

# ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

И.Р. Аглуллин, Р.М. Тазиев

*Кафедра онкологии и хирургии (зав. — проф. Р.М. Тазиев) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования, Клинический онкологический центр (главврач — канд. мед. наук Р.Ш. Хасанов), МЗ РТ, г. Казань*

Вопросам хирургического лечения поражений органов билиопанкреатодуоденальной зоны посвящены многочисленные исследования и публикации, однако данная проблема до сих пор не решена [5, 16]. Особые трудности возникают при объемных образованиях головки поджелудочной железы, самой двенадцатиперстной кишки и ее большого сосочка, а также дистального отдела общего желчного протока, радикальное лечение которых требует выполнения такой технически сложной и травматичной операции, как панкреатодуоденальная резекция [2, 7].

В настоящее время панкреатодуоденальная резекция — это единственный метод лечения, который позволяет достоверно увеличить продолжительность жизни больных с поражением органов билиопанкреатодуоденальной зоны [9, 12]. Показания к ней возникают также при распространении рака желудка и ободочной кишки на двенадцатиперстную кишку и головку поджелудочной железы [5, 13, 14]. Этот вид операции в последние годы все шире выполняется по поводу хронического “головчатого” панкреатита [1]. Однако широкое применение панкреатодуоденальной резекции ограничено неблагоприятными непосредственными результатами: послеоперационная летальность составляет 18—20% [8]. Имеют место и другие данные. Так, Trede и соавт. [15] отмечают снижение послеоперационной летальности с 18 до 10% и ниже. Sameroff и соавт. [10] приводят данные о выполнении более 100 операций без летальных исходов. Однако у большинства хирургов частота осложнений в ближайшем послеоперационном периоде варьирует от 15 до 60%, а летальность — от 10 до 30% [2, 3, 6]. Анализ литературы показывает, что послеоперационный панкреатит и несостоятельность швов панкреатоеюнально-

го анастомоза являются ведущей причиной летальных исходов. Частота этого осложнения колеблется от 10 до 40% [1, 4, 8, 11].

Проблема профилактики развития культевого панкреатита и несостоятельности швов панкреатоеюнального анастомоза не теряют своей актуальности и в настоящее время. Нет единого подхода в определении оптимального уровня резекции поджелудочной железы и способа обработки ее культи с формированием панкреатоеюнального анастомоза, предупреждающего развитие культевых панкреонекрозов. По нашему мнению, несостоятельность панкреатоеюнальных анастомозов обусловлена главным образом некрозом культи поджелудочной железы в результате пострезекционных расстройств кровообращения в этой зоне.

В анатомическом эксперименте мы провели исследования ангиоархитектоники поджелудочной железы применительно к панкреатодуоденальной резекции. Для этого лигировали все сосуды, питающие головку поджелудочной железы, вводили рентгеноконтрастное вещество в селезеночную и нижнюю артерии поджелудочной железы, которые являются основными источниками кровоснабжения сохраняемой ее части при панкреатодуоденальной резекции. Поджелудочную железу пересекали на уровне верхней брыжеечной вены. Производили рентгеновазографию препарата. Изучение рентгеновазограмм показало, что в ряде случаев в зоне предполагаемой резекционной линии при панкреатодуоденальной резекции инъекция сосудов контрастной массой оказалась неполноценной, выявлялись аваскулярные зоны.

На основании анализа полученных ангиограмм мы пришли к заключению, что смещение резекционной линии в ди-

стальном направлении положительно сказывается на кровоснабжении в сохраняемой части поджелудочной железы. Резекционную линию следует располагать в непосредственной близости от крайней панкреатической ветви селезеночной артерии.

Формирование панкреатоеюнального анастомоза с учетом ангиологических исследований включает пересечение поджелудочной железы на необходимом уровне и создание анастомоза “конец-в-конец” между культей поджелудочной железы и тощей кишкой инвагинационным способом. Для мобилизации поджелудочной железы рассекаем переходную складку брюшины над верхним краем поджелудочной железы, смещаем лимфатические узлы, прилегающие к селезеночной артерии. Брюшину рассекаем вдоль нижнего края поджелудочной железы. Последнюю мобилизуем до соответствующего уровня в зависимости от протяженности опухоли, чтобы резекционный срез располагался на расстоянии не менее 3 см от края опухоли и проксимальнее поджелудочной ветви селезеночной артерии. После удаления панкреатодуоденального комплекса культю поджелудочной железы мобилизуем в дистальном направлении путем рассечения переходной складки брюшины по верхнему и нижнему краям, выделяем из ретроперитонеальной области на протяжении 3—4 см. Мобилизацию доводим до уровня вступления в паренхиму железы поджелудочной ветви селезеночной артерии, затем дистальнее описанного выше сосуда на протяжении 1,5—2 см. На расстоянии 3—4 см от края резекционной линии тощей кишки и культя поджелудочной железы дистальнее поджелудочной ветви селезеночной артерии накладываем первый ряд швов: узловые серозно-мышечные с захватом паренхимы железы в поперечном направлении. Подобными швами составляем второй ряд швов полосы у резекционной линии. Формируем передний ряд швов. Погружаем культю поджелудочной железы в серозно-мышечный цилиндр тощей кишки на протяжении 4 см вместе с крайней сохраненной поджелудочной ветвью селезеночной арте-

рии, располагая второй ряд швов на уровне между крайней сохраненной и последующими поджелудочными ветвями селезеночной артерии.

В абдоминальном отделении КОЦ МЗ РТ с 1982 по 1999 г. было выполнено 119 панкреатодуоденальных резекций с летальностью 3,1%. Панкреатодуоденальную резекцию у всех больных производили по принятой в клинике методике. Первый этап — мобилизацию и удаление гастропанкреатодуоденального комплекса — производили стандартно. Последовательность анастомозов в восстановительном этапе была следующей: панкреато-кишечный, желчно-кишечный, желудочно-кишечный с добавлением межкишечного анастомоза. У 97 больных билиопанкреатодуоденальным раком заболевание сопровождалось выраженной механической желтухой. Панкреатодуоденальную резекцию у больных этой группы выполняли после ликвидации холестаза путем холецистостомии или чрескожной чреспеченочной холангиостомии.

Оперированных больных разделили на 2 группы. В 1-ю (контрольную) группу вошли 15 больных, оперированных с 1982 по 1986 г, во 2-ю (группу клинических наблюдений) — 101 больной, прооперированный с 1987 по 1999 г. У больных группы клинических наблюдений в отличие от контрольной использовали новый способ обработки поджелудочной железы с учетом кровоснабжения сохраняемой культя (авторское свидетельство № 1598973), формировали инвагинационный конце-концевой панкреатоеюнальный анастомоз и активно дренировали панкреатоеюнальный комплекс.

Анализ непосредственных результатов показал, что специфическими осложнениями, характерными для панкреатодуоденальных резекций, являются развитие послеоперационного панкреатита и несостоятельность швов панкреатоеюнального анастомоза. Внедрение нового способа обработки поджелудочной железы и модификация метода формирования инвагинационного панкреатоеюнального анастомоза позволили снизить частоту развития послеопера-

ционного панкреатита и несостоятельности швов панкреатоеюнального анастомоза до 0,7%.

Наряду с формированием надежно панкреатоеюнального анастомоза, требуется создание "функциональной" панкреатэктомии на время заживления анастомозов. Арсенал существующих лекарственных препаратов не всегда эффективен. Поэтому было изучено влияние сандостатина на течение послеоперационного периода и функцию сохраняемой части поджелудочной железы у больных, перенесших панкреатодуоденальную резекцию. Выполнены 23 панкреатодуоденальные резекции с применением сандостатина. Препарат вводили по схеме 0,1 мг подкожно во время операции, затем 0,1 мг через каждые 12 часов в течение 4–5 суток. Контрольная группа состояла из 10 больных, перенесших панкреатодуоденальную резекцию без применения сандостатина. В основной и контрольной группах изучали показатели амилазы, характер отделяемого по дренажам. Применение сандостатина в первые сутки приводило к значительному снижению уровня амилазы по сравнению с таковым в контрольной группе. Осложнений в послеоперационном периоде у больных с применением сандостатина не отмечено. Мы связываем это с техническими особенностями формирования панкреатоеюнального анастомоза и профилактическим эффектом применения сандостатина.

Накопление опыта выполнения панкреатодуоденальных резекций и совершенствование методов пред- и послеоперационного ведения больных позволяют существенно улучшать непосредственные исходы панкреатодуоденальных резекций.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Буянов В.М., Егизев В.Н.//Хирургия. — 1996. — № 2. — С. 5–7.
2. Данилов М.В., Помелов В.С., Вишневский В.А. и др.//Хирургия. — 1990. — № 10. — С. 94–100.
3. Егизев В.И., Рудаков М.Н.//Анн. хир. гепатол. — 1997. — Т. 2. — С. 82–87.
4. Патютко Ю.И., Игнатюк В.Г., Лагоиный А.Т. и др.//Хирургия. — 1995. — № 3. — С. 26–29.
5. Черный В.А. Хирургическое и комплексное лечение рака желудка: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук. — К., 1983.
6. Шалимов А.А.//Анн. хир. гепатол. — 1996. — Т. 1. — С. 62–66.
7. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Панченко С.Н. и др.//Хирургия. — 1986. — № 10. — С. 156–159.
8. Akkermans M. Decision making in the treatment of pancreatic cancer, a retrospective analysis. — Amsterdam, 1994.
9. Brooks J.R., Brooks D.C., Levine J.D.//Ann. Surg. — 1989. — Vol. 209. — P. 405–410.
10. Cameron J.L., Pitt H.A., Yeo C.J., Lillemoe K.D.//Ann. Surg. — 1993. — Vol. 217. — P. 430–438.
11. Crist D.W., Cameron J.L.//Hepato-Gastroenterology. — 1989. — Vol. 36. — P. 478–485.
12. Evans D.B., Skibber J.M., Ames F.C. et al.//Cancer Bull. — 1991. — Vol. 43. — P. 279–282.
13. Mafune K., Tanaka Y., Ma V.V., Takido K.//Surg. Oncol. — 1995. — Vol. 60. — P. 277–281.
14. Suzuki W. et al.//Surg. Today. — 1996. — Vol. 26. — P. 42–45.
15. Trede M., Schwall G., Saeger H.//Ann. Surg. — 1990. — Vol. 211. — P. 447–458.
16. Wade T.P., Halaby I.A. et al.//Surgery. — 1996. — Vol. 680. — P. 1989–1994.

Поступила 20.03.00.

#### SURGICAL ASPECTS OF THE RADICAL TREATMENT OF THE CANCER OF THE PANCREAS AND PANCREATODUODENAL ZONE

I.R. Aglullin, R.M. Taziev

#### S u m m a r y

As many as 119 pancreatoduodenal resections are analyzed. The specific complications of the pancreatoduodenal resections are the postoperative pancreatitis development and incompetence of the pancreatojejunal anastomosis sutures. The introduction of the new treatment method of the pancreas and formation of the intussusceptional pancreatojejunal anastomosis made it possible to decrease the rate of the postoperative pancreatitis and incompetence of the pancreatojejunal anastomosis sutures up to 0,7% and the postoperative mortality up to 3,1%.