

М. Г. Гнатюк, О. І. Івашук,  
В. Ю. Бодяка, Ю. П. Петрук,  
Ю. Я. Чупровська,  
І. Я. Гушул, С. Ю. Шевченко,  
М. В. Лянскорунський,  
Д. Ю. Криворучко

*Старокостянтинівська  
центральна районна лікарня,  
м. Старокостянтинів,  
Хмельницька область*

*Буковинський державний  
медичний університет,  
м. Чернівці*

© Колектив авторів

## ВИПАДОК ЛІКУВАННЯ РАКУ ФАТЕРОВОГО СОСКА, УСКЛАДНЕНОГО МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ, У ПАЦІЄНТКИ СТАРЕЧОГО ВІКУ

**Резюме.** У статті представлено випадок успішного хірургічного лікування раку фатерового соска, ускладненого механічною жовтяницею, у пацієнтки старечого віку. Вважаємо за необхідне трансдуоденальну розширену папілосфінктеротомію доповнювати холедоходуоденоанастомозом, з метою попередження післяопераційних ускладнень, а також для забезпечення відтоку жовчі у просвіт ДПК у разі продовження онкологічного процесу.

**Ключові слова:** рак фатерового соска, холедоходуоденоанастомоз.

Рак великого дуоденального сосочка, або рак фатерового сосочка — це одне із найбільш частих злоякісних пухлин, розташованих у місці сполучення загальної жовчної протоки та протоки підшлункової залози з дванадцятипалою кишкою (ДПК). У структурі захворюваності на злоякісні новоутворення, на рак фатерового соска припадає близько 0,5-1,6% випадків [1, 2].

Важливість проблеми зумовлена термінами виявлення захворювання, адже пухлина тривалий час залишається неагресивною, а також технічною складністю хірургічних втручань на даній анатомічній ділянці [2].

У зв'язку з чим вважаємо за необхідне представити один із клінічних випадків успішного лікування раку фатерового соска, ускладненого механічною жовтяницею, у пацієнтки старечого віку.

Пацієнтка К., 1935 року народження (медична картка стаціонарного хворого № 7929) надійшла у хірургічне відділення Старокостянтинівської центральної районної лікарні 30.10.2017 року зі скаргами на пожовтіння шкірних покривів та склер, свербіж шкіри, погіршення апетиту, різке схуднення.

Вважала себе хворою впродовж двох тижнів, відколи почала відмічати пожовтіння шкірних покривів та склер.

Пацієнтка обстежена клінічно та лабораторно, встановлено попередній діагноз — рак головки підшлункової залози. Механічна жовтяниця.

Група крові та резус (06.11.2017): 0 (I) Rh+ (позитивна).

Загальний аналіз крові (31.10.2017): еритроцити —  $4,0 \times 10^{12}$  /л; гемоглобін — 125 г/л; лейкоцити —  $5,3 \times 10^9$  /л; ШОЕ — 7 мм/год.

Загальний аналіз сечі (31.10.2017): соломино-жовта, мутна, питома вага — 1017, реакція

— кисла, білок — 0,022 г/л; епітелій плоский — 2-3 в п/з; лейкоцити — 3-4 в п/з, еритроцити — 3-4 п/з.

Біохімічний аналіз крові (31.10.2017) загальний білок — 60,5 г/л; глюкоза — 3,6 ммоль/л; загальний білірубін — 96,0 мкмоль/л; прямий білірубін — 57,0 мкмоль/л; непрямої білірубін — 39,0 мкмоль/л; АлАТ — 1,42 нмоль/(с×л); АсАТ — 0,97 нмоль/(с×л); сечовина — 10,4 ммоль/л, креатинін — 0,090 ммоль/л.

Коагулограма (31.10.2017): протромбіновий індекс — 75,4%; фібрин плазми — 4,4 г/л; ета-нолів тест — негативний; фібриноген В — негативний.

ЕхоКГ (02.11.2017): фіброз стулок мітрального клапану. Поодинокі екстрасистолі. Гіпертрофія міокарду лівого шлуночку. Фракція викиду — 59%.

УЗД органів черевної порожнини та заочеревинного простору (02.11.2017): біліарна гіпертензія. Помірне розширення печінкових жовчних ходів. Загальна жовчна протока — 22 мм. Жовчний міхур — 123,0 x 52,0 мм. Хронічний пієлонефрит без ознак загострення. Захворювання підшлункової залози (в ділянці головки 26,0 x 24,0 мм).

ЕГДФС (06.11.2017): стравохід вільно прохідний, слизова оболонка рожевого кольору. Кардія змикається частково. У шлунку помірна кількість прозорого секрету. Слизова антрального відділу дифузно гіперемійована. Складки згладжені. Перистальтика збережена. Пілоричний канал округлий, змикається частково. Цибулина дванадцятипалої кишки звичайної форми, слизова гіперемійована. Слизова зацибулярного відділу рожевого кольору. Фатеров сосочок у полі зору не візуалізується. Заключення: Хронічний гастродуоденіт.

Рентгенографія органів грудної клітки (06.11.2017): Сколіоз грудного відділу хребта.



Дифузний пневмосклероз, корені структурні, синуси вільні. Серце аортальної форми.

Для зниження холемічної інтоксикації та запобігання синдрому «швидкої декомпресії біліарного тракту», пацієнтці спочатку виконано декомпресію жовчних шляхів, шляхом накладання холецистостоми з дозованим дрениванням жовчі (протокол операції № 790 від 07.11.2017), згідно із запропонованою нами методикою (пат. № 91340 від 25.06.2014).

Впродовж наступних 12-ти діб стан пацієнтки поліпшився, загальний білірубін знизився на 39,8 мкмоль/л (56,2 мкмоль/л), інші біохімічні показники в межах норми.

Зважаючи на старечий вік пацієнтки, наявність хронічної супровідної патології, вирішено виконати оперативне втручання – в/серединна лапаротомія. Трансдуоденальна папілектомія з пластикою дистального відділу загальної жовчної протоки та протоки підшлункової залози. Холецистектомія. Холедоходуоденоанастомоз. Санація та дренивання черевної порожнини (протокол операції № 835 від 20.11.2017 року).

Після виконання верхньої серединної лапаротомії, при ревізії органів черевної порожнини жовчний міхур розмірами 14,0×10,0 см, містить трубку. Загальна жовчна протока до 2,0 см у діаметрі. Після мобілізації ДПК за Кохером, при подальшій ревізії новоутворення в ділянці головки підшлункової залози не виявлено. У гепатобіліарній ділянці мають місце збільшені лімфатичні вузли, останні видалено. В ділянці фатерового сосочка пальпаторно визначається новоутворення до 1,5 см. Виконано дуоденотомію поздовжнім розрізом над фатеровим сосочком. Новоутворення фатерового сосочка висічено навколо, у межах здорових тканин, попередньо наклавши шви-трималки, під основою останньої (рис.). Краї дефекту ДПК, що утворився, зшити, виконано пластику протоки підшлункової залози та загальної жовчної протоки. Поздовжній розріз передньої стінки ДПК зшити у поперечному напрямку. Сформовано холедоходуоденоанастомоз, попередньо виконавши типову холецистектомію. Загальна жовчна протока дренована назовні за допомогою поліхлорвінілової трубки, яку заведено у просвіт останньої через міхурову протоку. Черевна порожнина санована розчинами антисептиків та дренована за допомогою 2-х поліхлорвінілових трубок. Лапаротомна рана пошарово ушита. Накладена асептична пов'язка.

Проведене патогістологічне дослідження (№ 5201-5206 від 24.11.2017 року) вказує на аденокарциному фатерового сосочка зі стенозом просвіту, проростанням у стінку тонкої кишки. У лімфатичних вузлах пухлинного росту не виявлено. Хронічний холецистит.



Рис. Дуоденотомія. Наклавши шви-трималки, під основою пухлини висічено новоутворення ділянки фатерового сосочка в межах здорових тканин

Діагноз після операції – рак фатерового сосочка. pT<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>. I B стадія, II а клінічна група. Механічна жовтяниця.

Через 3 годин після операції проведено екс্তুбацію. На наступну добу (21.12.2017) пацієнтка переведена у відділення хірургії.

Проводилася знеболююча (омнопон 1,0, дексалгін 2,0 мл, антибактеріальна (лораксон 1 г, метрогил 100,0 мл), кислотознижуюча (омез 40 мг), профілактична антикоагуляційна (фленокс 0,2 мл), інфузійна (фізіологічний розчин 400,0 мл, розчин Рінгера 400,0 мл, реосорбілакт 200,0 мл, глюкозо-інсуліновий комплекс 200,0 мл, стерофундін 500,0 мл, гелафузін 500,0 мл), замісна (свіжозаморожена плазма) та симптоматична терапія.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень, дренажі видалено, шви знято на 9-10 добу, рана загоїлася первинним натягом. Пацієнтку у задовільному стані 28.12.2017 року виписано з лікарні, під нагляд хірурга та онколога поліклініки.

Отже, трансдуоденальне видалення злоякісної пухлини фатерового сосочка у переважній більшості випадків не є радикальною операцією, так як ракові клітини інфільтрують головку підшлункової залози та стінку ДПК впродовж значеного терміну. Тільки при раці Фатерового сосочка I стадії трансдуоденальне видалення пухлини з ділянкою стінки ДПК, можливо вважати радикальним оперативним втручанням [3].

У пацієнтів літнього та старечого віку, з наявною хронічною супровідною патологією, дане оперативне втручання є виправданим та оптимальним. Проте ми вважаємо за необхідне доповнювати його накладанням холедоходуоденоанастомозу, що запобігає розви-

тку післяопераційних ускладнень, пов'язаних з неспроможністю швів анастомозу протоку підшлункової залози, загальної жовчної протоки із стінкою ДПК, а також забезпечить відтік жовчі у просвіт кишкового тракту при можливому продовженні онкологічного процесу.

#### Висновок

1. Трансдуоденальна розширена папілосфінктеротомія при раку фатерового сосочка,

у пацієнтів літнього та старечого віку, із наявною хронічною супровідною патологією, є операцією вибору.

2. У хворих на рак фатерового сосочка, з метою попередження післяопераційних ускладнень, а також для забезпечення відтоку жовчі у просвіт ДПК у разі продовження онкологічного процесу, трансдуоденальну розширену папілосфінктеротомію необхідно доповнювати холедоходуоденоанастомозом.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Василюк С. М. Діагностика та лікування раку підшлункової залози різної локалізації / С. М. Василюк, О. С. Ткачук // Український журнал хірургії. — 2014. — № 1 (24). — С. 149-154.
2. Дайчман Д. Периампулярный рак двенадцатиперстной кишки / Д. Дайчман, Е. Генслицкая // Казанский медицинский журнал. — 2009. — Т. 90, № 3. — С. 375-379.
3. Хирургия поджелудочной железы / А. А. Шалимов, С. А. Шалимов, М. Е. Ничитайло, А. П. Радзиховский. — Симферополь. Таврида, 1997. — 560 с.

#### СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ФАТЕРОВОГО СОСКА, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ, У ПАЦИЕНТКИ СТАРЕЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*М. Г. Гнатюк, А. И. Иващук,  
В. Ю. Бодяка, Ю. П. Петрук,  
Ю. Я. Чупровская,  
И. Я. Гушул, С. Ю. Шевченко,  
М. В. Лянскорунський,  
Д. Ю. Криворучко*

**Резюме.** В статье представлены случай успешного хирургического лечения рака фатерова соска, осложненного механической желтухой, у пациентки старческого возраста. Считаем необходимым трансдуоденальные расширенную папиллосфинктеротомия дополнять холедоходуоденоанастомоз, с целью предупреждения послеоперационных осложнений, а также для обеспечения оттока желчи в просвет ДПК в случае продолжения онкологического процесса.

**Ключевые слова:** рак фатерова соска, холедоходуоденоанастомоз.

#### CASE OF TREATMENT OF CANCER OF MAJOR DUODENAL PAPILLA, COMPLICATED BY MECHANICAL JAUNDICE, IN THE PATIENT OF OLD AGE

*M. H. Hnatiuk, O. I. Ivashchuk,  
V. Yu. Bodyaka, Yu. P. Petruk,  
Yu. Ya. Chuprovskaya,  
I. Ya. Hushul,  
S. Yu. Shevchenko,  
M. V. Lianskorunskiyi,  
D. Yu. Krivoruchko*

**Summary.** The article presents the case of successful surgical treatment of cancer of major duodenal papilla complicated by mechanical jaundice in an elderly patient. We consider it necessary to supplement the transduodenal enlarged papillectomy with choledochoduodenalanastomosis, in order to prevent postoperative complications, as well as to ensure the outflow of bile into the lumen of the duodenum in case of prolongation of the oncological process.

**Key words:** cancer of major duodenal papilla, choledochoduodenalanastomosis.