



УДК 616.37—006.6—089.12:616.37+616.34+616.149—089.87

ТОТАЛЬНАЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНЭКТОМИЯ С РЕЗЕКЦИЕЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ И ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПО ПОВОДУ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. Ю. Усенко, А. В. Скумс, В. П. Сердюк, А. О. Данилец, О. М. Симонов

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев

TOTAL PANCREATODUODENECTOMY WITH RESECTION OF HEPATIC ARTERY AND PORTAL VEIN FOR THE PANCREATIC HEAD CANCER

A. Yu. Usenko, A. V. Skums, V. P. Serdyuk, A. O. Danilets, O. M. Simonov

Хирургическая резекция является единственным потенциально радикальным методом лечения рака протоков поджелудочной железы (ПЖ), однако лишь у 15 — 20% пациентов выявляют резектабельную опухоль [1]. Различают резектабельные, погранично резектабельные и нерезектабельные (местно—распространенные и с метастатическим поражением) опухоли, что расширяет возможности хирургического метода лечения больных раком ПЖ. По данным National Comprehensive Cancer Network (NCCN), погранично—резектабельные опухоли головки ПЖ диагностируют при наличии таких признаков: 1) вовлечение верхней брыжеечной или воротной вены (ВВ) с сужением или окклюзией ее просвета, приемлемыми условиями для безопасной резекции и реконструкции; 2) инвазия опухолью гастродуоденальной артерии с вовлечением на небольшом протяжении печеночной артерии или прямое вовлечение печеночной артерии без распространения на чревный ствол; 3) инвазия опухолью верхней брыжеечной артерии не более половины окружности сосуда; 4) отсутствие отдаленных метастазов [2].

Если резекция венозных сосудов в хирургии рака ПЖ стала более безопасной, применение резекции артерий ограничено. Резекция ВВ или верхней брыжеечной вены может быть краевой или сегментарной, для восстановления кровотока накладывают боковой шов, формируют анастомоз конец в конец или с использованием аутовенозного либо синтетического графта. При инвазии печеночной артерии выполняют ее резекцию, осуществляют реконструкцию сосудов с использованием аутовены (яремной, большой подкожной или половой), трансплантата артерии (селезеночной, желудочно—сальниковой, гастродуоденальной) или сосудистого протеза [3]. Описаны единичные наблюдения использования реверсированной селезеночной артерии для анастомоза с печеночной артерией [4, 5].

Приводим наблюдение успешного хирургического лечения пациентки по поводу рака головки ПЖ с инвазией общей печеночной артерии и ВВ.

Больная Ч., 54 лет, госпитализирована в отдел хирургии сочетанной патологии и заболеваний брюшинного пространства 05.05.15 в плановом порядке с жалобами на ноющую боль в надчревной области, иррадирующую в поясничную область, общую слабость, ухудшение аппетита, похудание на 15 кг. Заболела в январе 2015 г. Проведено обследование в соответствии с протоколом.

Общий и биохимический анализы крови: гемоглобин 160 г/л, эр. $5,38 \times 10^{12}$ в 1 л, л. $5,3 \times 10^9$ в 1 л, тр. 162×10^9 в 1 л, общий белок 76,9 г/л, общий билирубин 10,8 мкмоль/л, прямой 3,0 мкмоль/л, АлАТ 18 (N 10—41), АсАТ 25 (N 10—40), креатинин 84,2 мкмоль/л, мочевины 8,2 ммоль/л, глюкоза 6,9 ммоль/л, СА — 19—9 134,00 U/мл, СА — 125 125,00 U/мл, РЭА 22,00 нг/мл.

По данным рентгенографии органов грудной клетки легкие без очаговых изменений.

Ультразвуковое исследование. Печень не увеличена, однородная, очаговых изменений нет. Желчные протоки не расширены. В головке и вырезке ПЖ обнаружено образование сниженной эхогенности, с неровными контурами, размерами $4 \times 3,6 \times 2,7$ см, жидкостными включениями. Тело и хвост ПЖ истончены, проток ПЖ расширен до 5 мм. Просвет ствола ВВ, печеночной артерии деформирован.

Заключение: опухоль головки ПЖ с инвазией ВВ, общей печеночной артерии.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). Печень обычного расположения, размеров и формы, с четкими контурами, паренхима гомогенная, признаков крупноочаговой патологии нет. Внутривенные и внепеченочные желчные протоки не расширены.

В проекции головки ПЖ определяется патологическое образование негетерогенно пониженной плотности, диаметром 3,5 см, которое сдавливает общую печеночную артерию и ствол ВВ. Образование плотно прилегает к конfluence ВВ. Селезеночная вена проходима. Тело и хвост ПЖ обычной формы, значительно гипотрофированы. Проток ПЖ расширен до 0,7 см. Парапанкреатическая клетчатка не инфильтрирована. Заключение: опухоль головки ПЖ с инвазией общей печеночной артерии и ВВ (рис. 1, 2).

Эзофагогастродуоденофиброскопия. Деформация двенадцатиперстной кишки (ДПК). Хронический гастродуоденит. Полип желудка.

Диагноз: опухоль ПЖ T4N0M0, III стадия, II клиническая группа.

13.05.15 выполнена операция: тотальная дуоденопанкреатэктомия со спленэктомией и холецистэктомией. Резекция общей печеночной артерии с наложением анастомоза селезеночной артерии конец в конец. Резекция воротной вены с формированием анастомоза конец в конец.

Под комбинированным эндотрахеальным наркозом и эпидуральной анестезией выполнена верхняя срединная



Рис. 1. МСКТ.
Инвазия опухолью общей печеночной артерии.
ОПА - общая печеночная артерия; ОПЖ - опухоль ПЖ.

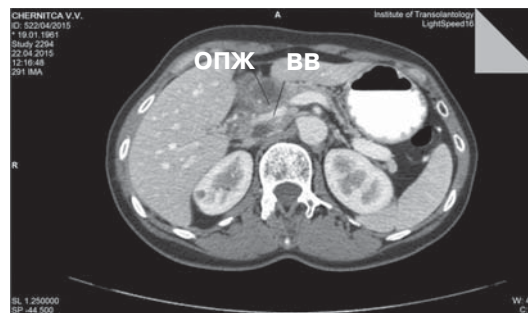


Рис. 2.
МСКТ.
Инвазия опухолью ВВ. ОПЖ - опухоль ПЖ.

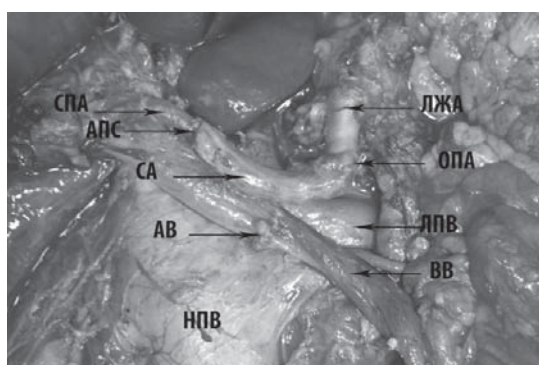


Рис. 3.
Завершенный этап реконструкции сосудов.
СПА - собственная печеночная артерия; АПС - анастомоз СПА и селезеночной артерии; СА - селезеночная артерия; АВ - анастомоз воротной вены; НПВ - нижняя полая вена; ЛЖА - левая желудочная артерия; ОПА - культя общей печеночной артерии; ЛПВ - левая почечная вена.

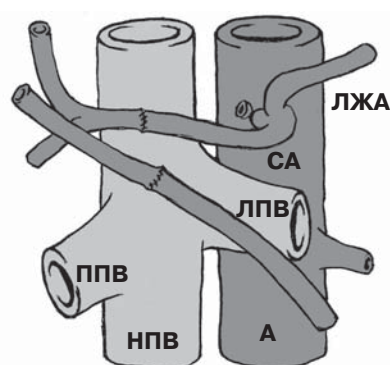


Рис. 4.
Схема реконструкции сосудов.
НПВ - нижняя полая вена; ЛЖА - левая желудочная артерия; СА - селезеночная артерия; ЛПВ - левая почечная вена; ППВ - правая почечная вена.

лапаротомия, дополненная поперечным разрезом. При ревизии брюшной полости выпот не обнаружен. Печень умеренно увеличена, однородная, без очаговой патологии. Желчный пузырь не увеличен, опорожняется. Общий желчный проток диаметром 0,4 см. Выявлен дополнительный правый печеночный проток (учтено во время наложения гепатикоеюноанастомоза). В крючке и головке ПЖ обнаружено бугристое образование диаметром около 4 см, с инвазией общей печеночной артерии и ВВ. Решено выполнить тотальную дуоденопанкреатэктомию со спленэктомией и холецистэктомией, резекцию общей печеночной артерии и ВВ. ДПК мобилизована по Кохеру, правая половина толстой кишки — по Cattell — Braasch. Вскрыта сальниковая сумка.

Мобилизованы хвост ПЖ и селезенка. Выделены чревный ствол, левая желудочная, общая печеночная артерии проксимальнее и дистальнее опухоли, селезеночная артерия, которая мобилизована на протяжении 5 см. Выделены и пересечены желудок на уровне антрального отдела и тощая кишка на 20 см дистальнее связки Трейтца. Осуществлен гемостаз. Выделена и пересечена общая печеночная артерия на уровне деления чревного ствола и ниже опухолевого блока, до собственной печеночной артерии. Выпол-

нен реверс селезеночной артерии, наложен анастомоз с общей печеночной артерией конец в конец. Выделена и пересечена ВВ выше и ниже опухолевого блока на протяжении 4 см. ПЖ вместе с опухолью, селезенкой, антральным отделом желудка, ДПК и желчным пузырем удалена единым блоком. Наложен анастомоз между сегментами вены конец в конец (рис. 3, 4).

Выполнены гепатикоеюностомия и впередиободочная гастроэнтеростомия. Дистальнее гастроэнтеростомоза наложена подвешная микроеюностомия. Установлены дренажи к гепатикоеюноанастомозу, в подпеченочное и поддиафрагмальное углубления слева. Контроль гемостаза. На рану наложены послойный шов, асептическая повязка.

Заключение гистологического исследования: умеренно дифференцированная аденокарцинома с очагами некроза.

Течение послеоперационного периода без осложнений. Проведена заместительная терапия (креон 120 000 ЕД, инсулин короткого действия — фармасулин в суточной дозе от 24 до 40 ЕД). По данным доплерографии сосудов брюшной полости, ВВ и общая печеночная артерия проходимы. Пациентка выписана на 20-е сутки в удовлетворительном состоянии.

ЛИТЕРАТУРА

- De La Cruz M. S. D. Diagnosis and management of pancreatic cancer / M. S. D. De La Cruz, A. P. Young, M. T. Ruffin // *Am. Family Phys.* — 2014. — Vol. 89, N 8. — P. 626 — 632.
- National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guideline in oncology. Pancreatic adenocarcinoma. Version 1.2014. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pancreatic.pdf. Accessed February 25, 2014.
- Vascular invasion in pancreatic cancer: Imaging modalities, preoperative diagnosis and surgical management / N. C. Buchs,

M. Chilcott, P.—A. Poletti [et al.] // *World J. Gastroenterol.* — 2010. — Vol. 16, N 7. — P. 818 — 831.

- Seelig M. H. Reconstruction of the common hepatic artery at the time of total pancreatectomy using a splenohepatic bypass / M. H. Seelig, O. Belyaev, W. Uhl // *J. Gastrointest. Surg.* — 2010. — Vol. 14. — P. 913 — 915.
- Hackert T. Splenic artery use for arterial reconstruction in pancreatic surgery / T. Hackert, J. Weitz, M. W. Buchler // *Langenbecks Arch. Surg.* — 2014. — Vol. 399. — P. 667 — 671.