

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБЪЕМНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Прохоров А.В.¹, Ращинский С.М.², Гладышев А.О.³, Прохоров В.А.³

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра онкологии

²УЗ «Больница скорой медицинской помощи г.Минска»

³УЗ «Минский городской клинический онкологий диспансер»

Реферат

На основании ретроспективного анализа 98 пациентов с объемными поражениями головки поджелудочной железы проведена оценка эффективности до- и интраоперационной диагностики рака поджелудочной железы. Установлено, что диагностическая ценность современных методов визуализации с верификацией диагноза рака при цитологическом и морфологическом исследовании достигает 85%. Выполнение резекционных и дренирующих операций при хроническом панкреатите возможно только при полном исключении малигнизации. Сомнения в доброкачественности процесса в области головки поджелудочной железы требуют выполнения радикальных вмешательств в объеме панкреатодуоденальной резекции.

SURGICAL MANAGEMENT OF LESIONS OF THE PANCREATIC HEAD

Prochorov A.V., Rashchynski S.M., Gladyshev A.O., Prokharau V.A.

Department of Oncology of Belarusian State Medical University; Department of Hepatobiliary Surgery in Clinic Emergency Medical Care; Department of Oncosurgery of Minsk City Clinical Oncological Hospital

Abstract

On basis of retrospective analysis of 98 patients with lesions of the head of the pancreas was evaluated the effectiveness of pre- and intraoperative diagnosis of pancreatic cancer. In result was noted that the diagnostic value of modern

imaging techniques with verification of the diagnosis of cancer with cytological and morphological study average for 85%. Implementation of resection and drainage operations for chronic pancreatitis is possible only by the absolute exclusion of malignancy. Doubts about the benign disease in the head of the pancreas require the implementation of radical interventions in the volume of the pancreatoduodenectomy.

Key words: chronic pancreatitis, pancreatic cancer, pancreatoduodenectomy

Введение

Основными причинами объемных поражений головки поджелудочной железы (ГПЖ) являются хронический панкреатит (ХП) и злокачественные новообразования, главным образом, протоковая аденокарцинома, составляющая 97% всех злокачественных опухолей этой локализации [4,5]. Наиболее эффективным методом лечения, как хронического псевдотуморозного панкреатита, так и рака ГПЖ остается хирургический. Чаще всего хирургическое пособие при ХП заключается в выполнении резекционных вмешательств в виде различных вариантов резекций ГПЖ и дренирующих вмешательств на протоковой системе железы и желчевыводящей системе [1,2,3]. Единственным методом радикального хирургического пособия при раке ГПЖ остается панкреатодуоденальная резекция (ПДР) в различных модификациях с лимфодиссекцией [4,5]. В связи с этим принципиально важным является проведение тщательной дифференциальной диагностики рака ГПЖ и солидно-кистозных поражений железы на фоне ХП, что, в итоге, и определяет выбор метода хирургического лечения. В тоже время макроскопическая картина доброкачественных поражений ГПЖ и рака является весьма схожей и нередко наблюдается развитие малигнизации на фоне хронического процесса. Несмотря на использование современных методов диагностики, включающих, в том

числе, пункционную биопсию, трепан-биопсию под контролем УЗИ и КТ, трансдуоденальную биопсию, верифицировать диагноз в ряде случаев не представляется возможным [3,4]. Это может вести к диагностической ошибке и использованию не радикальных методов хирургического лечения в случае операбельного рака ГПЖ.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности диагностического алгоритма до- и интраоперационного обследования пациента и тактики в выборе метода хирургического лечения при объемных поражениях головки поджелудочной железы.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и хирургического лечения 98 пациентов с объемными образованиями ГПЖ, лечившихся в период с 2000 по 2009 гг. в онкохирургических отделениях МГКОД и хирургических отделениях 9-й ГКБ и БСМП г. Минска. Уточняющий протокол предоперационной диагностики включал УЗИ органов брюшной полости, ФГДС с осмотром и биопсией зоны БДС, в ряде случаев эндоскопическая сонография, РХПГ, КТ или МРТ органов брюшной полости с болюсным внутривенным усилением. Прицельная дооперационная биопсия под контролем УЗИ, КТ и трансдуоденальная биопсия выполнены у 74 (76,0%) пациентов.

Результаты и обсуждение

Большинство пациентов поступало в стационар с различной степенью выраженности болевого и диспепсического синдромов, признаками билиарной и вирсунгиальной гипертензии, механической желтухой, признаками дуоденальной непроходимости. В анамнезе 49 больных перенесли острый некротизирующий панкреатит. Комплексное предоперационное обследование позволило верифицировать у всех пациентов увеличение ГПЖ более 35 мм (max. 65 мм). У 21 пациента в головке визуализировались кистозные образования. Расширение главного панкреатического протока ≥ 5 -6 мм диагностировано у 54 пациентов (55%). У

всех пациентов имела место дилатация гепатикохоледоха более 1 см. КТ с болюсным усилением у 12 пациентов (12,2%) позволила визуализировать вовлечение в патологический процесс воротной и верхней брыжеечной вен и у 15% пациентов - увеличение регионарных и отдаленных лимфатических узлов. Пункционная или трепан-биопсия под контролем УЗИ или КТ позволили верифицировать до операции рак ГПЖ у 52 (53,0%) пациентов. Комплексная оценка анамнестических данных, клинических признаков заболевания, результаты лабораторных и инструментальных исследований позволили до операции определить основные диагностические признаки рака ГПЖ:

1. Отсутствие указаний на острый панкреатит в анамнезе и развитие обтурационной желтухи на фоне относительного благополучия;
2. Отсутствие явных УЗИ и КТ признаков ХП тела и хвоста железы;
3. Визуализация поражения регионарных и отдаленных лимфатических узлов;
4. Вовлечение (инвазия) в патологический процесс воротной и верхней мезентериальной вен при КТ и МРТ исследовании;
6. Дилатация вирсунгова протока;
7. Характерный горизонтальный блок (обтурация) панкреатической части холедоха при ЧЧХГ;
8. Признаки поражения головки со стороны БДС и слизистой медиальной стенки 12-перстной кишки при ФГДС;
9. Эпителиальная клеточная атипия или злокачественные клетки при цитологическом исследовании после ФГДС и пункционной биопсии (абсолютный признак).

Интраоперационная биопсия лимфоузлов, трепан-биопсия ткани головки железы позволили верифицировать диагноз рака ГПЖ еще у 5 пациентов. Таким образом, из 98 больных с объемным поражением головки верификация рака была достигнута у 57 (58,2%) пациентов. Несмотря на отрицательный результат биопсии, 6 пациентам с клиническими признаками

опухоли, была выполнена радикальная ГПДР, а последующее морфологическое исследование препаратов подтвердило диагноз протоковой аденокарциномы.

Большие затруднения в постановке диагноза, а, следовательно, и в выборе объема вмешательства нередко вызывают заключения цитологической диагностики, трактующие пунктат как «клетки с признаками эпителиальной атипии» или «клетки, подозрительные к злокачественным». Подобные заключения отмечены нами в 19,5% случаев.

Анализ полученных результатов свидетельствует, что верификация диагноза рака головки поджелудочной железы при до- и интраоперационном исследовании была получена у 64,3% пациентов, что определило выбор радикального или паллиативного лечения в зависимости от операбельности опухоли. 41 пациенту была выполнена ГПДР с лимфодиссекцией или ПДР с сохранением пилоруса, остальным 26 пациентам - паллиативные операции (ХДА, гепатикоеюностомия, холецистогастростомия, гастроэнтеростомия). 31 больному с хроническим панкреатитом и дилатацией вирсунгова протока и гепатикохоледоха выполнены дренирующие операции (операция Фрея, продольная панкреатикоэнтеростомия, цистодуоденостомия, ХДА). В 2 (6,5%) случаях, после операции Фрея, при гистологическом исследовании была верифицирована протоковая аденокарцинома.

Таким образом, несмотря на использование современных методов исследования, дооперационная диагностика рака ГПЖ с цитологической (морфологической) верификацией стала возможной в 77,6%. С учетом интраоперационной диагностики (инцизионная биопсия и трепан-биопсия ткани ГПЖ, эксцизионная биопсия лимфатических узлов), подтверждение диагноза рака возрастает до 85,0%. По данным Малярчука В.И. и соавт. [3] эффективность ондоскопической сонографии достигает 100%.

Наибольшие затруднения для верификации диагноза рака ГПЖ возникают в случаях предшествующего хронического процесса в железе, цитологическая картина при котором может характеризоваться

эпителиальной атипией. В данной ситуации целесообразно учитывать анамнез, клинические признаки заболевания и определять выбор метода лечения в пользу радикального вмешательства. Можно надеяться, что широкое внедрение в перспективе в клиническую практику позитронно-эмиссионной томографии позволит добиться абсолютной дооперационной верификации диагноза рака.

Выводы

1. Дооперационная пункционная биопсия под контролем УЗИ или КТ и интраоперационная трепан-биопсия показана всем пациентам с объемными образованиями головки поджелудочной железы.
2. Выполнение резекционных и дренирующих операций при хроническом панкреатите требует обязательного интраоперационного цитологического (морфологического) исследования.
3. При клиническом подозрении на рак головки поджелудочной железы и при отсутствии верификации диагноза, показана радикальная операция в объеме ГПДР (ПДР) с лимфодиссекцией.

Список литературы

1. Копчак В.М., Хомяк И.В., Чевердюк Д.А., Копчак К.В., Зелинский А.И. Хирургическое лечение больных хроническим панкреатитом// Анн.хирург.гепат. 2009.Т.14.№4. с.64-70.
2. Кубачев К.Г., Борисов А.Е., Изудинов А.С., Хромов В.В., Сагитова Д.С. Выбор способа дренирования желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза//Анн.хирург.гепат. 2009.Т14.№3. с.56-62.
3. Малярчук В.И., Иванов В.А., Климов А.Е. и др. Диагностика и лечение хронического панкреатита// Анн.хирург.гепат. 2005. Т.10.№2. с.39-44.
4. Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны.- М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007.- 448 с.: ил.

5. Surgery of the liver, biliary tract, and pancreas / [edited by] Leslie H. Blumgart.-
4th ed., v.2, 2007.-pp.915-1838.