

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Велигоцкий Н.Н., Велигоцкий А.Н., Трушин А.С., Комарчук В.В., Юнис Ибрагим, Рис Болтон Обуби

Харьковский институт усовершенствования врачей, г.Харьков

В клинике накоплен опыт 185 оперативных вмешательств при опухолях панкреатодуоденальной зоны. В большинстве случаев (119), это были раковые опухоли головки поджелудочной железы, в 4 случаях - рак холедоха, в 3 случаях псевдотуморозный панкреатит, в 59 - рак большого дуоденального сосочка. 79 больным выполнена радикальная операция - панкреатодуоденальная резекция (ПДР) с летальностью 6,3% (5 умерших). Условно радикальных операций - трансдуоденальных папиллэктомий было 24 с одним летальным исходом. Паллиативные операции (преимущественно холецистэктомии с брауновским соустьем и заглушкой по Шаллимову) выполнены 82 больным с 5 летальными исходами.

У всех больных в предоперационном периоде наблюдалась механическая желтуха, сопровождающаяся

кожным зудом и синдромом эндогенной интоксикации. Холестаз был обусловлен или сдавливанием холедоха извне, или распространением опухоли на его терминальную часть, что в большинстве случаев диагностировали с помощью эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ). Данный метод считали наиболее ценным в плане диагностики вида желтухи и определения уровня, а также характера механического препятствия, поскольку УЗИ, компьютерная томография, магнитно-ядерный резонанс не дают полноценного изображения билиарной системы. Однако ни один из перечисленных методов, в том числе и ЭРПХГ, не позволяет определить достоверно степень распространения опухоли, а, следовательно, и ее резектабельность.

Используемая ранее лапароскопическая, а позже видео-лапароскопическая методика, также не позволяет

достаточно точно определить операбельность процесса, однако значительно информативнее в отношении диагностики отдаленных метастазов и синдрома Курвуазье. Кроме того, она позволяет более точно, чем чрескожно, произвести пункцию поджелудочной железы с целью биопсии. Считаем важным выполнение видеолaparоскопической пункционной холецистостомии с целью желчной декомпрессии в дооперационном периоде, особенно у больных с высокими цифрами билирубинемии, длительной желтухой и явлениями печеночной недостаточности. Модифицированная видеолaparоскопическая холецистостома без внутренних швов, но с достаточным герметизмом, одновременно с видеолaparоскопической ревизией органов брюшной полости произведена нами у 6 больных. Это позволило выполнить успешные оперативные вмешательства у данных больных на 8-10 сутки после видеолaparоскопической холецистостомии на фоне снижения билирубинемии, купирования явлений печеночной недостаточности, коррекции анемии, диспротеинемии, нарушений свертывающей системы. В то же время, без проведения данной подготовки выполнение радикального или какого-либо другого оперативного вмешательства было данным больным противопоказано. Без предварительной желчной декомпрессии у больных с высокой и длительной билирубинемией в послеоперационном периоде, как правило, развиваются признаки печеночной недостаточности (2 летальных исхода).

Важным этапом является интраоперационная ревизия органов брюшной полости, определение возможности выполнения радикального вмешательства и выбор метода операции. При этом уточняется локализация опухоли, ее размеры, отношение к воротной вене и другим крупным сосудам, наличие регионарных и отдаленных метастазов, признаков портальной гипертензии, асцита. Существенная роль при этом отводится эксцизионной или пункционной экспресс-биопсии и срочному цитологическому исследованию пунктата из подозреваемых на опухоль участков поджелудочной железы. При прорастании опухолью стенки воротной вены возможна операция с резекцией участка вены и последующей её пластикой. Однако при этом, как указывает А.А.Шалимов (1998), ухудшается переносимость оперативного вмешательства, а отдаленные результаты его мало, чем отличаются от паллиативных операций.

При выполнении восстановительного этапа ПДР наиболее важным ответственным моментом является обработка культи поджелудочной железы с последующим включением её в желудочно-кишечный тракт. Чаще других, возникающие на этом этапе осложнения связаны с наличием "сочной" и мягкой культи поджелудочной железы. Нами предложена и успешно выполнена в 8 случаях оригинальная методика обработки культи поджелудочной железы, основанная на мини-

мальном количестве швов, проходящих через паренхиму органа. Это достигается путем предварительной закладки нитей в П-образные швы, накладываемые на клиновидно иссеченную паренхиму культи поджелудочной железы, концы которых не срезаются. Таким образом, и по заднему, и по переднему краям культи имеются нити для наложения швов анастомоза.

В большинстве случаев выполняли телескопический термино-терминальный панкреатоеюноанастомоз прецизионно со вскрытием просвета кишки в соответствии с диаметром панкреатического протока на скрытом дренаже и выведением микроеюностомы. В 9 случаях успешно наложен панкреатохолецистоанастомоз на дренаже, выведенным через микрохолецистостому. Дальнейший восстановительный этап выполняли путем последовательного наложения холедохоюноанастомоза и изоперистальтического гастроэнтероанастомоза с энтероэнтероанастомозом. Во всех случаях радикальные операции дополняли коагуляционной лимфаденэктомией.

Несостоятельность панкреатоеюноанастомоза наблюдалась нами в 5 случаях, три из которых закончились неблагоприятным исходом. Причиной несостоятельности в 2 случаях был послеоперационный панкреатит, а в 3 - обширные нагноительные процессы в зоне удаленного панкреатодуоденального комплекса, связанные с обильной лимфореей, причем в 2 случаях после двухэтапной ПДР.

Профилактика данных осложнений, с нашей точки зрения, должна начинаться не после, а перед операцией и продолжаться в ходе её и после. С этой целью на вводимом наркозе производили подкожную инъекцию 0,1 мг сандостатина и внутривенно цефалоспорин 2-го поколения - зинацеф 1,0, 3-го поколения с длительным периодом полувыведения - лендацин 1,0, в момент инвазии на поджелудочной железе - в/в введение 0,1 мг сандостатина, который продолжали вводить после операции по 0,1 мг п/к 2 раза в сутки в течение 3-5 дней. Профилактику гнойных (фортум, амоксиклав, лендацин) и тромбозмобилических осложнений (0,3 фраксипарина) продолжали в течение 5-7 сут.

У больных с высоким риском развития печеночной недостаточности, выраженным иммунодефицитом и интоксикацией проводили на 3-7 сутки после операции экстракорпоральную биосорбцию крови (8 наблюдений) с применением в одном сорбционном контуре угольного гемосорбента СКН, криоконсервированных гепатоцитов и срезов ткани селезенки однодневных поросят.

Двухлетняя выживаемость после ПДР отмечена у 54,7% пациентов, 3-х летняя - у 28%. После паллиативных операций в течение года умерло 94% больных, причем большая часть в течение первых 6 месяцев.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

Велигоцький Н.Н., Велигоцький А.Н., Трушин А.С., Комарчук В.В., Юніс Ібрагім, Піс Обоубі

В статті проводиться аналіз досвіду 185 оперативних втручань при пухлинах панкреатодуоденальної зони. Детально викладені методи діагностики, оперативного лікування та відновлювального етапу панкреатодуоденальної резекції, запропоновані методи профілактики післяопераційних ускладнень.

SUMMARY

THE PECULIARITIES OF SURGICAL TREATMENT OF CANCER OF A PANCREATODUODENAL ZONE

N.N. Veligotsky, A.N. Veligotsky, A.S. Trushin, V.V. Komarchuk, Yunis Ibrahim, Ris Bolton Obuobi

In the article the analysis of the experience of surgical intervention in 185 patients with tumours of a pancreatoduodenal zone is given. The methods of a diagnostics, surgical treatment and rehabilitation stage of the pancreatoduodenal resection are disclosed, the methods of prevention of postoperative complications are proposed.