



Я. С. Березницкий, Р. В. Дука

ГУ «Днепропетровская  
медицинская академия МЗУ»

© © Березницкий Я. С., Дука Р. В.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЬЮ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

**Резюме.** Проанализированы результаты хирургического лечения опухоли панкреатодуоденальной зоны. Выполнено 85 радикальных оперативных вмешательств у больных с опухолями панкреатодуоденальной зоны в объеме ПДР. Показаниями к выполнению ПДР были следующие нозологические формы: опухоль головки поджелудочной железы 45 (53 %), опухоль большого дуоденального сосочка 31 (36 %), опухоль дистального отдела общего желчного протока 9 (11 %). Выполняли ПДР по модифицированной методике Whipple, без каркасного дренирования панкреатической протоки. В послеоперационном периоде умерло 8 (9,4 %) больных. У 12 (61,4 %) пациентов развились осложнения.

**Ключевые слова:** опухоль панкреатодуоденальной зоны, механическая желтуха, хирургическое лечение, панкреатодуоденальная резекция.

### Введение

Рак поджелудочной железы (РПЖ) занимает десятое место в списке наиболее распространенных опухолевых заболеваний. Статистические данные последних лет свидетельствуют о продолжающемся росте заболеваемости и смертности от РПЖ. В Украине показатель заболеваемости РПЖ равен 8,2 на 100000 населения, что соответствует 9-му месту в структуре онкологических заболеваний: среди опухолей пищеварительной системы РПЖ находится на 3-м месте, и является наиболее часто встречающейся опухолью панкреатодуоденальной зоны 63–86 %.

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) — радикальная операция, выполняемая при опухолях панкреатодуоденальной зоны. При выполнении ПДР, возникает необходимость в формировании панкреатоеюноанастомоза, который, по данным большинства авторов, является наиболее «уязвимым местом» этой операции. [3]. Частота его несостоятельности достигает 14–30 %, при этом почти в 50 % наблюдений отмечается летальный исход. Поэтому ближайшие результаты ПДР неразрывно связаны прежде всего с техникой формирования панкреатоеюноанастомоза [1, 3, 5].

### Материалы и методы исследований

Нами за период с 2002 по 2015 год выполнено 85 радикальных оперативных вмешательств у больных с опухолью панкреатодуоденальной зоны в объеме ПДР. Мужчин было 64 (75 %), женщин — 21 (25 %), в возрасте от 37 до 66 лет, средний возраст составлял 56 лет. Показаниями к выполнению ПДР были следующие нозологические формы: опухоль головки поджелудочной железы 45 (53 %), опухоль большого дуоденального сосочка 31 (36 %), опухоль дис-

тального отдела общего желчного протока 9 (11 %). Гистологически опухолевое поражение панкреатодуоденальной зоны было представлено аденокарциномой головки поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка различной степени дифференцировки. До операции все больные проходили детальное обследование с использованием общеклинических лабораторных и инструментальных методов исследования.

В обязательном порядке всем пациентам выполнялась ультрасонография печени, внепеченочных желчных протоков и поджелудочной железы, а также сосудов портальной системы и нижней полой вены. Выяснение характера патологического процесса, его распространенности дополнялось проведением компьютерной томографии органов брюшной полости, которая была одним из обязательных методов исследования у данной группы пациентов. Всем больным до операции проводилось эндоскопическое обследование двенадцатиперстной кишки и области большого дуоденального сосочка. Для уточнения протяженности и степени сужения дистальной части холедоха, вирсунгова протока пациентам выполнялась ретроградная панкреатохолангиография.

### Результаты исследований и их обсуждение

Появление механической желтухи (МЖ), как первого клинического проявления заболевания свидетельствует о значительном распространении процесса и ухудшает прогноз лечения. В связи с этим хирургические вмешательства у больных с МЖ сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15–30 %, что в несколько раз выше, чем в тех случаях, когда МЖ удается ликвидировать до операции. Поэтому своевременная



ликвидация билиарной гипертензии относится к числу первоочередных задач при лечении больных со злокачественными новообразованиями [4, 6, 7, 8].

В связи с тем, что большинство больных РПЖ поступают в стационар в поздние сроки от появления МЖ, многие исследователи считают оптимальным проведение лечения в два этапа. На первом этапе выполняется временная наружная декомпрессия билиарной системы, а на втором — после ликвидации МЖ — плановая радикальная операция.

Проведенные нами наблюдения установили что, первым клинически значимым проявлением заболевания у 74 (87 %) пациентов была МЖ. Желтушный период до поступления в клинику продолжался от 18 до 64 суток. Значительную часть этого периода пациенты находились в различных медицинских учреждениях (ЦРБ, инфекционная больница), где исключалась инфекционная этиология желтухи. После поступления пациентов в стационар, выполнения общеклинического обследования и сонографии, выполнялась декомпрессия желчных путей. Показанием к выполнению двухэтапных оперативных вмешательств служила длительность МЖ более 30 суток и повышение общего билирубина выше 200 мкмоль/л. У 72 (84 %) пациентов первым этапом выполнялась декомпрессия желчных путей, при этом предпочтение отдавалось дренированию под УЗ контролем. В послеоперационном периоде, выполнялось дообследование пациентов с выполнением компьютерной томографии, ЭРХПГ и МРХПГ.

Операции выполнялись под тотальной внутривенной анестезией с ИВЛ ( $FiO_2=1,0$ ), из верхнесрединного лапаротомного доступа. При определении объема операции и способа включения культи поджелудочной железы в процесс пищеварения основывались на локализации процесса и характере его осложнений, дооперационных данных клинического, лабораторного и инструментального обследования о характере и распространенности поражения поджелудочной железы, наличии патологии со стороны двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей и желудка, наличии сопутствующей патологии, возрасте пациентов. До 2002 года мы выполняли ПДР по методике Whipple. Начиная с 2002 года, мы отказались от выполнения каркасного дренирования панкреатического протока (ПП). Применение соматостатинов позволяет уменьшить агрессивное влияние панкреатического сока на анастомозы, что дало возможность не выполнять наружное дренирование ПП. Для уменьшения деструктивного действия желчных кислот на панкреатотощекишечный анастомоз выпол-

нялось наружное дренирование холедоха. Несмотря на применение современных методов диагностики, окончательно вопрос о резектабельности опухоли решался в ходе лапаротомии. Опухоль признавалась резектабельной если, после мобилизации ДПК и нижнего края ПЖ, возможно создать «туннель» между венами воротно-брыжеечного ствола и задней поверхностью перешейки ПЖ. После резекции формировали инвагинационный панкреатотощекишечный анастомоз методом «конец в конец», дистальной на 10-15 см формировали холедохотощекишечный анастомоз «конец в бок», затем дистальнее впередиободочный желудочнотощекишечный анастомоз с соустьем между приводящей и отводящей петлей кишки по Брауну. При выполнении панкреатотощекишечного анастомоза использовали следующую методику: культю кишки и поджелудочной железы фиксировали друг к другу 5 опорными швами-держалками, проходящими на кишке через край серозно-мышечной оболочки, на поджелудочной железе через ее капсулу, отступая от края на 20 мм. Инвагинировали культю поджелудочной железы в просвет тощей кишки, и фиксировали вторым рядом швов. В 4 случаях, у пациентов с «толстой» и рыхлой железой, когда диаметр железы превышал диаметр просвета тонкой кишки, формировался панкреатотощекишечный анастомоз по типу «конец в бок». Начиная с 2008 года, для мобилизации органокомплекса и выполнения регионарной аорто-кавальной лимфодиссекции, использовался ультразвуковой диссектор «Harmonic». Применение данного диссектора позволяло выполнять мобилизацию и лимфодиссекцию с минимальной кровопотерей, при этом сохранялась нормальная анатомия и визуализация всех крупных сосудистых структур, в зоне оперативного вмешательства.

У 12 (14 %) пациентов развились осложнения, у 4 — внутрибрюшное кровотечение, у 2 — ранняя спаечная кишечная непроходимость. Осложнения ликвидированы оперативным путем, пациенты выздоровели. У 6 (7 %) развилась несостоятельность панкреатоеюноанастомоза.

В ближайшем послеоперационном периоде умерло 8 (9,4 %) пациентов. У 4 пациентов летальный исход наступил в результате прогрессирующей полиорганной недостаточности, у 2 пациентов в ходе оперативного вмешательства была травмирована верхнебрыжеечная вена, в результате чего в послеоперационном периоде развился её тромбоз и нарушение кровотока в бассейне верхнебрыжеечных сосудов. В 2 случаях причиной смерти являлась несостоятельность панкреатоеюноанастомоза.



**Выводы**

1. Пациентам, с опухолью ПДЗ при наличии МЖ, с продолжительностью желтушного периода более 30 суток и при уровне общего билирубина более 220 мкмоль/л, показаны двухэтапные оперативные вмешательства.

2. Выполнение инвагинационного панкреатодуоденального анастомоза с исполь-

зованием двухрядного шва, при адекватном интраоперационном и послеоперационном назначении соматостатинов, позволяет не использовать каркасного дренирования ПП, при этом несостоятельность анастомоза развивается в 7 % случаев, что значительно меньше, чем при использовании анастомозов с каркасным дренированием (14-30 %).

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Важнейшие осложнения панкреатодуоденальных резекций / В. А. Кубышкин, В. А. Вишневецкий, И. М. Буриев, А. В. Вуколов // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1998. — Т. 3, № 3. — С. 230-231.
2. Велигоцкий А.Н. Программа периоперационной профилактики послеоперационных осложнений у больных с обструктивными процессами панкреатодуоденальной зоны / А. Н. Велигоцкий // *Вісн. морської медицини*. — 2003. — № 2. — С. 67-72.
3. Велигоцкий Н.Н. Способ наложения панкреатоеюноанастомоза при панкреатодуоденальной резекции / Н. Н. Велигоцкий, А. Н. Велигоцкий // *Вісн. морської медицини*. — 2003. — № 2. — С. 72-75.
4. Данилов И.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы / И. В. Данилов, В. Д. Федоров. — М. : Медицина, 1995. — 512 с.
5. Хирургическое лечение обструктивных заболеваний панкреатодуоденальной зоны и их осложнений / А. Н. Велигодский, С. П. Маслов, Д. В. Оклей, А. С. Трушин // *Матеріали ХХ з'їзду хірургів України*. — Тернопіль, 2002. — Т.2. — С. 144-146.
6. Bottger C.T., Engelmann R., Junginger T. Factors influencing morbidity and mortality after pancreaticoduodenectomy: A critical analysis of 264 resections / C. T. Bottger, R. Engelmann, T. Junginger // *38 th World Congress of Surgery : Abstracts*.-Vienna, 1999. - P. 49.
7. Effect of surgery for chronic pancreatitis on pancreatic function: Pancreatico-jejunostomy and duodenum-preserving resection of the head of the pancreas / S. Martense, M. Ledebuer, W. Bemelman [et al.] // *Surgery*. — 2004. — N 135. — P. 125-130.
8. Experience with end-to-loop pancreaticoenteroanastomosis in pancreaticoduodenectomy / V. Onopriev, A. Manuilov, M. Rogal, S. Voskanyan // *Hepatogastroenterology*. — 2003. — N 50. — P. 1650-1654

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ  
ПУХЛИН ПАНКРЕАТО-  
ДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ*Я. С. Березницький, Р. В. Дука*

**Резюме.** Проаналізовано результати хірургічного лікування пухлин панкреатодуоденальної зони. Виконано 85 радикальних оперативних втручань у хворих з пухлинами панкреатодуоденальної зони в обсязі ПДР. Показами до виконання ПДР були наступні нозологічні форми: пухлина головки підшлункової залози 45 (53 %), пухлина великого дуоденального сосочку 31 (36 %), пухлина дистального відділу загальної жовчної протоки 9 (11 %). Виконували ПДР за модифікованою методикою Whipple, без каркасного дренивання панкреатичної протоки. В післяопераційному періоді померло 8 (9,4 %) хворих. У 12 (614 %) пацієнтів розвинулись ускладнення.

**Ключові слова:** *пухлина панкреатодуоденальної зони, механічна жовтяниця, хірургічне лікування, панкреатодуоденальна резекція.*

SURGICAL TREATMENT  
OF PATIENTS WITH TUMOR  
PANCREATODUODENAL  
ZONE*Ya. S. Bereznytsky, R. V. Duka*

**Summary.** Results of surgical treatment of pancreatoduodenal zone tumors are analyzed. 85 radical surgical intervention (PDR) in patients with pancreatoduodenal zone tumors are performed. The indications for PDR were the following nosological forms: a tumor of the pancreatic head - 45 (53%) patients, tumor of major duodenal papilla - 31 (36%), swelling of the distal common bile duct - 9 (11%). PDR was performed according to the modified method of Whipple, without frame drainage of the pancreatic duct. Postoperatively, died 8 (9.4%) patients. 12 (14%) patients had complications.

**Key words:** *pancreatoduodenal zone tumor, mechanical jaundice, surgical treatment, pancreatoduodenal resection.*