреатодуоденальна резекція (ПДР) вважається радикальною операцією, виконуваною при опухольових захворюваннях панкреатодуоденальної зони. При виконанні ПДР, виникає необхідність у формуванні панкреатоеюнального анастомозу, який, за даними більшості авторів, вважається найбільш "уязвимим місцем" цієї операції. [3]. Частота його несостоятелності досягає 14-30%, при цьому майже в 50% спостережень відзначається летальний вихід. Тому найближчі результати ПДР нерозривно пов'язані здебільшого з технікою формування панкреатоеюнального анастомозу [1, 3, 5].

Цель исследования. Проанализировать результаты радикального хирургического лечения пациентов с опухолью панкреатодуоденальной зоны.

Материалы и методы. Нами за период с 2002 по 2011 год выполнено 59 радикальных оперативных вмешательств у больных с опухолью панкреатодуоденальной зоны в объеме ПДР. Мужчин было 41 (69%), женщин – 18 (31%), в возрасте от 37 до 66 лет, средний возраст составлял 56 лет. Показаниями к выполнению ПДР являлись следующие нозологические формы: опухоль головки поджелудочной железы 30(51%), опухоль большого дуоденального сосочка 26(44%), опухоль дистального отдела общего желчного протока 3(5%). Гистологически опухольовое поражение панкреатодуоденальной зони було представлено аденокарциномою головки піджелудочної залози і великого дуоденального сосочка різної ступені диференціювання. До операції всі хворі проходили детальне обстеження з використанням загальноклінічних лабораторних і інструментальних методів дослідження.

В обов'язковому порядку всім пацієнтам виконувалась ультрасонографія печінки,

внепеченочных желчных протоков и поджелудочной железы, а также сосудов портальной системы и нижней полой вены. Выяснение характера патологического процесса, его распространенности дополнялось проведением компьютерной томографии органов брюшной полости, которая являлась одним из обязательных методов исследования у данной группы пациентов. Всем больным до операции проводилось эндоскопическое обследование двенадцатиперстной кишки и области большого дуоденального сосочка. Для уточнения протяженности и степени сужения дистальной части холедоха, вирусунгова протока пациентам выполнялась ретроградная панкреатохолангиография.

Результаты исследований и их обсуждение. Появление механической желтухи (МЖ), как первого клинического проявления заболевания, свидетельствует о значительном распространении процесса и ухудшает прогноз лечения. В связи с этим хирургические вмешательства у больных с МЖ сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15–30%, что в несколько раз выше, чем в тех случаях, когда МЖ удается ликвидировать до операции. Поэтому своевременная ликвидация билиарной гипертензии относится к числу первоочередных задач при лечении больных со злокачественными новообразованиями [4, 6, 7, 8].

В связи с тем, что большинство больных РПЖ поступают в стационар в поздние сроки от появления МЖ, многие исследователи считают оптимальным проведение лечения в два этапа. На первом этапе выполняется временная наружная декомпрессия билиарной системы, а на втором — после ликвидации МЖ — плановая радикальная операция.

Проведенные нами наблюдения установили что, первым клинически значимым проявлением заболевания у 53(90%) пациентов являлась МЖ. Желтушный период до поступления в клинику продолжался от 18 до 64 суток. Значительную часть этого периода пациенты находились в различных медицинских учреждениях (ЦРБ, инфекционная больница), где исключалась инфекционная этиология желтухи. После поступления пациентов в стационар, выполнения общеклинического обследования и сонографии, в первые сутки выполнялась холецистостомия у 30 пациентов, что составляло 51% от общего числа пациентов с МЖ. Показанием к выполнению двухэтапных оперативных вмешательств являлось длительность МЖ более 30 суток и повышение общего билирубина выше 150 мкмоль/л. У 16(53%) пациентов первым этапом выполнялась лапароскопическая холецистостомия, которая позволяла оценить распространенность процесса. Холецистостомию выполняли катетером Foley, после раздувания манжетки, последний с

натяжением фиксировали к коже передней брюшной стенки, что позволяло предотвратить кровотечение из слизистой оболочки желчного пузыря. В 14(47%) случаях выполнялась чрезкожная пункционная холецистостомия под контролем УЗ. В послеоперационном периоде, выполнялось и дообследование пациентов с выполнением компьютерной томографии и ЭРХПГ.

Операции выполнялись под тотальной внутривенной анестезией с ИВЛ ($FiO_2=1,0$), из верхнесрединного лапаротомного доступа. При определении объема операции и способа включения культи поджелудочной железы в процесс пищеварения основывались на локализации процесса и характере его осложнений, дооперационных данных клинического, лабораторного и инструментального обследования о характере и распространенности поражения поджелудочной железы, наличии патологии со стороны двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей и желудка, наличии сопутствующей патологии, возрасте пациентов. До 2002 года мы выполняли ПДР по методике Whipple. Начиная с 2002 года, мы отказались от выполнения каркасного дренирования панкреатического протока (ПП). Применение соматостатинов позволяет уменьшить агрессивное влияние панкреатического сока на анастомозы, что дало возможность не выполнять наружное дренирование ПП. Для уменьшения деструктивного действия желчных кислот на панкреатотощекишечный анастомоз выполнялось наружное дренирование холедоха. Несмотря на применение современных методов диагностики, окончательно вопрос о резектабельности опухоли решался в ходе лапаротомии. Опухоль признавалась резектабельной если, после мобилизации ДПК и нижнего края ПЖ, возможно создать «тоннель» между венами воротно-брыжеечного ствола и задней поверхностью перешейка ПЖ. После резекции формировали инвагинационный панкреатотощекишечный анастомоз методом «конец в конец», дистальной на 10-15 см формировали холедохотощекишечный анастомоз «конец в бок», затем дистальнее впередиободочный желудочнотощекишечный анастомоз с соустьем между приводящей и отводящей петлей кишки по Брауну. При выполнении панкреатотощекишечного анастомоза использовали следующую методику: культи кишки и поджелудочной железы фиксировали друг к другу 5 опорными швами-держалками, проходящими на кишке через край серозно-мышечной оболочки, на поджелудочной железе через ее капсулу, отступая от края на 20 мм. Инвагинировали культи поджелудочной железы в просвет тощей кишки, и фиксировали вторым рядом швов. В 4 случаях, у пациентов с «толстой» и рыхлой железой, когда диаметр железы превышал диаметр просвета тонкой кишки, формировался

панкреатотощекишечный анастомоз по типу «конец в бок». Начиная с 2008 года, для мобилизации органокомплекса и выполнения регионарной аорто-кавальной лимфодиссекции, использовался ультразвуковой диссектор «Harmonic». Применение данного диссектора позволяло выполнять мобилизацию и лимфодиссекцию с минимальной кровопотерей, при этом сохранялась нормальная анатомия и визуализация всех крупных сосудистых структур, в зоне оперативного вмешательства.

У 7(11,8%) пациентов развились осложнения, у 2 – внутрибрюшное кровотечение, у 1 – ранняя спаечная кишечная непроходимость. Осложнения ликвидированы оперативным путем, пациенты выздоровели. У 4(6,7%) развилась несостоятельность панкреатоеюноанастомоза.

В ближайшем послеоперационном периоде умерли 4(6,7%) пациента. У 2 пациентов летальный исход наступил в результате прогрессирующей полиорганной недостаточности, у 1 пациента в ходе оперативного вмешательства

была травмирована верхнебрыжеечная вена, в результате чего в послеоперационном периоде развился её тромбоз и нарушение кровотока в бассейне верхнебрыжеечных сосудов. В 1 случае причиной смерти являлась несостоятельность панкреатоеюноанастомоза.

Выводы. Пациентам, с опухолью ПДЗ при наличии МЖ, с продолжительностью желтушного периода более 30 суток и при уровне общего билирубина более 150мкмоль/л, показаны двухэтапные оперативные вмешательства.

Выполнение инвагинационного панкреатотощекишечного анастомоза с использованием двухрядного шва, при адекватном интраоперационном и послеоперационном назначении соматостатинов, позволяет не использовать каркасного дренирования ПП, при этом несостоятельность анастомоза развивается в 6,7% случаев, что значительно меньше, чем при использовании анастомозов с каркасным дренированием (14-30%).

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Важнейшие осложнения панкреатодуоденальных резекций / В.А. Кубышкин, В.А. Вишневский, И.М. Буриев [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1998. — Т.3, № 3. — С. 230—231.
2. Велигоцкий А.Н. Программа периоперационной профилактики послеоперационных осложнений у больных с обструктивными процессами панкреатодуоденальной зоны / А.Н. Велигоцкий // *Вісн. морської медицини*. — 2003. — № 2. — С. 67—72.
3. Велигоцкий Н.Н. Способ наложения панкреатоеюноанастомоза при панкреатодуоденальной резекции / Н.Н. Велигоцкий, А.Н. Велигоцкий // *Вісн. морської медицини*. — 2003. — № 2. — С. 72—75.
4. Данилов И.В. Хирургия поджелудочной железы / Данилов И.В., Федоров В.Д. — М.: Медицина, 1995. — 512 с.
5. Хирургическое лечение обструктивных заболеваний панкреатодуоденальной зоны и их осложнений / А.Н. Велигоцкий, С.П. Маслов, Д.В. Оклея [и др.] // *Матеріали ХХ з'їзду хірургів України*. — Тернопіль, 2002. — Т. 2. — С. 144—146.
6. Bottger C.T. Factors influencing morbidity and mortality after pancreaticoduodenectomy: A critical analysis of 264 resections / C.T. Bottger, R. Engelmann, T. Junginger // *38 th World Congress of Surgery: Abstracts*. — Vienna, 1999. — P. 49.
7. Effect of surgery for chronic pancreatitis on pancreatic function: Pancreatico—jejunostomy and duodenum-preserving resection of the head of the pancreas / S. Maartense., M. Ledebuer, W. Bemelman [et al.] // *Surgery*. — 2004. — № 135. — P. 125—130.
8. Experience with end-to-loop pancreaticoenteroanastomosis in pancreaticoduodenectomy / V. Onopriev, A. Manuilov, M. Rogal [et al.] // *Hepatogastroenterology*. — 2003. — № 50. — P. 1650—1654.

YA.S. BEREZNICKIJ, R.V. DUKA, L.N. GRISHINA, T.V. LEVCHENKO

Dnipropetrovsk state medical academy, Dnipropetrovsk

THE RESULTS OF RADICAL SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH PANCREATODUODENAL TUMOR

The results of such radical surgical treatment as pancreaticoduodenal resection in 59 patients with pancreaticoduodenal tumor were analyzed. It was established that in patients with pancreaticoduodenal tumor in the presence of obstructive jaundice with the period of its duration over 30 days and with bilirubin levels over 150 micromol/l two-stage surgery is necessary. It is proved that the failure of invaginating pancreatojejunal anastomosis by double-stage sutures with adequate intraoperative and postoperative administration of somatostatin analogs develops in 6.7% of patients, which is significantly less than with anastomosis with carcass drainage.

Key words: pancreaticoduodenal tumor, obstructive jaundice, surgical treatment, pancreaticoduodenal resection

Стаття надійшла до редакції: 23.05.2011 р.