

## Ближайшие результаты хирургического лечения рака головки поджелудочной железы

С. А. Касумьян.

Р. А. Алибегов.

А. В. Бельков.

А. Н. Шитов.

А. А. Бескосный.

А. Ю. Некрасов.

Б. А. Покусаяев

Кафедры госпитальной  
хирургии (зав. — проф.

С.А. Касумьян) и

факультетской

хирургии (зав. -проф.

А.В. Бельков)

Смоленской

Государственной

медицинской академии

*В работе представлены ближайшие результаты хирургического лечения больных раком головки поджелудочной железы. В период с 1975 по 1997 г. проведено хирургическое лечение у 479 больных раком органов панкреатодуоденальной зоны. Из них рак поджелудочной железы наблюдался у 375 (78.3%) больных. Радикальные операции выполнены у 62 больных. При этом резектабельность составила 16.5%. Проведен детальный ретроспективный анализ историй болезней у 145 больных раком головки поджелудочной железы. Летальность после радикальных операций составила 9.7%; послеоперационные осложнения отмечены у 35.5% больных. Различные виды паллиативных вмешательств осуществлены у 83 больных с летальностью 9% и послеоперационными осложнениями — 29.5%.*

## Immediate Results of Surgical Treatment of Pancreatic Head Carcinoma

S. A. Kasumyan.

R. A. Alibegov.

A. V. Belkov.

A. N. Shitov.

B. A. A. Beskosny.

C. A. Yu. Nekrasov.

D. B. A. Pokusayev

Department of Hospital  
Surgery (Director-Prof.

S.A. Kasumyan) and

Department of Faculty

Surgery (Director-Prof.

A.V. Belkov), Smolensk

State Medical Academy

*The article deals with the short-term outcomes of surgical treatment of patients with pancreatic head carcinoma. A total of 479 patients underwent surgery for pancreatoduodenal-organ carcinoma over the period from 1975 to 1997. Of these, 375 patients (78.3%) turned out to have pancreatic head carcinoma. Radical operations were performed in 62 patients, resectability amounting to 16.5%. A detailed retrospective analysis of case histories was carried out for 145 patients with pancreatic head carcinoma. The mortality rate after radical surgery amounted to 9.7%; postoperative complications were noted in 35.5% of the patients involved. Various types of palliative interventions were performed in 83 patients, with a case mortality rate of 9.0%, and postoperative complications encountered in 29.5% of the patients concerned.*

Рак поджелудочной железы занимает третье место по распространенности среди злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта [16]. В структуре злокачественных новообразований органов панкреатодуоденальной зоны рак поджелудочной железы занимает первое место, на его долю приходится 60-94% [2, 12, 18]. Заболеваемость раком поджелудочной железы продолжает расти, а резектабельность все еще остается низкой, составляя 5-23% [8, 15, 21].

С тех пор как Whipple [28] в 1935 г. сообщил о результатах панкреатодуоденальной резекции (ПДР), последняя в различных модификациях является операцией выбора в лечении рака головки

поджелудочной железы и периапулярной зоны. За последние десятилетия летальность после ПДР заметно снизилась [9, 29], однако пока остается достаточно высокой, составляя, по данным разных авторов, 7-17% [6, 7, II, 17, 21]. Высокими продолжают оставаться и показатели послеоперационных осложнений - 21-50% [7, 12, 13].

Химио- и радиотерапия не привели к существенному увеличению продолжительности жизни больных раком поджелудочной железы, причем у 80% из них операции ограничиваются паллиативными вмешательствами [16]. Большинство хирургов сосредотачивает свое внимание на резектабельных опухолях. В действительности же к моменту обращения больных большая часть опухолей поджелудочной железы является нерезектабельной и выбор оптимального способа паллиативных операций при соответствующих к ним показаниях имеет важное значение для максимального продления жизни пациентов и улучшения ее качества.

У 80-90% больных рак головки поджелудочной железы осложняется механической желтухой [20, 25]. Хирургические вмешательства на высоте желтухи сопровождаются высокой летальностью и тяжелыми послеоперационными осложнениями. В связи с этим большинство хирургов операции выполняет в два этапа. Малоинвазивная декомпрессия желчевыводящих путей используется как первый этап операции. Такой подход обеспечивает улучшение функций печени, уменьшение токсических воздействий эндотоксинов на организм, обуславливает значительное снижение послеоперационных осложнений, когда выполняется основной этап операции [1, 12].

Целью нашего исследования явилось изучение ближайших результатов операций при раке головки поджелудочной железы.

### **Материал и методы**

За период с 1975 по 1997 г. проведено лечение 479 больным раком поджелудочной железы и периапулярной зоны. Из них рак поджелудочной железы наблюдался у 375 (78.3%) больных. За этот период выполнено 104 ПДР; из них при раке поджелудочной железы - у 62 (59.6%) больных.

Проведен ретроспективный анализ историй болезней у 145 больных раком головки поджелудочной железы. Мужчин было 87, женщин - 58; возраст больных варьировал от 23 до 89 лет. В анализируемую группу вошли 62 больных, которым в период с 1975 по 1997 г. выполнена ПДР, и 83 больных, которым сделаны различные виды паллиативных операций в течение 1989-1997 гг.

Изучали клиническую симптоматику заболевания, результаты иммуноферментного анализа с использованием онкомаркеров, данные биопсии поджелудочной железы (предоперационные и интраоперационные), результаты предоперационного билиарного дренирования, причины летальности после различных видов операций и послеоперационных осложнений.

Диагностика рака поджелудочной железы основывалась на следующих тестах: 1) клинико-лабораторные исследования; 2) ультразвуковое исследование; 3) рентгеновская компьютерная томография; 4) простая и комбинированная лапароскопия; 5) ретроградная панкреатикохолангиография; 6) чрескожная чреспеченочная холангиография; 7) исследование опухолевых маркеров; 8) биопсия головки поджелудочной железы (предоперационная и интраоперационная).

### **Результаты**

**Клиническая симптоматика.** Желтуха была основным симптомом заболевания больных, перенесших как радикальные, так и паллиативные вмешательства. Она наблюдалась у 75% больных раком поджелудочной железы (ПЖ), а при локализации опухоли в головке ПЖ процент желтухи увеличивался до 93.6%. Другими часто встречающимися симптомами были боли в верхних отделах живота, похудание.

Сахарный диабет наблюдался у 10 больных, причем у всех этих больных обнаружен неоперабельный рак ПЖ. Продолжительность желтушного периода (с момента появления желтухи до установления диагноза) не различалась в группах операбельных и неоперабельных больных. Длительность желтухи составила от одной до 8 недель (в среднем 3.2 недели).

Признаки нарушения дуоденальной проходимости отмечены у 52 больных.

**Иммуноферментный анализ онкомаркеров сыворотки крови.** Оценены результаты определения уровня углеродного антигена СД 19-9, ракового эмбрионального антигена (РЭА) и

альфа-фетопротеина (АФП) у больных раком поджелудочной железы. При анализе полученных данных выявлены следующие закономерности: 1) достоверное повышение уровня СА 19-9 при раке поджелудочной железы отмечено у 84.2% больных; 2) уровень СА 19-9 был достоверно выше у больных с нерезектабельной опухолью, чем у больных с резектабельной опухолью; 3) непосредственно после радикальных операций уровень СА 19-9 снижается до нормы; 4) комплексное определение уровней опухолевых маркеров СА 19-9, АФП, РЭА позволяет провести дифференциальную диагностику локализованных и генерализованных форм рака.

**Оценка результатов биопсии поджелудочной железы.** Выполнение предоперационной биопсии поджелудочной железы является сложной задачей. Диагностическая информативность чрескожной тонкоигольной биопсии поджелудочной железы под контролем ультразвукового исследования (УЗИ) составила 63.3% у больных с нерезектабельной опухолью и 0% - у больных с резектабельной опухолью. Учитывая недостатки пункционной биопсии, в клинике разработано принципиально новое устройство для осуществления трансдуоденальной биопсии головки поджелудочной железы (а.с. № 15264554 от 08.08.1989 г.), При локализации опухоли в головке ПЖ информативность метода составила 97.7%.

Диагностическая информативность интраоперационной тонкоигольной биопсии поджелудочной железы у больных с резектабельной опухолью составила 71.4%, а у больных с нерезектабельной опухолью - 81.2%. При использовании устройства, разработанного в клинике для интраоперационной пункционно-тракционной биопсий (рац. предложение отраслевого значения № 0-3169, 1988 г.), удалось снизить процент диагностических ошибок до 2.2%.

**Предоперационное билиарное дренирование** Декомпрессия желчевыводящих путей с помощью малоинвазивных методик в качестве первого этапа операции выполнена у 118 больных. Лапароскопическая гепатохолецистостомия осуществлена у 82, лапароскопическая холецистостомия-33, дренирование желчных протоков под контролем УЗИ и электронно-оптического преобразователя - у 3 больных. В связи с неудачей и осложнениями наружного дренирования у 11 пациентов выполнена лапаротомия (у всех 11 больных осложнения наблюдались после чреспеченочных вмешательств). У 5 больных декомпрессия желчевыводящих путей явилась единственной и окончательной операцией, поскольку запущенная стадия заболевания и тяжесть состояния не позволяли осуществлять второй этап операции. Умер один больной в результате прогрессирования печеночно-почечной недостаточности.

В зависимости от степени тяжести желтухи и темпов устранения последней планировался второй этап операции - в среднем через 2-4 недели.

**Хирургическое лечение.** Панкреатодуоденальная резекция выполнена у 62 больных. Из них у одного больного выполнена тотальная панкреатодуоденоспленэктомия, у другого сделана пилоросохраняющая ПДР. У 6 больных при распространении опухоли головки поджелудочной железы на воротную и верхнюю брыжеечную вены произведено иссечение участка стенки вены с наложением бокового сосудистого шва.

Различные виды желчеотводящих операций выполнены у 78 больных: у 34 - холецистоэнтеростомия, у 37 - холедоходуоденостомия, у 5-гепатикоеноностомия с выключенной по Ру петель тонкой кишки. Как вынужденное вмешательство у одного больного осуществлена холецистодуоденостомия, а еще у одного - гепатикодуоденостомия. У 12 больных при нарушении дуоденальной проходимости наряду с билиодигестивными анастомозами формировали гастроэнтероанастомоз.

**Летальность.** Летальность после ПДР составила 9.7% (из 62 больных умерли 6). Сравнивая показатели летальности в разные периоды работы, можно отметить, что в последние годы удалось значительно снизить послеоперационную летальность. Так, средние показатели летальности с 1975 по 1988 г. составили 12.9%, а с 1989 по 1997 г. -6.4%.

Летальность после желчеотводящих операций составила 9% (из 78 больных умерли 7). Наиболее высокая летальность отмечена после холецистоэнтеростомии (15.6%). Летальность после холедоходуоденостомии составила 5.4%.

**Осложнения.** Различные виды осложнений после ПДР наблюдались у 22 (35.5%) больных. Развитие перитонита отмечено у 11 (50.0%) больных (у 6 больных - несостоятельность

панкреатоюноанастомоза, у 5 — несостоятельность холедохоеюноанастомоза). Необходимость в релапаротомии возникла у 4 больных. Умерли после операции 3 больных.

Кровотечение наблюдалось у 5 (22.7%) больных (у 3 - из язвы гастроэнтероанастомоза и у 2 - из аррозированных сосудов селезенки и поджелудочной железы - релапаротомия выполнена у 2). Оба пациента умерли от продолжающегося кровотечения. Другие осложнения - раневая инфекция и пневмония отмечены у 6 (27.2%) больных.

Осложнения после желчеотводящих операций наблюдали у 23 (29.5%) больных. Полиорганная недостаточность отмечена у 5 (21.7%) больных. Умерли в результате прогрессирования полиорганной недостаточности и раковой интоксикации 4 больных. Кровотечение из язв желудка и двенадцатиперстной кишки диагностировано у 5 (21.7%) больных. Из них двое больных умерли от продолжающегося кровотечения. Несостоятельность желчеотводящего анастомоза наблюдалась у одного больного. Последний умер от прогрессирующего перитонита. Нагноение послеоперационной раны отмечено у 8 (34.8%) больных. Пневмония наблюдалась у 4 (17.4%) больных. Следует отметить, что летальность после паллиативных операций в основном наблюдалась у больных, которым операция выполнялась на высоте желтухи.

### **Обсуждение**

Среди злокачественных опухолей панкреатодуоденальной зоны рак поджелудочной железы встречается наиболее часто. По нашим данным, рак ПЖ наблюдался у 78.3% больных. Чаще рак ПЖ встречается у мужчин (особенно старше 60 лет), чем у женщин [14]. По нашим данным, соотношение женщин и мужчин составляет 1 : 14.

Основными клиническими проявлениями болезни, как и по данным литературы, были желтуха, боли в животе, потеря массы тела.

Признаки нарушения дуоденальной проходимости выявлены у 36.6% больных. По сведениям литературы, у 30,5% больных наблюдаются клинические симптомы нарушения дуоденальной проходимости. У больных же с запущенной стадией заболевания частота дуоденальной непроходимости увеличивается до 50% [18].

При сравнении клинической симптоматики заболевания в группах больных с операбельными и неоперабельными опухолями нами не обнаружено существенных различий в клинических проявлениях болезни, за исключением факта, что нарушения дуоденальной проходимости встречались в основном в группе больных с запущенным раковым процессом. Приведенные данные позволяют считать, что убедительных клинических признаков для ранней диагностики рака панкреатодуоденальной зоны, к сожалению, нет.

В ряде случаев при использовании инструментальных методов исследования затруднена дифференциальная диагностика хронического панкреатита и рака ПЖ (локализованной и генерализованной форм опухоли). В этих ситуациях можно использовать онкомаркеры СА 19-9, РЭА, АФП. В наших исследованиях у 84.2% больных раком поджелудочной железы отмечено достоверное повышение уровня СА 19-9. Отмечено также достоверное повышение уровня СА 19-9 у больных с нерезектабельной опухолью по сравнению с резектабельной. Уровень АФП, РЕА при локализованных формах рака ПЖ практически не превышал норму. Однако при генерализованных формах рака, особенно у больных с метастазами в печень, показатели АФП и РЕА достоверно увеличивались. Показатели СА 19-9 после ПДР достоверно снижались при условии радикальности выполнения операции. Это позволило в последующем использовать СА 19-9 для оценки радикальности выполненной операции, а также для раннего выявления рецидива опухоли. По данным литературы чувствительность СА-19-9 при раке поджелудочной железы составляет 80-90%, специфичность - 80-95% [5, 15]. Результаты наших исследований сопоставимы с этими данными. Имеются сообщения о достаточно высокой чувствительности РЕА при раке поджелудочной железы [23]. Однако в этой серии исследований нами не подтверждается высокая чувствительность РЕА при раке поджелудочной железы.

Высокая чувствительность и специфичность СА 19-9 при раке поджелудочной железы позволяет рекомендовать его в качестве дифференциальной диагностики хронического панкреатита и

рака поджелудочной железы, а также использовать для мониторинга радикальности операции, выявления рецидивов заболевания [4, 5, 10, 15].

Несмотря на значительные успехи инструментальных методов диагностики рака поджелудочной железы, заключение об онкологическом заболевании можно делать только после морфологических исследований. Мы не рекомендуем выполнять чрескожные биопсийные исследования ПЖ (цитологическая диагностика) тем больным, которым предполагается радикальные операции, поскольку предоперационное определение природы опухоли не может отменить необходимость операции. К тому же имеется потенциальный риск внутрибрюшной диссеминации опухоли после биопсии [27]. При этом информативность чрескожных цитологических исследований составила для больных с нерезектабельной опухолью 63.3%, а для больных с резектабельной опухолью - 0%.

Используя разработанные нами методы получения биоптата поджелудочной железы для морфологического исследования, удалось снизить процент ошибок при эндоскопической трансдуоденальной биопсии головки поджелудочной железы до 2.3%, при интраоперационной биопсии поджелудочной железы - до 2.2%. По данным различных авторов [13, 21, 22], предоперационная морфологическая верификация диагноза рака поджелудочной железы достигается у 40-91% больных.

Лечение больных в большинстве случаев осуществлялось в два этапа. На первом этапе выполнялась декомпрессия билиарного тракта. У части больных операции, выполненные на первом этапе, являлись единственными и окончательными, поскольку запущенная стадия заболевания и тяжесть состояния не позволяли осуществить второй (основной) этап операции. Тактика выполнения операции в два этапа у больных раком поджелудочной железы, осложненной желтухой, придерживается большинством хирургов. Многочисленными исследованиями было показано значительное уменьшение показателей летальности и послеоперационных осложнений, когда операция выполнялась в два этапа [1,3,6, II, 16, 25].

Панкреатогастродуоденальная резекция в различных модификациях является стандартной операцией при раке головки ПЖ. Другой разновидностью радикальной операции является тотальная панкреатэктомия. Последняя, хотя и отличается большей радикальностью, но непосредственная летальность после ПДР ниже, чем после тотальной панкреатэктомии, а пятилетняя выживаемость после обоих методов операций существенно не различается [26]. Выбирая метод операции, мы ориентируемся на качество жизни оперированных больных - после тотальной панкреатэктомии чаще развиваются трудно коррегируемые метаболические нарушения [3].

Панкреатогастродуоденальная резекция выполнена у 62 больных. Из них у одного больного выполнена тотальная панкреатодуоденоспленэктомия, у другого сделана пилоросохраняющая ПДР. Резектабельность при раке головки поджелудочной железы составила 16.5%. За последние десять лет резектабельность удалось повысить до 22.4%. По сведениям большинства авторов, резектабельность при раке головки поджелудочной железы составляет от 5 до 23% [8, 12, 15, 21]. Однако ряд авторов [19,24], применяя расширенные ПДР, включающие резекцию мезентериально-портального венозного ствола, верхней брыжеечной артерии, повысили резектабельность рака головки поджелудочной железы до 50.7-57%.

Летальность после ПДР составила 9.7% (из 62 больных умерли 6). Начиная с 1989 г. по 1997 г. летальность удалось снизить до 6.4%. (Из 31 больного умерли 2.) По данным литературы, летальность после ПДР составляет 7-17% [6, 7, I I, 17, 21]. В то же время некоторые авторы сообщают о значительном уменьшении летальности после ПДР в последнее десятилетие [9, 13, 29].

Несмотря на уменьшение летальности в последние годы, ПДР все еще остается сложным, травматичным вмешательством с высокой частотой послеоперационных осложнений, составляющими 21-50% [7, 12, 13, 21]. Различные послеоперационные осложнения наблюдались у 35.5% больных. Релапаротомия выполнена у 10.2% больных.

Основной причиной послеоперационных осложнений и летальности является панкреатит и несостоятельность панкреатоюноанастомоза. Учитывая этот факт, в целях предупреждения указанных осложнений, применяется модифицированный способ ПДР, предусматривающий декомпрессию зоны панкреатоюноанастомоза.

При возникновении несостоятельности панкреатоеюноанастомоза предложенная технология операции позволяет разъединить указанный анастомоз с формированием наружной панкреатикостомы. В последующем панкреатический свищ закрывается самостоятельно, либо устраняется пломбировкой панкреатического протока биологическим клеем и/или парентеральным введением синтетического аналога соматостатина (сандостатин). Наиболее часто после ПДР осложнения развивались при мягкой консистенции тела поджелудочной железы и узком панкреатическом протоке. В связи с этим в последнее время у данной категории больных предпочтение отдается формированию наружной панкреатикостомы с последующей отсроченной окклюзией панкреатического протока клеевой композицией "Рабром. Другим методом профилактики несостоятельности панкреатоеюноанастомоза и панкреатита является применение в послеоперационном периоде сандостатина с целью угнетения экскреторной функции поджелудочной железы.

При выборе способа паллиативной желчеотводящей операции, предпочтение отдаем формированию билиодигестивного анастомоза с магистральным желчным протоком. Оптимальным вариантом является формирование анастомоза гепатикохоледоха с выключенной по Ру петлей тонкой кишки. Однако длительность операции, определенный риск у ослабленных и тяжелых больных ограничивают применение данной методики операции. В тех ситуациях, когда операция выполняется у тяжелых больных и нужно ее завершить быстро, предпочтение отдается холедоходуоденоанастомозу, а не холецистоеюноанастомозу. Правильность такого подхода подтверждается более низкой летальностью после холедоходуоденостомии (5.4%), чем после холецистоэнтеростомии (15.6%).

Необходимость выполнения профилактической гастроэнтеростомии, упреждающей развитие дуоденальной непроходимости, все еще обсуждается в литературе [16, 21]. В наших наблюдениях гастроэнтеростомия выполнена одновременно с билиодигестивной операцией у 15.4% больных, хотя количество больных с нарушением дуоденальной проходимости значительно больше. Анализируя собственные данные, считаем необходимым формировать гастроэнтероанастомоз при появлении первых признаков нарушения дуоденальной проходимости.

Наш клинический опыт и исследования других авторов убеждают, что резерв для дальнейшего улучшения результатов лечения безусловно имеется, и заключается он в ранней диагностике рака органов панкреатодуоденальной зоны, оптимальном дифференцировании объема хирургического вмешательства, а также в сочетании хирургических приемов с другими методами лечения злокачественных новообразований.

#### **Список литературы**

1. *Артемяева Н.Н., Саванов И.П., Образов И.К. и др.* Лечение механической желтухи при опухолях большого дуоденального сосочка и органов периампулярной области, 1-й Московский международный конгресс хирургов. М. 1995: 266-267.
2. *Благитко ЕМ., Доброе С.Д., Толстых Г.Н., Митин В.А.* Опыт панкреатодуоденальных резекций. 1-й Московский международный конгресс хирургов. М. 1995; 276-278.
3. *Данилов М.В., Федоров В.Д.* Хирургия поджелудочной железы. М. 1995:510.
4. *Данилов М.В., Глабай В.П., Бурцев И.М., Темирсултанов Р.Я.* Современные проблемы хирургии панкреатита. *Анналы хирургической гепатологии* 1996; 1:67-71.
5. *Егиев В.Н., Винницкий Л.И., Рудакова М.Н., Оболенский В.Н.* Изменение уровня опухолевых маркеров у больных с механической желтухой при раке периампулярной зоны — возможности в диагностике и прогнозировании течения заболевания, 1-й Московский международный конгресс хирургов. М. 1995; 331-332.
6. *Оноприев В. И., Мануйлов А. М., Рогаль М.Л. и др.* Радикальное лечение периампулярного рака, осложненного механической желтухой, 1-й Московский международный конгресс хирургов. М. 1995; 263-264.
7. *Патютко Ю.И., Игнатюк В.Г., Лагошный А.Т. и др.* Пути улучшения результатов гастропанкреатодуоденальных резекций по поводу опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны. *Хирургия.* 1995; 3:2&-29.

8. *Ходаков В.В., Желнина Т.Н.* Непосредственные результаты хирургического лечения панкреатодуоденального рака. Хирургия. 1994; 11: 14-16.
9. *Шалимов А.А.* Хирургическое лечение больных раком поджелудочной железы и панкреатодуоденальной зоны. Анналы хирургической гепатологии. 1996; 1:62-66.
10. *Шановальянц С.Г., Лебедева Н.Ф., Авдюхова Н.А.* Опухолевый маркер СА 19-9 в дифференциальной диагностике заболеваний панкреатобилиарной области, осложненных механической желтухой. 1-й Московский международный конгресс хирургов. М. 1995; 329-331.
11. *Allema J.H., Reinders M.E., Gulik T.M et al.* Results of pancreaticoduodenectomy for ampullary carcinoma and analysis of prognostic factors for survival. Surgery. 1995; 117: 3: 247-253.
12. *Bakkevold K.E., Kamhestad B.* Long-term survival following radical and palliative treatment of patients with carcinoma of the pancreas and papilla of Vater - the prognostic factors influencing the long-term results. A prospective multicentre study. Eur. J. Surg. Oncol. 1993; 19:2:147-161.
13. *Barras J.P., Gerssch P.* Whipple's operation for tumors of the pancreatic head and periampullar areal. Helv. Chir. Acta. 1993; 59: 5-6.
14. *Crist D.W., Camelon J.L.* Current status of pancreaticoduodenectomy for periampullary carcinoma. Hepato-gastroenterology. 1989; 36:478-485.
15. *Henne-Bruns D., Vogel L.* Diagnostik und therapie des pankreaskarzinoms. Dtsch. med. Wochenschr. 1994; 119:4:109-112.
16. *Johnson C.D., Jmrie C.W.* Pancreatic disease. Progress and prospects. - Springer - Verlag. - 380 p.
17. *Kirn S.M., Kim S.A., Choi S.Y., Kirn Y.C.* Surgical treatment of periampullary cancer — review of 766 surgical experiences of 8 hospitals. J. Korean. Med. Sci. 1992; 7: 4:297-303.
18. *Lee K.T., Tsai C.C., Ker C.G., Sheen P.C.* The management of obstructive jaundice caused by pancreatic head carcinoma and periampullary carcinoma. J. Formos. Med. Assoc. 1992; 91: 3: 208-213.
19. *Mimura H., Mori M., Hamazaki K., Tsuge H.* Isolated pancreatectomy for ductal carcinoma of the head of the pancreas. Hepatogastroenterology. 1994;41:483-488.
20. *Rosermurgy A.S., Burnett C.M., Wasselle J.A.* A comparison of choledochoenteric bypass and cholecystoenteric bypass in patients with biliary obstruction due to pancreatic cancer. Am. Surg. 1989; 55: 55-60.
21. *Shyr Y.M., Su C.H., Wang H.C. et al.* Comparison of resectable and unresectable periampullary carcinomas. J. Am. Coll. Surg. 1994; 178: 4: 369-378.
22. *Sperti C., Pasquali C., Di-Pi'ima F. et al.* Percutaneous CT - guided Fine needle aspiration cytology in the differential diagnosis of pancreatic lesions. Ital. J. Gastroenterol. 1994;26:3:126-131.
23. *Stucke D., Schneider W., Winkefmann M.* Tumormarker in der praxis. Internist. Prax. 1993; 33: 3: 565-574.
24. *Takahashi S., Ogata Y., Tsuzuki T.* Combined resection of the pancreas and portal vein for pancreatic cancer. Br. J. Surg. 1994;81:8:1190-1193.
25. *Trede M.* The surgical treatment of pancreatic carcinoma. Surgery. 1985; 97:28-35.
26. *Warshaw A.L., Svanson R.S.* Pancreatic cancer in 1988, possibilities and probabilities. Ann. Surg. 1988; 208: 541-553.
27. *Warshaw A.L.* Implications of peritoneal cytology for staging of early pancreatic cancer. Am. J. Surg. 1991; 161:26-30.
28. *Whipple A. O., Parsons W.B., Mullins C.R.* Treatment of carcinoma of the ampulla of Vater. Ann. Surg. 1935; 102:763-779.
29. *Yeo C.J., Cameron J.L., Muher M.M.* A prospective randomized trial of pancreaticojejunostomy after pancreaticoduodenectomy. Ann. Surg. 1995; 222: 4: 580.

#### **Комментарий**

*Проф. М.В. Данилов, (Кафедра хирургии факультета постдипломного образования ММА им. И. М. Сеченова)*

Статья С.А. Касумьяна и соавт. посвящена актуальной для хирургов и онкологов проблеме хирургического радикального и паллиативного лечения больных раком поджелудочной железы.

Публикация основана на достаточно представительном клиническом материале, включая наблюдения за 375 оперированными больными, из которых 62 подверглись радикальным операциям.

Работа выполнена на достаточно приемлемом научном уровне. Авторы использовали, в частности, такие современные диагностические методы как исследование опухолевых маркеров; модифицированный оригинальный метод интраоперационной биопсии поджелудочной железы (ПЖ) и др., при этом показана и ограниченность их диагностических возможностей, в особенности, при резектабельных опухолях ПЖ.

Не вызывают возражений и большинство рекомендаций авторов по хирургической тактике при раке ПЖ. В частности, обоснованно стремление снизить опасность осложнений и летальных исходов после радикальных и паллиативных операций путем превентивной декомпрессии билиарного тракта с помощью бескровных методов желчеотведения. Обоснованы также и такие тактические установки авторов по выполнению радикальных операций, как практически полный отказ от использования пилоросохраняющей ПДР при раке ПЖ как менее радикального вмешательства по сравнению с классической гастропанкреатодуоденальной резекцией.

Авторы справедливо видят в качестве одного из главных инструментов улучшения непосредственных исходов ПДР совершенствование методов обработки дистальной культи ПЖ. Они рекомендуют применение оригинального способа формирования панкреатоюноанастомоза, который при возникновении осложнений со стороны панкреатической культи может быть без труда разобщен и превращен в панкреатикостому. Однако оценить эффективность этого способа реконструкции и целесообразность его использования затруднительно, так как технические детали его выполнения авторами не приводятся.

К сожалению, традиционно для отечественных публикаций, в статье не затронуты такие методы профилактики осложнений операций на ПЖ, как использование препаратов соматостатина; не рассмотрена целесообразность использования тотальной дуоденопанкреатомии с целью повышения радикальности оперативного лечения; не дана оценка таких аспектов современной технологии, как криовоздействие при местнораспространенных опухолях ПЖ, лимфодиссекция в ходе радикальных операций, применение расширенных радикальных операций, например, с резекцией магистральных кровеносных сосудов, использование интраоперационной радио- и химиотерапии и др. Публикацию в целом следует оценить положительно, поскольку она дает практическому хирургу ценные методические рекомендации по лечению сложного и обширного контингента больных раком ПЖ.