

## Хирургическое лечение больных с периапулярными опухолями, осложненными механической желтухой

Ф. Г. Назыров

Х. А. Акилов

М.М. Акбаров

А. В. Девятков

У. Ш. Каримов

Научный Центр  
Хирургии им.

Академика

В.Вахидова

(директор д.м.н.

Х.А.Акилов)

г.Ташкент

В Научном Центре Хирургии им. акад. В Вахидова МЗ Республики Узбекистан за последние 15 лет накоплен опыт комплексного лечения 312 больных с опухолями органов периапулярной зоны, осложненными механической желтухой. Оперирован 281 пациент, выполнено 313 операций. Наиболее радикальный тип операции - панкреатодуоденальная резекция (ПГДР) выполнена у 42 больных в возрасте от 35 до 67 лет. Средний возраст составил 49,7 лет. Мужчин было 24, женщин - 18. Выписано из клиники 27 больных (69,5%). В течении 6 месяцев от прогрессирования ракового процесса умерло 6 больных, выживаемость 50%. Через год после операции умерло еще 5 больных, выживаемость составила 38%. Через 3 года умерло 9 - выживаемость 16,6%. О трех наших пациентах сведений мы не имеем.

Следует признать, что ранняя диагностика опухолей периапулярной зоны заметно увеличивает вероятность выполнения радикальной операции, заметно улучшает ближайшие ее результаты и может увеличить выживаемость этой категории больных. При запоздалой диагностике, когда течение опухолевого процесса уже осложнилось выраженной холемией, радикальный этап операции целесообразно выполнять после предварительной декомпрессии билиарного тракта. Полученные результаты позволяют сохранить оптимистический взгляд на возможность радикального хирургического лечения больных с периапулярными опухолями при условии их ранней диагностики.

## Surgical treatment of patients with periampular tumors complicated with mechanical jaundice.

F.G. Nazyro, H.A.

Akilov, M.M.

Akbarov, A.V.

Deviatov, U.Sh.

Karimov

Scintefic Center of  
Surgery named after  
academician

V.Vahidov ( Chjfe-  
Habibulla A. Akilov  
prof.M.D.),

Tashkent.

The authors analyzed results of 312 patients with periampular tumors complicated with mechanical jaundice (175 men, 137 women, aged 18-87 years) who underwent complex treatment during last 15 years. And 281 patients underwent surgery treatment. 313 different kinds of operations were doing. 42 patients underwent pancreatoduodenal resections, there age was 37-67 years, mean 49,7 years. The 24 men and 18 women. 27(69.5%) patients were discharged. Duoring 6 month the 6 patients will died from progressing of cancerous process survival rate was 50%. After I year died 5 patients (38%) and after 3 years 9 patients ( 16.6%). We have no information about 3 patients.

Our study indicate that early diagnosing and surgical treatment increasing survivality in this group of patients. In patients with long-term jaundice and high level ofchole.nia radical surgery operation must be performed after decompression of biliary tract.

В связи с тесными анатомическими и функциональными взаимоотношениями дистального отдела общего желчного протока, большого дуоденального сосочка и головки поджелудочной железы клинические проявления поражений этих органов имеют много схожих признаков, диагностируются по однотипной схеме клинических, лабораторных и специальных методов исследования и имеют немало общего в тактике и способах хирургического лечения. Возможно поэтому, многие авторы рассматривают патологические состояния этих органов, объединяя их под общим названием заболевания органов периапулярной или билиопанкреатодуоденальной зоны [2, 4, 6]. «Периапулярные опухоли» включают в себя доброкачественные и злокачественные опухоли, поражающие дистальную (интрапанкреатическую) часть общего желчного протока, первый и второй сегменты двенадцатиперстной кишки, включая большой дуоденальный сосочек и головку поджелудочной железы [1].

В современной хирургической гепатологии проблемы лечения больных с опухолями органов билиопанкреатодуоденальной зоны остаются в ряду остро актуальных. Нередко первым клиническим проявлением и серьезным осложнением ракового поражения периапулярной зоны

является механическая желтуха. Развивающаяся при этом желчная гипертензия и ахолия делают крайне рискованными не только обширные радикальные, но и даже паллиативные оперативные вмешательства [3, 4, 5]. Тяжесть состояния больных, и обусловленная этим высокая послеоперационная летальность заставляет хирургов продолжать поиск путей улучшения результатов лечения этого контингента больных.

В Научном Центре Хирургии им. акад. В. Вахидова МЗ Республики Узбекистан за последние 15 лет накоплен опыт комплексного лечения 312 больных с опухолями органов билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненными механической желтухой. Возраст больных составил от 18 до 87 лет: Мужчин - 175, женщин - 137.

Причиной развития механической желтухи была обструкция билиарных протоков раковой опухолью, растущей из головки поджелудочной железы у 172 пациентов, желчного пузыря у 45, терминального отдела холедоха у 33, ворот печени у 22, большого дуоденального сосочка у 40 больных.

Клиническая картина заболевания складывалась из синдромов холемической интоксикации и печеночной недостаточности. Интенсивность холестаза была различной, от субклинических проявлений гипербилирубинемии до выраженной желтухи и зависела от уровня, степени и продолжительности обтурации желчных протоков. Продолжительность заболевания колебалась в больших пределах от 7-10 дней до 2,5-3 месяцев.

В диагностике основного заболевания и его осложнений использовали общеклинические и биохимические лабораторные методы исследования крови, ультразвуковое сканирование, фиброгастродуоденоскопию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, чрескожную чреспеченочную холангиографию, компьютерную томографию. В комплексе предоперационных лечебных мероприятий использовали методы, направленные в первую очередь на срочную малоинвазивную декомпрессию билиарных протоков (эндоскопическую папиллосфинктеротомию, супрапапиллярную холедоходуоденостомию, назобилиарное катетерное дренирование, чрескожную чреспеченочную холангиостомию), а также методы, используемые с целью дезинтоксикации, иммуностимуляции, купирования явлений холангита и печеночной недостаточности (биогемосорбция с помощью свиной селезенки, плазмоферез, чрескожное облучение печени арсенид-галлиевым лазером, чрескатетерное эндобилиарное облучение гелий-неоновым лазером).

Из 312 больных со злокачественными опухолями органов билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненными механической желтухой, оперирован 281, с учетом этапных декомпрессивных вмешательств выполнено 313 операций (таблица 1). У 31 пациента случай признан иноперабельным даже для возможного выполнения паллиативной желчеотводящей операции.

По сводной статистике на все типы выполненных операций летальность в ближайшем послеоперационном периоде составила 8,6%, а средняя продолжительность жизни больных составила 8-12 месяцев. По данным мировой литературы средняя выживаемость после появления первых симптомов опухолей подобной локализации не превышает 6 месяцев, 30% больных умирают в течении месяца после установления диагноза и только 1% из них живут до 5 лет. Лишь выполнение такого радикального вмешательства как ПГДР позволяет рассчитывать на более значительные сроки выживаемости этой категории больных. Так, по данным сводной мировой статистики, однолетняя выживаемость после радикальной панкреатогастродуоденальной резекции 80%, после паллиативных операций 57%. 5-летняя выживаемость после ПГДР - 22%, после паллиативных операций - 0%. По сообщениям ведущих клиник, только после ПГДР по поводу рака поджелудочной железы больные живут в среднем  $21 \pm 9,1$  месяцев и  $57 \pm 14,1$  месяцев при раке большого дуоденального сосочка.

Однако потенциально радикальной операции - панкреатогастродуоденальной резекции могут быть подвергнуты только 10-20% больных с этими опухолями. Помимо того, и эта операция в связи

с большой технической сложностью сопровождается высокой частотой осложнений и летальных исходов в раннем послеоперационном периоде [1,2].

Таблица 1.  
Оперативные вмешательства у больных со злокачественными опухолями

№	Виды операций	Количество
1.	Холецистоэнтеростомия	76
2.	Холецистодуоденостомия	13
3.	Холецистэктомия, холедоходуоденостомия	47
4.	Холецистэктомия, гепатикодуоденостомия	17
5.	Холецистэктомия, холедохоэнтеростомия	18
6.	Холецистоэнтеростомия, гастроэнтеростомия	19
7.	Холецистостомия	6
8.	Панкреатогастродуоденальная резекция	42
9.	Эксплоративная лапаротомия	20
10.	Эндоскопическая папилосфинктеротомия	24
11.	Эндоскопическая супрапапиллярная холедоходуоденостомия	20
12.	Чрескожная чреспеченочная наружная холангиостомия	11
	<b>Всего</b>	<b>313</b>

Как видно из таблицы-1, операция ПГДР нами выполнена у 42 больных. Т.е. вероятность выполнения ПГДР составила 13,5%. Средний возраст составил 49,7 лет (от 35 до 67 лет). Мужчин было 24, женщин - 18. Столь объемное оперативное вмешательство как ПГДР в нашей клинике выполнялось строго по абсолютным, убедительно доказанным показаниям (таблицы-2). Из 42 больных нашей группы рак головки поджелудочной железы диагностирован у 19, большого дуоденального сосочка - у 21, у одного больного был малигнизированный полип большого дуоденального сосочка, успевший прорасти в головку поджелудочной железы, у другого - аденокарцинома желудка тоже прораставшая головку поджелудочной железы.

Таблица 2.

**Результаты морфологических исследований ткани опухолей**

Характер и вид опухоли	Число
Аденокарцинома большого дуоденального сосочка	19
Аденокарцинома головки поджелудочной железы	21
Малигнизированный полип большого дуоденального сосочка	1
Аденокарцинома желудка с прорастанием в головку поджелудочной железы	1

У 19 больных, поступивших с умеренно выраженной клиникой механической желтухи (средний уровень билирубинемии  $215,5 \pm 35,7$  мкмоль/л), у которых давность желтухи не превышала 3-4 недель, радикальная операция по поводу периампулярного рака выполнена в один этап. А у 23 больных с более продолжительным анамнезом механической желтухи при среднем уровне билирубинемии  $253,3 \pm 78,6$  мкмоль/л оперативное лечение выполнено в два этапа. Операции первого этапа выполнялась с целью, во-первых, билиарной декомпрессии путем внутреннего или наружного отведения желчи, во-вторых, оценки резектабельности опухоли. Подобную тактику мы считаем более целесообразной даже у больных с умеренной холемией.

Виды оперативных вмешательств, выполненных первым этапом, представлены в таблице 3.

Таблица 3.

**Виды операций, выполненных первым при периампулярных опухолях**

<b>Виды операций</b>	<b>Число больных</b>
<b>Холецистоэнтеростомия</b>	<b>12</b>
<b>Холецистодуоденостомия</b>	<b>1</b>
<b>Холецистостомия</b>	<b>1</b>
<b>Гепатикодуоденостомия</b>	<b>2</b>
<b>Наружная чрескожная чреспеченочная холангиостомия</b>	<b>2</b>
<b>Эндоскопическая папиллосфинктеротомия</b>	<b>5</b>
<b>Всего</b>	<b>23</b>

Как видно из таблицы наиболее часто это была холецистоэнтеро- или холецистодуоденостомия, более редко эндоскопическая папиллотомия, у двух больных была наложена чрескожная чреспеченочная холангиостомия, у одной холецистостомия и у больной с холецистэктомией в анамнезе был наложен гепатикоэнтероанастомоз. Реконструктивный этап второй операции выполнялся, как правило, с учетом наложенных ранее билиодигестивных соустьев, они, по возможности, сохранялись.

Основной этап оперативного вмешательства можно условно разделить на следующие периоды: 1. Оценка резектабельности; 2. Мобилизация 1/2 желудка; 3. Мобилизация 12-перстной кишки и желчных протоков; 4. Мобилизация поджелудочной железы; 5. Удаление блока органов; 6. Реконструктивный этап.

Наиболее сложный и трудоемкий - это реконструктивный этап. Как правило, его начинали с решения вопроса о восстановлении проходимости панкреатического протока. У 5 больных, когда объем резекции поджелудочной железы был велик и оставался лишь небольшой ее фрагмент, от восстановления пассажа панкреатического секрета воздерживались, операция выполнена по авторскому типу Cole (1944), панкреатический проток ушит у 4, и у 1 больного plombирован медицинским клеем.

Существует большое количество вариантов реконструктивного этапа ПГДР.

Наиболее оптимальным нам представляется способ Кочиашвили, использованный нами у 16 больных. Его, у 11 больных, мы дополняли обязательным каркасным назопанкреатическим дренированием, эффективно предупреждающим несостоятельность этого анастомоза. Этот дренаж мы выдерживаем не менее 3 недель.

Переоценка резектабельности опухоли может привести к вынужденному расширению объема операции, с которым мы столкнулись у 5 больных (таблица 4).

Таблица 4.

**Расширение объема ПГДР**

Виды операций	Число
ПГДР+портокавальный анастом	3
ПГДР+резекция левой доли печени	2
ПГДР+резекция толстой кишки	1

У одного больного благополучно выполнена резекция левой доли печени, у одного - резекция поперечноободочной кишки со смертельным исходом и у 3 больных с прорастанием опухоли в воротную вену произведена ее резекция с наложением портокавального анастомоза.

Осложнения ближайшего послеоперационного периода представлены в таблице 5.

Таблица 5

**Осложнения ближайшего послеоперационного периода**

Виды осложнения	Количество
Несостоятельность панкреатоэнтеростомы	8
Панкреонекроз	4
Аррозивное кровотечение	6
Панкреатический свищ	4
Несостоятельность билиодигестивного анастомоза	3
Острая печеночно-почечная недостаточность	3
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	5

Наиболее тяжелое осложнение - аррозивное кровотечение в брюшную полость из-за несостоятельности панкреатоэнтеростомы привело к летальному исходу в 100% наших наблюдений (6 больных), несмотря на то, что 4 из них неоднократно релапаротомировались с целью остановки кровотечения и отграничения аррозивного процесса. Анализ летальности приведен в таблице 6.

Средний показатель летальности среди больных, которым выполнена ПГДР, составил 30,5%.

Показатели выживаемости наших больных после ПГДР следующие: выписано из клиники 27 больных (69,5%). В течении 6 месяцев от прогрессирования ракового процесса умерло 6 больных, выживаемость 50%. Через год после операции умерло еще 5 больных от различных причин, выживаемость

Таблица 6.

**Причины летальных исходов в ближайшем послеоперационном периоде ПГДР**

Виды осложнений, приведших к смерти	Число больных
	6
Панкреонекроз, перитонит	3
Острая печеночно-почечная недостаточность	2
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	4
<b>В с е г о</b>	

составила 38%. Через 3 года умерло 9 – выживаемость 16,6%. О трех наших пациентах сведений мы не имеем.

Таким образом, ранняя диагностика и своевременное хирургическое лечение может увеличить выживаемость больных с опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны. У больных с периампулярными опухолями с длительной и выраженной холемией радикальный этап операции целесообразно выполнять после предварительной декомпрессии билиарного тракта. Полученные результаты позволяют сохранить оптимистический взгляд на возможность радикального хирургического лечения больных с периампулярными опухолями при условии их ранней диагностики.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. *Кубышкин В.А., Дауда М.* Диагностика периампулярных опухолей, осложненных механической желтухой. //Хирургия-1993.-№3.- С. 98-102.
2. *Лапкин К.В., Пауткин Ю.Ф., Мшаураб А.С., Момрчук В.И., Иванов В.А.* Диагностика рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны, сопровождающегося желтухой. // Материалы V-Респ. науч.-практ. конф. онкологов. - Уфа, 1990. - С. 74-76.
3. *Данилов М.В., Глабай В.П., Кустов А.Е., Гаврилин А.В., Пономарев В.Г., Матвеева Г.К., Саидов С.С.* Хирургическое лечение больных механической желтухой опухолевой этиологии. // Анналы хирургической гепатологии.- 1997.-Том 2.- С.110-116.
4. *Bartoti F.B., Arnone G.B., Ravera G., Bachi B.* Pancreuc fistula and relative mortality in malignant disease after pancreatoduodenectomy - review and statistical Meta-analysis regarding 15 year of literature//Anticancer Res. 1991. V.II.P.18.
5. *Buckler M., Friess H.* Prevention of postoperative complications following pancreatic surgery // Digestion. 1993. V.54 (Suppl.I). P.41-46.
6. *Cameron J.L., Pitt H.A., Zinner M.J. et al.* Management of proximal cholangiocarcinoma by surgical resection without an operative mortality //Ann. Surg. 1990. V.III. P.447-458.