

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННЫМ СИНДРОМОМ ЖЕЛТУХИ

Н.А. Елтышев

Хирургическое отделение
Российский научный центр рентгенорадиологии
ул. Профсоюзная, 86, Москва, Россия, 117997

В работе представлены материалы по современной диагностике и лечению 110 больных раком головки поджелудочной железы, осложненным синдромом желтухи. Рассмотрены результаты современных инструментальных методов диагностики распространенности опухолевого процесса, позволивших определить стадии процесса и правильную лечебную тактику. 30 больным проведено комбинированное, 54 — лучевое, 16 — комплексное и 10 — паллиативное хирургическое лечение. 5-летняя выживаемость после комбинированного лечения составила $20,0\% \pm 10,3$.

Ключевые слова: раковая желтуха, рак головки поджелудочной железы, ультразвуковая томография, цитологические исследования желчи, ангиохоангиография, панкреатодуоденальная резекция, лучевая терапия, отдаленные результаты.

Лечение рака головки поджелудочной железы до настоящего времени характеризуются неудовлетворительными результатами

Рак головки поджелудочной железы диагностируется в поздних стадиях заболевания. В его хирургии преобладают паллиативные вмешательства, направленные на устранение непроходимости желчных протоков и не оказывающие непосредственного противоопухолевого воздействия.

Радикальные операции выполняются лишь у 4—7% больных, а 5-летняя выживаемость после радикального хирургического лечения не превышает 2—5%, средняя продолжительность жизни после паллиативных операций составляет 6—9 мес.

Неудовлетворительные результаты специального лечения данной патологии обусловлены развитием желтухи и печеночной недостаточности, сложными анатомо-топографическими взаимоотношениями органов панкреатодуоденальной зоны, быстрым распространением опухоли на сосуды печеночно-двенадцатиперстной связки, развитием метастатического поражения печени.

Целью настоящей работы явилось повышение эффективности диагностики и лечения рака головки поджелудочной железы, осложненного синдромом желтухи, путем максимальной реализации возможностей инструментальных методов исследований и совершенствования способов комбинированного, лучевого и лекарственного лечения заболевания.

Исследование основано на анализе результатов лечения 110 больных раком головки поджелудочной железы, находившихся на лечении в Российском научном центре рентгенорадиологии МЗ РФ с 1990 по 2008 гг.: мужчин — 79, женщин — 31; средний возраст составил $61,6 \pm 4,7$ лет.

Клинико-лабораторные исследования в диагностике рака головки поджелудочной железы обладают ограниченными диагностическими возможностями.

Главными задачами инструментальных исследований в диагностике рака головки поджелудочной железы явились выявление опухолей, морфологическое подтверждение диагноза, определение распространенности опухолевого процесса.

На начальном этапе инструментальной диагностики применялась ультразвуковая томография.

Среди 110 больных раком головки поджелудочной железы правильный диагноз по данным ультразвуковой томографии установлен у 108 пациентов.

Опухоли головки поджелудочной железы в 99 наблюдениях выглядели как гипо- или гиперэхогенные образования с неровными контурами, в 11 — в виде множественных бесструктурных эконегативных, наслаивающихся друг на друга конгломератов неправильных очертаний, отмечалась эктазия внутривенных желчных протоков, общего печеночного и супрадуоденального отдела общего желчного протока, увеличение желчного пузыря, имевшего «слоистое» строение. У 50 больных опухоли головки поджелудочной железы вызывали блокаду панкреатического протока.

Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов выявлено по данным ультразвуковой томографии у 52 пациентов раком головки поджелудочной железы. У 6 обследованных установлено метастатическое поражение печени.

Рентгенологические исследования желудка и двенадцатиперстной кишки проведены 103, дуоденография в условиях искусственной гипотонии — 35 больным раком головки поджелудочной железы.

Вовлечение в опухолевый процесс желудка и двенадцатиперстной кишки установлено у 41 пациента при раке головки поджелудочной железы.

Фиброгастродуоденоскопия проведена 91 больному раком головки поджелудочной железы. При этом изменения со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки выявлены у 48 пациентов, а в 12 наблюдениях подтвержден опухолевый характер этих изменений.

Рентгеноэндоскопические исследования желудка и двенадцатиперстной кишки позволили установить распространение опухолевого процесса на стенки этих органов, оценить протяженность поражения.

Морфологическая диагностика рака головки поджелудочной железы проводилась по материалам цитологических исследований желчи, чрескожной и эндочоледохоальной биопсий с экспресс-цитологическим исследованием каждой порции материала, что позволило получить положительный результат в процессе одного исследования.

У 79 пациентов раком головки поджелудочной железы диагноз установлен — по данным цитологических исследований желчи, у 30 — чрескожной пункционной биопсии, у 1 — чрескожной эндочоледохоальной биопсии.

Фистулохолангиография при раке головки поджелудочной железы проведена всем 110 пациентам.

Отмечалось расширение гепатикохоледа, его укорочение различной степени выраженности, обрыв рентгеноконтрастной тени протока с границей цилиндрической, округлой или конической формы. Степень укорочения гепатикохоледа позволяла судить о распространенности опухолевого процесса по стенке протока. В 51 наблюдении опухолевое поражение ограничивалось интрапанкреатическим и интрамуральным, в 39 — ретродуоденальным, интрапанкреатическим и интрамуральным отделами общего желчного протока, в 16 — в патоло-

гический процесс вовлекался супрадуоденальный отдел холедоха с частичным или полным выключением желчного пузыря, в 4 — опухолевая инфильтрация распространялась на стенку общего печеночного протока.

Ангиографические исследования проведены 34 больным раком головки поджелудочной железы. Они были направлены на уточнение сосудистой анатомии, выявление топографии, степени и характера вовлечения в опухолевый процесс ключевых артериальных и венозных стволов панкреатобилиарной зоны. Применялась одномоментная дигитальная субтракционная ангиохолангиография. Ангиографические признаки рака головки поджелудочной железы выявлены у 29 пациентов. Вовлечение в опухолевый процесс магистральных сосудов панкреатобилиарной зоны установлено у 19 больных.

Результаты инструментальных исследований легли в основу прецизионной диагностики и определения распространенности опухолевого процесса при раке головки поджелудочной железы.

Распределение больных раком головки поджелудочной железы по стадиям заболевания представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных раком головки поджелудочной железы по стадиям заболевания

Стадия заболевания	Число больных
I T2N0M0	18
II T3N0M0	40
III T2N1M0 T3N1M0	22 18
IV T2N1M1 T3N0M1	5 7
ВСЕГО:	110

Как видно из представленных данных, рак головки поджелудочной железы в I стадии установлен у 18, II — у 40, III — у 40, IV — у 12 пациентов.

Все пациенты были госпитализированы в стационар с явлениями печеночной недостаточности, обусловленными желтухой опухолевой этиологии.

Печеночная недостаточность, возникающая вследствие желтухи, вызванной опухолевой обструкцией желчных протоков, сопровождающаяся труднокорректируемыми изменениями в различных органах и системах организма, прогрессирующими метаболическими нарушениями и тяжелыми формами эндотоксемии, является главным фактором, сдерживающим развитие углубленной диагностики и совершенствование способов лечения рака головки поджелудочной железы.

Результаты проведенных биохимических и морфологических исследований показали, что механическая желтуха сопровождается грубыми воспалительно-дистрофическими и деструктивно-дегенеративными процессами в клеточных и стромальных структурах печени.

Для устранения холестаза 110 больным выполнены чрескожные чреспеченочные эндобилиарные дренирующие вмешательства (табл. 2).

Виды эндобилиарной декомпрессии желчных протоков

Вид дренирования	Число больных
I. Наружное:	66
1 — гепатикостомия	7
2 — холедохостомия	16
3 — холецистостомия	41
II. Одноэтапное наружно-внутреннее	44
ВСЕГО:	110

На начальном этапе эндобилиарного дренирования адекватная декомпрессия желчных протоков достигалась при наружном отведении желчи.

Оптимальным вариантом наружного желчеотведения, обеспечивающим наименьшую желчепотерю, при дистальной окклюзии явилось наружное дренирование желчных протоков.

Проведение чрескожных чреспеченочных эндобилиарных декомпрессивных вмешательств позволило стабилизировать состояние пациентов, купировать явления холемической интоксикации и провести 30 пациентам комбинированное лечение, 54 — лучевую терапию, 16 — химиолучевое лечение, 10 — паллиативное хирургическое лечение).

На первом этапе комбинированного лечения больным выполнялись радикальные хирургические вмешательства. При раке головки поджелудочной железы всем больным выполнялась панкреатодуоденальная резекция.

Послеоперационная лучевая терапия проведена всем 30 радикально оперированным больным. Суммарная доза облучения составила 50—60 Гр.

20 больным раком головки поджелудочной железы после устранения желтухи чрескожными чреспеченочными эндобилиарными декомпрессивными вмешательствами выполнены паллиативные хирургические операции: у 11 больных наложен холецистогастроанастомоз, у 3 — холецистоэнтероанастомоз, у 4 — холедоходуоденоанастомоз, у 2 — гепатикоэнтероанастомоз. Осложнений после наложения билиодигестивных анастомозов не наблюдалось.

6 пациентам проведено протезирование желчных протоков нитиноловыми или сетчатыми протезами, 74 — долговременное дренирование желчных протоков.

54 больным после выполнения билиодигестивных анастомозов, протезирования или долговременного наружно-внутреннего дренирования желчных протоков проведено лучевое лечение; 42 пациентам — по радикальной программе СОД 66—70 Гр., 12 — по паллиативной СОД 44—50 Гр.

16 больным проведено химиолучевое лечение. Полихимиотерапия осуществлялась препаратами 5-фторурацил, циклофосфан, вепезид, адремицин, гемзар, карбоплатин в различных комбинациях.

3—5-летняя выживаемость больных после комбинированного лечения при раке головки поджелудочной железы составила $40,0\% \pm 12,6$ и $20,0\% \pm 10,3$ соответственно.

Средняя продолжительность жизни, 3—5-летняя выживаемость больных после лучевого лечения при раке головки поджелудочной железы составила $19,9 \pm 3,9$ мес., $9,3\% \pm 3,9$, $1,8\% \pm 1,8$ соответственно.

Средняя продолжительность жизни больных после паллиативного хирургического лечения при раке головки поджелудочной железы составила $7,7 \pm 0,6$ мес. Средняя продолжительность жизни уменьшалась с нарастанием стадии заболевания ($p > 0,05$).

Достигнутые результаты демонстрируют целесообразность применения комбинированного, а при противопоказаниях к радикальным хирургическим вмешательствам — лучевого лечения рака головки поджелудочной железы.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Виноградов В.В., Лапкин К.В., Лютфалиев Т.А. и др.* Желчеотводящие анастомозы при опухолевой обтурации желчных протоков // Вестник хирургии. — 1985. — Т. 134. — № 4. — С. 40—46.
- [2] *Мовчан К.Н., Татарин С.Н., Солдатенков О.Е.* Оценка результатов гастропанкреатодуоденальной резекции у онкологических больных // Вопросы онкологии. — 1994. — Т. 40. — № 1—3. — С. 90—94.
- [3] *Оноприев В.И., Мануйлов А.М., Рогаль М.Л. и др.* Резектабельность опухолей панкреатодуоденальной зоны // В кн.: Хирургия хронического панкреатита и опухолей поджелудочной железы. — М., 1993. — С. 55—56.
- [4] *Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Сагайдак И.В.* Хирургическое и комбинированное лечение больных раком поджелудочной железы и периампулярной зоны // В кн.: I съезда онкологов стран СНГ. — М., 1996. — С. 341.
- [5] *Aoki Y., Katsumi M.* Palliative Surgery for Unresectable Carcinoma of the Head of the Pancreas, Ampulla, and Distal end of the Common Bile Duct in Japan // Amer. J. Surg. — 1984. — V. 147. — P. 349—353.
- [6] *Flemming B., Bryde A., Brahe N. et al.* Pancreaticoduodenectomy for periampullary cancer // Ugeskr. Laeger. — 1995. — V. 157. — № 40. — P. 5544—5548.
- [7] *O'Conner M.* Mechanical Biliary Obstruction. A Review of the Multisystemic Consequences of Obstructive Jaundice and Their Impact on Perioperative Morbidity and Mortality // Amer. Surg. — 1985. — V. 51. — № 5. — P. 245—251.

THE MODERN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH PANCREATIC HEAD CANCER, COMPLICATED BY JAUNDICE SYNDROME

N.A. Eltyshev

Russian Scientific Center of Roentgenoradiology
Profyuznaya str., 86, Moscow, Russia, 117997

The paper presents the materials on modern diagnostics and treatment of 110 patients with pancreatic head cancer, complicated by jaundice syndrome. The author analyses the results of the modern instrumental diagnostic methods, which make it possible to stage the tumor and to define the optimal tactics of treatment. 30 patients got the combined treatment, 54 — radiation therapy, 16 — complex treatment, 10 — palliative surgery. 5-year survival after the combined treatment was $20,0\% \pm 10,3\%$

Key words: Cancer jaundice, cancer of the head of the pancreas, US tomography, bile cytology, angiocholangiography, pancreatoduodenal resection, radiation therapy, term results.