

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Касымов Ш.З., Исматуллаев З.У., Яхшимуродов У.Р., Усмонов О.О.

ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛ СОҶА ЁМОН СИФАТЛИ ЎСМАЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ НАТИЖАЛАРИ

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Қосимов Ш.З., Исматуллаев З.У., Яхшимуродов У.Р., Усмонов О.О.

RESULTS OF THE EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT OF MALIGNANT NEOPLASMS OF PERIAMPULLARY ZONE

Nazirov F.G., Akbarov M.M., Kasimov SH. Z., Ismatullayev Z.U., Yakhshimurodov U.R., Usmonov O.O.

Ташкентская медицинская академия

Мақсад. гепатопанкреатодуоденал соҳа ёмон сифатли ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволаш самарадорлигини баҳолаш. **Материал ва усуллар.** 2004-йилдан 2018-йилгача академик В.Вахидов номидаги Республика ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббий жарроҳлик марказида 623 та бемор билиопанкреатодуоденал соҳа касалликлари табиҳиси билан стационар даво олди. Улардан 37 та беморга радикал ва шартли радикал жарроҳлик амалиётлари ўтказилди. **Натижалар:** жарроҳлик амалиётларининг ўртача давомийлиги ва йўқотилган қон миқдори мос ҳолда 310 дақ ва 1800 мл ни ташкил этди. Стационарда бўлиш 2 дан 3 ҳафтагача давом этди (ўртача 18 кун). Ҳаммаси бўлиб 5 та беморда ўлим ҳолати кузатилди. **Хулосалар:** олинган радикал жарроҳлик амалиётлари натижалари уларни гепатопанкреатодуоденал соҳа ҳажмли ҳосилалари бор бўлган беморларни даволашда қўллашнинг етарлича асосланганлигини кўрсатди.

Калит сўзлар: панкреатодуоденалэктомия, панкреатодуоденал соҳа, ошқозон ости беги карциномаси, хирургик даволаш, билиар етишмовчилик, аррозив қон кетиши.

Objective: Evaluation of the effectiveness of surgical treatment of malignant neoplasms of periampullary zone. **Materials and methods:** From 2004 to 2018, 623 patients with the diseases of biliopancreatoduodenal zone took treatment at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after academician V. Vakhidov. From them 37 patients underwent pancreaticoduodenectomy (PD). Totally five patients died. **Conclusion:** The taken results of radical surgical operations indicate a sufficient validity of their use in the treatment of patients with malignant neoplasms of periampullary zone.

Key words: pancreaticoduodenectomy, periampullary zone, pancreatic carcinoma, surgical treatment, biliary leak, arrosivebleeding.

Рак поджелудочной железы (РПЖ) – крайне тяжелое заболевание, которое имеет неблагоприятный прогноз. По данным Международного агентства по изучению рака (Лион, 2017), РПЖ занимает девятое место по заболеваемости и четвертое – по летальности [8]. Оперативное вмешательство – единственный способ лечения, при этом панкреатодуоденальная резекция (ПДР) выполняема лишь у 15% пациентов с опухолями головки и у 10% пациентов с новообразованиями хвоста и тела поджелудочной железы (ПЖ) [1]. Пятилетняя выживаемость после оперативного лечения составляет около 10%, при проведении же адъювантной химиотерапии данный показатель увеличивается вдвое [9,13]. Опыт ведущих хирургических клиник показывает, что процент радикальных операций при злокачественных образованиях билиопанкреатодуоденальной зоны невысок и охватывает 5-23% больных [3,4]. Несмотря на значительное уменьшение количества летальных исходов после ПДР – с 17-42 до 6-12%, частота тяжелых осложнений не снижается [5-7].

К наиболее часто встречающимся осложнениям относят несостоятельность панкреатоеюно- и би-

лиодигестивного анастомозов, которые, в свою очередь, приводят к послеоперационному панкреатиту, формированию панкреатических свищей, внутрибрюшным или желудочно-кишечным кровотечениям, образованию внутрибрюшных абсцессов [12,14].

Учитывая отсутствие первичной профилактики РПЖ и органов периапулярной зоны, сложность ранней прижизненной диагностики заболевания в настоящее время, единственный путь к увеличению продолжительности жизни больных может быть связан с совершенствованием существующих хирургических и разработкой новых комбинированных методов противоопухолевого лечения [2,11].

Цель исследования

Оценка эффективности радикального лечения злокачественных новообразований гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Материал и методы

В 2004-2018 гг. в ГУ Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии им. акад. В. Вахидова на лечении находились 623 больных с заболеваниями билио-

панкреатодуоденальной зоны. Радикальные и условно-радикальные операции выполнены 37 (5,9%) из них (табл. 1). 16 больных оперированы по поводу рака головки ПЖ, 18 – опухолей большого дуоденального соска (БДС), 2 – объемных образований терминального отдела холедоха (ТОХ), 1 – новообразования желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) с прорастанием в головку ПЖ.

По данным литературы, заболевание часто встречается среди населения среднего возраста экономически развитых стран, таких как Северная Америка и Европа [7,10]. Возраст наблюдаемых нами больных колебался от 35 до 67 лет, средний возраст – 49,7 года. Мужчин было 20, женщин 17.

Все пациенты были обследованы в условиях клиники. Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) (FG-24V, Pentax, Япония) была выполнена 36 (97,3%) больным, 3 (8,1%) из них с подозрением на рак дистального отдела холедоха произведена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРПХГ) (FG-24V, Pentax и Siemens AXIOM ARTIS DFA/FA, Германия). При ФГДС особое внимание уделялось

состоянию БДС, при подозрении на объемный процесс у 6 (16,7%) больных проводилась биопсия слизистой. Злокачественный характер процесса был гистологически подтвержден у 91,6% обследованных. Ультразвуковое исследование (УЗИ) (Mindray DC-N3, Китай) выполнено 37 (100%) пациенту.

Наиболее часто выявляемыми признаками были увеличение головки ПЖ, подозрение на объемный процесс, признаки желчной гипертензии. 37 (100%) больным проведена рентгеновская компьютерная томография (КТ) (Siemens Somatom Emotion 6, Германия). При этом оценивался максимальный диаметр образования, локализация, взаимоотношение с соседними органами и крупными сосудистыми структурами, степень расширения внутри- и внепеченочных желчных протоков.

Стандартная ПДР произведена 9 больным с раком головки ПЖ I стадии, 18 больным с опухолями БДС I-II стадии. Расширенная ПДР выполнена 3 больным с раком головки ПЖ II-III стадии, 4 с опухолями БДС III стадии, 2 с опухолями ТОХ I-II стадии и 1 больному с опухолью ДПК II стадии (табл. 1).

Таблица 1

Виды выполненных радикальных и условно-радикальных операций в зависимости от локализации опухолей

Характер операции	Локализация опухолей				Всего
	головка ПЖ	БДС	ТОХ	желудок и ДПК	
Стандартная ПДР	9	10	-	-	19
Расширенная ПДР	3	4	2	1	10
Трансдуоденальная ПЭ	4	-	-	-	4
Тотальная ДПЭ	-	4	-	-	4
Всего	16	18	2	1	37

Цифровой материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты

Непосредственную и реальную угрозу жизни больных во время операции или в послеоперационном периоде при ПДР представляет кровотечение из крупных магистральных сосудов, чаще всего из многочисленных их притоков. По данным разных клиник, интраоперационная кровопотеря составляет 0,2-9,0 л [11].

В наших случаях средняя продолжительность оперативного вмешательства и кровопотери составили соответственно 310 минут и 1800 мл. Сроки пребывания больных в стационаре варьировали от 2-х до 3-х недель (в среднем 18 дней). Интраоперационной летальности на 37 выполненных радикальных операциях не наблюдалось.

У 3 (8,1%) больных в раннем послеоперационном периоде отмечалось желудочно-кишечное кровотечение. У 2 из них источником кровотечения послужил эрозивный процесс слизистых оболочек желудка и тощей кишки. Кровотечение у них было остановлено консервативно – проведением гемостатической терапии. Одному пациенту потребовалась релапаротомия, ревизия, остановка кровотечения из кровоточащих участков (острых язв) подслизистого слоя малой кривизны желудка. Несмотря на это, кровотечение в послеоперационном периоде у него возобновилось, и больной умер от развившейся острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Самым тяжелым и грозным осложнением ближайшего послеоперационного периода явилось аррозивное внутрибрюшное кровотечение, наблюдавшееся у 4 (10,8%) больных. Внутрибрюшное кровотечение у 2 пациентов возникло в случаях глухого ушивания культи ПЖЖ из аррозий перипанкреатических сосудов, а у остальных двух из области рассеченных спаек как следствие холемии. 3 пациентам выполнена релапаротомия, санация, остановка кровотечения с ушиванием кровоточащих сосудов ложа резецированной ПЖ. У одного больного произведена панкреатэктомия оставшейся культи ПЖ. Один больной, несмотря на активную хирургическую тактику и проведенные лечебные мероприятия, умер от острой печеночной и сердечно-сосудистой недостаточности.

Наиболее «уязвимым местом» ПДР является панкреатодигестивный анастомоз. Частота его несостоятельности достигает 14-30% [14]. У наших больных из 25 панкреатодигестивных анастомозов наблюдалось 5 случаев несостоятельности с развитием разлитого перитонита у 3 больных и формированием наружного панкреатического свища в 2 случаях. Несмотря на экстренную релапаротомию с санацией, дренированием брюшной полости, 1 пациент умер в связи с развитием острой печеночной недостаточности и аррозивного внутрибрюшного кровотечения. У 3 больных панкреатический свищ закрылся самостоятельно через 3-4 недели. Один больной выписан с наружным панкреатическим свищом на амбулаторное наблюдение.

Недостаточность билиодигестивного анастомоза наблюдалась у 6 больных. У 2 из них развился желчный перитонит. Одному из них произведена лапароскопическая санация брюшной полости с дополнительным ее дренированием. В последующем у больного сформировался наружный желчный свищ, который спонтанно закрылся. Одному больному произведена релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости.

Острый послеоперационный панкреатит оставшейся культы ПЖЖ наблюдался у двух больных. У одного из них развился панкреанекроз ушитой культы ПЖЖ. Ему произведена релапаротомия, удаление культы ПЖ, дренирование брюшной полости. Однако, несмотря проведенные лечебные мероприятия, больные умерли от полиорганной недостаточности. Причиной летальных исходов у одного больного явились сердечно-сосудистая недостаточность, у второго – острая печеночная недостаточность, а также острая дыхательная недостаточность и ТЭЛА. Всего после радикальных операций умерли 5 (13,5%) больных.

В последнее время благодаря тщательному отбору больных, хорошо разработанной методике предоперационной подготовки, ведению послеоперационного периода, а также усовершенствованию техники, летальность удалось снизить до 13%, что наглядно видно при сравнительном анализе ее в зависимости от различных периодов работы (табл. 2).

Таблица 2
Летальность после радикальных операций в разные периоды работы

Период	Общее число больных	Число умерших, абс. (%)
1976-1990 гг.	23	11 (47,8)
1990-2003 гг.	40	6 (15)
2003-2018 гг.	37	5 (13,5)
Всего	100	22 (22)

Нами изучены ближайшие послеоперационные осложнения в зависимости от способов обработки культы ПЖ. Наиболее часто характерные осложнения после радикальных операций возникли у больных с ушиванием культы наглухо и при формировании панкреатоэнтероанастомоза без дренирования протока культы ПЖ (табл. 3).

Таблица 3
Характеристика послеоперационных осложнений в зависимости от способа обработки культы ПЖЖ

Способ обработки культы ПЖЖ	Число б-х	Аррозивное кровотечение	Несостоятельность ПДА	Острый п/опер. панкреатит, панкреанекроз
Панкреатикоэнтероанастомоз	11	2	2	-
Без наружного дренирования	1	-	-	-
С наружным назопанкреатическим дренированием	16	1	3	-
Ушивание культы наглухо	5	3	-	3
Панкреатоэнтероанастомоз	3	1	3	2
Вшивание ГППЖ в стенку ДП	1	-	-	-

При панкреатоэнтероанастомозе с наружным каркасным дренированием протока культы ПЖ по методике нашей клиники несостоятельности анастомоза не наблюдалось. В 2 случаях имело место аррозивное желудочно-кишечное кровотечение из эрозий слизистой культы желудка, которое остановлено проведением консервативных мероприятий.

Таким образом, среди типичных осложнений радикальных операций наиболее часто встречаются аррозивное кровотечение, несостоятельность панкреатодигестивных и билиодигестивных анастомозов, послеоперационный панкреатит оставшейся культы ПЖ, острая печеночная недостаточность и острая сердечно-сосудистая недостаточность. Наиболее частой послеоперационной причиной летальных исходов являются аррозивное кровотечение (9,25%), недостаточность панкреатодигестивного анастомоза (4,76%), послеоперационный панкреатит с некрозом оставшейся культы ПЖ (3,17%) и острая сердечно-сосудистая недостаточность (3,17%) (табл. 4).

Таблица 4
Характеристика послеоперационных осложнений

Вид осложнения	Число больных
Аррозивные кровотечения:	7
- желудочно-кишечные	3
- внутрибрюшные	4
Недостаточность ПД анастомоза:	8
- перитонит	3
- наружный панкреатический свищ	5
Недостаточность БД анастомоза:	6
- желчный перитонит	2
- наружный желчный свищ	4
Острый п/опер. панкреатит, панкреанекроз	5
Острая печеночная недостаточность	5
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	3
Острая дыхательная недостаточность	1
Гастростаз	2
Всего	37

Обсуждение

Из 37 больных, подвергшихся радикальной операции, выписаны из клиники 32. Из них 16 – с раком ПЖ, 18 – с опухолями БДС, 2 – с объемными образованиями ТОХ и 1 – с новообразованиями желудка и ДПК с прорастанием в головку ПЖ.

После радикальных операций по поводу РПЖ из клиники выписаны 13 пациентов. В течение одного года от рецидива заболевания умерли 3 больных, выживаемость составила 76,9%. До трех лет прожили 7 больных, выживаемость составила 53,8%. При этом до трех лет прожили 5 пациентов с опухолью ПЖ I стадии и только 2 – со II стадией заболевания. С III стадией патологии трехлетней продолжительности жизни достигнуто не было. Пятилетняя выживаемость составила 15,4%, прожили 2 больных с I стадией опухоли головки ПЖ.

С опухолями БДС после радикальных операций из клиники выписаны 17 больных. Через год умер 1 больной (от рака легких). Выживаемость составила 94,1%. Через 3 года умерли 3 больных: 1 от инфаркта миокарда, 2 от рецидива заболевания (опухоль печени). Выживаемость составила 82,3%. С III стадии

ей заболевания до пяти лет прожили всего два пациента. Пятилетняя выживаемость больных с опухолями БДС составила 52,9% (прожили 9 больных). При тотальной ДПЭ трехлетняя и пятилетняя выживаемость составили соответственно 28 и 4%.

Выводы

1. Анализ результатов радикальных оперативных вмешательств у пациентов с опухолями головки ПЖ показал, что трехлетняя выживаемость составляет 53,8%, пятилетняя – 15,4%.

2. При более длительном мониторинге после радикальных операций у больных с новообразованиями БДС было обнаружено, что трехлетняя и пятилетняя выживаемость составляют соответственно 82,3 и 52,9%.

3. Результаты радикальных оперативных вмешательств указывают на обоснованность их применения в лечении больных с объемными образованиями гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Литература

1. Аксель Е.М., Давыдов М.И. Заболеваемость злокачественным новообразованием населения России и стран СНГ в 2016 г. // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2017. – Т. 22, №3. – С. 45-51.
2. Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Абгарян М.Г. Современное хирургическое и комбинированное лечение больных экзокринным раком головки поджелудочной железы и органов периапулярной зоны // Практ. онкол. – 2004. – Т. 5, №2. – С. 94-107.
3. Alberson D.A. Pancreaticoduodenectomy with Reconstruction by Rouen-Y pancreaticoyunostomy // South Med. – 1994. – Vol. 87, №2. – P. 197-201.
4. Bockhorn M. et al. Borderline resectable pancreatic cancer: a consensus statement by the International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS) // Surgery. – 2014. – Vol. 155, №6. – С. 977-988.
5. Cameron J.L. et al. One thousand consecutive pancreaticoduodenectomies // Ann. Surg. – 2016. – Vol. 244, №1. – P. 10-15.
6. Chaudry M.A., Winslet M.C. Surgical oncology. – N. Y.: Oxford University Press, 2017. – P. 564-572.
7. Duell E.J. et al. Pancreatitis and pancreatic cancer risk: a pooled analysis in the International Pancreatic Cancer Case-Control Consortium (PanC4) // Ann. Oncol. – 2012. – Vol. 23, №11. – С. 2964-2970.
8. Ferlay J. et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2017: GLOBOCAN 2017 // Int. J. Cancer. – 2018. – Vol. 127, №12. – P. 2893-2917.
9. Hartwig W. et al. Pancreatic cancer surgery in the new millennium: better prediction of outcome // Ann. Surg. – 2011. – Vol. 254, №2. – С. 311-316.
10. He J. et al. Young patients undergoing resection of pancreatic cancer fare better than their older counterparts // J. Gastrointest. Surg. – 2013. – Vol. 2. – С. 339-344.
11. Kang M.J., Jang J.Y., Kim S.W. Surg. resection of pancreatic cancer: What is the optimal extent of surgery? // Cancer Lett. – 2016. – Vol. 382. – С. 259-265.
12. Mivdema B.W., Sarr M.G., Van Heerden J. A. et al. Complications Following Pancreaticoduodenectomy // Arch. Surg. – 1992. – Vol. 127. – P. 945-947.
13. Snady H., Bruckner H., Cooperman A. et al. Survival advantage of combined chemoradiotherapy compared with resection as the initial treatment of patients with regional pancreatic carcinoma. An outcomes trial // Cancer. – 2000. – Vol. 89. – P. 314-327.
14. Suzuki Y., Fujino Y., Fanioka Y. Factors influencing hepaticojejunostomy leak following pancreaticoduodenal resection; importance of anastomotic leak test // Hepatogastroenterology. – 2003. – Vol. 50 (49). – P. 254-257.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Касымов Ш.З., Исмагуллаев З.У., Яхшимуродов У.Р., Усмонов О.О.

Цель: оценка эффективности радикального лечения злокачественных новообразований гепатопанкреатодуоденальной зоны. **Материал и методы:** с 2004 по 2018 гг. в ГУ Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии им. акад. В. Вахидова на лечении находились 623 больных с заболеваниями билиопанкреатодуоденальной зоны. Радикальные и условно-радикальные операции выполнены 37 больным. **Результаты:** средняя продолжительность оперативного вмешательства и кровопотеря составили 310 минут и 1800 мл соответственно. Пребывание в стационаре колебался от 2-х до 3-х недель (в среднем 18 дней). Всего после радикальных операций умерли 5 больных (13,5%). **Выводы:** результаты радикальных оперативных вмешательств указывают на достаточную обоснованность их применение в лечение больных с объемными образованиями гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Ключевые слова: панкреатодуоденальная резекция, периапулярная зона, карцинома поджелудочной железа, хирургическое лечение, билиарная недостаточность, аррозивное кровотечение.

