

© Коллектив авторов, 2015

УДК 616.37-006.66-06::616.342-007.251-089

А. В. Павловский, С. А. Попов, Д. Н. Майстренко, В. Е. Моисеенко

РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОЙ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННОЙ АДЕНОКАРЦИНОМОЙ КРЮЧКОВИДНОГО ОТРОСТКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЁННОЙ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Отдел интервенционной радиологии и оперативной хирургии, ФБГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава РФ (дир. — академик РАН, проф. А. М. Гранов)

Ключевые слова: рак поджелудочной железы, двенадцатиперстная кишка, перфорация

Единственным радикальным методом лечения рака поджелудочной железы (ПЖ) до настоящего времени остается хирургическое вмешательство. Однако, по данным различных авторов [1, 4], резектабельные опухоли без инвазии в магистральные сосуды встречаются всего лишь у 5–15% больных. Число радикально оперированных больных значительно увеличивается в специализированных панкреатологических центрах, где выполняются расширенные операции с реконструкцией крупных сосудов, вовлеченных в опухоль [5]. В некоторых случаях у больных с местно-распространенным раком ПЖ возникают угрожающие жизни осложнения, методом лечения которых может быть только хирургическое удаление опухоли. Наблюдения, показывающие эффективность расширенных радикальных вмешательств с резекцией магистральных артерий и вен, выполненных по жизненным показаниям по поводу аденокарциномы ПЖ, редки и представляют интерес для специалистов в этой области. Мы хотим представить наблюдение успешного хирургического лечения осложненно-местно-распространенного рака ПЖ в условиях специализированного стационара.

Больная Г., 68 лет, заболела остро 27.08.2014 г., когда возникли постоянные боли в области эпигастрия, усили-

вающиеся после приема пищи. До 03.09.2014 г. находилась дома, температура тела повысилась до 38,5 °С, была экстренно госпитализирована в хирургическое отделение дежурного стационара. По данным инструментальных методов обследования, выявлена местно-распространенная опухоль крючковидного отростка головки ПЖ размером 60×40×37 мм с инфильтрацией корня брыжейки тонкой кишки, прорастанием двенадцатиперстной кишки и признаками ее ретроперитонеальной перфорации (рис. 1). Определены уровни специфических онкомаркеров плазмы крови: СА-19-9 — до 438 ед/мл, раковоэмбриональный антиген — 2,7 нг/мл. Несмотря на проводимую консервативную терапию, состояние больной ухудшалось.

Для определения дальнейшей тактики лечения 12.09.2014 г. переведена в отделение оперативной хирургии нашего центра. Дополнительное обследование позволило уточнить, что опухоль распространяется вдоль верхней брыжечной артерии (ВБА), примыкая к ее заднелатеральной поверхности на протяжении 5 см, ствол верхней брыжечной вены (ВБВ) окклюзирован с формированием коллатерального оттока по брыжечным венам второго–третьего порядка (рис. 2). Пациентке планировалось радикальное хирургическое лечение по жизненным показаниям.

Перед операцией проводили антибактериальную, инфузионную терапию, парентеральное питание. Симптомы интоксикации купированы. Операция 23.09.2014 г.: выполнены пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция, резекция участка брыжейки тонкой кишки и ствола ВБВ, скелетизация ВБА на протяжении 5 см, парааортальная лимфодиссекция. При изучении удаленного препарата в области прорастания опухолью стенки двенадцатиперстной кишки определяется сквозной дефект диаметром 7 мм. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома головки ПЖ, метастаз в один из нижних

Сведения об авторах:

Павловский Александр Васильевич (e-mail: alexpavlovskiy@mail.ru), Попов Сергей Александрович (e-mail: spsergey@mail.ru), Майстренко Дмитрий Николаевич (e-mail: nay64@inbox.ru), Моисеенко Владислав Евгеньевич (e-mail: tmpr@inbox.ru), Отдел интервенционной радиологии и оперативной хирургии, Российский научный центр радиологии и хирургических технологий, 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, 70

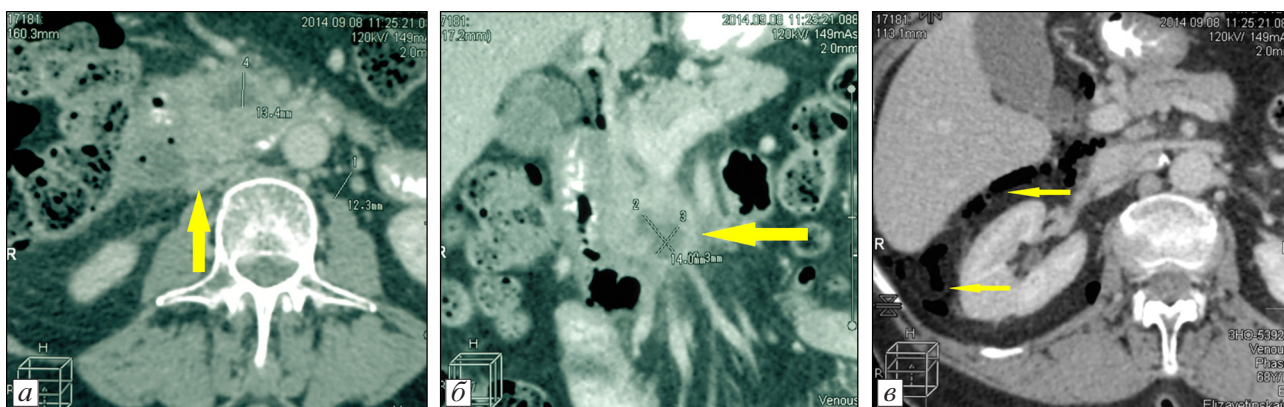


Рис. 1. Компьютерные томограммы больной Г., 68 лет, с аденокарциномой поджелудочной железы.

а — местно-распространенная опухоль крючковидного отростка головки ПЖ размером 60×40×37 мм (стрелка);

б — инфильтрация опухолью корня брыжейки тонкой кишки и двенадцатиперстной кишки (стрелка);

в — признаки ретроперитонеальной перфорации двенадцатиперстной кишки в виде газа в забрюшинной клетчатке (стрелки)

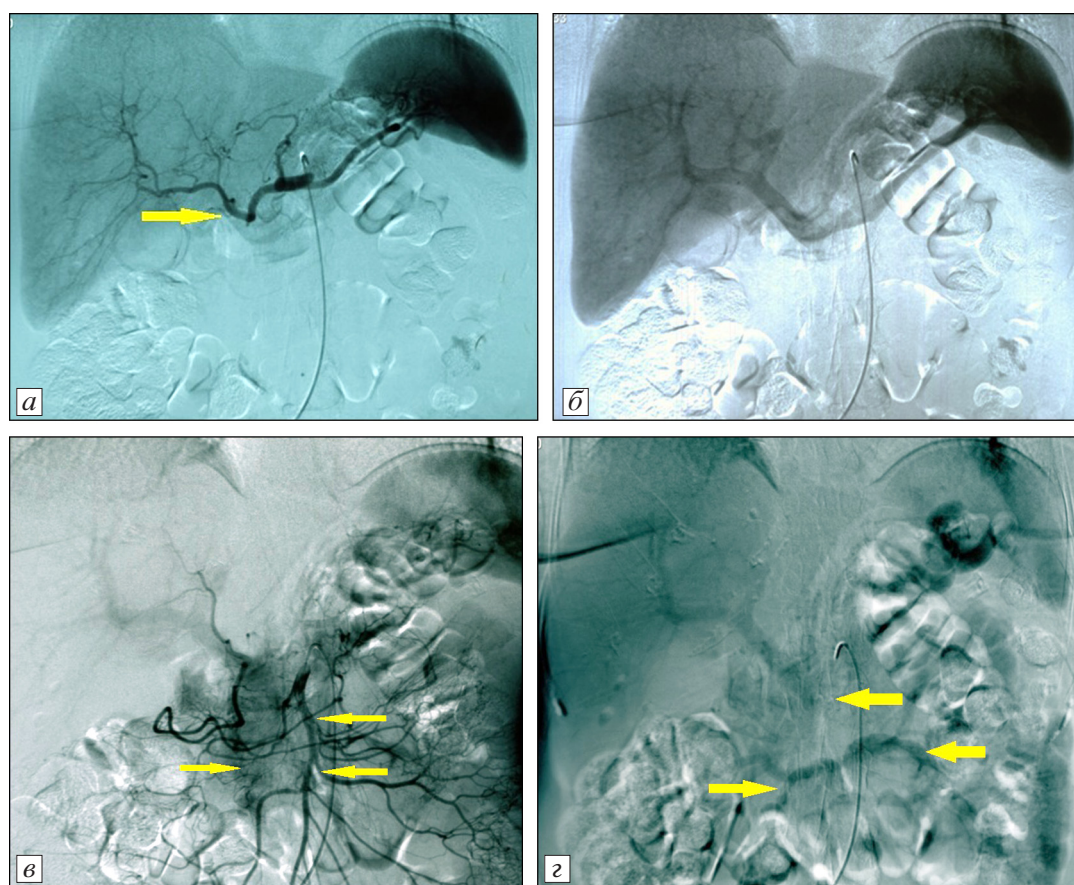


Рис. 2. Ангиограммы той же больной.

а — целиакография, контрастирование гастродуоденальной артерии отсутствует (стрелка); б — возвратная портография;

в — верхняя мезентерикография: опухоль распространяется вдоль верхней брыжеечной артерии, примыкая к ее заднелатеральной поверхности на протяжении 5 см (стрелки); г — верхняя мезентерикография, портальная фаза: ствол верхней брыжеечной вены окклюзирован с формированием коллатерального оттока по брыжеечным венам второго–третьего порядка (стрелки)

парапанкреатических лимфатических узлов. Стадия заболевания T4N1M0.

На 5-е сутки послеоперационного периода отмечено ухудшение состояния больной. Диагностирован тромбоз воротной вены (рис. 3), асцит-перитонит. 28.09.2014 г. в экс-

тренном порядке взята в операционную, выполнены ревизия брюшной полости, тромбэктомия из ствола воротной вены, санация и дренирование брюшной полости.

В течение длительного времени в послеоперационном периоде сохранялись симптоматика подпеченочной пор-

тальной гипертензии, клинические проявления колита (получала консервативное лечение). Рана зажила первичным натяжением. На 38-е сутки послеоперационного периода диагностирован острый отечный панкреатит на фоне отека петли тощей кишки, несущей панкреатикоэнтероанастомоз (рис. 4). Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 49-е сутки после радикальной операции. В настоящее время, по данным мультиспиральной компьютерной томографии (рис. 5), показателей онкомаркеров плазмы крови, признаков рецидива болезни нет, больная социально адаптирована, работает.

Агрессивный хирургический подход к лечению местно-распространенного рака ПЖ, независимо от размера опухоли и вовлечения сосудов, оправдывается однолетней выживаемостью после расширенной ПДР, которая может достигаться у 81% больных [1–3]. Комбинированное лечение позволяет улучшить эффективность радикальной операции [4]. В настоящее время в специализированных панкреатологических центрах, имеющих в своем штате квалифицированных сосудистых хирургов, частота послеоперационных осложнений после расширенных вмешательств, включающих в себя резекцию и протезирование магистральных сосудов, значимо не превышает число осложнений после стандартных радикальных вмешательств на ПЖ [5].

Таким образом, больным с местно-распространенным раком ПЖ при отсутствии соматических противопоказаний может требоваться детальная оценка местной распространенности опухоли с обсуждением расширений показаний для радикального хирургического лечения. Это может быть особенно актуально при высоком риске серьезных осложнений, связанных с поражением опухолью окружающих структур. Агрессивный хирургический подход в лечении местно-распространенного рака ПЖ наиболее успешно может применяться в специализированных многопрофильных центрах, что позволяет минимизировать послеоперационную летальность и обеспечить радикализм выполняемых вмешательств у этой категории пациентов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Лядов В.К., Й.-Маттиас Лёр, Андрен-Сандберг О. Прогностические факторы при резектабельном раке поджелудочной железы. М.: Медпрактика, 2010. 148 с.
2. Bianco F., Sassaroli C., Delrio P. et al. Vascular resection in pancreaticoduodenectomy: is it worth while? // Curr. Drug. Targets. 2012. Vol. 13. P. 772–780.
3. Catz-Shir V., Schachter P. et al. Aggressive surgical approach in pancreatic cancer — is it justified? // Harefuah. 2001. Vol. 140. P. 117–120.
4. Li Z., Shang H., Zhang X. et al. Surgical treatment for locally advanced pancreatic cancer localized in the pancreatic body and tail (report of 11 cases) // Int. J. Clin. Exp. Med. 2015. Vol. 8. P. 4676–4681.



Рис. 3. Мультиспиральная компьютерная томография с контрастным усилением в раннем послеоперационном периоде у той же больной (стрелки — тромб в селезеночной вене)

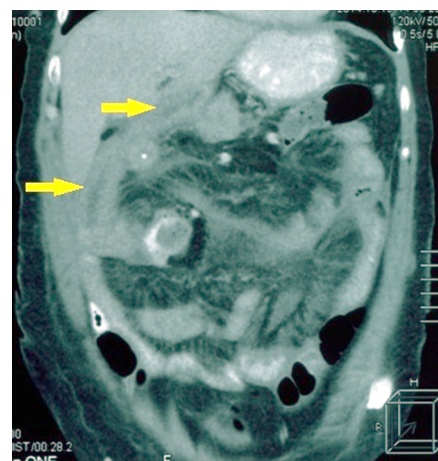


Рис. 4. Мультиспиральная компьютерная томография той же больной. Отек стенок петли тощей кишки (стрелки), несущей панкреатикоэнтероанастомоз

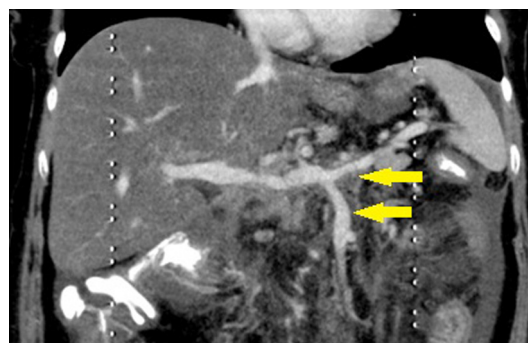


Рис. 5. Мультиспиральная компьютерная томография той же больной с контрастным усилением на момент выписки [портальная фаза — ствол воротной вены заполняется через селезеночную и нижнюю брыжеечную вены (стрелки), ствол верхней брыжеечной вены не определяется]

5. Sgroi M.D., Narayan R.R., Lane J.S. et al. Vascular reconstruction plays an important role in the treatment of pancreatic adenocarcinoma // J. Vasc. Surg. 2015. Vol. 61. P. 475–480.

Поступила в редакцию 17.06.2015 г.