

НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ПУХЛИН ГОЛІВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Ярешко В. Г., Живиця С. Г.

Запорізька медична академія післядипломної освіти

У клініці проведено 12 РЧТА при раку підшлункової залози. Локалізація пухлин: у голівці залози – 8 випадків, тіло – 2, хвіст – 2. В 4 випадках проведена тільки термоабляція (2 – під контролем сонографа, 2 – при лапаротомії), у 8 пацієнтів виконана операція, розроблена в клініці. На доопераційному етапі всім пацієнтам проведена трепан-біопсія пухлини під контролем сонографа з морфологічною верифікацією та гістохімічним дослідженням, а в 4 випадках (при термінальній стадії жовтяниці) паралельно накладена зовнішня холангіостома. Летальних випадків не відзначено.

Ключові слова: рак підшлункової залози, радіочастотна термоабляція, лікування

Статистика останніх років свідчить про неухильний ріст захворюваності й смертності від раку підшлункової залози [1, 2, 4, 6, 7, 8]. Серед органів білопанкреатодуоденальної зони рак підшлункової залози діагностується у 63–86% випадків, а більше 60% утворень локалізуються в голівці залози [1, 4, 7]. При цьому 80% хворих не є кандидатами для виконання радикальних операцій через місцеву поширеність процесу або через наявність віддалених метастазів [2, 3, 6, 8]. Невтішними залишаються й віддалені результати лікування. Середня медіана виживаності при резекційних операціях становить 16–18 місяців, а 5-річна виживаність не перевищує 5% [3, 4, 5, 8]. В останні роки не перетерпіли істотних змін і види оперативних втручань, які є в арсеналі хірургії, при чому як паліативні, так і радикальні. На наш погляд, серед перспективних методів впливу на пухлину може бути радіочастотна термоабляція (РЧТА), що одержує все більше поширення при пухлинах різної локалізації та їх метастазах (наприклад – печінка, кістки, молочна залоза й ін.) [1, 2, 3, 4, 6]. У вітчизняній літературі відсутні публікації, присвячені застосуванню РЧТА при раку підшлункової залози. У закордонній літературі питання застосування даного методу нечисленні, а сам метод використовується при локалізації пухлин дистальних відділів залози [1, 2]. В основному описуються результати лікування невеликих груп хворих (8–30) з край суперечливими результатами, перспективою подальшого використання методу й критеріями відбору хворих для даного лікування [3, 4].

Мета дослідження: поліпшення результатів лікування пухлин підшлункової залози шляхом застосування радіочастотної термоабляції.

Об'єкт і методи дослідження

У Запорізькому центрі малоінвазивної біліарної хірургії з 2009 по 2011 рр. проведено 14

РЧТА при раку підшлункової залози. Чоловіків було 5, жінок – 9, вік пацієнтів – від 54 до 73 років. Локалізація пухлин: у голівці залози – 10 випадків, тіло – 2, хвіст – 2. В 4 випадках проведена тільки термоабляція (2 – під контролем сонографа, 2 – при лапаротомії), у 10 пацієнтів виконана операція, розроблена в клініці. На доопераційному етапі всім пацієнтам проведена трепан-біопсія пухлини під контролем сонографа з морфологічною верифікацією й гістохімічним дослідженням, а в 4 випадках (при термінальній стадії жовтяниці) одночасно накладена зовнішня холангіостома.

В алгоритм обстеження входили: клініко-лабораторні, ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія, фіброгастроуденоскопія, рентген-дослідження шлунка, дослідження маркера СА-19, морфологічні й гістохімічні дослідження.

Критерії відбору хворих для проведення термоабляції були наступні: наявність злоякісної пухлини підшлункової залози, підтверджена морфологічним висновком, розмір пухлини більше 3,0 см у діаметрі, відсутність віддалених метастазів, неможливість або протипоказання до проведення панкреатодуоденальної резекції.

Для дослідження й контролю проведення малоінвазивних втручань використовувався стаціонарний ультразвуковий сканер SonoAce 8000 EX фірми Медісон. Радіочастотна термоабляція проводилася апаратом Rita (RITA Medical Systems, США) з використанням електродів з діаметром впливу до 5,0 см, при температурі 110° С і експозицією 10 минут.

Результати дослідження і їхнє обговорення

Усім пацієнтам досліджуваної групи першим етапом проводилася товстогольчата біопсія під ультразвуковим контролем. Використано голки Biocut та Unicut діаметром 14–16G, які дозволи-

ли одержати біологічний матеріал для проведення повноцінного морфологічного й іммуногістохімічного дослідження. В усіх випадках виявлені аденокарциноми різного ступеня диференціації.

У всіх хворих при локалізації пухлини в голівці підшлункової залози захворювання супроводжувалося механічною жовтяницею (білірубінемія 87–290 мкмоль/л). При термінальній стадії жовтяниці (рівень білірубіна крові більше 200 мкмоль/л по класифікації Зиневича В. П.) першим етапом виконувалася чрескожночреспечінкова холангіостомія під ультразвуковим контролем. Основне оперативне втручання проводилося після нормалізації білірубінемії.

При локалізації пухлини в тілі й хвості підшлункової залози в 2-х випадках проведена РЧТА під контролем сонографа. Пункція проводилася за загальноприйнятою методикою під в/в потенціюванням через «ехобезпечне вікно». При локалізації пухлини в тілі залози маніпуляція проводилася трансгастрально. Ще в 2-х випадках при аналогічних локалізаціях РЧТА виконана відкрито при лапаротомії.

Проведення РЧТА при поразці голівки підшлункової залози є більше складною процедурою через небезпеку термічного впливу на прилеглі анатомічні структури (дванадцятипала кишка, дистальний відділ загальної жовчної протоки, нижня порожня вена й т. д.), ушкодження яких чревате важкими ускладненнями. Нами розроблена й використана в клінічній практиці відкрита операція при пухлинній поразці голівки підшлункової залози (патент України № 53898 від 25.10.2010 р.). Методика операції полягає в наступному: після лапаротомії, мобілізації дванадцятипалої кишки по Кохеру, проводиться перев'язка шлунково-дуоденальної артерії, після цього виконується перетинання голівки підшлункової залози на 1,5–2 см дистальнее пухлини з резекцією 2,5–5 см тіла залози. Після цього через головну панкреатичну протоку в пухлину проводиться електрод і виконується абляція при температурі 110°C протягом 10 мінут. Операція завершується накладенням білеодигестивного соустья й панкреатоєюноанастомоза на відключе-

ній по Ру петлі. На наш погляд, у даній методиці, крім застосування РЧТА, позитивними є два моменти: по-перше виконується деартеріалізація пухлини й, по друге, за рахунок накладення панкреатоєюноанастомоза в процес травлення включається панкреатичний секрет результатом є усунення панкреатичної гіпертензії й купіювання болючого синдрому.

Летальних випадків після проведення РЧТА пухлин підшлункової залози не відзначено. В одній пацієнтці в післяопераційному періоді відзначена часткова неспроможність панкреатоєюноанастомозу, що не зажадала додаткових оперативних втручань. Так само в жодному випадку не відзначено підвищення α -амілази крові після проведених втручань. Необхідно відзначити, що плин післяопераційного періоду по вазі стану не відрізнялося від такого в пацієнтів при операціях по-приводу хронічного панкреатиту (операція Бегера або Фрея).

При ультразвуковому контролі в ранній термін післяопераційного періоду у всіх хворих відзначені однотипні зміни пухлини: структура ставала неоднорідною за рахунок появи вогнищ гіпоехогенності, місцями аж до анехогенності. У більше пізній термін (4–5 місяців) тільки у двох пацієнтів відзначене прогресування розмірів пухлини. Умерло 2 хворих через 6 і 8 місяців від прогресуючого канцероматозу. Інші пацієнти живі, перебувають під спостереженням і в цей час.

Висновки

1. РЧА злоякісних пухлин підшлункової залози є перспективним методом лікування даної патології, вимагає подальшого вивчення й більш широкого впровадження.

2. Розроблений у клініці спосіб хірургічного лікування рака голівки підшлункової залози в окремих випадках може бути альтернативою панкреатодуоденальної резекції, що значно зменшує число післяопераційних ускладнень і поліпшує якість життя хворих в післяопераційному періоді.

Література

1. Carrafiello G, Lagan D, Recaldini C, Dionigi G, Boni L, Bacuzzi A, Fugazzola C Radiofrequency ablation of a pancreatic metastasis from renal cell carcinoma: case report. // *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* . – 2008. – Vol.18, P. 64–66.
2. Pezzilli R., Ricc C, Casade R, et all. Radiofrequency ablation of pancreatic cancer: a new attractive approach or another unsuccessful technique for the treatment of pancreatic adenocarcinoma? A systematic review // *Cancer Therapy* 2008. – Vol 6, P. 741–744.
3. Russo S, Ove R, Blackstock AW The multidisciplinary treatment of non-metastatic pancreatic cancer : a review. // *Cancer Therapy*. – 2008. – Vol. 6, P. 341–354.
4. Siriwardena AK Radiofrequency ablation for locally advanced cancer of the pancreas.// *JOP*. – 2006. – Vol. 7, P.1–4.
5. Дронов О. І., Крючина Є. А., Добуш Р. Д., Горлач А. І. Хірургічні та онкологічні проблеми лікування раку підшлункової залози, ускладненого жовтяницею // Університетська клініка. – 2007. – Том 3, № 1. – С. 37–41.
6. Кубышкин В.А., Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы. – М.: ИД Медпрактика-М, 2003. – 386 с.
7. Малярчук В. И., Климов А. Е., Пауткин Ю. Ф. Библиопанкреатодуоденальный рак. – М.: Из-во РУДН, 2006. – 444 с.
8. Патютко Ю. И., Котельников А. Г. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. – М.: ОАО «Издательство Медицина», 2007. – 448 с.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ярешко В. Г., Живица С. Г.

В клинике проведено 12 РЧТА при раке поджелудочной железы. Локализация опухолей: в головке железы – 8 случаев, тело – 2, хвост – 2. В 4 случаях проведена только термоабляция (2 – под контролем сонографа, 2 – при лапаротомии), у 8 пациентов выполнена операция, разработанная в клинике. На дооперационном этапе всем пациентам проведена трепан-биопсия опухоли под контролем сонографа с морфологической верификацией и гистохимическим исследованием, а в 4 случаях (при терминальной стадии желтухи) параллельно наложена наружная холангиостома. Летальных исходов не отмечено.

Ключевые слова: рак поджелудочной железы, радиочастотная термоабляция, лечение.

NEW TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF TUMOURS OF A HEAD OF A PANCREAS

Jareshko V. G., Zhivitsa S. G.

In clinic it is spent 12 RFA at a pancreas cancer. Localisation of tumours: in gland head – 8 cases, a body – 2, a tail – 2. In 4 cases it is spent only ablation (2 – under the control sono, 2 – at laparotomy), at 8 patients the operation developed in clinic is executed. On before operation a stage to all patients it is spent trepan-biopsija tumours under the control sono with morphological verification and gistochemical research, and in 4 cases (at a terminal stage of a jaundice) it is in parallel imposed external cholangiostoma. Lethal outcomes it is noted.

Keywords: a pancreas cancer, radio-frequency ablation, treatment.