

ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Бесов В. А.¹, Баринов Д. В.¹, Смолькина А. В.², Белова С. В.², Ножкин И. Ю.²,
Комаров А. С.², Герасимов Н. А.²

1. ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи», Ульяновск, Россия (432017, г. Ульяновск, ул. Рылеева, 30), e-mail: vicbes@mail.ru

2. ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет».

Ульяновск, Россия (432000, г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42), e-mail: smolant1@yandex.ru

Целью данного исследования ретроспективно оценить возможности панкреатодуоденальной резекции (ПДР) при лечении пациентов аденокарциномой головки поджелудочной железы (ПЖ) в условиях отделения неотложной хирургии. Представлены результаты обследования и оперативного лечения 82 пациентов с опухолевидным образованием панкреатодуоденальной зоны. По результатам обследования выявлено: у 64 – рак билиопанкреатодуоденальной зоны; у 11 – псевдотуморозный панкреатит, осложненный гипербилирубинемией; у 7 – киста головки ПЖ, осложненная механической желтухой. Радикальная операция, ПДР, выполнена 10 больным (8,2 %), и паллиативные вмешательства – 72 больным (91,8 %). Летальный исход в раннем послеоперационном периоде (на 6–7 неделе после операции) отмечен у 2 больных. Причиной смерти послужила несостоятельность панкреатоюноанастомоза. Из всех оперированных 8 больных выписалось в удовлетворительном состоянии на 16–48 сутки после операции. Отдаленные результаты удалось проследить у 6 больных в сроки от 2–5 лет – летальных исходов не было. Таким образом, больные в отделения неотложной хирургии поступают поздно, на фоне развившихся осложнений, большинство из пациентов до поступления в хирургическое отделение 2–4 недели находились на лечении у терапевта или инфекциониста. Поздняя диагностика обуславливает низкий процент радикализма хирургических вмешательств. Большой травматичностью операции, выраженной холемической и опухолевой интоксикацией, объясняется значительное число осложнений в послеоперационном периоде и высокая летальность. ПДР по-прежнему относится к категории высочайшего риска опасных для жизни осложнений, которые лимитируют диапазон радикальной хирургии. Необходим всесторонний поиск путей рационального расширения границ радикальной хирургии рака головки ПЖ и хронического панкреатита, осложненного желтухой, совершенствования оперативной техники и улучшения результатов.

Ключевые слова: панкреатодуоденальная резекция, радикальная операция, рак головки поджелудочной железы.

PANCREATODUODENECTOMY TO THE EMERGENCY ROOM

Bessov V. A.¹, Barinov D. V.¹, Smolkina A. V.², Belova S. V.², Nozhkin I. YU.²,
Komarov A. S.², Gerasimov N. A.²

1. GOOSE "Ulyanovsk Regional Clinical Center of specialized types of care" Ulyanovsk, Russia (432017, Ulyanovsk, ul. Ryleev 30) e-mail: vicbes@mail.ru

2.FGBOU VPO "Ulyanovsk State University."

Ulyanovsk, Russia (432000, Ulyanovsk, st. Tolstoy, 42) e-mail: smolant1@yandex.ru

The aim of this retrospective study to evaluate the possibility of pancreatoduodenectomy (PDE) in the treatment of patients with adenocarcinoma of the pancreatic head in emergency room. The results of the examination and surgical treatment of 82 patients with tumor formation pancreatoduodenal zone. The survey results revealed: at 64 – Cancer билиопанкреатодуоденальной zone, with 11 – pseudotumor pancreatitis complicated by hyperbilirubinemia, in 7 – Ovarian pancreas head, complicated by obstructive jaundice. Radical surgery, the PDE, performed in 10 patients (8.2 %), and palliative interventions – 72 patients (91.8 %). Death in the early postoperative period (6–7 weeks after surgery) was observed in 2 patients. The cause of death was the failure of pankreatoeyunoanastomoza. Of all operated 8 patients were discharged in satisfactory condition at 16–48 days after surgery. The long-term results have been traced in 6 patients in a period of 2–5 years – were no fatal outcomes. Thus, patients in the emergency room comes late, against which developed complications, most of the patients before admission to the surgical ward 2–4 weeks were treated by a physician or an infectious disease. Late diagnosis results in low percentage of radical surgery. Large traumatic surgery, and tumor expressed holemicheskoy intoxication due to a significant number of complications in the postoperative period and high

mortality. PDE still belongs to the category of high risk of life-threatening complications, which limit the range of radical surgery. Requires a comprehensive search for ways to expand the boundaries of rational radical pancreatic head cancer surgery and chronic pancreatitis complicated by jaundice, improved surgical technique and better results.

Key words: pancreatoduodenal resection, radical surgery, cancer of the pancreatic head.

Введение

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) в нашей стране остается малораспространенной операцией, хотя реальная потребность в ней как при опухолях поджелудочной железы, так и при хроническом панкреатите весьма высока. По публикациям в литературе можно говорить о том, что радикальное хирургическое лечение производится у меньшей части больных, кому это лечение показано [1,6]. Выявление рака поджелудочной железы в начальной стадии составляет от 10 до 30 %, а радикальное лечение возможно до 10 % больных [2,4]. Так, в США каждый год диагностируются более 29 000 случаев аденокарциномы поджелудочной железы. Из этих пациентов только 10–20 % имеют резектабельные опухоли, а 25 000 (83 %) пациентов умирают в течение 12 мес. после установления диагноза [6,7]. Смертность от рака поджелудочной железы в России среди мужчин составляет 10,7, среди женщин – 8,7 на 100 тыс. В структуре смертности населения России от злокачественных образований в 2004 г. относительная частота рака поджелудочной железы у мужчин – 4,6 % (6 место), среди женщин – 5,1 % (7 место) [3,5].

Объем оказания медицинской помощи в отделении неотложной хирургии не предусматривает изначально радикального лечения онкологических больных. Этим, согласно организации медицинской помощи в Российской Федерации, должны заниматься онкологические диспансеры. Но, к сожалению, имеется категория онкологических больных, которые поступают в дежурное хирургическое отделение, минуя амбулаторно-поликлиническое звено: либо самообращением, но чаще всего службой скорой помощи. Эта группа больных с так называемыми осложненными раками различной локализацией. Лечение этих больных и занимается отделение неотложной хирургии. К большому сожалению, эта категория больных увеличивается из года в год. Так, в России заболеваемость раком поджелудочной железы в 1995 г. составила 8,6 человек на 100.000 населения, что соответствует 3 % от всех злокачественных новообразований. Наибольшее число заболевших – лица старше 60 лет. За пятилетний период с 1991 г. заболеваемость раком поджелудочной железы у мужчин увеличилась на 7,4 %, у женщин – на 4,9 % [6]. Аналогичная ситуация с ростом онкологических больных, в том числе и раком панкреатодуоденальной зоны, отмечалась и в нашей клинике, даже спустя 20 лет развития медицины.

Цель исследования: ретроспективно оценить возможности панкреатодуоденальной резекции при лечении пациентов аденокарциномой головки поджелудочной железы в условиях отделения неотложной хирургии.

Материал и методы исследования

В период с 2006 по 2012 г. в 5 хирургическом отделении ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи», где располагается клиника кафедры госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета, находилось на лечении 82 больных с опухолевидным образованием панкреатодуоденальной зоны. Заболеваемость злокачественными опухолями панкреатодуоденальной зоны продолжает увеличиваться. В 2006 году по 5-ому хирургическому отделению прошел 41 пациент с осложненным раком различной локализации, из них у 7 больных диагностирован рак поджелудочной железы, а в 2012 году таковых стало 87, из них 16 рак панкреатодуоденальной зоны (табл.1).

Таблица 1. Количество онкологических больных в отделении неотложной хирургии

№	Год	Всего онкологических больных в отделении неотложной хирургии	Больные раком панкреатодуоденальной зоны
1	2006	41 (8,8 %)	7 (10,9 %)
2	2007	43 (9,3 %)	5 (7,8 %)
3	2008	77 (16,7 %)	6 (9,4 %)
4	2009	67 (14,4 %)	8 (12,5 %)
5	2010	67 (14,4 %)	10 (15,6 %)
6	2011	82 (17,7 %)	12 (18,8 %)
7	2012	87 (18,7 %)	16 (25,0 %)
8	Всего	464 (100%)	64 (100 %)

Пациенты поступали в стационар уже с осложнениями, основными из которых, характерными для рака поджелудочной железы, является гипербилирубинемия, почечно-печеночная недостаточность и масса других осложнений. Это можно объяснить отсутствием первичной профилактики рака поджелудочной железы и органов периапулярной зоны [5].

Из 82 пациентов у 64 пациентов был диагностирован рак билиопанкреатодуоденальной зоны (диагноз ставился на основании анамнеза, клинической картины, данных ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии, часть больных поступила с амбулаторного приема онкодиспансера с целью выполнения паллиативной операции по поводу механической желтухи). А у 11 пациентов был диагностирован псевдотуморозный панкреатит, осложненный гипербилирубинемией (диагноз ставился исключительно на данных анамнеза – это, как минимум, 3–4 эпизода

острого панкреатита в прошлом, с нахождением больных, как правило, в отделении реанимации, злоупотребление алкоголем), и у 7 – киста головки поджелудочной железы, также осложненный механической желтухой (диагноз подтверждался данными УЗИ). Из 82 больных прооперированы были все 100 %.

Радикальная операция, панкреатодуоденальная резекция, выполнена 10 больным (8,2 %), и паллиативные вмешательства (наложение обходных билиодигестивных анастомозов, диагностическая лапаротомия) – 72 больным (91.8 %). Возраст радикально оперированных больных составил от 43 до 66 лет, из них 6 мужчин и 4 женщины.

Из 10 пациентов ПДР выполнена по поводу: 1 – псевдотуморозного панкреатита (гистологически – хронический склерозирующий панкреатит), 3 – рак большого дуоденального сосочка двенадцатиперстной кишки с прорастанием в головку поджелудочной железы, 4 – собственно рак головки поджелудочной железы (рис. 1), 1 – рак правой почки с метастатическим поражением головки поджелудочной железы, 1 пациентка с кистой головки поджелудочной железы, осложненной массивным артериальным кровотечением в желудочно-кишечный тракт (рис.2).

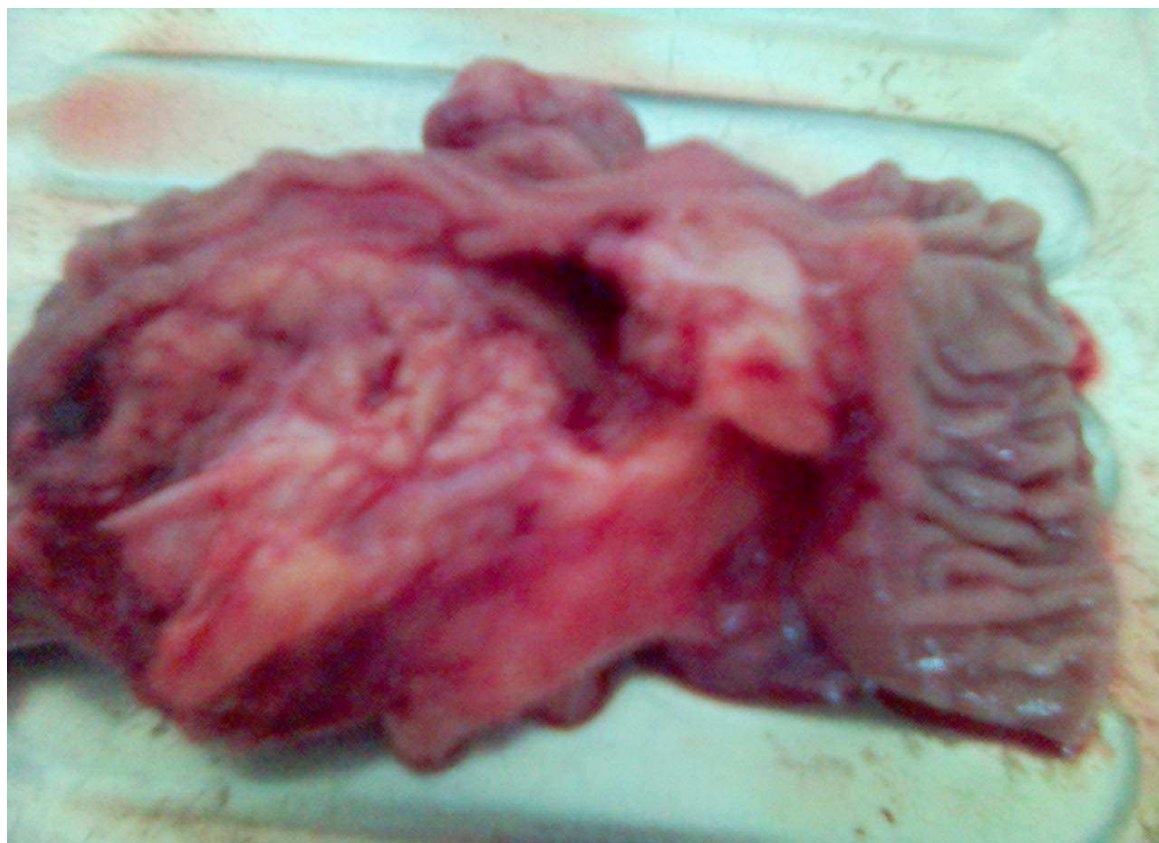


Рис.1. Рак головки поджелудочной железы, больной Ф.(и/б. № 445 от 24.02.2008)

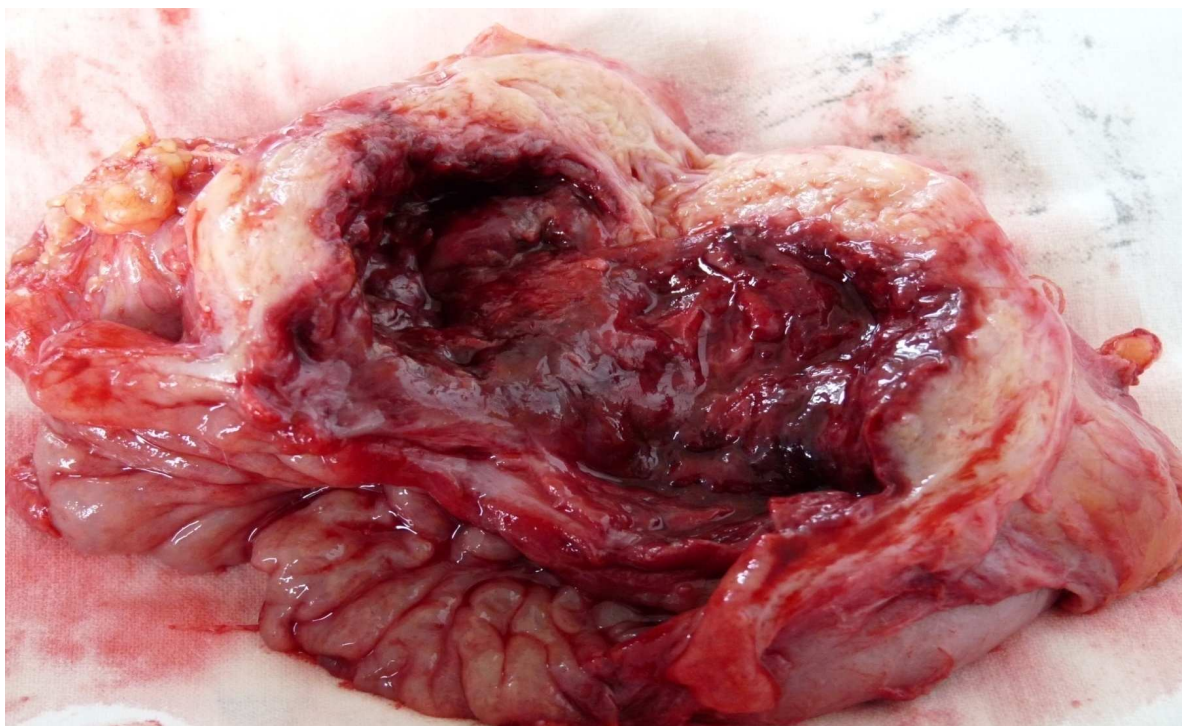


Рис. 2. Киста головки поджелудочной железы, осложнённая кровотечением в желудочно-кишечный тракт, больная М. (и/б. № 2253 от 04.08.2009)

Результаты исследования

Все больные госпитализированы в экстренном порядке, в связи с развившимися осложнениями основного заболевания: 8 человек с явлениями механической желтухи различной степени выраженности (уровень общего билирубина при поступлении составлял от 82,54 ммоль/л до 235,62 ммоль/л), один с явлениями субкомпенсированного стеноза двенадцатиперстной кишки, одна пациентка с желудочно-кишечным кровотечением и анемией тяжелой степени.

Одномоментная операция выполнена 2 больным с опухолью головки поджелудочной железы без явлений механической желтухи. Противопоказанием к одномоментному вмешательству были: высокая гипербилирубинемия, длительность желтухи более 14 дней, явления почечно-печеночной недостаточности. 8 больным с механической желтухой и высоким уровнем гипербилирубинемии производились двухэтапные вмешательства. На первом этапе выполнялась декомпрессивная операция на желчевыводящих путях, имеющая целью снизить холемическую интоксикацию – 6 больным выполнено наложение холецистоюноанастомоза с межкишечным анастомозом по Брауну, 1 – наложение холедохoduоденоанастомоза, 1 – дренирование холедоха по Вишневскому. Радикальная операция выполнялась на втором этапе, через 10–14 дней после декомпрессивного вмешательства. К этому моменту у больных наблюдалась либо нормализация, либо значительное снижение уровня общего билирубина.

После удаления панкреатодуоденального комплекса восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта и включение в него культи поджелудочной железы и желчного протока могут производиться разными методами. Ранее панкреато- и билиодигестивный анастомоз, с одной стороны, и дуоденоюнональный анастомоз – с другой [4].

Панкреатодуоденальная резекция выполнялась по классической методике Whipple и предусматривала удаление комплекса органов, включающего головку поджелудочной железы, всю двенадцатиперстную кишку, не менее 1/2 желудка, дистальную часть общего печеночного протока. Реконструктивный этап панкреатодуоденальной резекции проводили в принятой последовательности: билиодигестивный, панкреатоеюноанастомозы и затем гастроэнтероанастомоз.

Панкреатоеюноанастомоз выполняется в модификации Галеева. Длительность операций составляла от 2 часов 45 минут до 4 часов 5 минут.

Что заставляет хирургов выполнять ПДР в отделении неотложной хирургии?

По статистическим данным, около 30 % больных умирают через месяц после установления диагноза, а средняя выживаемость составляет 6 месяцев [6,7]. В онкологических стационарах имеется очередь на выполнение данной операции, что увеличивает срок заболевания. Все это заставляет хирургов проводить максимально агрессивную хирургическую тактику при диагностированных опухолях панкреатодуоденальной зоны.

Однако, исходя из нашего опыта, кроме онкологических больных, существует категория больных, которым также необходимо выполнять столь сложную операцию, которой является ПДР. Это больные с псевдотуморозным панкреатитом, осложненным механической желтухой. А так же, как показал наш личный опыт, с кистами головки поджелудочной железы, осложненным кровотечением.

Летальный исход в раннем послеоперационном периоде (на 6–7 неделе после операции) отмечен у 2 больных. Причиной смерти послужила несостоятельность панкреатоеюноанастомоза. У одного больного ранний послеоперационный период осложнился развитием панкреатита, который был пролечен консервативно. Следует отметить, что острый послеоперационный панкреатит отмечался у 9 больных, в разной степени, так проводилась интенсивная профилактика до, во время и после операции. И лишь у одного больного не было признаков острого панкреатита – больной с псевдотуморозным панкреатитом, сахарным диабетом 2 типа, инсулинозависимым, на операции железа явно не функционировала. Из всех оперированных 8 больных выписалось в удовлетворительном состоянии на 16–48 сутки после операции. Отдаленные результаты удалось проследить у 6 больных в сроки от 2–5 лет – летальных исходов не было.

Панкреатодуоденальная резекция является единственным радикальным методом лечения: рака головки поджелудочной железы, рака периампулярной части общего желчного протока и большого соска двенадцатиперстной кишки. Значительно реже ПДР применяется: при псевдотуморозном панкреатите, абсцессе головки поджелудочной железы, пенетрации опухоли желудка в головку поджелудочной железы, кистах головки поджелудочной железы, осложненный кровотечением в желудочно-кишечный тракт.

Выводы

Больные в отделения неотложной хирургии поступают поздно, на фоне развившихся осложнений, большинство из пациентов до поступления в хирургическое отделение 2–4 недели находились на лечении у терапевта или инфекциониста по месту жительства. Поздняя диагностика обуславливает низкий процент радикализма хирургических вмешательств.

Большой травматичностью операции, выраженной холемиической и опухолевой интоксикацией, объясняется значительное число осложнений в послеоперационном периоде и высокая летальность.

Панкреатодуоденальная резекция по-прежнему относится к категории высочайшего риска опасных для жизни осложнений, которые лимитируют диапазон радикальной хирургии.

Все эти данные указывают на необходимость всестороннего изучения проблемы и, прежде всего, поиск путей рационального расширения границ радикальной хирургии рака головки поджелудочной железы и хронического панкреатита, осложненного желтухой, совершенствования оперативной техники и улучшения результатов.

Список литературы

1. Байчоров Э. Х., Новодворский С. А., Хациев Б. Б. и др. Панкреатикогастроанастомоз при операции панкреатодуоденальной резекции // Хирургия. – 2012. – № 6. – С. 19-23.
2. Городнов С. В., Набегаев А. И., Тюрина Т. М. и др. Опыт лечения механической желтухи при опухолевой патологии панкреатодуоденальной зоны // Онкология сегодня: пациент, государство, медицинское сообщество. VII Россий. научно-практ. конф. (Ульяновск, 20–21 октября 2011). – Ульяновск, 2011. – С.82-84.
3. Давыдов М. И., Аксёнов Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и стан СНГ в 2004 г. // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2006. – 132 с.
4. Кубышкин В. А., Вишневский В. А., Буриев И. М. и др. ПДР с сохранением привратника // Хирургия. – 2003. – № 3. – С.60–63.
5. Патютко Ю. И., Котельников А. Г., Абгарян М. Г. и др. Рак головки поджелудочной железы: современное лечение и дальнейшие перспективы // Вестник хирургической

гастроэнтерологии. – 2007. – № 3. – С. 5-16.

6. Шетверян Г. А. Панкреатодуоденальная резекция в лечении рака головки поджелудочной железы и периампулярной зоны: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 2006. – 25 с.

7. Wenger F. A., Jacobi C. A., Haubold K. et al. Gastrointestinal quality of life after duodenopancreatectomy in pancreatic adenocarcinoma. Preliminary results of a prospective randomized study: pancreatoduodenectomy or pyloruspreserving pancreatoduodenectomy // Chirurg. – 1999. – Vol.70, № 12. – P. 1454-1459.

Рецензенты:

Островский В. К., доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей и оперативной хирургии с топографической анатомией и курсом стоматологии ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.

Родионов В. В., доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии и лучевой диагностики ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.