

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЁННЫЕ СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Оморов Р.А., Бейшенбаев Р.К.

Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе представлен анализ результатов радикального и паллиативного лечения 30 больных с опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой. Показана необходимость выполнения панкреатодуоденальной резекции как единственно возможной при радикальном лечении опухолей периапулярной зоны. Рассмотрены варианты желчеотведения при паллиативной операции и послеоперационные осложнения.

Ключевые слова: Опухоль периапулярной зоны, механическая желтуха, панкреатодуоденальная резекция, осложнения.

МЕХАНИКАЛЫК САРГАЮУУ КАБЫЛДООСУ МЕНЕН БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛДЫК ЗОНАДАГЫ РАК ООРУСУНА ЧАЛДЫККАН БЕЙТАПТАРДЫ ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛОО

Оморов Р.А., Бейшенбаев Р.К.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медицина академиясы

Бишкек, КыргызРеспубликасы

Корутунду: Иште механикалык саргаюуу кабылдоосу менен билиопанкреатодуоденалдык рак оорусуна чалдыккан 30 бейтапты паллиативдик жана радикалдык жол менен дарылоо жана алардын анализдеринин жыйынтыгы көрсөтүлгөн. Периапулярдык зонадагы рак ооруларын радикалдуу жол менен дарылоонун бир канча негизги жолу панкреатодуоденалдык резекция муктаждыгы сунушталган. Операциядан кийинки кабылдоо жана сыртка өтүү чыгаруучу паллиативдик операциянын жолдору көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: Периапулярдык зонадагы рак, механикалык саргаюуу, панкреатодуоденалдык резекция.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH TUMORS OF BILIOPANCREATODUODENAL ZONE, COMPLICATED WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE SYNDROME

Omorov R.A., Beishenbaev R. K.

I. K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: This paper presents an analysis of the results of radical and palliative treatment of 30 patients with tumors of biliary pancreatoduodenal zone, complicated with obstructive jaundice. The necessity of performing pancreatoduodenectomy as the only possible method is shown in the radical treatment of tumors periaampular zone. The options of the bile flow in palliative surgery and postoperative complications are discussed.

Key words: periaampular zone treatment, jaundice, pancreatoduodenal resection, complications.

Введение. В связи с ростом заболеваемости в современной хирургии актуальны вопросы диагностики и лечения больных опухолями периапулярной зоны. Опухоли органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) составляет 15% всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта

и имеют тенденцию к увеличению [3]. Среди органов БПДЗ опухолью наиболее часто поражается поджелудочная железа 63-86%. Причем более 60% новообразований приходится на ее головку [1,5]. Рак поджелудочной железы занимает 3-е место после рака желудка и толстой кишки в структуре онкологических заболеваний

желудочно-кишечного тракта [2,3,4]. Второй по частоте опухолью БПДЗ является рак большого дуоденального сосочка (БДС), который составляет 1,6-2,0% всех злокачественных новообразований [4]. Рак внепеченочных желчных протоков (включая опухоли дистального отдела холедоха и желчный пузырь) составляет 1-3% среди всех злокачественных опухолей и 3-18% новообразований органов БПДЗ [1,2]. Послеоперационная летальность после радикального лечения на фоне механической желтухи составляет 9-14% [1].

В связи с трудностями ранней диагностики резектабельность новообразований, остается крайне низкой, так по разным данным она не превышает 15-17%. Отдаленные результаты лечения рака БПДЗ остаются крайне неудовлетворительными. Большинство больных (до 90%) умирают в течение года после установления диагноза. Рассматриваемая проблема неразрывно связана с синдромом механической желтухи (МЖ) – основным осложнением опухолей данной локализации, которая встречается в 53-97% [4,5] наблюдений и является фактором, повышающим риск периоперационных осложнений.

Таким образом, решение проблемы лечения опухолей БПДЗ осложненная МЖ, с позиции хирургии препятствует много дискутабельных и противоречивых положений. В частности, выбор способа желчеотведения при паллиативной операции, какой обоснован объем операции – стандартная, радикальная или расширенная панкреатодуоденальная резекция (ПДР), насколько приемлема паллиативная ПДР. В итоге имеется широкий диапазон взглядов в отношении не только допустимых и рациональных границ оперативного лечения, но и выбор метода операции, а также выбора метода лечения в целом с учетом влияния МЖ.

Цель. Улучшение результатов лечения больных с новообразованиями БПДЗ осложненные МЖ, путем оптимизации методов желчеотведения и радикального хирургического лечения, направленное на достижение улучшения качества жизни и продление ее.

Материалы и методы. В материал исследования вошли 30 больных с опухолями БПДЗ, проходивших лечение в ГКБ№1. Лиц мужского пола в материале исследования было 18, женщин – 12. Такое соотношение мужчин

и женщин подтверждается и литературными данными о более частой встречаемости опухолей БПДЗ у мужчин. Хотя такое заболевание как опухоль Клацкина в нашей группе больных встречалось исключительно у женщин. Возрастной интервал 30-87 лет, в среднем у мужчин 54, а у женщин -58 лет. Среди всех опухолей БПДЗ наиболее часто встречались опухоли головки поджелудочной железы – 12 наблюдений, внепеченочных желчных протоков – у 8, реже всего были отмечены раки желчного пузыря – 5, в остальных 5 случаях трудно было выявить источник опухоли из-за выраженного канцероматоза.

Механическая желтуха при поступлении в стационар наблюдалась у 26 больных, ее уровень варьировал от 29,9 до 600,0 мкмоль/л. У 26,6% исследуемых больных исходный уровень билирубина был до 100 мкмоль/л, 60% больше 200 мкмоль/л. В среднем уровень общего билирубина составил $235,6 \pm 5,2$ мкмоль/л, прямого билирубина – $158,7 \pm 3,5$, а непрямои фракции билирубина – $61,3 \pm 2,1$ мкмоль/л.

Все больные обследованы по разработанной в клинике схеме. Кроме общеклинических методов исследования обязательным считается исследование печеночных тестов, билирубина и его фракций в динамике, что дает возможность более точно определить степень нарушения функции печени и выбрать оптимальную хирургическую тактику. Основным методом инструментального обследования мы считаем УЗИ, которое позволяет в большинстве случаев определить косвенные признаки опухоли БПДЗ: пристеночная дилатация желчных протоков, «спавшийся» желчный пузырь, на фоне механической желтухи и др. Важно, что опухоль Клацкина трудна для выявления, особенно в ранней стадии ее развития, чаще ее выявляют уже во время операции выполняемой в основном по поводу ЖКБ. Компьютерная томография (КТ) позволяет выявить опухоли БПДЗ на самых ранних стадиях до развития МЖ. Однако, ситуация развивается так, что болезнь протекает без приступов боли, на фоне слабости, общего недомогания, что заметно снижает ценность КТ в ранней ее диагностике. Поэтому эти опухоли диагностируют на стадии внеорганичного распространения при явлениях МЖ, а поздняя диагностика обуславливает низкий показатель

радикализма хирургических вмешательств.

Результаты и обсуждение. Оперативные вмешательства различных объемов были выполнены 25 пациентам из материала исследования, что составило 83,3% (табл.1). У 5 больных были установлены генерализованные формы рака, к сожалению, операция у них ограничилась лишь лапаротомией.

Резектабельность опухолей БПДЗ в исследуемом материале составила 26,6%.

Комплекс методов обследования на дооперационном этапе и при вскрытии брюшной полости позволяет определить, локализуется ли опухоль только в пределах одной анатомической зоны, имеются ли метастазы в печень или региональные лимфоузлы, имеется ли инвазия в окружающие сосуды. Эти данные позволяют оценить, иногда и до операции, является ли пациент кандидатом для выполнения радикальной операции, или для выполнения паллиативного вмешательства.

ПДР в настоящее время является единственным методом лечения, который позволяет достоверно увеличить продолжительность жизни больных со злокачественным поражением органов БПДЗ. Операции ПДР были выполнены 7 больным по поводу злокачественных опухолей головки поджелудочной железы, Фатерова сосочка и дистального отдела холедоха. Операция ПДР выполнялась в классическом варианте в модификации Кочиашвили и включала моноблочное удаление 2/3 желудка, головки поджелудочной железы и 12-перстной кишки с регионарной лимфодиссекцией. Отметим, что самому старшему перенесшему ПДР было 70 лет. Летальный исход – 1 пациент, у которого после операции ПДР осложнилась развитием внутрибрюшного абсцесса, по поводу чего проведена релапаротомия, но несмотря на это в дальнейшем прогрессировала печеночно-почечная недостаточность. У второго больного релапаротомия была связана с внутрибрюшным кровотечением, операция выполнена своевременно и больной был выписан в удовлетворительном состоянии.

Из 4-х пациентов с опухолью Клацкина (рак желчного пузыря) у 2-х интраоперационную ситуацию расценили как резектабельный случай, им была проведена холецистэктомия с резекцией 5 и 7 сегментов печени. В отдаленном периоде

одна из этих пациенток вновь поступила к нам с выраженной МЖ, во время операции обнаружено прорастание опухоли в область гепатикохоледоха, операция завершилась реканализацией и транспеченочным дренированием левого долевого протока.

При проведении паллиативных операций встает вопрос о выборе желчеотводящего анастомоза. Предпочтение отдавали холедоходуоденоанастомозу (ХДА) как менее травматичному методу, который позволяет включить в желчеотток 12-перстную кишку (ДПК), что способствует более быстрой нормализации гомеостаза и снижает послеоперационную летальность. Холецистоэюностомия с межкишечным соустьем по Брауну произведена 7 больным, при невозможности такого варианта вмешательства (низкое впадение пузырного протока и прорастание его опухолью) накладывали гепатикоэюноанастомоз на выключенной по Ру петле – 1 случай. Сквозное транспеченочное дренирование по Сайполу выполнили у 5 пациентов у которых выявлено опухолевое поражение ворот печени. Несмотря на достаточную простоту наложения других видов билидигестивных анастомозов, накладывать два анастомоза (холецисто- и энтероэнтероанастомоз) не рекомендуется, так как она увеличивает время операции (не желательно у больных пожилого и старческого возраста, оперируемых, как правило, на высоте МЖ), а с другой стороны, этот анастомоз нарушает принцип физиологичности желчеотведения.

Поэтому мы считаем, что к наложению других билидигестивных анастомозов необходимо прибегать при невозможности выполнения ХДА и выбор способа необходимо проводить дифференцировано. Так, при раке дистального отдела холедоха мы отказались от использования ХДА, так как быстрый рост опухоли приводит к ранней обтурации соустья и рецидиву желтухи.

Анализ послеоперационных осложнений показал, что у значительной части больных в послеоперационном периоде наблюдалось сочетание нескольких осложнений (табл.2). Летальный исход в группе радикально оперированных, как уже было отмечено выше наступил у одного больного. Среди больных, которым были проведены паллиативные операции умерших не было.

Таким образом, хирургическое лечение

Таблица 1. Распределение пациентов по видам оперативных вмешательств

Объем операции	Число больных	
	абс.ч.	%
Панкреатодуоденальная резекция	7	23,3
Холецистоэнтероанастомоз	7	23,3
Реканализация опухоли со сменным транспеченочным дренированием	5	16,6
Гепатикоюноанастомоз по Ру	1	3,3
Холецистэктомия с резекцией сегментов печени	2	6,6
Холедоходуоденоанастомоз	1	3,3
Дренирование холедоха по Вишневскому	1	3,3
Пункционное дренирование желчного протока	2	6,6
Холецистостомия	1	3,3
Эксплоративная лапаротомия	5	16,6
Всего:	30	100,0

Таблица 2. Послеоперационные осложнения при опухолях БПДЗ

Осложнения	Число осложнений	
	абс.ч.	%
Рубцовая стриктура холедохоюноанастомоза	1	3,3
Абсцесс брюшной полости	2	6,6
Несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза	1	3,3
Холангит	3	10
Несостоятельность билиодигестивного анастомоза	2	6,6
Панкреатический свищ	1	3,3
Печеночно-почечная недостаточность	3	10
Плеврит	5	16,6
Асцит	1	3,3
Киста поджелудочной железы	1	3,3
Внутрибрюшное кровотечение	1	3,3
Другие осложнения	4	13,3

опухолей БПДЗ с синдромом МЖ остается в целом нерешенной проблемой в хирургии, требующей всестороннего изучения. Представленный материал относится к одному из самых спорных и сложных разделов этой темы. Но на его основании мы можем сделать вывод о том, что оперативное лечение в объеме ПДР, хотя и имеет довольно высокий уровень послеоперационных осложнений, обладает удовлетворительной переносимостью и может быть рекомендован для более широкого использования. Кроме того, есть необходимость конкретизации показаний к выбору оптимального и адекватного способа желчеотведения при паллиативном вмешательстве, а совершенствование методов билиодигестивных анастомозов позволяет заметно улучшить качество жизни и ее продление.

Литература:

1. Алиев М.А., Баймаханов Б.Б., Рамазанов М.Е. Результаты хирургического лечения больных опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны // *Анналы хирургической гепатологии.* -2006.-№3.-С.17-22.
2. Блажитко Е.М., Добров С.Д., Толстых Г.Н. Характер оперативных вмешательств при опухолях периампулярной зоны // *Анналы хирургической гепатологии.* -2005.-№2.-С.142.
3. Кубышкин В.А., Ахмад Р., Шевченко Т.В. Осложнения и результаты панкреатодуоденальной резекции // *Хирургия.* -1998.-№2.-С.57-60.
4. Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Косырев В.Ю., Сагайдак И.В. Пути улучшения переносимости гастропанкреатодуоденальной резекции // *Хирургия.* -2002.-№10.-С.29-33.
5. Bassi C., Falconi M., Molinari E. Reconstructions by pancreaticojejunostomy versus pancreaticogastrostomy following pancreaticotomy // *Ann. Surgeri.* – 2005. – Vol. 242, №6. P. 767-771.