

А. П. Кошель, С. С. Клоков, Е. Б. Миронова

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

A. P. Koshel, S. S. Klovok, Ye. B. Mironova

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PANCREATIC CANCER

НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Северск
© А. П. Кошель, С. С. Клоков, Е. Б. Миронова

Проведен анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных раком поджелудочной железы. У 102 пациентов была выполнена радикальная операция с формированием оригинального арефлюксного панкреатоеюноанастомоза. Послеоперационная летальность составила 7,8 %, средняя продолжительность жизни $9,3 \pm 2,7$ мес. Проведенные в послеоперационном периоде инструментальные и клинические исследования показали преимущества сформированного арефлюксного панкреатоеюноанастомоза в плане профилактики развития рефлюкс-панкреатита и -холангита, обеспечивая достаточной высокий уровень качества жизни оперированных больных.

Ключевые слова: рак поджелудочной железы, хирургическое лечение.

We have analyzed early and late results of surgical treatment of patients with the pancreatic cancer. 102 patients underwent radical surgery with formation of the original antireflux pancreatojejunal anastomosis. Postoperative mortality rate in the group was 7.8 %. Mean patients lifetime after radical surgery was $9,3 \pm 2,7$ mths. Instrumental and physical examination performed during the follow-up demonstrated the advantages of antireflux pancreatojejunal anastomosis in the prevention of reflux pancreatitis and cholangitis and in the maintenance of sufficiently high life quality of operated patients.

Key words: pancreatic cancer, surgical treatment.

УДК 616.37-006.6-07-08

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы рак поджелудочной железы выходит на ведущие места в общей онкологической заболеваемости и смертности среди злокачественных заболеваний органов пищеварительной системы большинства развитых стран мира. Так, например, по данным, приведенным в статье D. Freitas [6], в Северной Америке в 2008 г. было диагностировано 37 680 случаев рака поджелудочной железы, умерло 34 290 человек.

В России в 2009 г. выявлено 14 723 больных раком поджелудочной железы. С 2004 по 2009 гг. отмечено увеличение абсолютного числа вновь выявленных больных как мужского (8,1 %), так и женского (13,1 %) пола. Средний возраст больных составил 64 года у мужчин и 70 лет у женщин. В структуре онкологической заболеваемости доля рака поджелудочной железы составила

1,9—3,6 %. Доля рака поджелудочной железы в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями органов пищеварения в России составила 11,4 %, что соответствует 4-му ранговому месту после рака желудка, ободочной и прямой кишок [1]. В Украине частота встречаемости рака поджелудочной железы составляет 8,2 на 100 000, что соответствует 9-му ранговому месту в структуре общей онкологической заболеваемости и 3-й строчке среди заболеваний органов пищеварения после рака желудка и толстой кишки [5].

Особенности топографии железы, а также склонность ее к раннему метастазированию обуславливают низкий процент радикальных вмешательств. Кроме того, большинство имеющихся в арсенале хирурга операций приводят к развитию в ближайшем или отдаленном послеоперационном периоде целого ряда осложнений,

обусловленных ретроградным поступлением кишечного содержимого в протоки культы поджелудочной железы и/или желчное дерево. Все это значительно влияет на качество жизни оперированных больных, приводя к тяжелой инвалидности. В этой связи актуальной остается разработка новых методик операций, направленных на профилактику рефлюкс-панкреатита и рефлюкс-холангита.

Ключевым моментом любого варианта операции панкреатодуоденальной резекции является панкреатоеюноанастомоз. Именно несостоятельность последнего, возникающая у 1,2—23 % пациентов, является одной из основных причин неблагоприятных исходов в раннем послеоперационном периоде [4, 7, 8]. При этом причиной несостоятельности панкреатоеюнального соустья чаще всего является заброс кишечного содержимого в вирсунгов проток с развитием послеоперационного панкреатита [3].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исходя из этого, в нашей клинике проф. Г.К. Жерловым разработан и широко применяется способ панкреатодуоденальной резекции с формированием арефлюксного панкреатоеюноанастомоза.

Операция выполняется следующим образом: после выполнения резекционного этапа на конце отключенной из пищеварения по Roux петли тощей кишки циркулярно отсепааровывают и удаляют серозно-мышечную оболочку шириной 12 мм (рис. 1). Мобилизованную петлю проводят через окно в мезоколон и подводят к культe поджелудочной железы, которую катетеризируют «потерянным» полимерным дренажем соответствующего диаметра и фиксируют к стенке протока швом (рис. 2а). Культю кишки фиксируют к поджелудочной железе швами-держалками по углам анастомоза, проходящими через край ее серозно-мышечной оболочки, а на поджелудочной железе через капсулу, отступая от края на 18—20 мм (рис. 2б). Затем инвагинируют культю поджелудочной железы в просвет тощей кишки

путем наложения внутреннего ряда узловых швов между краями «оголенного» подслизистого слоя кишки и капсулы поджелудочной железы и наружного ряда узловых швов между краем серозно-мышечного слоя кишки и капсулой поджелудочной железы, отступив от первого ряда швов на глубину инвагината (18—20 мм) (рис. 2в). При этом pars plicata кишки обращена на середину задней полуокружности соустья.

В завершение операции создают антирефлюксный клапан путем циркулярного рассечения серозно-мышечной оболочки кишки на 5—7 см ниже панкреатоеюноанастомоза и еще двух полуовальных разрезов выше и ниже первого на 15—18 мм. Инвагинационный клапан образуется после сшивания проксимального и дистального краев разрезов серозно-мышечными швами (рис. 3а, б). На рис. 4 представлен окончательный вид сформированного анастомоза.

Подобная технология формирования соустья показана и применяется у пациентов с мало измененной тканью поджелудочной железы и узким вирсунговым протоком.

У пациентов с фиброзно-измененной тканью поджелудочной железы, расширением главного панкреатического протока более 4—5 мм дренаж в просвет протока не устанавливаем и при наложении внутреннего ряда швов на заднюю и переднюю полуокружности анастомоза захватываем в шов вместе с краями «оголенной» подслизистой оболочки кишки и капсулы поджелудочной железы подслизистую основу культы панкреатического протока. При завязывании этих швов слизистые оболочки кишки и протока сопоставляются, а срез культы поджелудочной железы укрывается слизисто-подслизистой оболочкой кишки. Таким образом формируется панкреатоеюностома (рис. 5 а—в).

Всего в клинике с 1999 по 2011 гг. радикальные операции выполнены у 102 больных, в том числе у 59 мужчин и 43 женщины в возрасте от 29 до 74 лет (табл. 1).

Гастропанкреатодуоденальная резекция выполнена у 69 (67,6 %) больных, пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция — у 33 (32,4 %).

Таблица 1

Распределение больных, оперированных радикально по полу и возрасту

Пол	Всего	Возраст					
		20—30	31—40	41—50	51—60	61—70	Старше 70
Мужчины	59	—	2	11	25	19	2
Женщины	43	1	1	14	14	11	2
Итого	102	1	3	25	39	30	4

Показанием к оперативному лечению послужили рак головки поджелудочной железы 87 (85,3 %) и рак фатерова сосочка 15 (14,1 %) больных.

Общая послеоперационная летальность составила 7,8 % — умерло 8 пациентов. Причиной смерти у 5 пациентов была прогрессирующая печеночно-почечная недостаточность, по одному пациенту погибло вследствие несостоятельности швов гепатикоэнтероанастомоза, внутрибрюшного кровотечения и острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Среди осложнений раннего послеоперационного периода у 94 выживших пациентов чаще всего встречалась гипотония желудка (после пилоруссохраняющих операций) и его культы, которая зафиксирована у 16 (15,7 %) больных. Послеоперационный панкреатит (легкая форма) выявлен у 6 (5,9 %), плеврит — у 7 (6,9 %) больных и по одному больному имели пролежень стенки желудка дренажной трубкой (0,9 %), некроз передней стенки культи ДПК (0,9 %) и механическую желтуху в результате обструкции пузырного протока у больной с холецистоэнтероанастомозом (0,9 %). Таким образом, ранние послеоперационные осложнения возникли у 32 пациентов, что составило 31,4 % (у части пациентов имело место сочетание 2 и более осложнений).

Средняя продолжительность жизни пациентов после радикальных операций составила

9,3±2,7 (от 4 мес. до 6 лет) мес. При этом только два (2,3 %) из 87 больных с аденокарциномой поджелудочной железы пережили 5-летний рубеж. Среди пациентов с опухолью р. Vateri 5-летняя выживаемость составила 46,7 % (живы 7 из 15 пациентов).

При обследовании пациентов в ближайшие и отдаленные сроки после операции в первую очередь обращали внимание на субъективное восприятие пациентов своего самочувствия (качество жизни).

С целью объективной оценки ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения клинические данные дополнены проведением лабораторных, ультразвуковых, эндоскопических, рентгенологических исследований в различные сроки после операции.

При ультразвуковом исследовании, которое было проведено 52 больным, у двух (3,8 %) в ближайшем послеоперационном периоде наблюдалось увеличение размера панкреатического протока культи поджелудочной железы в ранние и ближайшие сроки после операции. Однако через 6 мес. после операции ни у одного из них расширения протока не было. У других пациентов (96,2 %) расширения вирсунгова протока в течение всего срока наблюдений не фиксировали, размеры его были в пределах нормы (2—4 мм) и оставались без изменения в течение всего срока наблюдения (рис. 6а, б).

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2009 // Вестн. Росс. онкологич. научн. центра им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2011. — Т. 22, № 3 (прил. 1). — С. 56.
2. Крылов Н. Н. Способы изучения качества жизни после операций по поводу язвенной болезни // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. — 1995. — № 3. — С. 126—127.
3. Кубышкин В. А. [и др.] Важнейшие осложнения панкреатодуоденальных резекций // Анналы хирург. гепатол. — 1998. — Т. 3, № 3. — С. 24—28.
4. Патютко Ю. И., Котельников А. Г., Абгарян М. Г. Современное хирургическое и комбинированное лечение больных экзокринным раком головки поджелудочной железы и органов периапулярной зоны // Практик. онкология. — 2004. — № 2 — С. 94—107.
5. Попович А. Ю. Рак поджелудочной железы // Вестн. клуба панкреатологов. — 2009. — № 3. — С. 31—39.
6. Freitas D. [et al.] Medical Management of Pancreatic Adenocarcinoma // Pancreatology. — 2009. — № 9. — P. 223—232.
7. Sener S. F. [et al.] Pancreatic cancer: a report of treatment and survival trends for 100,313 patients diagnosed from 1985—1995, using the National Cancer Database // J. Am. Coll. Surg. — 1999. — Vol. 89. — P. 1—7.
8. Suzuki Y, Fujino Y, Fanioka Y. Factors influencing hepaticojejunostomy leak following pancreaticoduodenal resection; importance of anastomotic leak test // Hepatogastroenterology. — 2003. — Vol. 50 (49). — P. 254—257.

Поступила в редакцию _____. 2012 г.

Утверждена _____. 2012 г.

Авторы:

Кошель А. П. — д-р мед. наук, профессор, директор НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова СибГМУ Минздравсоцразвития России, г. Северск.

Клоков С. С. — канд. мед. наук, зам. директора НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова СибГМУ Минздрава России по лечебной работе, г. Северск.

Миронова Е. Б. — д-р мед. наук, старший научный сотрудник НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова СибГМУ Минздрава России, г. Северск.

Контакты

Кошель Андрей Петрович

Тел. (8 3823) 56 42 65

e-mail: apk@gastro.tomsk.ru

ЭТО ИНТЕРЕСНО



До 2020 года в фарм- и медпромышленность вложат 119 миллиардов рублей

18 октября кабинет министров на своем заседании принял госпрограмму «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности РФ до 2020 года», сообщает ИТАР-ТАСС.

Согласно проекту программы, опубликованному на сайте Минпромторга РФ, на реализацию программы планируется выделить из госбюджета в общей сложности почти 119 миллиардов рублей, в том числе почти десять с половиной миллионов рублей до конца 2012 года. Пик объемов финансирования запланирован на 2016 год — свыше 19 с половиной миллионов рублей.

Цель госпрограммы — создание инновационной российской фармацевтической и медицинской промышленности мирового уровня. Госпрограмма должна обеспечить применение международных стандартов в отрасли, в том числе за счет активного использования технологических платформ и медико-фармацевтических инновационных территориальных кластеров, а также создать условия для притока иностранных инвестиций.

Программу планируется реализовывать в два этапа — с 2013 по 2015 годы и с 2016 по 2020 годы. Ожидается, что благодаря реализации программы к 2020 году в отрасли в 4,5 раза увеличится производительность труда по сравнению с показателями 2011 года, будет создано и модернизировано 20 тысяч высокопроизводительных рабочих мест, отечественные лекарства будут занимать 50 процентов рынка, а медицинские изделия — 40 процентов рынка.

Кроме того, запланировано, что к 2020 году объем инвестиций в отрасль увеличится до 27–29 процентов от общего объема производства, доля высокотехнологичной и наукоемкой продукции в общем объеме производства отрасли вырастет в семь раз по отношению к 2011 году, а экспорт продукции фармацевтической и медицинской промышленности достигнет 75 миллиардов рублей.

Как отметил на заседании правительства Дмитрий Медведев, первые шаги по развитию отрасли уже делаются. Так, углубляется кооперация медицинских учреждений и образовательных центров, в Сколково уже действует медицинский кластер, разрабатываются новые виды лекарственных средств. По словам премьера, госпрограмма должна интегрировать эти направления в единую эффективную систему.

<http://medportal.ru/mednovosti/news/2012/10/18/farmmed/>