

Трансдуоденальная папиллэктомия аппаратом СПП-200 при ИЗОЛИРОВАННЫХ Опухолях большого сосочка

Ф. Б. Алиджанов
Н. У. Арипова,
Б. А. Магруппов,
Т. Дехканов,
Х. Р. Хамидов
Научно-
специализированный
Центр гепато-
панкреато-
билиарной
хирургии Мэ РУз

Авторами разработан и внедрен в клиническую практику новый метод хирургического лечения изолированных опухолей большого дуоденального сосочка (БДС) - трансдуоденальная папиллэктомия сшивающим аппаратом СПП-20. Оперировано 8 больных (стадия 1-T1N0M0, стадия 2-T2N0M0). Для сравнения проанализированы результаты папиллэктомии рака БДС традиционным способом. Из 12 больных таких больных специфические послеоперационные осложнения в ближайшие сроки с летальным исходом наступили у 4 больных. Рецидив злокачественной опухоли отмечен у 4.

При проведении папиллэктомии механическим швом значительно сокращается число послеоперационных осложнений. Результаты свидетельствуют о преимуществе механического шва перед ручным при выполнении операции папиллэктомии.

Application of SPP-20 for transduodenal papillectomy in cases of isolated papillary tumours

B. Alijanov,
U. Aripov,
A. Magrupov,
T. Dekhkanov,
R. Kharnidov.
Scientific Specialised
Research Centre of
Hepatopancreatobiliary
Surgery
(Director-
academician U.A.
Aripov),
Uzbekistan
Ministry of
Health, Tashkent

Authors had worked out and introduced into the clinical practice a new method of surgical management of isolated papillary tumours. 8 patients (stage I — T1NoMo and stage 2 — T2NoMo) were operated on. In comparison results of conventional papillectomy were analysed—out of 12 patients specific postoperative complications with lethal outcome occurred in 4 and tumour recurrence in 4.

Application of mechanical suture significantly decreased the rate of postoperative complications. Results confirm advantages of mechanical suture at papillectomy.

Введение

Заметное увеличение частоты опухолей БДС в последнее время привлекает к себе все возрастающее внимание хирургов и онкологов. Рак БДС среди злокачественных новообразований билиопанкреатодуоденальной зоны занимает второе место, составляя 17—30 % [1,3,4,7,8].

Раком БДС одинаково часто болеют мужчины и женщины. Рак может развиваться в области сосочка из эпителия слизистой ДПК, ампулы, дистальных отделов желчного и панкреатического протоков.

Опухоли могут быть экзофитными в виде папилломатозных, полипообразных разрастаний, грибовидной формы или в виде «цветной капусты». Они мягковатой консистенции, имеют повышенную контактную кровоточивость, склонны к изъязвлениям.

Эндофитные инфильтративные формы рака БДС развиваются преимущественно из эпителия желчного и панкреатического протоков в виде плоского или округлого узла, инфильтрата или язвы.

Как утверждает Н. Н. Блохин и соавт. [1], визуальные и микроскопические границы опухоли практически совпадают.

Размеры опухоли могут быть небольшими, от нескольких миллиметров до больших, иногда обтурирующих просвет ДПК.

Отдаленные метастазирования — прежде всего в поджелудочную железу, но в дальнейшем, как и при раке желчного пузыря и протоков чаще в печень, по брюшине, в легкие.

Рак БДС в начальном периоде может сопровождаться болевым приступом в эпигастрии с иррадиацией их в спину, что обусловлено начинающейся билиарной гипертензией. Боли постоянные, ноющие, приступообразные, вскоре появляется и желтуха. У одной трети больных желтуха может явиться первым признаком рака БДС. Обычно желтуха носит прогрессирующий характер. По данным Н. А. Бражниковой и В. Х. Цхай [23], к сожалению, желтуха — самый частый, но не ранний признак опухоли БДС. Она наблюдается у 97—98 % больных. Как правило, желтуха осложняется холангитом (85%) с высокой температурой, нередко с холангитическими абсцессами печени, септическим состоянием.

Диагностика экзофитного рака БДС не представляет больших трудностей, вместе с тем своевременное установление диагноза способствует спасению жизни больного.

Трудности ранней диагностики рака желчных путей, в том числе и рака БДС, объясняются отсутствием специфических симптомов, особенно на дожелтушной стадии процесса, которая может продолжаться от нескольких недель до 2-3 месяцев, при этом больные своевременно не обращаются за квалифицированной медицинской помощью.

Вообще, топическая диагностика рака БДС по Н. Н. Блохину [13] была возможна у 60 % больных. Ныне внедрение в практику новейшей диагностической технологии значительно улучшило этот показатель.

По данным К. В. Панкина и соавт. [3,4] с внедрением ультразвуковой томографии, позволяющей визуализировать желчные пути на всем протяжении, включая ампулу БДС, появилась возможность диагностировать опухоли дистального отдела холедоха, БДС, головки ПЖ, дифференцировать их между собой. При этом информативность метода при раке БДС равна 91,3 %, но данный метод еще не получил широкого внедрения.

На сегодняшний день в диагностике опухолей дистального отдела холедоха и БДС ведущая роль принадлежит гастродуоденоскопии и ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ).

При эндоскопии по отсутствию или наличию желчи в ДПК можно сделать вывод о степени обтурации терминального отдела холедоха (ТОХ). Постановка диагноза рака не представляет труда уже при визуальном эндоскопическом выявлении новообразования в зоне БДС, но конечный диагноз и распространенность опухоли может быть подтвержден лишь после гистологического исследования биоптата.

Материал и методы исследования.

На сегодняшний день наличие злокачественной опухоли любой локализации, в том числе и рака ТОХ и БДС является абсолютным показанием к оперативному вмешательству.

Из всех локализаций опухолей желчевыводящих путей по Н. Н. Блохину [1] процент радикальных операций при раке БДС наиболее высок—45,3 %. При этом, при 1-ой (T1N0M0) и 2-

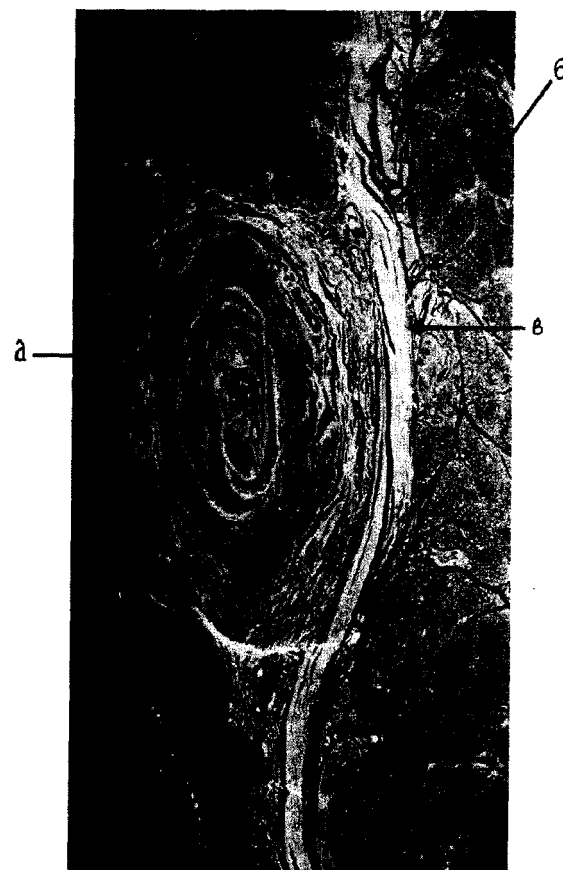


Рис. 1. Гистоморфологический срез на уровне БДС
а) Большой дуоденальный сосочек
б) Поджелудочная железа
в) Соединительнотканная перегородка

ой (T2N1M0) стадиях опухоли БДС - наиболее оправданной операцией является простая папиллэктомия.*

Однако, трансдуоденальная папиллэктомия, выполняемая традиционным методом ручного шва отличается технической сложностью, занимает много времени и чревата большим количеством послеоперационных осложнений. Так, после иссечения большого дуоденального сосочка проксимальные отрезки холедоха и вирсунгова протоков погружаются вглубь раны, что приводит к имплантации раковых клеток на здоровые участки холедоха и инфицированию окружающей клетчатки. В этих условиях велика опасность развития забрюшинной флегмоны и панкреатита (вплоть до панкреонекроза). Кроме этого после папиллэктомии, выполняемой в ручную, затруднена пластика устьев общего желчного и вирсунгова протоков и подшивание слизистой оболочки задней стенки двенадцатиперстной кишки, а главное, редко удается выполнить точную адаптацию краев сшиваемых тканей, что является одной из причин послеоперационных осложнений.

Послеоперационная летальность после традиционной папиллэктомии ручным швом, по данным различных авторов варьирует от 5 до 20%.

Нами разработан и внедрен в клиническую практику новый, не имеющий аналогов в мире, метод трансдуоденальной папиллэктомии при помощи аппарата СПП-20 ("способ трансдуоденальной папиллэктомии" заявка ШВГ 9700081-1/ГФ положительное решение от 06.02 98.)

До внедрения в клинику нового метода, последний был апробирован на трупах и в эксперименте (изучено анатомическое строение БДС, произведены гистоморфологические срезы этой области). При этом установлено, что в 9 случаях из 10 общий желчный проток и главный панкреатический проток впадали в общую ампулу большого дуоденального сосочка. В одном случае отмечено впадение главного панкреатического протока на уровне «гребня» БДС. Расстояние от устья вирсунгова протока до выходного отверстия фатерова сосочка варьировало от 4 до 15 мм.

Установлено, что перед формированием общей ампулы эти два протока расположены между циркулярными (изнутри) и продольными (снаружи) слоями мышечной оболочки двенадцатиперстной кишки.

Между ампулой БДС и тканью поджелудочной железы существует достаточно хорошо выраженная соединительнотканная перегородка (рис. 1), которая, по видимому, служит относительным барьером на пути быстрого распространения патологического процесса вглубь (в сторону поджелудочной железы) и при удалении БДС в пределах этой перегородки ткань поджелудочной железы не повреждается.

Трансдуоденальная папиллэктомия по нашей методике производилась под интубационным наркозом. Техника операции состоит в следующем: после мобилизации ДПК по Кохеру производится поперечная дуоденотомия над прощупываемой опухолью БДС и последний выводится в рану, фиксируется двумя держалками. Выполняется бужирование БДС катетером, введенным через культю пузырного протока или холедохотомический разрез. Катетер надевается на конец упорной губы аппаратом СПП-20 (рис. 2). Затем в просвет БДС вслед за катетером проводится упорная губа аппарата. Переднюю стенку БДС вместе с опухолью прошивает двумя рядами скобочных швов с последующим рассечением ткани между ними на протяжении до 2 см (до надампулярной части холедоха), — тем самым выполняется папиллосфинктерохоледохопластика (при необходимости длину разреза можно увеличить повторным прошиванием). Затем БДС с опухолью развертывается и иссекается вдоль перегородки между холедохом и панкреатическим протоком.

*До операции трудно установить стадию рака БДС. Более радикальной операцией является панкреатодуоденальная резекция. Редколлегия.

После канюлирования панкреатического протока опухоль вместе с БДС прошивается у основания в поперечном направлении и отсекается (рис. 3).

Данная техника вмешательства в полном объеме удалась у 7 больных. У одной больной из-за прорастания опухоли в устье панкреатического протока после папиллосфинктеропластики механическим швом вирсунгодуоденоанастомоз был наложен ручным швом. Всем больным после папиллэктомии накладывался супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз (ХДА) на случай возникновения стеноза анастомоза в ТОХ и рецидива опухоли, как это рекомендовал Б. В. Петровский с соавт. [6]. Во время папиллэктомии изучены изменения топографии ампулы БДС. Исследования показали, что практически у всех наших больных рост опухоли происходил в сторону просвета двенадцатиперстной кишки (ДПК) и топографоанатомические взаимоотношения элементов БДС оставались неизменными.

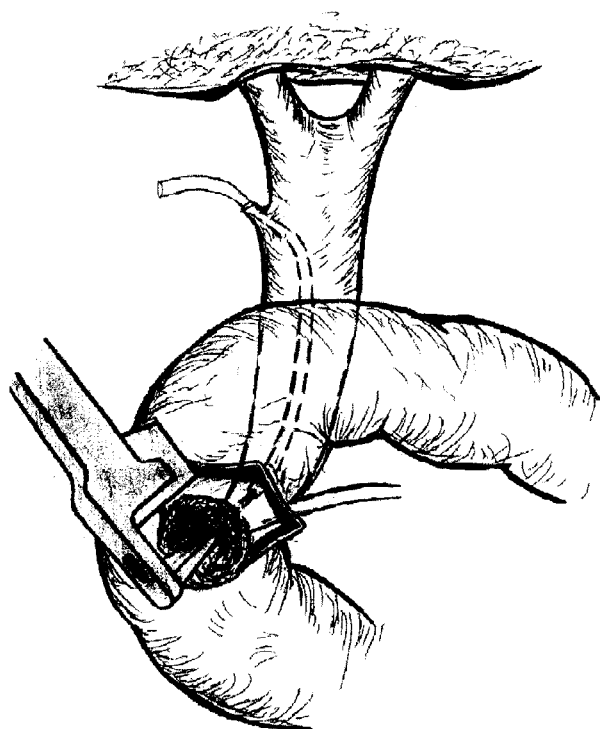


Рис. 2. Этапы выполнения механической папилотомии

следования показали, что практически у всех наших больных рост опухоли происходил в сторону просвета двенадцатиперстной кишки (ДПК) и топографоанатомические взаимоотношения элементов БДС оставались неизменными.

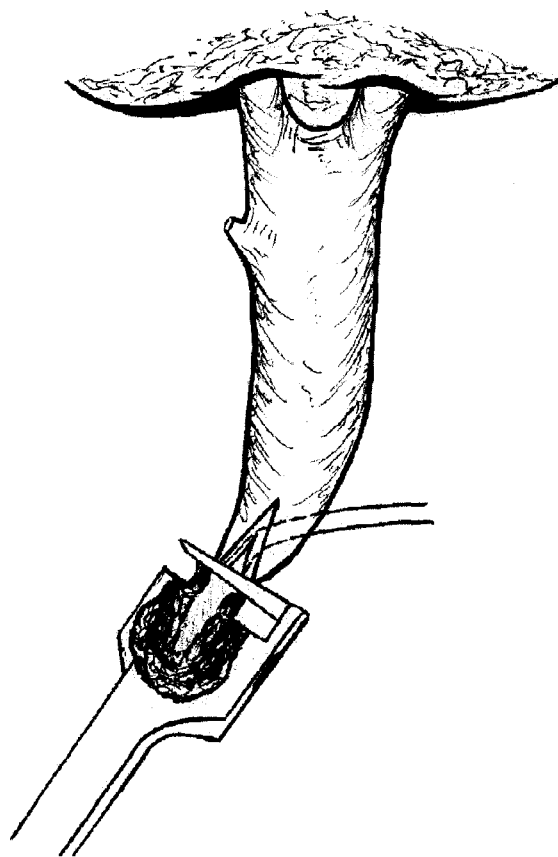


Рис. 3. Этапы выполнения механической папилотомии

Результаты.

Послеоперационный период у 7 больных протекал гладко, без осложнений. Заживление послеоперационной раны наступило первичным натяжением. Специфическое послеоперационное осложнение (формирование дуоденального свища) возникло у больной, у которой вирсунгодуоденоанастомоз был наложен ручным швом (свищ закрылся самостоятельно на 12 день). При гистологическом исследовании удаленных опухолей, в двух случаях выявлена аденома и в шести — высокодифференцированная аденокарцинома. Ближайшие результаты хорошие.

Отдаленные результаты: у двух больных обнаружен рецидив заболевания: у одной через 1,5 года (у которой была выполнена вирсунгопластика вручную): у другого - через 2 года. Им проводится лучевая терапия. Все больные находятся под динамическим наблюдением.

Для сравнения наших показателей совместно с сотрудниками НИИ онкологии мы изучили также результаты аналогичного вмешательства, выполненные традиционным ручным швом у 12 больных раком БДС.

Из 12 больных данной группы специфические послеоперационные осложнения в ближайшем послеоперационном периоде, приведшие к летальному исходу, возникли у 4 больных. У 5 из оставшихся больных в сроки от 6 до 12 месяцев после папиллэктомии выявлен рецидив опухоли, одному выполнена панкреатодуоденальная резекция, но, к сожалению, с летальным исходом.

Обсуждение.

Наши наблюдения показали, что выполнение основных этапов операции аппаратом СПП-20 упрощает технику удаления опухоли БДС. В ближайшие сроки после операции осложнений, характерных для папиллэктомии с использованием ручного шва, не наблюдаются.

Основными преимуществами применения механического шва являются герметизм, четкая адаптация сшиваемых тканей, ускорение и упрощение процесса папиллэктомии с пластикой у основания БДС. При необходимости можно выполнить и вирсунгопластику.

Отмеченное свидетельствует о преимуществе механического шва перед ручным, при выполнении операции папиллэктомии.

Однако, пока недостаточное число наблюдений не позволяют сделать окончательные выводы по отношению отдаленных результатов выживаемости больных.

Список литературы

1. Блохин Н. Н., Итин А. Б., Клименко А. А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков. М. 1982. 270 с.
2. Бражникова Н. А., Цхай Ф. Х. Хирургия печени и желчных путей (В книге "Хирургия печени и желчевыводящих путей" под редакцией проф. Альперовича Б. И.) Томск. 1997: 588—604.
3. Лапкин К. В., Пауткин Ю. Ф. Билиопанкреатодуоденальный рак. М. 1991.
4. Лапкин К. В., Иванов В. А., Омар Хасан. Ультразвуковая томография в диагностике форм острого холецистита. Визуализация в клинике. 1995. 6:19—22.
5. Макоха Н. С. Хирургия панкреатодуоденального рака. Иркутск. 1988:148 с.
6. Петровский Б. В., Милонов О. Б., Смирнов В. Н., Мовчун А. А. Реконструктивная хирургия при поражении внепеченочных желчных протоков. М. Медицина. 1980: 304 с.
7. Шалимов С. А. Диагностика и лечение заболеваний большого дуоденального соска. К.: Здоровья. 1985.152 с.
8. Hess W. Tumour of papilla. - in: Proc. 18-th World Congr Int Coll Surg.—Roma 1973: p 457—459