

Хирургическое лечение рака поджелудочной железы и периампулярной зоны. Анализ факторов прогноза выживаемости

С. А. Касумьян,
Р. А. Алибегов,
А. В. Бельков,
А. А. Бескосный

Кафедры госпитальной хирургии (зав. – проф. С.А. Касумьян) и факультетской хирургии (зав. – проф. А.В. Бельков) Смоленской государственной медицинской академии

Представлены результаты оперативного лечения 452 больных раком головки поджелудочной железы и периампулярной зоны. Радикальные и условно-радикальные оперативные вмешательства сделаны 127 (28.1%) больным раком органов панкреатодуоденальной зоны. Паллиативные операции произведены 302 (66.8%) больным. В связи с общим тяжелым состоянием и распространенностью опухолевого процесса 11 (2.4%) больным проведено симптоматическое лечение. Пробные лапаротомии выполнены у 10 (2.3%) пациентов; от операции отказались 2 (0.4%) больных. В течение первых 30 сут после панкреатодуоденальной резекции умерли 14.3% больных. С 1992 по 1999 г. летальность после панкреатодуоденальной резекции снижена до 4.4%. После паллиативных операций в ближайшем послеоперационном периоде умерли 32 (10.6%) человека. Анализ прогностических факторов выживаемости при раке поджелудочной железы показывает, что решающее значение имеют размер опухоли, инвазия сосудов опухолью, радикальность выполненной операции, наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах, показатели онкомаркера СА 19-9. При раке большого дуоденального сосочка основными факторами прогноза являются размер опухоли и инвазия поджелудочной железы опухолью.

Surgical Management of Pancreatic and Periampullary Carcinoma. Analysis of Survival Prognostic Factors

S. A. Kasumyan,
R. A. Alibegov,
A. V. Belkov,
A. A. Beskosniy

Department of Hospital Surgery
(Director: Prof. S.A. Kasumyan)

Department of Faculty Surgery
(Director: Prof. A.V. Belkov)
of Smolensk State Medical
Academy.

Results of surgical management of 452 pancreatic and periampullary carcinoma patients are presented. Radical and relatively radical surgery was applied in 127 (28.1%) pancreatoduodenal carcinoma patients. Palliative surgery was carried out in 302 (66.8%) patients. 11 (2.4%) inoperable and poor condition patients underwent only symptomatic treatment. There were 10 (2.3%) explorative laparotomies and 2 (0.4%) – refused in suggested surgery.

Total 30 mortality after pancreatoduodenectomy consisted of 14.3%. Since 1992 to 1999 mortality rate decreased to 4.4%. Mortality after palliative surgery consisted of 32 (10.6%) persons. An analysis of survival prognostic factors in pancreatic cancer patients showed that the tumor size, blood vessels invasion, regional lymph node metastasis evidence, CA 19-9 value and completeness of the tumor excision plays the determinant role. In cases of papillary cancer prognosis depends mainly on the tumor size and its invasion grade into the head of pancreas.

Введение

Из всех злокачественных опухолей пищеварительного тракта рак органов панкреатодуоденальной зоны (ОПДЗ) отличается наихудшими результатами хирургического лечения. В то же время заболеваемость и смертность от рака этой локализации продолжают оставаться на высоком уровне [1, 6, 8, 21, 22].

Среди опухолей ОПДЗ рак поджелудочной железы (ПЖ) встречается наиболее часто. Ежегодно в мире раком ПЖ заболевает около 185000 человек [10]. В 13 странах Европейского содружества заболеваемость раком ПЖ варьирует от 6 до 9 на 100000 у мужчин и от 4 до 7.5 на 100000 у женщин, смертность – соответственно от 5.5 до 8.5 на 100000 и от 3.5 до 7.5 на 100000. Пятилетняя выживаемость в странах Европы составляет менее 5% [19]. В США отмечается незначительное сни-

жение заболеваемости раком ПЖ за последние 25 лет. Тем не менее в 1998 г. зарегистрировано 28600 новых случаев (2% всех опухолей). Чернокожее население заболевает чаще – 14.9 на 100000, люди белой расы – реже – 8.7 на 100000. Медиана выживаемости больных 4.1 мес., выживаемость в течение первого года 20%, 5-летняя выживаемость 4% [15, 31]. В России заболеваемость раком ПЖ в 1997 г. составила 8.7 на 100000 населения, причем среди мужчин – 9.6, среди женщин – 8.0 на 100000. В структуре онкологической заболеваемости на долю этой формы опухоли приходится 3.0% [7]. В целом эти показатели сопоставимы с высокими показателями заболеваемости, отмеченными в странах Северной Америки и Западной Европы.

Рак большого дуоденального сосочка (БДС) составляет 0.5–1.6% в структуре всех онкологиче-

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от локализации рака ОПДЗ

Локализация рака	Число больных	
	абс	%
Головка ПЖ	352	77.9
БДС	59	13.1
ТОХ	34	7.5
ДПК	7	1.5
Всего	452	100.0

ских заболеваний, терминального отдела холедоха (ТОХ) – 0.01–0.46%. Рак двенадцатиперстной кишки (ДПК) относится к редким заболеваниям. На его долю приходится 0.04–0.35% всех опухолей желудочно-кишечного тракта [9, 18, 27]. В отличие от рака ПЖ рак периапулярной зоны (ПАЗ) характеризуется более благоприятным течением. Пятилетняя выживаемость после радикальных операций при раке БДС составляет 32–63% [8, 23], при раке ТОХ – 18–27% [4, 29, 14], при раке ДПК – 33.3–75% [17, 24].

В настоящее время при лечении рака ОПДЗ возникают три главные проблемы: первая – сложности диагностики (об этом свидетельствует низкая резектабельность, в частности рака ПЖ, которая составляет менее 20% [6, 21]); вторая – высокая послеоперационная летальность (особенно после панкреатодуоденальной резекции – ПДР), составляющая 8–22% [5, 12]; третья – низкая продолжительность жизни даже после успешно проведенных радикальных операций.

Материал и методы

Нами проанализированы результаты хирургического лечения 452 больных раком головки ПЖ и ПАЗ (табл. 1). Возраст больных от 23 до 89 лет, среди них мужчин было 243, и женщин – 209. У 439 (97.1%) пациентов основное заболевание осложнилось обтурационной желтухой. Двухэтапные оперативные вмешательства выполнены у 210 больных. Радикальные и условно-ради-

кальные операции произведены у 127 (28.1%) больных раком ОПДЗ (табл. 2).

Паллиативные операции, направленные на устранение обтурационной желтухи, а у некоторых больных и на коррекцию дуоденальной непроходимости, выполнены у 302 (66.8%) больных. В связи с общим тяжелым состоянием и распространенностью опухолевого процесса у 11 (2.4%) больных проведено симптоматическое лечение. Пробные лапаротомии выполнены у 10 (2.3%) пациентов, 2 (0.4%) больных отказались от операции. У всех больных диагноз рака ОПДЗ подтвержден морфологическими исследованиями, выполненными до операции, интраоперационно, после операции (исследование препарата после ПДР), аутопсий.

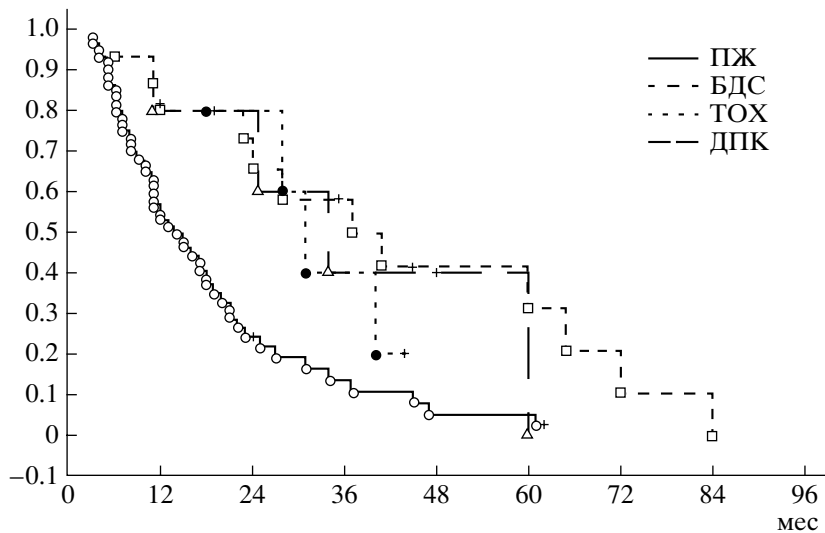
Материал обработан в среде Windows с использованием пакета статистического анализа в системе STATISTICA for Windows 5.0 фирмы STATSOFT Inc. (США). Кумулятивную выживаемость вычисляли, используя методику Kaplan–Meier. С целью выявления существенности различий между двумя сравниваемыми группами больных были использованы тесты Cox–Mantel и Log-rank. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0.05$. Для выявления независимых факторов прогноза выживаемости применяли регрессионную модель Cox пропорциональных рисков.

Результаты

ПДР в различных модификациях произведена у 105 больных, причем у 10 из них было выявлено прорастание опухоли в магистральные сосуды. В связи с этим у 3 пациентов сделана резекция мезентерико-портального сегмента с последующим формированием сосудистого анастомоза конец в конец, у 6 произведено иссечение участка стенки вены с наложением бокового сосудистого шва. У одного больного выполнена резекция верхней брыжеечной артерии с последующей пластикой. При раке головки ПЖ у 5 больных ПДР сочетали с расширенной и/или регионарной лимфаденэктомией. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения отмечены у 39 больных (37.1%).

Таблица 2. Характер радикальных и условно-радикальных операций у больных раком ОПДЗ

Характер операции	Локализация опухоли				
	головка ПЖ	БДС	ТОХ	ДПК	Итого
ПДР (стандартная)	62	22	6	6	96
ПДР (с панкреатикостомией)	4	1	1	–	6
ПДР (с сохранением привратника)	1	1	1	–	3
Тотальная панкреатодуоденэктомия	2	–	–	–	2
Трансдуоденальная папиллэктомия	–	20	–	–	20
Всего	69	44	8	6	127



Выживаемость больных после ПДР в зависимости от локализации опухоли.

У 10 больных проведено исследование с целью оценки эффективности применения сандостатина в профилактике несостоятельности панкреатоюноанастомоза. Препарат назначали по 100 мкг 2 раза в сутки подкожно в течение 5–6 дней. В контрольную группу включено 10 больных, которым произведена ПДР, но при этом не применялся сандостатин. У всех 20 больных выполнялась стандартная ПДР по принятой в клинике методике.

Несостоятельность панкреатоюноанастомоза после ПДР на фоне введения сандостатина наблюдалась у 2 (20.0%) больных. В этой же группе у 1 (10.0%) больного выявлена и несостоятельность холедохоюноанастомоза. Умер 1 (10.0%) больной на 13-е сутки после ПДР в результате несостоятельности панкреатоюноанастомоза и аррозийного внутрибрюшного кровотечения. В контрольной группе несостоятельность панкреатоюноанастомоза отмечена у 1 (10.0%) больного. Других осложнений и летальных исходов в контрольной группе не наблюдались.

Общая летальность в течение первых 30 сут после ПДР составила 14.3% (табл. 3). Непосредственными причинами летального исхода явились кровотечение (46.7%), перитонит (33.3%) и некроз культи ПЖ (20.0%).

Тотальная панкреатодуоденэктомия выполнена у 2 больных, причем у 1 она сочеталась с расширенной лимфаденэктомией и резекцией мезентерико-портального ствола.

Отдаленные результаты лечения изучены у 85 больных раком ОПДЗ, перенесших ПДР (см. рисунок). Как видно, выживаемость на всех сроках наблюдения лучше у больных раком БДС. Наихудшие показатели выживаемости отмечены при локализации опухоли в ПЖ и ТОХ. Пятилетняя выживаемость при раке ПЖ составила 2.7%, при раке БДС – 31.2%, при раке ТОХ – 0, при раке

ДПК – 20.0%. Медиана общей продолжительности жизни после ПДР у больных раком ПЖ была равна 13.9 мес., БДС – 36.9 мес., ТОХ – 29.9 мес., ДПК – 29.9 мес.

Нами было изучено влияние различных факторов прогноза [22] на продолжительность жизни больных раком ПЖ после ПДР. При этом выявлен ряд факторов, коррелирующих с выживаемостью: 1) размер опухоли; 2) инвазия сосудов опухолью; 3) метастазы в регионарные лимфатические узлы; 4) показатели онкомаркера СА 19-9; 5) радикальность операции.

Трех- и пятилетняя выживаемость при размере опухоли 3 см и менее составила 45.0 и 11.3% соответственно. Ни один больной с опухолью размером более 5 см не пережил 2-летний рубеж. При наличии опухолевой инвазии крупных сосудов одногодичная выживаемость составила 6.3%, 2 лет никто не прожил. При отсутствии инвазии сосудов опухолью одногодичная выживаемость составила 72.7%, в течение 3 лет живут 14.9% больных, 5 лет – 3.7%. Одногодичная выживаемость при наличии метастазов рака в лимфатических узлах составила 26.3%, ни один больной не прожил 2 лет. При отсутствии пораженных лимфатических узлов одногодичная выживаемость

Таблица 3. Летальность после ПДР в различные периоды

Годы	Число больных	Число умерших
1975–1980	17	6 (35.3)
1981–1991	43	7 (16.3)
1992–1999	45	2 (4.4)
Всего	105	15 (14.3)

Примечание. В скобках – показатели в процентах.

отмечена в 100.0%, 3-летняя – в 27.1%, 5-летняя – в 6.8% наблюдений. Одногодичная выживаемость больных при уровне СА 19-9 менее 362 Е/мл была равна 81.8%, 3-летняя – 12.1%. Показатели выживаемости у больных с уровнем СА 19-9 более 452 Е/мл составили 15.0% и 0 соответственно. Одногодичная выживаемость при радикальной ПДР составила 93.6%, 3-летняя – 19.6%, 5-летняя – 5.0%. При паллиативной и/или условно-радикальной ПДР 1 год прожили 7.1% больных, 2-летней выживаемости не отмечено.

Нам представлялось интересным изучить продолжительность жизни у 11 больных, которым была выполнена ПДР с использованием разработанной нами методики мобилизации панкреатодуоденального комплекса. Целью этой методики была предварительная изоляция опухоли (“блокирование”) путем перевязки основных сосудов, питающих и дренирующих опухоль. Исследования показали, что медиана продолжительности жизни (14.5 мес.) существенно не отличается от таковой в основной группе – 13.9 мес. Однако одногодичная выживаемость у этих 11 больных выше (72.7%), чем в основной группе – 53.3%. К сожалению, из 11 больных только 1 живет 2 года.

Продолжительность жизни прослежена также у 4 больных раком ПЖ, которым была произведена ПДР с расширенной лимфаденэктомией, причем 2 из них выполнена резекция воротной вены с наложением анастомоза конец в конец. Из этих 4 больных один прожил 20 мес., второй жив спустя 24 мес., третий больной, которому была сделана резекция воротной вены, прожил 5 мес., четвертая больная, которой также была выполнена резекция воротной вены, прожила 8 мес.

При раке БДС выявлено два фактора прогноза – размер опухоли и инвазия ПЖ опухолью, которые коррелировали с выживаемостью больных. Так, 3- и 5-летняя выживаемость при размере опухоли менее 2 см составила 83.3% и 62.5% по сравнению с 22.2% и 0 при опухоли размером до 5 см. Прогноз выживаемости резко ухудшался при распространении опухоли БДС на ткань ПЖ. Ни один больной с опухолевой инвазией в ПЖ не пережил после ПДР 3-летнего рубежа, в то время как при отсутствии опухолевой инвазии в ПЖ 3 года прожили 85.7% больных, 5 лет – 53.6%.

Трансдуоденальная папиллэктомиа произведена у 20 больных при раке БДС, ПДР – у 24. Преимуществами трансдуоденальной папиллэктомии по сравнению с ПДР являются меньшее количество послеоперационных осложнений и отсутствие летальных исходов. Так, осложнения после трансдуоденальной папиллэктомии возникли у 10.0% больных, при ПДР – у 50.0%; летальность после ПДР составила 20.8%, после трансдуоденальной папиллэктомии – 0. Трехлетняя выживаемость после трансдуоденальной папиллэктомии была равна 63.5%, после ПДР – 49.9%, 5-летняя – 34.2 и 31.2% соответственно. Следует отметить, что при размере опухоли до 1.0 см 5-летняя выжи-

ваемость после трансдуоденальной папиллэктомии составила 53.9%; ни один больной с опухолью размером до 2 см не прожил 5 лет, в то время как после ПДР 5 лет прожили 62.5% больных с размером опухоли БДС до 2 см.

Из паллиативных операций наиболее часто применялась холецистоэнтеростомия. Последняя выполнена у 169 (56.0%) больных, холедоходуоденостомия – у 61 (20.2%), гепатикохоледоходуоденостомия – у 20 (6.6%), гепатикодуоденостомия – у 2 (0.7%), гепатикогастроанастомоз – у 1 (0.3%), холецистодуоденостомия – у 1 (0.3%) больного. У 9 (3.0%) пациентов объем операции был ограничен холецистостомией, еще у 9 (3.0%) – наружным дренированием гепатикохоледоха. У 30 (9.9%) больных сделаны сочетанные операции в связи с нарушением дуоденальной непроходимости. Осложнения после паллиативных операций наблюдались у 79 (26.1%) больных. В ближайшем послеоперационном периоде умерли 32 (10.6%) человека.

После паллиативных операций одногодичная выживаемость при раке ПЖ составила 11.0%, при раке БДС – 16.7%, при раке ТОХ – 44.4%. До 2 лет прожили 0.9% больных раком ПЖ и 6.0% больных раком ТОХ. Медиана жизни после паллиативных операций у больных раком ПЖ составила 5.0 мес., БДС – 5.5 мес., ТОХ – 9.0 мес. У больных раком ПЖ при сочетании гастроэнтеростомии и желчеотводящего анастомоза медиана жизни была больше, чем при формировании только желчеотводящего анастомоза (медиана жизни 11 мес. после гепатикохоледоходуоденостомии в сочетании с гастроэнтероанастомозом по сравнению с 7.5 мес. после гепатикохоледоходуоденостомии; после холедоходуоденостомии и гастроэнтеростомии 10.5 мес. по сравнению с 6.5 мес. после холедоходуоденостомии).

Обсуждение

До настоящего времени хирургический метод является единственным шансом радикального излечения больных от рака ОПДЗ. При этом операция выбора является ПДР. Однако при небольших опухолях БДС допускается выполнение трансдуоденальной папиллэктомии. Панкреатодуоденальная резекция в различных модификациях произведена у 105 больных, из них у 37.1% отмечены осложнения после операции. На высокую частоту осложнений после ПДР указывают и данные литературы – 25–70% [2, 3, 28]. Среди типичных осложнений ПДР следует выделить несостоятельность панкреато- и билиодигестивного анастомоза, послеоперационный панкреатит, печеночную недостаточность, абсцессы, свищи, внутрибрюшные и/или желудочно-кишечные кровотечения. Наиболее частым и опасным осложнением после ПДР остается несостоятельность панкреатоеюноанастомоза. Она составила 15.2% и в 26.7% наблюдений явилась причиной леталь-

ного исхода. Чаще (17.1%) несостоятельность панкреатоюноанастомоза возникала при вшивании всего среза культы железы в просвет кишки. При изолированном анастомозе панкреатического протока и кишки несостоятельность выявлена в 5.9% наблюдений.

В литературе широко обсуждается вопрос об эффективности ингибитора внешней секреции ПЖ – сандостатина – в профилактике несостоятельности панкреатоюноанастомоза и лечения этого осложнения. Рандомизированные исследования, выполненные в Германии и в Италии, свидетельствуют о высокой эффективности сандостатина в профилактике несостоятельности панкреатоюноанастомоза после ПДР. Однако исследования, проведенные во Франции и в Америке, не подтверждают этих данных [13]. Наши исследования, выполненные в небольшой группе больных [10], также не выявили преимущества сандостатина в профилактике несостоятельности панкреатоюноанастомоза по сравнению со стандартной терапией, применяемой в клинике. Однако высокая эффективность использования сандостатина наблюдалась у больных с панкреатическими фистулами.

ПДР характеризуется как операция высочайшего риска. Об этом свидетельствует послеоперационная летальность. В первые 30 сут после операции она составила 14.3%. С 1992 по 1999 г. летальность после ПДР снижена до 4.4%. Значительное снижение летальности в третьем периоде мы связываем с совершенствованием техники ПДР, использованием современного атравматичного шовного материала, улучшением интенсивной терапии, ранней диагностикой и купированием осложнений. По данным литературы, летальность после ПДР составляет 8–22% [2, 5, 12]. Однако в последние годы ряд авторов [21, 30] указывает на снижение летальности после ПДР до 2%.

Тотальная панкреатодуоденэктомия выполнена у 2 больных. Однако наш небольшой опыт и данные литературы указывают, что эта операция сопровождается большим количеством осложнений, высокой летальностью, неудовлетворительным качеством жизни и, самое главное, не увеличивает продолжительность жизни по сравнению с таковой после стандартной ПДР.

По данным литературы, неблагоприятными факторами прогноза выживаемости после ПДР являются опухолевая инвазия резецированного края ПЖ, метастазы в регионарные лимфатические узлы, инвазия стенок окружающих крупных сосудов, опухолевая инвазия капсулы ПЖ, низкая дифференцировка опухоли, гемотрансфузия, биология опухоли [6, 11, 21, 29].

Основным фактором, влияющим на продолжительность жизни после ПДР при раке ПЖ, является размер опухоли. При этом инвазия регионарных лимфатических узлов существенно не влияет на длительность жизни после операции [20]. Другие авторы [25] считают, что продолжи-

тельность жизни после операции в основном зависит от степени дифференцировки опухолевых клеток.

С. Уео и соавт. [29] проанализировали множество факторов прогноза выживаемости и пришли к выводу, что продолжительность жизни зависит от размера опухоли, ее биологии, состояния лимфатических узлов. Именно биология опухоли (плоидность хромосом в ядрах опухолевых клеток) оказывает большее влияние на прогноз, чем размеры опухоли, поражение лимфатических узлов и степень дифференцировки опухолевых клеток. Однако С. Park и соавт. [26] пришли к противоположному заключению. На основании собственных исследований авторы считают, что нет корреляции между плоидностью хромосом в ядрах опухолевых клеток и прогнозом выживаемости. По их данным, только лимфатическая инвазия и уровень щелочной фосфатазы предсказывали плохой прогноз.

Другим неблагоприятным фактором прогноза считают значительную гемотрансфузию во время операции, способствующую иммуносупрессии [16].

Проведенные нами исследования показывают, что выживаемость больных после ПДР зависит прежде всего от локализации опухоли. 5-летняя выживаемость при раке ПЖ составила 2.7%, при раке БДС – 31.2%, при раке ТОХ – 0, при раке ДПК – 20.0%. Как видим, наихудшие показатели выживаемости наблюдаются при раке ПЖ и ТОХ.

При раке ПЖ после ПДР, по нашим данным, возраст, пол, длительность желтушного периода, потеря в массе тела, объем гемотрансфузии, биохимические и иммунологические показатели не коррелировали с выживаемостью больных. Существенно влияли на продолжительность жизни такие факторы, как степень дифференцировки опухоли и инвазия капсулы ПЖ. Однако значительной коррелятивной связи между этими двумя факторами прогноза и выживаемостью также не установлено. В то же время был выявлен ряд факторов, коррелирующих с выживаемостью больных раком ПЖ после ПДР: 1) размер опухоли; 2) инвазия сосудов опухолью; 3) метастазы в регионарные лимфатические узлы; 4) показатели онкомаркера СА 19-9; 5) радикальность операции. По нашим данным, размер опухоли более 3 см, инвазия магистральных сосудов опухолью, метастазы в лимфатические узлы, показатели онкомаркера СА 19-9 более 452 Е/мл обуславливают плохой прогноз. Кроме того, выделяем еще один фактор – радикальность операции. Под этим подразумевается: 1) отсутствие опухолевой инвазии по линии резекции ПЖ; 2) отсутствие опухолевой инвазии крупных сосудов; 3) снижение показателей онкомаркера СА 19-9 после операции до нормы.

Наиболее существенным и в то же время имеющим практическое значение фактором прогноза является размер опухоли. 3- и 5-летняя выжи-

ваемость при опухоли размером 3 см и менее составила 45.0 и 11.3%. Ни один больной с опухолью размером более 5 см не пережил 2-летний рубеж. Эти данные ставят под сомнение целесообразность выполнения стандартной ПДР при опухоли ПЖ размером более 5 см.

ПДР с предварительной перевязкой сосудов, питающих и дренирующих опухоль, улучшает одностороннюю выживаемость, уменьшая, по-видимому, вероятность раннего метастазирования в печень. Однако данная методика, очевидно, не влияет на отдаленные сроки выживаемости.

Из-за малого количества больных мы не можем указать на преимущества расширенной лимфаденэктомии при ПДР. Тем не менее, на наш взгляд, расширенная лимфаденэктомия более оправдана именно при небольшом размере опухоли ПЖ, чем при распространенном опухолевом процессе, поскольку даже при небольшой опухоли нередко обнаруживаются метастазы в лимфатические узлы N1, а то и N2.

При раке БДС, как и при раке ПЖ, предоперационные симптомы, возраст, пол не влияли на продолжительность жизни. Низкая степень дифференцировки опухоли, метастазы в регионарные лимфатические узлы имеют отрицательное влияние на продолжительность жизни. Однако статистически достоверного влияния этих факторов на показатели выживаемости нами не установлено. Именно размер опухоли и распространение опухоли БДС на ткань ПЖ коррелировали с выживаемостью больных при раке БДС после ПДР.

Альтернативой ПДР при раке БДС является трансдуоденальная папиллэктомия. Наши исследования показывают, что при потенциально курабельном раке БДС предпочтение следует отдавать адекватной радикальной операции – ПДР. Однако при небольшом размере опухоли (до 1 см) и у больных с высоким риском операции может быть выполнена трансдуоденальная папиллэктомия. По сводным данным J. Allema [11], среди 64 больных, перенесших локальную резекцию опухоли БДС, летальность после операции составила 6%, 5-летняя выживаемость – 47%. Конечно, мы понимаем, что для трансдуоденальной папиллэктомии осуществляется тщательный отбор больных. Операция выполняется в основном при небольшом размере опухоли. Кроме того, с онкологической точки зрения показания к трансдуоденальной папиллэктомии значительно сужаются при наличии метастазов в лимфатических узлах и распространенности опухоли в соседние органы.

Большинству больных раком ОПДЗ выполняются паллиативные желчеотводящие операции. Более половины больных раком ОПДЗ умирают в течение первых 6 мес. после паллиативных операций, и только несколько человек выживают в течение 2 лет. Продолжительность жизни во многом зависит от характера выполненных паллиативных операций. При формировании желчеот-

водящего анастомоза с магистральным желчным протоком показатели продолжительности жизни были лучше, чем при формировании анастомоза с желчным пузырем. Несколько лучше результаты при использовании сочетанных операций у больных раком ПЖ. Медиана жизни при сочетании гастроэнтеростомии и желчеотводящего анастомоза больше, чем при формировании только желчеотводящего анастомоза.

Оценивая результаты хирургических вмешательств при раке ПЖ и ПАЗ, мы приходим к выводу, что ПДР является операцией выбора в лечении рака указанных локализаций. Летальность после этой операции продолжает уменьшаться, но еще существенной проблемой остаются послеоперационные осложнения. В целом же ближайшие результаты ПДР улучшились, однако отдаленные результаты еще неудовлетворительны. Тем не менее обнадеживающие отдаленные результаты получены при лечении рака ПАЗ. Так, 5-летняя выживаемость при раке БДС составила 31.2%, при опухолях меньшего размера (до 2.0 см) – 62.5%.

Анализ прогностических факторов выживаемости при раке ПЖ свидетельствует о решающем значении размера опухоли, инвазии сосудов опухолью, радикальности выполненной операции, наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах, показателей онкомаркера СА 19-9. Остальные факторы прогноза имеют ограниченное влияние на выживаемость. При раке БДС основными факторами прогноза являются размер опухоли и инвазия ПЖ опухолью.

■ Список литературы

1. *Артемова Н.Н., Игнашов А.М., Коханенко Н.Ю. и др.* Результаты хирургического и комплексного лечения рака поджелудочной железы // *Анналы хир. гепатол.* 1999. Т. 4. № 1. С. 34–39.
2. *Данилов М.В., Глабай В.П., Кустов А.Е.* Выбор метода обработки дистальной культи поджелудочной железы при панкреатодуоденальной резекции // *Хирургия органов гепатопанкреатобилиарной зоны.* М., 2000. С. 90–92.
3. *Кубышкин В.А., Ахмад Р., Шевченко Т.В.* Осложнения и результаты панкреатодуоденальных резекций (обзор литературы) // *Хирургия.* 1998. № 2. С. 57–60.
4. *Макоха Н.С.* Хирургия панкреатодуоденального рака. Иркутск: Изд-во Иркутского университета, 1988. 148 с.
5. *Нестеренко Ю.А., Приказчиков А.В.* Современные тенденции хирургического лечения больных раком поджелудочной железы (обзор литературы) // *Анналы хир. гепатол.* 1999. Т. 4. № 2. С. 13–22.
6. *Патютко Ю.И., Котельников А.Г.* Рак поджелудочной железы: диагностика и хирургическое лечение на современном этапе (обзор литературы) // *Анналы хир. гепатол.* 1998. Т. 3. № 1. С. 96–111.
7. *Чиссов В.И., Старинский В.В., Ременник Л.В. и др.* Злокачественные новообразования в России в 1997 г.: оценка уровней заболеваемости и направ-

- ленности ее трендов // Российский онкологич. журн. 1999. № 4. С. 4–18.
8. Шалимов А.А. Хирургическое лечение больных раком поджелудочной железы и панкреатодуоденальной зоны // Анналы хир. гепатол. 1996. Т. 1. С. 62–66.
 9. Шалимов С.А. Диагностика и лечение заболеваний большого дуоденального соска. Киев: Здоров'я, 1985. 149 с.
 10. Ahlgren J.D. Epidemiology and risk factors in pancreatic cancer // Semin. Oncol. 1996. V. 23. № 2. P. 241–250.
 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. V. 117. № 3. P. 247–253.
 12. Arnaud J.P., Tuech J.J., Cervi C., Bergamaschi R. Pancreaticogastrostomy compared with pancreaticojejunostomy after pancreaticoduodenectomy // Eur. J. Surg. 1999. V. 165. № 4. P. 357–362.
 13. Berberat P.O., Friess H., Uhl W., Buchler M.V. The role of Octreotide in the prevention of complications following pancreatic resection. Digestion. 1999. V. 60. № 2. P. 15–22.
 14. Bortolasi L., Burgart L.J., Tsiotos G.G. et al. Adenocarcinoma of the distal bile duct. A clinicopathologic outcome analysis after curative resection // Dig. Surg. 2000. V. 17. № 1. P. 36–41.
 15. Cancer FACTS a: Figures. 1999. American Cancer Society.
 16. Cameron J.L., Crist D.W., Sitzmann J.V. et al. Factors influencing survival after pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer // Am. J. Surg. 1991. V. 161. P. 120–125.
 17. Chan C., Herrera M.F., de la Garza L. et al. Clinical behavior and prognostic factors of periampullary adenocarcinoma // Ann. Surg. 1995. V. 222. № 5. P. 632–637.
 18. Fabian W., Fabian T. Duodenal karzinom und adenomkarzinom sequenz im duodenum // Tagl. Prax. 1992. V. 33. № 2. P. 251–256.
 19. Esteve I. Facts and figures of cancer in the European Community. Lyon, 1993. P. 26.
 20. Fortner J.G., Klimsta D.S., Senie R.T., Maclean B.J. Tumor size is the primary prognosticator for pancreatic cancer after regional pancreatectomy // Ann. Surg. 1996. V. 223. № 2. P. 147–153.
 21. Gebhardt C., Meyer W., Reichel M. et al. Prognostic factors in the operative treatment of ductal pancreatic carcinoma // Langenbecks Arch. Surg. 2000. V. 385. № 1. P. 14–20.
 22. Gudjonsson B. Carcinoma of the pancreas: critical analysis of costs, results of resections and the need for standardized reporting // J. Am. Coll. Surg. 1995. V. 181. № 6. P. 558–560.
 23. Mosca F., Giulianotti P.C., Balestracci T. et al. Preservation of the pylorus in duodenocephalopancreatectomy in pancreatic and periampullary carcinoma // Chir. Ital. 1994. V. 46. № 2. P. 59–67.
 24. Naef M., Buhlmann M., Metzger D., Baer H.U. Periampullary carcinomas: a special entity of duodenal tumors // Swiss Surg. 1999. V. 5. № 1. P. 11–13.
 25. Nobili P., Annolfi B., Crosta C. et al. Comparison of 67 pancreatic head tumors and 27 periampullary tumors // Ann. Ital. Chir. 1993. V. 64. № 5. P. 505–511.
 26. Park C.S., Wiebke E.A., Sidner R.A. et al. The role of flow cytometric DNA analysis in determining prognosis of resectable ductal adenocarcinoma of the pancreas // Am. Surg. 1996. V. 62. № 7. P. 609–615.
 27. Reding R., Buard J., Lebeu G., Launois B. Surgical management of 552 carcinomas of the extrahepatic bile duct // Ann. Surg. 1991. V. 213. № 3. P. 236–241.
 28. Schwarz R.E., Keny U., Ellenhorn J.D. A mortality – free decade of pancreatoduodenectomy: is quality independent of quantity? // Am. Surg. 1999. V. 65. № 10. P. 949–954.
 29. Yeo C.J., Cameron J.L. Prognostic factors in ductal pancreatic cancer // Langenbecks Arch. Surg. 1998. V. 383. № 2. P. 129–133.
 30. Yeo C.J., Cameron J.L. Improving results of pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer // World J. Surg. 1999. V. 23. № 9. P. 907–912.
 31. Wingo P.A., Tong T., Bolden S. Cancer Statistics 1995 // Can. J. clin. 1995. V. 45. P. 8–30.

Рецензия на статью С.А. Касумьяна, Р.А. Алибегова, А.В. Белькова, А.А. Бескосного “Хирургическое лечение рака поджелудочной железы и периапулярной зоны. Анализ факторов прогноза выживаемости”

В статье С.А. Касумьяна и соавторов представлен серьезный анализ отдаленных результатов лечения рака билиопанкреатодуоденальной зоны в зависимости от ряда прогностических факторов. Достаточно представительный материал (127 радикальных операций) позволяет сделать аргументированные выводы, которые важны в практическом отношении. При раке головки поджелудочной железы общая 5-летняя выживаемость составила 5%. Это высокий показатель. Хотелось бы знать уточненные данные о гистологической структуре опухолей поджелудочной железы (степень дифференцировки протоковой аденокарциномы, вошли ли в анализированную группу больные, имеющие цистаденокарциному, эндокринноклеточный рак и другие формы опухолей с относительно низким потенциалом злокачественности).

Я не совсем согласен с авторами в отношении возможности выполнения больным, имеющим рак БДС, трансдуоденальной папиллэктомии. На основе анализа небольшого числа наблюдений (20 папиллэктомий), авторы получили одинаковую 5-летнюю выживаемость с группой лиц, перенесших ПДР. Это не может быть аргументом в пользу папиллэктомии. Если бы данным больным с размером опухоли 1 см была произведена стандартная ПДР, то у них можно было бы ожидать гораздо лучший показатель выживаемости. Поэтому, на мой взгляд, папиллэктомию можно рекомендовать только при наличии абсолютных противопоказаний к радикальной операции.

Ю.И. Патютко