

Критерии операбельности опухолей панкреатобилиарной зоны

А. В. Шабунин.

В. В. Бедин.

И. А. Радионов.

В. В. Павленко

Областной
гепатологический центр
(заведующий — к. м. н.
А.В. Шабунин), г.
Кемерово

В Областном гепатологическом центре г. Кемерово на протяжении 1990-1997 гг. наблюдали 342 больных с опухолью головки поджелудочной железы, терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка. Хирургическое вмешательство выполнили у 237 пациентов (69.2%) — 193 паллиативных операций (81.4%) и 44 панкреатодуоденальных резекций (18.6%). Проведен анализ послеоперационных осложнений, летальности и продолжительности жизни в этих группах больных в зависимости от степени дифференцировки опухолей, которая может служить диагностическим критерием определения операбельности и прогностическим критерием течения ближайшего послеоперационного периода и продолжительности жизни

Criteria for Operability of Pancreatobiliary Tumours

A. V. Shabunin.

V. V. Bedin.

I. A. Radionov.

V. V. Pavlenko

Regional Hepatological
Centre (Director - Cand.
Med. Sci. A.V. Shabunin),
Kemerovo

342 patients with tumours of the pancreatic head, terminal portion of the choledochus and major duodenal papilla were treated at the Kemerovo Regional Hepatological Centre over the period from 1990 to 1997. Surgical interventions were carried out in 237 patients (69.2%). Of these, there were 193 palliative operations (81.4%), and 44 pancreatoduodenal resections (18.6%) performed. Analysis was made of postoperative complications, mortality and survival rates in these groups of patients with due regard for the tumour differentiation degree which may serve as a criterion for determining the Operability and a prognostic criterion to determine the course of immediate postoperative period and the patient's longevity.

Радикальной операцией при опухолевом поражении головки поджелудочной железы, большого дуоденального сосочка (БДС) и терминального отдела общего желчного протока (ОЖП) считается наиболее сложное и травматичное хирургическое вмешательство - панкреатодуоденальная резекция (ПДР). Высокий процент послеоперационных осложнений и летальности, относительно небольшая продолжительность жизни оперированных больных, говорят об актуальности проблемы оптимизации хирургической тактики при опухолевом поражении панкреатобилиарной зоны. В отдельных случаях продолжительность жизни после паллиативных операций превышает аналогичный показатель после выполнения ПДР. В связи с этим перед оперирующим хирургом зачастую встает вопрос выбора оптимального хирургического пособия, способного реально продлить жизнь больного.

Общепризнанные критерии определения объема операции в зависимости от локализации, размеров опухоли, инвазии ее в окружающие органы и соматического состояния больного не позволяют добиться реального улучшения показателей операции и увеличения продолжительности жизни, которая по данным различных авторов через пять лет составляет от 0 до 5% [1, 2].

Цель нашего исследования - разработать дополнительные критерии для определения показаний к радикальному хирургическому вмешательству при опухолевом поражении панкреатобилиарной зоны.

Материал и методы

С 1990 по 1997 годы в областном гепатологическом центре г. Кемерово находилось на лечении 342 больных опухолевым поражением панкреатобилиарной зоны. У 30.8% больных диагностированы регионарные метастазы и назначена симптоматическая терапия.

Хирургические вмешательства были предприняты у 237 пациентов: у 1 1.4% больных по поводу опухоли терминального отдела ОЖП, у 13.1% больных по поводу опухоли БДС и у 75.5% больных в связи с опухолевым поражением головки поджелудочной железы. Возраст оперированных больных составил от 34 до 68 лет.

Декомпрессия желчевыводящих путей как окончательный метод лечения проведена 40.5% больным. В зависимости от показаний выполнялась микрохолецистостомия (МХС), чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) под контролем УЗИ или эндоскопическая папиллотомия с установкой "потерянных" дренажей - транспапиллярное дренирование (ЭПТ + ТПД).

Для решения вопроса об операбельности опухолевого процесса 141 больному выполнена лапаротомия, завершившаяся у 40.9% пациентов различными видами паллиативных вмешательств, 44 (18.5%) больным выполнена радикальная операция - ПДР.

Оперативное лечение у всех больных этой группы проводилось после декомпрессии желчевыводящих путей (МХС, ЧЧХС, ЭПТ + ТПД) и проведения предоперационной подготовки, включающей в себя дезинтоксикационную, гепатотропную, иммуномодулирующую и заместительную терапию, энтеральное введение желчи. Продолжительность предоперационной подготовки составляла от 10 до 24 суток.

У всех больных проводилось изучение гистологического материала, анализировались частота послеоперационных осложнений, летальности и продолжительность жизни. Для достоверности исследования больные, получавшие химиотерапию, не включались в статистическую обработку.

Результаты и обсуждение

В табл. 1 представлены результаты паллиативных вмешательств у 97 больных с опухолевым поражением панкреатобилиарной зоны.

Степень дифференцировки опухоли	Послеоперационные осложнения, абс. %	Летальность, абс. %	Продолжительность жизни, мес.
Низкодифференцированная (75 больных)	7, 9.3 ± 3.3	2, 2.6 ± 1.8	6.8 ± 0.5
Умеренно дифференцированная (22 больных)	3, 16.6 ± 3.3*	1, 4.5 ± 0.4 [#]	11.4 ± 1.3
Всего: 97 больных	10, 10.3 ± 3.3	3, 3.1 ± 1.0	9.1 ± 0.9

* ($p < 0.05$) – достоверность различий послеоперационных осложнений у больных с различной степенью дифференцировки опухоли;
[#] ($p < 0.05$) – достоверность различий показателей летальности у больных с различной степенью дифференцировки опухоли.

В данной группе больных преобладала низкая дифференцировка опухоли независимо от локализации (пациентов с высокодифференцированными опухолями не было). Декомпрессирующие операции заключались в выполнении реконструктивных вмешательств - холецистогастротомии (18), холедохо- или гепатикоэюностомии с выключенным сегментом тощей кишки (79).

Несмотря на небольшую продолжительность жизни у данной категории больных, процент послеоперационных осложнений и летальности был относительно небольшим и достоверно отличался при различной степени дифференцировки опухоли ($p > 0.05$). Преобладание низкодифференцированных опухолей вероятнее всего и обуславливает невозможность радикального лечения.

44 больным с опухолями панкреатобилиарной зоны нами выполнено радикальное хирургическое вмешательство - ПДР (табл. 2). В течении первых двух лет операция проводилась по классической методике С. Child (9 операций), с 1992 года мы используем иную схему реконструкции, когда желудок анастомозируется с выключенным по Ру участком тощей кишки [М.В. Данилов].

Из табл. 2 выделяются больные с низкой степенью дифференцировки опухоли. В этой группе больных получен значительно более высокий процент послеоперационных осложнений и летальности ($p < 0.01$), при достоверно не отличающейся средней продолжительности жизни (в сравнении с больными после выполнения паллиативных операций).

Таблица 2. Результаты радикальных операций			
Степень дифференцировки опухоли	Послеоперационные осложнения, абс. %	Летальность, абс. %	Продолжительность жизни, мес.
Низкодифференцированная 17 больных	9, 52.9 ± 7.1	7, 41.1 ± 11.9	8.1 ± 1.5
Умеренно дифференцированная 16 больных	5, 31.2 ± 8.5 *	2, 12.5 ± 8.2 [#]	20.3 ± 2.6
Высокотифференцированная 11 больных	1, 9.1 ± 1.5	0	29.4 ± 0.8
Всего: 44	15, 34.1	9, 20.4	19.2 ± 1.6

* ($p < 0.05$) – достоверность различий послеоперационных осложнений у больных с различной степенью дифференцировки опухоли;
($p < 0.05$) – достоверность различий показателей летальности у больных с различной степенью дифференцировки опухоли.

Анализ полученных данных (табл. 1, 2) показал достоверность различий между показателями послеоперационных осложнений и летальности после паллиативных и радикальных операций в однородных по степени дифференцировки опухолей группах.

Достоверно меньший процент послеоперационных осложнений и летальности ($p < 0.01$) при сравнимой средней продолжительности жизни после паллиативных операций, в группе больных с низкодифференцированными опухолями панкреатобилиарной зоны заставляет переосмыслить значение этого критерия при решении вопроса о необходимости выполнения радикального хирургического вмешательства.

Таким образом, прослеживается взаимосвязь между степенью дифференцировки опухоли и результатами радикального оперативного лечения. На основании этого можно выдвинуть предположение, что при низкой дифференцировке опухоли обширные травматичные хирургические манипуляции приводят к быстрой генерализации опухолевого процесса.

Учитывая, что в настоящее время не существует высокоэффективных и селективных химиопрепаратов, большое значение, на наш взгляд, имеет гистологическая или цитологическая верификация опухоли в предоперационном периоде, позволяющая в совокупности с общепризнанными критериями определить оптимальный объем операции в каждом конкретном случае.

В связи с этим в нашей клинике разработан метод забора цитологического материала перед операцией. При поражении головки поджелудочной железы выполняется пункционно-аспирационная биопсия под контролем УЗИ (Aloka-500, конвексный датчик 3.5 МГц с пункционным адаптером, иглой 20—22 G) с последующим цитологическим исследованием для определения уровня дифференцировки опухоли.

При поражении БДС или ОЖП биопсия выполняется по стандартной методике во время дуоденоскопии или после эндоскопической папиллотомии.

С 1996 года цитологическая или гистологическая верификация опухолевого процесса проводится нами всем больным с планирующейся радикальной операцией. За два года выполнено 55 пункционно-аспирационных биопсий (ПАБ). В 48 случаях данные цитологического исследования соответствовали гистологическому исследованию, проведенному в послеоперационном периоде. Достоверность ПАБ составила 80.7%. Осложнений не было.

Традиционное гистологическое исследование при опухолевом поражении БДС и ОЖП было достоверно у 11 (78%) из 14 пациентов (у 2 больных диагностировано кровотечение из папиллы, которое остановлено эндоскопически).

На основании анализа нашего материала считаем, что цитологическая или гистологическая верификация диагноза, с обязательным уточнением степени дифференцировки опухолевого поражения панкреатобилиарной зоны в предоперационном периоде может служить объективным и достоверным критерием определения операбельности процесса.

Таким образом, для решения вопроса об объеме операции помимо таких стандартных критериев, как соматическое состояние больного, возраст, степень инвазии опухоли в окружающие органы, большое значение имеет степень дифференцировки опухоли, позволяющая прогнозировать не только течение раннего послеоперационного периода, но и продолжительность жизни больного.

Список литературы

1. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. М.: Медицина 1995. С. 512.
2. Шалимов А.А. Хирургическое лечение больных раком поджелудочной железы и панкреатодуоденальной зоны // *Анналы хирургической гепатологии* 1996. № 1. С. 62-66.

Комментарий

Проф. М. В. Данилов

Проблема оценки операбельности при раке поджелудочной железы (ПЖ) и периампулярной зоны и прогнозирования исходов паллиативных и радикальных операций при этом заболевании имеет существенное значение. Одним из способов этой оценки может служить дооперационное морфологическое исследование материала из опухолевого очага, полученного пункционным или эндоскопическим путем. Как показывают авторы статьи, резектабельность при опухолях, продолжительность жизни после радикальных и паллиативных вмешательств при высокодифференцированном раке оказываются значительно выше, чем при низкодифференцированных опухолях.

Приведенные данные обосновывают целесообразность дооперационной биопсии, прежде всего, эндоскопической при опухолях периампулярной зоны как с целью верификации диагноза, так и прогнозирования возможности радикальной операции и ее исходов. Что касается пункционной биопсии при предполагаемом раке ПЖ, то она, по-видимому, обоснована, главным образом, при сомнениях в диагнозе или в целесообразности выполнения лапаротомии. В остальных случаях результаты пункционной биопсии ПЖ вряд ли оказывают существенное влияние на тактику операции, и поэтому нет оснований считать это дооперационное исследование безусловно необходимым.