

УДК – 616.37-006.6-08.168

*Ю.В.Думанский, И.В.Халецкий, О.Е.Ефимочкин, А.Н.Заика, А.В.Рогалев, С.Ю.Паниев,
И.В.Колосов, В.В.Целикова*

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Донецкий областной противоопухолевый центр, Украина

Реферат. Цель работы – изучить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных нерезектабельным раком поджелудочной железы при использовании разработанного способа холедоходуоденоанастомоза. За десятилетний период в Донецком областном противоопухолевом центре было прооперировано 472 больных с нерезектабельным раком поджелудочной железы. При поступлении концентрация общего билирубина в крови больных колебалась в пределах от 45,6 до 586,5 ммоль/л (медиана 243,8 ммоль/л), прямого – от 13,7 до 478,0 ммоль/л (медиана 161,2 ммоль/л). При выполнении внутреннего дренирования внепеченочных желчных протоков применяли холедоходуоденоанастомоз, холецистоеюноанастомоз, холедохоеюноанастомоз. При выполнении наружного дренирования применяли различные способы дренирования холедоха. У больных с нарушением пассажа по двенадцатиперстной кишке формировали обходной гастроэнтероанастомоз с межкишечным соустьем по Брауну. Холедоходуоденоанастомоз формировали с установкой внутреннего дренажа по разработанной в клинике методике у 229 больных и без такового – у 28 пациентов. Применение разработанного способа холедоходуоденоанастомоза улучшает непосредственные, но не влияет на отдаленные результаты лечения больных нерезектабельным раком поджелудочной железы.

Ключевые слова: механическая желтуха, нерезектабельный рак поджелудочной железы.

Введение. В настоящее время заболеваемость раком поджелудочной железы во многих странах мира остается высокой и имеет тенденцию к повышению [2, 7, 8]. В Украине заболеваемость злокачественными новообразованиями этой локализации в 2004 году составила 10,3 на 100 000 населения [8]. Клиническая картина данного заболевания в ранней стадии крайне скудна, что существенно затрудняет его своевременную диагностику [2, 3]. В этой связи большинство пациентов обращаются за медицинской помощью с распространенным опухолевым процессом. При этом у многих больных имеются различные осложнения опухолевого процесса, среди которых ведущее место занимают механическая желтуха и нарушение пассажа по двенадцатиперстной кишке. Наличие распространенного опухолевого процесса делает невозможным выполнение радикального хирургического вмешательства. Как правило, лечение заключается в выполнении дренирующей операции с последующим проведением химиолучевой терапии.

При наличии механической желтухи выполняют различные варианты как наружного, так и внутреннего дренирования (холедоходуоденоанастомоз, холецистоеюноанастомоз, холедохоеюноанастомоз). При нарушении пассажа по двенадцатиперстной кишке формируют гастроэнтероанастомоз с межкишечным анастомозом по Брауну.

Известно много новых способов формирования билиодигестивных соустьей [1, 6]. К сожалению, несмотря на более чем 100-летнюю историю хирургии рака поджелудочной железы, до настоящего времени нет оптимального способа дренирования внепеченочных желчных протоков, а разработанные способы сопровождаются большим числом послеоперационных осложнений, таких как несостоятельность швов анастомоза, холангит, кровотечение и др.

Материал и методы исследования

За десятилетний период в Донецком областном противоопухолевом центре было оперировано 472 больных с нерезектабельным раком поджелудочной железы. Среди них мужчин было 308 (65,3%), женщин – 164 (34,7%). Возраст больных колебался от 19 до 89 лет (медиана – 61,2 лет). Старше 60 лет прооперировано 299 (63,4%) пациентов, старше 70 лет – 101 (21,4%) пациентов. В 8 (1,7%) случаях хирургические вмешательства были выполнены пациентам в возрасте 80 лет и старше. У 275 (58,3%) больных отмечены 422 сопутствующих заболевания. Наиболее часто наблюдались заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Опухоль локализовалась в головке поджелудочной железы у 286 (60,6%) больных. В 93 (19,7%) наблюдениях в опухолевый процесс были вовлечены головка и тело, в 66 (14,0%) случаях – головка, тело и хвост поджелудочной железы. У 20 (4,2%) пациентов имел место рак Фатерова соска. В 7 (1,5%) наблюдениях диагностирована опухоль дистального отдела холедоха.

Морфологическая верификация диагноза получена нами в 123 (26,0%) наблюдениях. Во всех случаях отмечена аденокарцинома различной степени дифференцировки.

Распространенность опухолевого процесса соответствовала T3-4N0-1M0 у 185 (39,2%) больных, T3-4N0-1M1 – у 287 (60,8%) пациентов. Отдаленные метастазы были обнаружены в 287 (60,8%) наблюдениях. Наиболее частой локализацией отдаленных метастазов была печень – 34,8%, реже – брюшина – 37,2% и забрюшинные лимфатические узлы – 28,0%.

При поступлении концентрация общего билирубина в крови больных колебалась в пределах от 45,6 до 586,5 ммоль/л (медиана – 243,8 ммоль/л), прямого – от 13,7 до 478,0 ммоль/л (медиана – 161,2 ммоль/л).

При выполнении внутреннего дренирования внепеченочных желчных протоков применяли холедоходуоденоанастомоз (ХДА), холецистоюно-анастомоз (ХцЕА), холедохоюно-анастомоз (ХЕА). При выполнении наружного дренирования (НД) применяли различные способы дренирования холедоха. У больных с нарушением пассажа по двенадцатиперстной кишке формировали обходной гастроэнтероанастомоз (ГЭА) с межкишечным соустьем по Брауну.

ХДА был выполнен у 257 (54,5%) пациентов, ХцЕА – у 104 (22,0%) больных, ХЕА – в 3 (0,6%) случаях, НД – в 35 (7,4%) наблюдениях. ГЭА был сформирован у 44 (9,3%) больных. В 29 (6,1%) случаях операция закончилась пробной лапаротомией. Среди 257 больных, которым был сформирован холедоходуоденоанастомоз, в 37 (14,4%) наблюдениях операция была дополнена гастроэнтеростомией, а в 9 (3,5%) случаях – холецистэктомией. Среди 104 больных, которым был сформирован холецистоюноанастомоз, в 8 (7,7%) случаях хирургическое вмешательство включало формирование гастроэнтероанастомоза.

Холедоходуоденоанастомоз формировали с установкой внутреннего дренажа по разработанной в клинике методике (ХДА¹) [4, 5] у 229 (89,1%) больных и без такового (ХДА²) – у 28 (10,9%) пациентов. Суть разработанного в клинике способа заключалась в следующем (рис. 1). Производят верхне-срединную лапаротомию. После ревизии брюшной полости, подтверждения диагноза и определения показаний к наложению холедоходуоденоанастомоза, на переднюю стенку двенадцатиперстной кишки и переднюю стенку холедоха укладывают эластичную перфорированную трубку с двумя парами сквозных отверстий и щелевидной прорезью между ними, диаметрально расположенными на ее середине и фиксируют ее кетгутовым узловым швом через вышеназванные отверстия к стенкам двенадцатиперстной кишки и холедоха. При этом накладывают серозно-мышечный шов. После чего рассекают стенку двенадцатиперстной кишки под трубкой в продольном направлении, а переднюю стенку холедоха – в поперечном направлении. При возникновении кровотечения из сосудов подслизистого слоя двенадцатиперстной кишки, последнее останавливают методом электрокоагуляции. Разрез проводят таким образом, чтобы от края трубки до разреза было 2-2,5

см как со стороны двенадцатиперстной кишки, так и холедоха. Затем концы трубки погружают в просветы двенадцатиперстной кишки и холедоха, после чего накладывают узловые серозно-мышечные швы между холедохом и двенадцатиперстной кишкой, при этом швы на холедохе накладывают выше линии разреза, а на двенадцатиперстной кишке – ниже ее.

В послеоперационном периоде и в дальнейшем больным проводили химиолучевую терапию. Как правило, в качестве противоопухолевого агента использовали 5-фторурацил, реже митомидин-С, доксорубин. При этом препараты вводили внутривенно и эндолимфатически. Дистанционную гамматерапию проводили в РОД 3,0 Гр до СОД 30 Гр.

Результаты и обсуждение

Средняя длительность выполнения ХДА¹ составила 105,5 мин, ХДА² – 120,0 мин, ХцЕА – 118,1 мин, ХЕА – 100,0 мин, НД – 92,5 мин, ГЭА – 110,0 мин, пробной лапаротомии – 31,2 мин. Средний койко-день до операции составил 5,1, после операции – 16,4. Средний койко-день после выполнения холедоходуоденоанастомоза по разработанному способу (15,89) был на 1,39 сут. меньше, чем после выполнения данной операции по общеизвестному способу (17,28).

Концентрация общего билирубина в крови больных после выполнения дренирующей операции колебалась в пределах от 16,8 до 414,0 ммоль/л (медиана – 99,08 ммоль/л), прямого – от 0 до 269,7 ммоль/л (медиана – 63,14 ммоль/л). При этом, уменьшение концентрации общего билирубина отмечено в 91,3% наблюдений. К сожалению, положительной динамики не отмечено для общего билирубина в 8,7% случаев, а для прямого – в 10,9%, что было связано с наличием распространенного опухолевого процесса с вовлечением в метастатический процесс печени.

Непосредственные результаты лечения больных нерезектабельным раком поджелудочной железы представлены в табл. 1.

Интраоперационные осложнения отмечены у 2 (0,4%) пациентов. В первом случае, при выполнении холедоходуоденоанастомоза, была травмирована ветвь воротной вены, в другом – во время формирования гастроэнтероанастомоза, в связи с выраженным спаечным процессом, обусловленным ранее перенесенной операцией на желудке, была повреждена капсула селезенки, потребовавшая спленэктомии.

Послеоперационные осложнения отмечены нами у 49 (10,4%) больных. Как видно из табл. 1, наибольшее количество послеоперационных осложнений имело место после выполнения наружного дренирования (25,7%), что связано с тяжестью оперируемого контингента пациентов. После выполнения холедоходуоденоанастомоза у 257 больных послеоперационные осложнения отмечены у 26 (10,1%) пациентов. Следует отметить, что частота послеоперационных осложнений, после применения разработанного в клинике холедоходуоденоанастомоза была достоверно в 2,5 раза меньше, чем в случаях формирования холедоходуоденоанастомоза общеизвестными способами ($p=0,036$).

В послеоперационном периоде умерло 17 пациентов. Послеоперационная летальность составила 3,6%. Наибольшее количество летальных исходов отмечено после выполнения хирургических вмешательств, сопровождающихся наружным дренированием желчных протоков. Послеоперационная летальность после применения холедоходуоденоанастомоза по разработанному в клинике способу (1,3%) была в 2,8 раза меньше, чем после применения общеизвестных вариантов билиодигестивных соустьев (3,6%), однако разница статистически не достоверна ($p=0,152$).

Структура послеоперационных осложнений представлена в табл. 2. Наиболее частым осложнением в послеоперационном периоде была интоксикация (31,7%), что связано с наличием у больных осложненного опухолевого процесса. На втором месте полиорганная недостаточность, которая, также являлась следствием распространенного опухолевого процесса и механической желтухи. Третье место в структуре послеоперационных осложнений разделяют кровотечение в просвет двенадцатиперстной кишки и печеночная недостаточность (по 10,0%).

Наиболее частой причиной летальных исходов была полиорганный недостаточность – 29,4% наблюдений. На втором месте печеночно-почечная недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии и острая сердечно-сосудистая недостаточность (по 17,6%).

Интоксикация, инсульт, и ахолические кровотечения были причиной смерти в единичных случаях (по 5,9%).

Отдаленные результаты были изучены нами у 169 (37,1%) из 472 больных. В настоящее время живы 1 (3,6%) больной контрольной группы и 26 (11,4%) пациентов исследуемой группы ($p>0,05$). Средняя продолжительность жизни больных составила 16,4 мес. При этом, после выполнения ХДА¹ средняя продолжительность жизни составила 16,6 месяцев, в то время, как после ХДА² – 13,7 месяцев ($p>0,05$). У пациентов, подвергнутых ХДА¹, при последующем наблюдении явления холангита наблюдали у 5 (2,2%), в то время как среди пациентов, которым был выполнены ХДА², данное осложнение наблюдали у 3 (10,7%) больных ($p=0,033$).

Таким образом, применение разработанного способа холедоходуоденоанастомоза улучшает непосредственные, но не влияет на отдаленные результаты лечения больных нерезектабельным раком поджелудочной железы.

Выводы:

Непосредственные результаты хирургического лечения больных нерезектабельным раком поджелудочной железы удовлетворительны – частота интраоперационных осложнений составляет 0,4%, послеоперационных осложнений – 10,4%, летальность – 3,6%.

Разработанный способ холедоходуоденоанастомоза прост и надежен, сопровождается в 2,5 раза меньшим числом послеоперационных осложнений по сравнению с общеизвестным – 8,7% против 21,4% ($p=0,036$) соответственно.

Применение разработанного способа формирования холедоходуоденоанастомоза позволяет уменьшить среднюю длительность послеоперационного периода на 1,39 суток.

Использование разработанного способа формирования холедоходуоденоанастомоза не ухудшает отдаленных результатов лечения. Средняя продолжительность жизни в исследуемой группе составила 16,6 месяцев, в контрольной – 13,7 ($p>0,05$).

Разработанный способ формирования холедоходуоденоанастомоза сопровождается меньшим количеством холангитов (2,2%) по сравнению с контрольной группой (10,7%) ($p=0,033$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Земляной А.Г., Глушков Н.И. Новый способ формирования билиодигестивного соустья // Вестник хирургии. – 1994. - №7-12. – С. 122-124.
2. Калинин А.В. Рак поджелудочной железы // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1999. - №1. – С. 78-83.
3. Милян Ю.П., Огорчак М.А. Роль спіральної комп'ютерної томографії в діагностиці та виборі тактики хірургічного лікування раку головки підшлункової залози // Матеріали з'їзду онкологів України. – 29 травня - 02 червня 2006. – К.: 2006. – С. 148-149.
4. Пат. України 14720, МПК А61В17/00, А61М25/01 Спосіб паліативного лікування раку головки підшлункової залози / Думанський Ю.В. (UA), Псарас Г.Г. (UA), Халецький І.В. (UA). – Донецький державний медичний університет (UA). – № u200512257; Заявл. 19.12.2005, Опубл. 15.05.06, Бюл. 5.
5. Пат. Росії 2196529, МПК А61В17/00, А61М25/01 Спосіб формування холедоходуоденоанастомоза / Г.В.Бондарь (UA), Г.Г.Псарас (UA), М.А.Кузьменко (UA), О.Е.Ефимочкин (UA); Донецький обласний протипухольовий центр (UA). - №2000124414; Заявл. 27.09.2000; Опубл. 27.09.2000, Бюл. 5.
6. Применение компрессионного билиодигестивного анастомоза в хирургическом ле-

чении непроходимости желчных протоков / Шалимов А.А., Копчак В.М., Хомяк И.В. и др. // Клінічна хірургія. – 2000. - №12. – С. 5-8.

7. Рак в Україні, 1998-2000 / Бюлетень Національного канцер-реєстру України. – К., 2001. – 117 с.

8. Рак в Україні, 2004-2005 / Бюлетень Національного канцер-реєстру України. – К., 2006. – №7. – 96 с.

Таблиця 1.
Хірургічні втручання, виконані у великих нерезектабельних раках піджелудочної залози

Характер хірургічних втручання	Кількість великих	Непосередні результати					
		інтраопераційні ускладнення		послеопераційні ускладнення		послеопераційна летальність	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
ХДА ¹	229	-	-	20	8,7	3	1,3
ХДА ²	28	1	3,6	6	21,4	1	3,6
ХцЕА	104	-	-	6	5,8	2	1,9
ХЕА	3	-	-	-	-	-	-
НД	35	-	-	9	25,7	9	25,7
ГЕА	44	1	2,3	5	11,4	1	2,3
Пробна лапаротомія	29	-	-	3	10,3	1	3,4
Всього	472	2	0,4	49	10,4	17	3,6

Таблица 2

Структура послеоперационных осложнений у больных нерезектабельным раком поджелудочной железы

Характер хирургических вмешательств	Структура послеоперационных осложнений у больных нерезектабельным раком поджелудочной железы													Всего
	Кровотечение в просвет кишки из распад. опухолей	инсулыт	Печеночно-почечная недостаточность	Печеночная недостаточность	Анемия	Интоксикация	ГЛА	Холеангит	Панкреатическая недостаточность	Пневмония	Острая сердечно-сосудистая недостаточность	Алкоголическое кровоотечение		
ХДА ¹	2	1	1	1	2	11	1	2	1	1	-	-	23	
ХДА ²	2	-	-	1	-	4	-	1	1	-	1	-	10	
ХцЕА	-	1	2	1	-	1	-	-	1	-	-	-	6	
ХЕА	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
НД	-	-	2	-	-	1	1	1	4	1	1	1	12	
ГЭА	1	-	-	1	-	2	1	-	-	-	-	-	5	
Пробная лапаротомия	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	1	-	4	
Итого	6	2	5	6	2	19	3	4	7	2	3	1	60	
%	10,0	3,3	8,3	10,0	3,3	31,7	5,0	6,7	11,7	3,3	5,0	1,7	100,0	

Таблиця 3

Структура причин летальних исходов у больних неоперабельним раком підшлункової залози

Характер хирургических вмешательств	Инсулт	Печеночно-почечная недостаточность	Интоксикация	ТЭЛА	Полиорганная недостаточность	Острая сердечно- сосудистая недостаточность	Ахолическое кровотечение	Всего
ХДА ¹	1	-	1	1	-	-	-	3
ХДА ²	-	-	-	-	-	1	-	1
ХцЕА	-	1	-	-	1	-	-	2
ХЕА	-	-	-	-	-	-	-	-
НД	-	2	-	1	4	1	1	9
ГЭА	-	-	-	1	-	-	-	1
Пробная лапаротомия	-	-	-	-	-	1	-	1
Итого	1	3	1	3	5	3	1	17
%	5,9	17,6	5,9	17,6	29,4	17,6	5,9	99,9

УДК – 616.37-006.6-08.168

*Г.В. Бондар, Ю.В. Думанський, І.В.Халецький***РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА
НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНИЙ РАК ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ***Донецький обласний протипухлинний центр, Україна*

Мета роботи – вивчити безпосередні і віддалені результати хірургічного лікування хворих на нерезектабельний рак підшлункової залози при використанні розробленого способу холедоходуоденоанастомозу. За десятирічний період в Донецькому обласному протипухлинному центрі проаналізовані безпосередні результати лікування 472 хворих з нерезектабельним раком підшлункової залози. При госпіталізації концентрація загального білірубіна в крові хворих коливалася в межах від 45,6 до 586,5 ммоль/л (медіана – 243,8

ммоль/л), прямого – від 13,7 до 478,0 ммоль/л (медіана – 161,2 ммоль/л). При виконанні внутрішнього дренивання позапечінкових жовчних проток застосовували холедоходуоденоанастомоз, холецистоєюноанастомоз, холедохоєюноанастомоз. При виконанні зовнішнього дренивання застосовували різні способи дренивання холедоха. У хворих з порушенням пасажу по дванадцятипалій кишці формували обхідний гастроентероанастомоз з міжкишковим устям за Брауном. Холедоходуоденоанастомоз формували з установкою внутрішнього дренажу за розробленою у клініці методикою у 229 хворих і без такого – у 28 пацієнтів. Застосування розробленого способу холедоходуоденоанастомозу поліпшує безпосередні, але не впливає на віддалені результати лікування хворих на нерезектабельний рак підшлункової залози.

Ключові слова: механічна жовтяниця, нерезектабельний рак підшлункової залози.

УДК – 616.37-006.6-08.168

Г.В. Бондар, Ю.В. Думанський, І.В.Халецький

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНИЙ РАК ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Донецький обласний протипухлинний центр, Україна

Мета роботи – вивчити безпосередні і віддалені результати хірургічного лікування хворих на нерезектабельний рак підшлункової залози при використанні розробленого способу холедоходуоденоанастомозу. За десятирічний період в Донецькому обласному протипухлинному центрі проаналізовані безпосередні результати лікування 472 хворих з нерезектабельним раком підшлункової залози. При госпіталізації концентрація загального білірубіна в крові хворих коливалася в межах від 45,6 до 586,5 ммоль/л (медіана – 243,8 ммоль/л), прямого – від 13,7 до 478,0 ммоль/л (медіана – 161,2 ммоль/л). При виконанні внутрішнього дренивання позапечінкових жовчних проток застосовували холедоходуоденоанастомоз, холецистоєюноанастомоз, холедохоєюноанастомоз. При виконанні зовнішнього дренивання застосовували різні способи дренивання холедоха. У хворих з порушенням пасажу по дванадцятипалій кишці формували обхідний гастроентероанастомоз з міжкишковим устям за Брауном. Холедоходуоденоанастомоз формували з установкою внутрішнього дренажу за розробленою у клініці методикою у 229 хворих і без такого – у 28 пацієнтів. Застосування розробленого способу холедоходуоденоанастомозу поліпшує безпосередні, але не впливає на віддалені результати лікування хворих на нерезектабельний рак підшлункової залози.

Ключові слова: механічна жовтяниця, нерезектабельний рак підшлункової залози.