

РАСШИРЕННАЯ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ

*Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Михайлов М.М., Косырев В.Ю.
Российский Онкологический Научный Центр им.Н.Н.Блохина РАМН*

Авторы работают в хирургическом отделении опухолей печени и поджелудочной железы РОНЦ РАМН. По всем интересующим вопросам можно обращаться к ведущему научному сотруднику отделения, к.м.н. Котельникову Алексею Геннадьевичу тел. 324-17-70

Если непосредственные результаты широко распространенной стандартной гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР) не зависят от локализации опухоли в органах билиопанкреатодуоденальной области, то на отдаленную выживаемость таких больных существенное влияние оказывают: гистологическая структура опухоли, локализация опухоли. Так, хирургическое лечение больных протоковой аденокарциномой головки поджелудочной железы в объеме стандартной ГПДР характеризуется низкой резектабельностью (5-15%), удовлетворительными ближайшими результатами (послеоперационная летальность 0-5%), неудовлетворительными отдаленными результатами (медиана продолжительности жизни после операции 10-18 месяцев, 5-летней выживаемости нет). Аналогичные результаты наблюдаются при стандартной ГПДР по поводу аденокарциномы дистального отдела общего желчного протока. Если указанная операция выполняется по поводу цистаденокарциномы головки поджелудочной железы или, например, нейроэндокринной опухоли головки поджелудочной железы, то показатель 5-летней выживаемости возрастает, а при нейроэндокринной опухоли он становится 60-78%. При аденокарциноме большого дуоденального сосочка частота выполнения стандартной ГПДР максимальная и колеблется в пределах 76-96% от всех больных с этим диагнозом, медиана продолжительности жизни после операции 23-40 месяцев, 5-летняя выживаемость 20-50%. При аденокарциноме 12-перстной кишки стандартную ГПДР удается выполнить 53-60% больных, медиана выживаемости после операции 26 месяцев, 5-летняя выживаемость 23-60%. В случаях стандартной ГПДР по поводу образования нейроэндокринной природы 12-перстной кишки 5-летняя выживаемость близка 100% [1, 2, 11, 15].

В литературе встречаются и очень хорошие показатели выживаемости после стандартной ГПДР по поводу аденокарциномы головки поджелудочной железы. Так, Опоуата Н. с соавт. (1992 г.) приводит следующие цифры 5-летней выживаемости: 16,6 % - среди всех, перенесших стандартную ГПДР, и 41% - среди больных с опухолями в головке поджелудочной железы до 2 см в наибольшем измерении [13].

Столь существенные различия в приводимых цифрах отдаленных результатов среди перенесших стандартную ГПДР по поводу экзокринного рака головки поджелудочной железы обусловлены двумя основными причинами. Первая - сложности патоморфологической дифференциальной диагностики низкодифференцированной аденокарциномы, аденокарциномы с высокодифференцированными эпителиальными клетками и выраженным слизееобразованием, нейроэндокринных опухолей, хронического воспаления в ткани поджелудочной железы. Мы крайне редко встречали в литературе примеры пересмотра гистологических данных среди "долгожителей", перенесших ранее стандартную ГПДР по поводу предполагаемого экзокринного рака головки поджелудочной железы. Такой пересмотр абсолютно необходим. По данным Gudjonsson B. (1996 г.), в представляемых авторами сериях наблюдений хирургического лечения по поводу предполагаемого рака поджелудочной железы гистологическое подтверждение диагноза было только у 10 - 35% больных. Вторая причина - различные методы расчета выживаемости. Так, широко применяемые динамические (актуариальные) методы расчета показателей выживаемости (метод таблиц дожития, Kaplan-Meier и др.) приводят к существенному завышению показателей 5-летней выживаемости по сравнению с более реальными показателями, определяемыми прямым методом. Причем, это различие может быть более чем четырехкратным [7].

Большинство лиц, перенесших стандартную ГПДР по поводу экзокринного рака головки поджелудочной железы, умирает в первый год после операции, 3 года переживают единичные больные [8, 9]. По нашим данным 1 год переживают 30,8% больных, 2 года - 16,7%. Медиана жизни после операции 10,5 месяца. Приведенные данные получены на основе расчетов выживаемости прямым методом среди всех оперированных в объеме стандартной ГПДР по поводу протокового рака головки поджелудочной железы вне зависимости от распространенности процесса. Похожие данные представили Sellner F. с соавт. (1993 г.), Gudjonsson B. (1987 г.), Cohen R. с соавт. (1982 г.), Wanebo H.J. с соавт. (1996 г.) [14, 6, 17, 3].

Подавляющее большинство оперированных умирает от прогрессирования рака поджелудочной железы, по данным Ishikawa O. с соавт.(1988 г.) - 84% больных., по данным Westerdahl J. с соавт.(1993 г.) - 100%. Только локо-регионарный рецидив без метастазов в печень, как причина смерти, колеблется по данным разных авторов от 8,1% до 67%. Характерная особенность - наиболее высокий процент развития локо-регионарного рецидива, как единственной причины смерти после стандартной ГПДР, дает O.Ishikawa - сторонник расширенной ГПДР в лечение рака поджелудочной железы. Только отдаленные метастазы, преимущественно в печень, без локо-регионарного рецидива выявлены у 13,5 - 20% умерших. Одновременно локо-регионарный рецидив и отдаленные метастазы (печень, по брюшине, в легкие) отмечены приблизительно у 40-80% умерших [18, 8].

Чрезвычайно тщательные патологоанатомические исследования японских ученых в 80-ые годы, проведенные среди пожилых умерших и ранее не оперированных больных раком поджелудочной железы, продемонстрировали раннюю инвазию рака поджелудочной железы в окружающую поджелудочную железу соединительную ткань, перинеуральную инвазию, микрометастазы в лимфоузлы, как непосредственно прилежащих к поджелудочной железе, так и в парааортальные лимфоузлы, микрометастазы в стенки верхней брыжеечной вены, воротной вены, селезеночной вены. При этом размеры опухолей были от 0,4 см до 3,5 см в наибольшем измерении и, лишь у одного больного опухоль была размерами 4,5 X 5,5 см. Макроскопические признаки внеорганный инвазии рака, метастазов в лимфоузлы и стенки крупных вен, отсутствовали, что на ряду с обычно проводимым патологоанатомическим исследованием удаленного препарата после стандартной ГПДР, если бы такая операция была сделана больным при жизни, позволили бы квалифицировать распространенность заболевания почти у всех больных, соответствующую I стадии. Очень тщательное микроскопическое исследование множества лимфоузлов брюшной полости у 80% из всех умерших, страдавших раком головки поджелудочной железы, установило наличие микрометастазов в перипанкреатические, регионарные, лимфоузлы и в лимфоузлы юкстарегинарного коллектора, т.е. не удаляемые при стандартной ГПДР. У 20% умерших с раком головки поджелудочной железы выявлены метастазы в перигастральные лимфоузлы. Не выявлены метастазы в лимфоузлы вокруг хвоста поджелудочной железы, в воротах селезенки, средостения и периферических групп. Не установлено мультицентричного поражения поджелудочной железы и опухолевой инфильтрации в дистальном направлении по ходу протока поджелудочной железы. Только у 12,5 % при этом выявлены метастазы в печень [12].

Столь ценные патологоанатомические данные Nagai H. с соавт. (1986 г.) согласуются и объясняют ранее представленные клинко-морфологические данные американских, а позднее - других, японских, авторов. Так, Cubilla A.L., Fortner J., Fitzgerald P.G. (1978 г.), подвергнув тщательному морфологическому исследованию удаленные препараты у 18 больных раком панкреатодуоденальной области, части из которых выполнены расширенные операции, выявили нижеследующее. У 86% оперированных с раком головки поджелудочной железы и у 44% с раком большого дуоденального сосочка и 12-перстной кишки обнаружены метастазы в удаленных лимфоузлах. У каждого третьего больного с раком головки поджелудочной железы, который перенес расширенную операцию (авторы именуют ее регионарной резекцией), обнаружены метастазы в лимфоузлы по верхнему краю тела поджелудочной железы, брыжеечную группу, в лимфоузлы вокруг средних ободочнокишечных сосудов, вокруг общего печеночного протока, т.е. в группах лимфоузлов, которые не удаляются при стандартной операции Whipple. При раке большого дуоденального сосочка по данным авторов метастазы локализовались в одной, двух группах лимфоузлов, непосредственно прилежащих к головке поджелудочной железы. Чаще всего - это задняя панкреатодуоденальная группа и группа лимфоузлов по нижнему краю головки поджелудочной железы. На основании чего авторы рекомендовали ограничиться стандартной ГПДР при указанных локализациях рака. Ни в одном случае не выявлены метастазы в область ворот селезенки и вокруг хвоста поджелудочной железы Эти наблюдения 20-летней давности также подтвердились последними данными японских авторов [10, 4].

Констатируя бесперспективность чисто хирургического лечения в виде стандартной ГПДР больных раком головки поджелудочной железы, J.G.Fortner в США и позднее O.Ishikawa в Японии внесли самый существенный вклад в разработку расширенной ГПДР при раке головки поджелудочной железы. При этом, в первый период - освоение расширенных операций, послеоперационная летальность была 32%, позднее - 8%. Из 35 больных раком поджелудочной железы у 89% опухоль была больше 6 см, у 91%

оперированных выявлены метастазы в лимфоузлы. Медиана жизни после операции составила 15 месяцев. Только 1 больной пережил 3 года [5]. Японским исследователям в начале 80-х годов удалось добиться снижения послеоперационной летальности до 5%. Среди оперированных с раком головки поджелудочной железы только у 19% максимальный размер опухоли был более 4см. В первый период 3-летняя выживаемость составила 38% (подсчитано актуаральным методом). Среди умерших в первые 3 года после операции только локо-регионарный рецидив отмечен у 16%, в то время как среди оперированных в объеме стандартной ГПДР и умерших в первые 3 года локо-регионарный рецидив без метастазов в печень отмечен у 67%. Среди умерших в отдаленные сроки после расширенной ГПДР, а это больные с опухолями более 4 см и внеорганный ретроперитонеальной инвазией, преобладали умершие с отдаленными метастазами и отдаленными метастазами одновременно с локорегионарным рецидивом. Среди переживших 3 года только 13% больных - это лица, у которых тщательное морфологическое исследование удаленного комплекса выявило метастазы в юкстарегинарные лимфоузлы [8]. Позднее исследователям удалось добиться послеоперационной летальности после расширенных ГПДР 4,8%. Показатели отдаленной выживаемости: 3-летняя - 35%, 5-летняя - 26% (подсчитано актуаральными методами). При размерах опухоли менее 4 см и отсутствии метастазов в лимфоузлы или поражении только регионарных лимфоколлекторов 3-летняя выживаемость приблизилась к 50%. Из 25 больных с инвазией верхней брыжеечной вены и(или) воротной вены 7 (28%) больных пережили 3-летний период. При этом инвазия вены у них была в пределах одной полуокружности и на протяжении до 2 см. У всех больных после операции развивается секреторная диарея, обусловленная денервацией кишечника, что существенно ухудшает качество жизни больных [9]. Весьма ценные данные опубликованы другими японскими исследователями, которые изучали отдаленную выживаемость после расширенных ГПДР по поводу рака большого дуоденального сосочка у 35 больных. Эти данные следующие: без метастазов в лимфоузлы 5-летняя актуаральная выживаемость составила 81%, при метастазах в лимфоузлы - 41%. Причем, выявлена зависимость выживаемости от локализации метастатических узлов и их числа: при поражении лимфоузлов задней и передней панкреатодуоденальной групп 5-летняя актуаральная выживаемость 67%, при поражении мезентериальных лимфоузлов - всего 27%. При обнаружении метастазов не более чем в 3-х узлах регионарного коллектора 5-летняя выживаемость 71%, в 4-х и более лимфоузлах - 5-летняя выживаемость отсутствовала [16].

Патологоанатомические и клинические данные, таким образом, свидетельствуют: при раке поджелудочной железы быстро наступает инвазия парапанкреатической рыхлой соединительной ткани, жира, перинеуральная инвазия, диссеминация по лимфатическим путям вне поджелудочной железы. Отсутствие на протяжении какого-то времени отдаленных метастазов в печень, по брюшине, в лимфоузлы средостения и периферические группы - все это подтверждает, что рак поджелудочной железы, подобно большинству других солидных опухолей, некоторое время является местным и местно-распространенным процессом. Обнаружение отдельных опухолевых клеток в периферической крови или костном мозге при этом вряд ли свидетельствует о генерализации заболевания, их механическое присутствие там не равнозначно метастазированию. Аналогичные выводы относятся и к раку большого дуоденального сосочка, 12-перстной кишки, но с существенной поправкой - рак этих локализаций отличается значительно меньшей биологически детерминированной агрессивностью, что проявляется прежде всего в более медленной местной инвазии и диссеминации процесса.

Предполагается: при билиопанкреатодуоденальном раке на этапе местнораспространенного процесса расширенная ГПДР, уменьшая вероятность локо-регионарного рецидива, призвана улучшить отдаленную выживаемость таких больных.

Расширенная ГПДР предполагает удаление единым комплексом головки и тела поджелудочной железы, выходного отдела желудка с малым сальником и правой половиной большого сальника, 12-перстной кишки, желчного пузыря, дистальной части общего печеночного протока и всего общего желчного протока. В удаляемый комплекс входят прилежащие к удаляемым органам соединительная ткань, лимфатические сосуды и узлы, нервные сплетения, фасциально-клетчаточные футляры всех крупных сосудов в области операции. При подозрении на опухолевую инвазию верхней брыжеечной вены, воротной вены последние резецируются. Верхней границей операции является условная линия, проведенная горизонтально через аортальное отверстие в диафрагме, нижняя граница соответствует уровню нижней брыжеечной артерии. Правая граница соответствует вертикальной линии, условно проведенной через правую почку. Левая

граница соответствует вертикальной линии, условно проведенной параллельно аорте, отступя от левого ее края влево на 2 см. В пределах указанных границ осуществляется скелетизация всех крупных артерий и вен. Фасциально-клетчаточные футляры сосудов подвергаются диссекции "острым путем" в сторону удаляемого комплекса. В значительной степени онкологическую адекватность операции отражают удаленные лимфоузлы как ближайшего, регионарного, так и юкстарегинарного лимфоколлекторов. При раке головки поджелудочной железы, большого дуоденального сосочка, общего желчного протока, 12-перстной кишки ближайшими, регионарными, являются лимфоузлы следующих групп: пилорические, вокруг холедоха, по верхнему краю головки, по нижнему краю головки, передние панкреатодуоденальные, задние панкреатодуоденальные, проксимальные мезентериальные. Юкстарегинарными являются лимфоузлы следующих групп: лимфоузлы по верхнему краю тела, по нижнему краю тела, вокруг общего печеночного протока, вокруг чревного ствола, лимфоузлы вокруг верхней брыжеечной артерии, вокруг средних толстокишечных сосудов, парааортальные лимфоузлы (см. таблицу №1)

Таблица 1.

Группы лимфоузлов, удаляемых при расширенной ГПДР

регионарные, №1	юкстарегинарные, №2
1. пилорические	8. по верхнему краю тела
2. вокруг холедоха	9. по нижнему краю тела
3. по верхнему краю головки	10. вокруг гепатикохоледоха
4. по нижнему краю головки	11. вокруг чревного ствола
5. передние панкреатодуоденальные	12. вокруг верхней брыж. артерии
6. задние панкреатодуоденальные	13. вокруг ср.толстокиш. сосудов
7. проксимальн. мезентериальные	14. парааортальные

Этапы выполнения операции.

I этап: мобилизация печеночного изгиба ободочной кишки, диссекция забрюшинной клетчатки с лимфоузлами, лимфатическими сосудами, нервами справа налево и снизу вверх в пределах вышеуказанных границ операции с обнажением медиальной части правой почки, мочеточника, правых почечных сосудов, нижней полой вены, правой яичковой (яичниковой) вены, аорты, нижней брыжеечной артерии, левых почечных сосудов. Этап завершается выделением начальной части верхней брыжеечной артерии с отсепаровкой мобилизованной клетчатки кпереди, к удаляемому комплексу.

II этап: мобилизация желчного пузыря со скелетизацией всех элементов гепатодуоденальной связки от ворот печени в сторону удаляемого комплекса.

III этап: диссекция фасциально-клетчаточных футляров аорты, чревного ствола и его ветвей сверху вниз от уровня аортального отверстия в диафрагме в сторону мобилизуемого комплекса.

IV этап: Осуществляется диссекция фасциально-клетчаточных футляров верхней брыжеечной вены и верхней брыжеечной артерии на значительном протяжении от уровня 2-3-й тощекишечной ветви, что соответствует приблизительно нижнему краю ниже-горизонтального отдела 12-перстной кишки. Правые и средние ободочнокишечные сосуды могут быть перевязаны с отсепаровкой клетчатки вокруг них в сторону удаляемого комплекса. После пересечения печеночного желчного протока, желудка на границе с его выходным отделом, тощей кишки в ее начальной части, поджелудочной железы на границе тела и хвоста, связки крючковидного отростка мобилизованный комплекс удаляется.

Формирование анастомозов не имеет каких-либо особенностей по сравнению со стандартной операцией. Если была резецирована верхняя брыжеечная (воротная) вена, то реконструкция начинается с пластики сосуда. Чаще всего - это аутопластика путем сшивания дистального и проксимального концов вены циркулярным швом. Если дефект более 4 см и сопоставить концы вены без натяжения невозможно, то пластика осуществляется путем вшивания аутовенозного трансплантата или синтетического сосудистого аллотрансплантата. Сосудистая реконструкция верхней брыжеечной (воротной) вены не требует увеличительной оптики, используется нерассасывающийся или медленно рассасывающийся шовный материал 4/0, 5/0 на атравматичной игле. Непосредственно перед формированием сосудистого анастомоза рекомендуем вводить 5 тысяч единиц гепарина в вену. При этом верхняя брыжеечная артерия не пережимается. В раннем послеоперационном периоде такие больные требуют применения препаратов гепарина под контролем показателей свертывающей системы крови.

Расширенные ГПДР в РОНЦ осуществляются с 1997 года. Выполнено 12 операций 7 мужчинам и 5 женщинам. Средний возраст оперированных 50 лет. Самому младшему больному было 28 лет, самому старшему 68 лет. Гистологическая структура опухолей оперированных больных: аденокарцинома головки

поджелудочной железы - 5 больных, аденокарцинома большого дуоденального сосочка - 4 больных, аденокарцинома дистального отдела общего желчного протока - 1 больной, злокачественная нейроэндокринная опухоль головки поджелудочной железы - 1 больной, злокачественная псевдопапиллярная опухоль головки поджелудочной железы - 1 больной. Продолжительность операции от 4 часов 50 минут до 9 часов 20 минут. Средняя продолжительность расширенной ГПДР 7час.27 мин. + 1час32 мин. Операционная кровопотеря от 1500 мл до 5000 мл, в среднем 3233 мл + 1067 мл. У 3 больных (25%) операция включала резекцию сосудов. В одном случае - циркулярную резекцию верхней брыжеечной вены и воротной вены общей протяженностью 3,5 см, в двух других - циркулярную резекцию только верхней брыжеечной вены протяженностью 3 и 2,5 см. Пластика вены осуществлена путем циркулярного шва между дистальным и проксимальным концами вены. Во всех случаях резекция сосудов была обусловлена подозрением на их инвазию опухолью, что подтвердилось при гистологическом исследовании удаленного препарата. Из 12 оперированных осложнения развились у 11 (91,6%) больных. Никто не умер. Характер и частота отдельных осложнений среди оперированных представлены в таблице №2.

Таблица 2

Характер и частота послеоперационных осложнений среди перенесших расширенную ГПДР

Осложнения	Количество осложнений
1) послеоперационная диарея	11 (91,6%)
2) несостоятельность панкреатоеюноанастомоза	3 (25%)
3) кровотечение из острых язв желудочнокишечного тракта	2 (16,6%)
4) внутрибрюшной абсцесс	2 (16,6%)
5) несостоятельность гепатикоеюноанастомоза	1 (8,3%)
6) наружный тощекишечный свищ	1 (8,3%)
7) эрозивное кровотечение в области операции	1 (8,3%)
8) абсцессы печени	1 (8,3%)
9) сахарный диабет	1 (8,3%)

Как видно из представленных в таблице данных, диарея - наиболее частое осложнение послеоперационного периода. Начинается с 6-9 дня послеоперационного периода и может продолжаться несколько месяцев. Осложнение не носит фатального характера, но степень выраженности различается существенно: максимально диарея выражена при скелетизации верхних брыжеечных сосудов на значительном протяжении. Это осложнение, таким образом, является косвенным признаком адекватной с онкологической точки зрения диссекции фасциально-клетчаточных футляров сосудов корня брыжейки. Сравнительно высокая частота несостоятельности панкреатоеюноанастомоза (каждый четвертый больной) на наш взгляд, обусловлена дистальным пересечением поджелудочной железы - практически на границе тела и хвоста органа. По-видимому, при этом страдает кровоснабжение культи поджелудочной железы. Не отмечено ни одного осложнения со стороны сосудов среди перенесших резекцию и пластику верхней брыжеечной и воротной вены.

Выполнение расширенных ГПДР сопровождалось более углубленным патологоанатомическим исследованием удаленного комплекса. Более широкая вырезка из удаленного препарата лимфатических узлов всех 14 (см. таблицу №1) групп, осуществляемая совместно клиницистом и патологоанатомом с последующим тщательным микроскопическим исследованием, включая электронную микроскопию (при подозрении на нейроэндокринную природу образований), выявила нижеследующее.

У всех 5 больных (100%) с раком головки поджелудочной железы выявлены метастазы в лимфоузлы регионарных групп, из них одинаково часто были поражены лимфоузлы 3, 5, 6 и 7 групп - каждая группа у 40% оперированных. Лимфоузлы юкстарегинарного коллектора были поражены метастазами у 80% оперированных больных раком головки поджелудочной железы, т.е. лимфоузлы, не удаляемые при стандартной операции. Среди лимфоузлов юкстарегинарного коллектора наиболее часто (60% оперированных) была поражена 8 группа - лимфоузлы по верхнему краю тела поджелудочной железы. У 60% оперированных больных с раком головки поджелудочной железы имело место прорастание опухолью брыжеечных сосудов и воротной вены, у двух из них выполнена резекция верхней брыжеечной и воротной

вены. У одного больного с инвазией сосудов выявлен метастаз в печень - сосуды не резецировались. Любопытная особенность - у этого же больного тщательное морфологическое исследование не выявило метастазов в лимфоузлах юкстарегинарного коллектора. Таким образом, все оперированные по поводу рака головки поджелудочной железы имели опухолевый процесс, распространенный за пределы региональных групп лимфоузлов. Из 5 оперированных в объеме расширенной ГПДР по поводу рака головки поджелудочной железы трое больных умерли через 2, 5,5 и 7 месяцев после операции. У двух из умерших в поздние сроки имела место опухолевая инвазия брыжеечных сосудов. Патологоанатомическое исследование одного из них установило наличие локорегионарного рецидива и метастазов в печень. Еще двое больных наблюдаются 3 и 10 месяцев без признаков прогрессирования заболевания.

Среди перенесших расширенную ГПДР по поводу рака большого дуоденального сосочка у 75% выявлены метастазы в лимфоузлы регионарного коллектора, у 50% метастазы в лимфоузлы юкстарегинарного коллектора. Наиболее часто были поражены 5 (75%), 4 (50%) и 14 (50%) группы лимфоузлов. Все пациенты наблюдаются от 4 до 15 месяцев. У одного больного с множественными метастазами в лимфоузлы регионарного и юкстарегинарного коллекторов (срок наблюдения 14 месяцев) отмечено прогрессирование заболевания в виде метастазов в периферические лимфоузлы.

У единственного больного раком дистального отдела холедоха расширенная ГПДР с тщательным морфологическим исследованием препарата позволила выявить наличие метастазов рака как в ближайшем, регионарном, так и в юкстарегинарном лимфоколлекторах. В первом были поражены лимфоузлы 2 и 7 группы, во втором - лимфоузлы 11 группы. Больной наблюдается 4 месяца без данных за рецидив и отдаленные метастазы.

Наконец, расширенные ГПДР двум больным (у одного - злокачественная нейроэндокринная опухоль, у другого - злокачественная псевдопапиллярная опухоль) не выявили метастазов в лимфоузлах. Правда, у больного со злокачественной псевдопапиллярной опухолью выполнена циркулярная резекция верхней брыжеечной вены, в связи с инвазией адвентиции сосуда опухолью. Пациенты наблюдаются 2 и 7 месяцев без данных за прогрессирование заболевания.

Таким образом, расширенная ГПДР, сопровождаемая тщательным морфологическим исследованием удаленного комплекса, на современном этапе, во-первых, расширяет наши представления о патологической анатомии и метастазировании билиопанкреатодуоденального рака; во-вторых, открывает дополнительные возможности улучшения отдаленных результатов лечения таких больных.

Резюме

Решение проблемы лечения больных билиопанкреатодуоденальным раком по существу сводится к решению проблемы лечения больных протоковой аденокарциномой головки поджелудочной железы. Стандартная ГПДР по поводу протоковой аденокарциномы головки поджелудочной железы при отсутствии ранней диагностики рака головки поджелудочной железы не является адекватной с онкологической точки зрения операцией. Представленные в литературе данные о значительной продолжительности жизни больных после стандартной ГПДР по поводу рака головки поджелудочной железы (5-летняя выживаемость до 41%) сомнительны, поскольку в этих публикациях нет указаний о пересмотре гистологических данных оперированных больных, - это во-первых, а во-вторых, во всех случаях "блестящих" отдаленных результатов применялись актуариальные методы подсчета выживаемости, что, на наш взгляд, завышает показатели выживаемости.

Патологоанатомические данные зарубежных исследователей показали раннюю местную диссеминацию и внепанкреатическую инвазию рака поджелудочной железы при макроскопических размерах опухоли даже до 3,5 см, что подтверждается последними клиническими данными Японских исследователей. Расширенная ГПДР по поводу небольших опухолей головки поджелудочной железы (протоковая аденокарцинома) без макроскопически определяемой инвазии брыжеечных сосудов, лимфоузлов юкстарегинарного коллектора и отдаленных метастазов дает реальный шанс на существенное продление жизни. Первые зарубежные данные об отдаленных результатах расширенной ГПДР по поводу рака большого дуоденального сосочка свидетельствуют о увеличении продолжительности жизни оперированных больных: 5-летняя выживаемость среди больных раком большого дуоденального сосочка с метастазами в регионарные лимфоузлы - 41%, без метастазов - 81%. Собственный опыт расширенных

ГПДР, по существу первый в России, с последующим тщательным гистологическим исследованием операционного материала свидетельствует: все пациенты, оперируемые по поводу рака головки поджелудочной железы, на момент операции имеют метастазы либо в лимфоузлы юкстарегинарного коллектора, либо отдаленные метастазы. При выполнении расширенной ГПДР по поводу рака большого дуоденального сосочка у 75% выявлены метастазы в лимфоузлы регионарного коллектора, у 50% - в лимфоузлы юкстарегинарного коллектора. Собственные данные о переносимости расширенной ГПДР также согласуются с данными японских авторов: уровень послеоперационных осложнений в этой группе больных достоверно выше чем среди перенесших стандартную ГПДР, за счет более высокой частоты послеоперационной диареи, несостоятельности панкреатикоюноанастомоза. Причем, диарея, продолжающаяся несколько месяцев после операции, косвенно свидетельствует об объеме операции, соответствующем принципам расширенной ГПДР.

Анализ отдаленных результатов, в связи с данными тщательного, "сверхобычного", патологоанатомического исследования удаленных препаратов позволит в дальнейшем определить роль хирургического метода в лечении больных раком головки поджелудочной железы и периапулярной зоны.

Литература

1. Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Рак поджелудочной железы: диагностика и хирургическое лечение на современном этапе. *Анналы хирургической гепатологии*, 1998, том 3, № 1, с.96-111.
2. Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Бадалян Х.В., Сагайдак И.В. Пути улучшения отдаленных результатов лечения резектабельного рака поджелудочной железы. *Вопросы онкологии*, 1998, том 44, № 5, с.628-631.
3. Cohen J.R., Kuchta N., Geller N. et al. Pancreaticoduodenectomy: a 40-years experience. *Ann.Surg.*, 1982; 195: 608-617.
4. Cubilla A.L., Fortner J., Fitzgerald P.J. Lymph node involvement in carcinoma of the head of the pancreas area. *Cancer*, 1978, 41: 880-887.
5. Fortner J.G. Regional Pancreatectomy for Cancer of the Pancreas, Ampulla and Other Related Sites. Tumor Staging and Results. *Ann.Surg.*, 1984, v.199, № 4, p.418-425.
6. Gudjonsson B. Cancer of the pancreas, 50 years of surgery. *Cancer (Philad.)*, 1987, v.60, p.2284-2303.
7. Gudjonsson B. Critical look at resection for pancreatic cancer. *The Lancet*, 1996, v.348, p.1676.
8. Ishikawa O., Ohigashi H., Sasaki Y.O., Kabuto T. et al. Practical usefulness of Lymphatic and Connective Tissue Clearance for the Carcinoma of the Pancreas Head. *Ann.Surg.*, 1988, v.208, p.215-220.
9. Ishikawa O. Surgical Technique, Curability and Postoperative Quality of life in an Extended Pancreatectomy for Adenocarcinoma of the Pancreas. *Hepatogastroenterology*, 8, 1996, v.43, p.320-325.
10. Kayahara M., Nagakawa T., Ohta T. et al. Analysis of pancreatic lymph node involvement in pancreatic carcinoma: a significant indication for surgery? *Cancer*, 1999, Feb 1, 85(3); p.583-590.
11. Michelassi F., Erroi F., Dawson P.J. et al. Experience with 647 Consecutive Tumors of the Duodenum, Ampulla, Head of Pancreas and Distal Common Bile Duct. *Ann.Surg.*, 1989, v.210, № 4, p.544-556.
12. Nagai H., Kuroda A., Morioka Y. Lymphatic and Local Spread of T1 and T2 Pancreatic cancer. A study of autopsy material. *Ann.surg.*, 1986, v.204, p.65-71.
13. Onoyama H., Kamigaki T., Yamamoto M., Saitoh Y. Treatment and present status of Pancreatic cancer. *Gan To Kagaku Ryoho*, 1992, 19(14): 2304-10.
14. Sellner F., Machacek E. The importance of tumour volume in the prognosis of radically treated periaampullary carcinomas. *Eur.J.Surg.*, 1993, 159: 95-100.
15. Sexe R.B., Wade T.P., Virgo K.S. et al. Incidence and treatment of periaampullary duodenal cancer in U.S. veteran patient population. *Cancer*, 1996, v.77, № 2, p.251-254.

16. Shirai Y., Tsukada K., Ohtani T., Hatakeyama K. Carcinoma of the Ampulla of Vater: Is Radical Lymphadenectomy Beneficial to Patients with Nodal Disease? *Journal of Surgical Oncology*, 1996, 61: 190-194.
17. Wanebo H.J., Vezeridis M.P. Pancreatic carcinoma in perspective. A continuing challenge. *Cancer (Philad.)*, 1996, v.78, p.580-591.
18. Westerdahl J., Andren-Sandberg A., Ihse I. Recurrence of exocrine pancreatic cancer - local or spread? *Hepatogastroenterology*, 1993, 40(4), p.384-387.