

Я.М. Сусак¹
 О.А. Ткаченко²
 С.М. Лобанов²
 О.О. Дирда²
 О.В. Ходзинський²

¹Національний
 медичний університет
 ім. О.О. Богомольця

²Київська міська клінічна
 лікарня швидкої медичної
 допомоги, Київ, Україна

Ключові слова: рак підшлункової залози, пухлини періампулярної зони, жовтяниця, ургентна панкреатодуоденальна резекція, симптоматичні операції.

ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ В УРГЕНТНОМУ ХІРУРГІЧНОМУ СТАЦІОНАРІ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ

Мета: аналіз результатів хірургічного лікування хворих на рак органів гепатопанкреатодуоденальної зони, ускладнений жовтяницею, в умовах ургентного хірургічного стаціонару багатoproфільної лікарні. **Об'єкт і методи:** проаналізовано результати хірургічного лікування 59 пацієнтів із механічною жовтяницею пухлинного генезу. У 44 (74,5%) хворих діагностовано рак підшлункової залози, у 9 (15,2%) — рак позапечінкових жовчних протоків, у 4 (6,7%) — рак великого дуоденального сосочка, у 2 (3,3%) — рак жовчного міхура. У 96,3% пацієнтів діагностовано III та IV стадію онкологічного процесу. **Результати:** у 17 (28,8%) хворих виконано панкреатодуоденальну резекцію (ПДР). У 8 (47,05%) із них у зв'язку з кровотечею із пухлини, яку неможливо було зупинити ендоскопічними методами, проведено паліативну ПДР в ургентному порядку. У 42 (71,1%) хворих проведено симптоматичні оперативні втручання, при виконанні яких дотримано принципу максимального розмежування гепатобіліарної та панкреатодуоденальної зон. Післяопераційна летальність у пацієнтів, у яких проведено симптоматичні операції, становила 7,1%. Післяопераційної летальності після виконання ПДР не відзначено. Середня тривалість життя після проведення резекційних хірургічних втручань становила $25,3 \pm 1,2$ міс в середньому, після симптоматичних операцій — $21,9 \pm 1,0$ міс ($0,1 > p > 0,05$). **Висновки:** в ургентний хірургічний стаціонар госпіталізують до 71,1% хворих із пухлинами органів гепатопанкреатодуоденальної зони, ускладненими жовтяницею, що підлягають виконанню симптоматичних оперативних втручань. Лікування таких хворих з жовтяницею пухлинного генезу має проводитися в умовах багатoproфільних лікувальних закладів, оскільки вони потребують адекватного реанімаційно-анестезіологічного забезпечення, еферентних методів терапії та консультацій суміжними спеціалістами.

Лікування хворих на рак підшлункової залози (РПЗ) та з пухлинами періампулярної зони залишається однією з найбільш складних проблем сучасної медицини [2, 3, 7]. Щороку в Україні діагностують більше 4000 нових випадків РПЗ. За 2011 р. виявлено 4885 хворих на РПЗ та зафіксовано 4187 летальних випадків внаслідок цієї патології [8].

Пухлини органів гепатопанкреатодуоденальної зони (ПОГПДЗ) майже нечутливі до променевої та медикаментозних методів протипухлинної терапії (медіана тривалості життя при застосуванні поліхіміотерапії становить 5,4–9,0 міс, хіміопроменевої терапії — 6,1–14,4 міс) [3]. Таким чином, тільки оперативне втручання може суттєво подовжити тривалість та підвищити якість життя цих хворих [1, 5, 7].

Резекційність ПОГПДЗ становить 5–20% [4, 5]. Через відсутність специфічної клінічної симптоматики від 80 до 90% хворих госпіталізують до ургентних хірургічних стаціонарів із нерезекційними формами ПОГПДЗ, провідним ускладненням яких

є жовтяниця [1, 4, 5]. Від вибору хірургічної тактики та методу оперативного втручання залежить якість життя цієї категорії хворих [3, 5–7]. Індивідуальний вибір передопераційної підготовки та оперативного втручання — ефективний крок до зниження частоти післяопераційних ускладнень, раннього відновлення хворих та покращення якості їх життя.

Мета роботи: аналіз результатів хірургічного лікування хворих з ПОГПДЗ, ускладненими жовтяницею, в умовах ургентного хірургічного стаціонару багатoproфільної лікарні.

ОБ'ЄКТИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Нами проаналізовано результати хірургічного лікування 59 хворих з механічною жовтяницею пухлинного генезу. Чоловіків було 28 (47,4%), жінок — 31 (52,5%). Середній вік хворих становив 62,4 року.

Із них у 44 (74,5%) осіб діагностовано РПЗ, у 9 (15,2%) — рак позапечінкових жовчних протоків, у 4 (6,7%) — рак великого дуоденального сосочка (ВДС),

у 2 (3,3%) — рак жовчного міхура. Жовтяницю виявлено у всіх 59 (100%) хворих. Усім пацієнтам виконано стандартні загальноклінічні обстеження. При необхідності проводили ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію. У всіх хворих пухлини верифіковано гістологічно як аденокарциноми різного ступеня диференціації. Для визначення резекційності пухлини як основний метод діагностики використовували спіральну комп'ютерну томографію.

Тривалість жовтяниці з моменту початку захворювання у 38 (64,4%) госпіталізованих хворих становила в середньому 7,5 доби, у 21 (35,6%) пацієнта — 15,4 доби. Середній рівень білірубіну при поступленні хворих становив 235 мкмоль/л. У 53 (89,8%) пацієнтів відзначали поєднання жовтяниці з такими ускладненнями, як холангіт, стеноз дванадцятипалої кишки (ДПК), кровотеча з пухлини, перфорація пухлини, гіпертензія протоки підшлункової залози (ПЗ). Поєднані ускладнення представлено в табл. 1.

Таблиця 1

Поєднані ускладнення у хворих із жовтяницею пухлинного генезу

Ускладнення	Кількість хворих	
	n	%
Жовтяниця, холангіт, кровотеча	11	20,70
Жовтяниця, холангіт, стеноз ДПК	26	40,05
Жовтяниця, стеноз ДПК, кровотеча	4	7,50
Жовтяниця, холангіт, гіпертензія протоки ПЗ	12	22,60

У 96,3% хворих була III та IV стадія онкологічного процесу. Розподіл хворих за класифікацією TNM представлено в табл. 2.

Таблиця 2

Розподіл хворих із жовтяницею пухлинного генезу за TNM та стадією пухлинного процесу (класифікація TNM, 7-е видання)

Діагноз	Стадія TNM		
	n (%)		
	II	III	IV
З ураженням лімфатичних вузлів			
РПЗ	T1–3N0–1M0	T4N0–1M0	T1–4N0–1M1
	–	3 (6,9)	39 (88,6)
Рак ВДС	T2–3N0M0	T1–3N1M0	T4N0–1M0–1
	–	1 (25,0)	2 (50)
Рак жовчних проток	T2N0M0	T1–2N1–2M0	T3–4N1–2M0–1
	–	3 (33,3)	6 (66,6)
Рак жовчного міхура	T2N0 M0	T1–3N1M0	T4N0–1M0–1
	–	2 (100)	–
Без ураження лімфатичних вузлів			
РПЗ	T1–3N0–1M0	T4N0–1M0	T1–4N0–1M1
	2 (4,6)	–	–
Рак ВДС	T2–3N0M0	T1–3N1M0	T4N0–1M0–1
	1 (25)	–	–
Рак жовчних проток	T2N0M0	T1–2N1–2M0	T3–4N1–2M0–1
	–	–	–
Рак жовчного міхура	T2N0 M0	T1–3N1M0	T4N0–1M0–1
	–	–	–

Усі хворі після поступлення одержали консервативне лікування, яке включало: гепатопротектори, ентеросорбенти, гемостатики, блокатори протонної помпи, глюкокортикоїди, антиоксиданти, препарати лактулози. За наявності жовтяниці у хворих з печінковою недостатністю ми застосовували «доброякісну гіперглікемію». Для цього пацієнту вводили 10% розчин глюкози з 3% розчином калію без інсуліну для створення гіперглікемії 9–11 мкмоль/л.

Передопераційний період становив від 5 до 14 діб, в середньому — 10,5 доби. Основним завданням передопераційної підготовки було проведення декомпресії жовчних проток, корекції печінкової недостатності (гепатопротектори, еферентні методи детоксикації тощо). Передопераційну декомпресію жовчних проток проведено у 52 (88,1%) хворих, із них: черезшкірну черезпечінкову холецистостомію під контролем ультразвукового дослідження (УЗД) у 31 (59,6%), відкриту холецистостомію — у 19 (36,5%), черезшкірну черезпечінкову холангіостомію під контролем УЗД — у 2 (3,8%) пацієнтів. Після проведення черезшкірної черезпечінкової холецистостомії відзначали «підтікання» жовчі в черевну порожнину у 2 (10,5%) хворих. Цим пацієнтам встановили додатковий дренаж у підпечінковий простір під контролем УЗД. Після черезшкірної черезпечінкової холангіостомії в 1 хворого виникла кровотеча, яку усунуто консервативними методами, не було потреби у повторному оперативному втручанні.

У 7 (14,2%) пацієнтів, у яких на фоні терапії та декомпресії жовчних проток розвивалися явища печінкової недостатності, проведено операцію екстракорпоральної гемокарбоперфузії (сорбенти сферичний карбоніт і гемосорбент гранульований делігандизуючий) як компонент передопераційної підготовки. Після проведення еферентних методів лікування білірубін в цих хворих знизився в середньому на 80–90 мкмоль/л.

Усім хворим за 18–24 год до операції встановлювали епідуральний катетер для знеболення (бу-півакаїн), проводили профілактику післяопераційного панкреатиту. У хворих, у яких виникли явища декомпенсованої дуоденальної непрохідності, проводили ендоскопічне встановлення зонда для харчування із заведенням за зв'язку Трейца. Зонд для харчування встановлювали до корекції водно-електролітного балансу в середньому на 80–90 мкмоль/л.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 17 (28,8%) хворих виконано панкреатодуоденальну резекцію (ПДР). При проведенні ПДР послідовно формували панкреатоєюно-, гепатикоєюно- та гастроентероанастомоз на єдиній петлі тонкої кишки. У 8 (47,05%) хворих у зв'язку з кровотечею із пухлини, яку неможливо було зупинити ендоскопічними методами, виконано паліативну ПДР в ургентному порядку — ургентну ПДР. Лімфаденектомію при виконанні паліативної ургентної ПДР не проводили.

У 5 (29,4%) з цих випадків кровотеча була з пухлини ВДС, у 3 (17,6%) — з розпаду пухлини головки ПЗ з внутрішньою перфорацією в ДПК. Цих хворих прооперовано протягом 24–48 год після поступлення в стаціонар. Видалений панкреатодуоденальний комплекс з пухлиною головки ПЗ, яка має внутрішню перфорацію в ДПК та кровотечу, представлено на рисунку.

У післяопераційний період у 2 (12,5%) хворих відзначали часткову неспроможність гепатикоєюно-

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

анастомозу. У цих пацієнтів з 3-ї доби після операції мало місце виділення по дренажах з підпечінкового простору до 150,0 мл жовчі, яке через 9 ± 3 доби самостійно припинилося. В 1 (5,8%) пацієнта після виконання ПДР розвинувся післяопераційний панкреатит та кровотеча з гастроентероанастомозу. У цього хворого проведено релапаротомію, некрсеквестректомію, рerezекцію шлунка за Roux. У 1 (5,8%) пацієнта після виконання ПДР з 5-ї доби спостерігали виділення по дренажах до 100,0 мл соку ПЗ, яке через 21 добу припинилося. Післяопераційної летальності після виконання ПДР не було. Післяопераційний ліжко-день становив 19,1 доби.



Рисунок. Хворий С. (історія хвороби № 6047/552). Видалений панкреатодуоденальний комплекс з розпадом, внутрішньою перфорацією і кровотечею з пухлини головки ПЗ

У 42 (71,1%) хворих проведено симптоматичні оперативні втручання, при виконанні яких дотримано принципу максимального розмежування гепатобіліарної та панкреатодуоденальної зон, і за показаннями здійснено декомпресію протоки ПЗ. Із них у 34 (57,6%) пацієнтів проведено гепатикоєюностомія (ГЕС) за методом Roux, у решти 8 (13,5%) хворих, у яких діагностовано гіпертензію протоки ПЗ, — поздовжній панкреатоєюноанастомоз і гепатикоєюноанастомоз на єдиній петлі тонкої кишки, виділеній за методом Roux. У 24 (57,1%) пацієнтів, у котрих розвинулися явища декомпенсованої чи субкомпенсованої дуоденальної непрохідності, операцію доповнили позадуободовим заднім гастроентероанастомозом. Оперативні втручання у хворих представлено в табл. 3.

Таблиця 3

Розподіл оперативних втручань у хворих із жовтяницею пухлинного генезу

Діагноз	ПДР		
	ПДР	ГЕС	ГЕА+ППЕА
РПЗ	13 (30,2%)	24 (54,5%)	7 (16,2%)
Рак позапечінкових жовчних проток	—	8 (88,8%)	1 (11,1%)
Рак жовчного міхура	—	2 (100,0%)	—
Рак ВДС	4 (100,0%)	—	—

ГЕА — гепатикоєюноанастомоз; ППЕА — поздовжній панкреатоєюноанастомоз.

Із 3 ± 1-ї доби після виконання ГЕС в 4 (11,8%) випадках спостерігали часткову неспроможність гепатикоєюноанастомозу, яка полягала у виділенні по дренажах від 150 до 200 мл жовчі. Через 10 ± 2 доби жовч самостійно припинила виділятися через дренажі, які на 15-у добу видалено. В 1 (2,3%) випадку відзначено часткову неспроможність панкреатоєюноанастомозу. Релапаротомій після проведення симптоматичних оперативних втручань не було.

Види оперативних втручань та хірургічні ускладнення в безпосередній післяопераційний період за класифікацією Clavien — Dindo представлено в табл. 4.

Таблиця 4

Хірургічні ускладнення за класифікацією Clavien — Dindo, 2009

Ускладнення	Операції	
	Резекційні	Симптоматичні
Клас 1	3 (17,6%)	5 (11,9%)
Клас 3-b	1 (5,8%)	—

Ускладнення в безпосередній післяопераційний період після виконання симптоматичних і резекційних оперативних втручань представлено в табл. 5.

Таблиця 5

Ускладнення в безпосередній післяопераційний період після виконання симптоматичних і резекційних оперативних втручань

Характер ускладнень	Операції	
	Резекційні	Симптоматичні
Післяопераційний панкреатит	1 (5,8%)	2 (4,7%)
Часткова неспроможність гепатикоєюноанастомозу	2 (11,7%)	2 (4,7%)
Неспроможність панкреатоєюноанастомозу	1 (5,8%)	1 (2,3%)

Післяопераційна летальність у хворих, у яких виконано симптоматичні операції, становила 7,1%. Причиною летальності в післяопераційний період був розвиток поліорганної недостатності у 2 випадках та в 1 — гостра серцево-судинна недостатність.

У віддалений післяопераційний період (до прогресування пухлинного процесу) відстежили якість життя 78,8% хворих, яка становила 70–80 балів за шкалою Карновського та 1–2 бали за шкалою ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group). Зниження якості життя пацієнтів зумовлене низкою нехірургічних ускладнень, які представлено в табл. 6. Ускладненнями, які найбільше впливали на якість життя у віддалений післяопераційний період, були больовий синдром, порушення екзокринної функції ПЗ, психічні розлади, цукровий діабет.

Таблиця 6

Нехірургічні ускладнення хворих у віддалений післяопераційний період (до прогресування пухлинного процесу)

Ускладнення	Кількість хворих	
	n	%
Кахексія	19	32,2
Психічні розлади	11	18,6
Больовий синдром	6	10,1
Цукровий діабет	5	8,4

Середня тривалість життя після проведення резекційних оперативних втручань становила $25,3 \pm 1,2$ міс в середньому, після симптоматичних — $21,9 \pm 1,0$ міс ($0,1 > p > 0,05$).

ВИСНОВКИ

1. В ургентний хірургічний стаціонар госпіталізують до 71,1% хворих з ПОГПДЗ, ускладненими жовтяницею, що підлягають проведенню симптоматичних оперативних втручань.

2. У хворих на РПЗ та рак ВДС, ускладнені жовтяницею та кровотечею, яку не вдається зупинити ендоскопічними методами, можливо виконання паліативної ПДР в ургентному порядку (ургентна ПДР).

3. Після виконання симптоматичних оперативних втручань в період до прогресування пухлинного процесу якість життя пацієнтів становить 70–80 балів за шкалою Карновського та 1–2 бали за шкалою ECOG, що дозволяє додатково проводити паліативне чи ад'ювантне лікування.

4. Лікування хворих з жовтяницею пухлинного генезу має проводитися в умовах багатопрофільних лікувальних закладів, оскільки пацієнти даного профілю потребують адекватного реанімаційно-анестезіологічного забезпечення, еферентних методів терапії та консультацій суміжними спеціалістами.

5. Важливим етапом оперативного лікування хворих з нерезекційними ПОГПДЗ, ускладненими жовтяницею, є максимальне розмежування гепатобілярної та панкреатодуоденальної зон і, за показаннями, виконання декомпресії протоки ПЗ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Думанський ЮВ, Халецький ІВ. Аспекти лікування нерезектабельного раку підшлункової залози, ускладненого механічною жовтяницею. Питання експериментальної хірургії 2010; 14 (1): 359–68.

2. Дронов ОІ, Крючина ЄА, Добуш РД. Лікування раку підшлункової залози. Шпитальна хірургія 2012; (1): 58–61.

3. Каніковський ОЄ, Гребенюк ДІ. Методи хірургічної корекції у хворих на неоперабельний рак підшлункової залози. Укр журн хірургії 2010; (1): 157–61.

4. Патютко ЮІ, Котельников АГ. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Москва: Медицина, 2007. 448 с.

5. Щепотин ІБ, Лукашенко АВ, Колесник ЕА и др. Рак поджелудочной железы: критерии резектабельности. Клинический журнал 2011; 4 (4): 30–4.

6. Beger HG, Matsuno S, Cameron JL, et al. Diseases of the Pancreas. Heidelberg: Springer Verlag, 2008. 950 p.

7. Siquini W. Surgical treatment of pancreatic disease : Springer, 2009: 516.

8. Рак в Україні, 2010–2011. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл Нац канцер-реєстру України, 2012 (<http://www.ucr.gs.com.ua/dovidb0/index.htm>).

SURGICAL ASPECTS OF THE TREATMENT PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE OF TUMOR GENESIS IN THE URGENT SURGICAL DEPARTMENT OF THE MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL

Y.M. Susak, A.A. Tkachenko, S.M. Lobanov, A.A. Dirda, A.V. Hodzinsky

Summary. Objective: results of surgical treatment of complicated cancer of hepatopancreatoduodenal area in urgent surgery department of the multidisciplinary hospital are presented. **Patients and methods:** we analyzed the results of surgical treatment of 59 patients with obstructive jaundice of tumor genesis. In 44 (74,5%) patients was diagnosed pancreatic cancer, in 9 (15,2%) — cancer of the extrahepatic bile duct, in 4 (6,7%) — cancer of the major duodenal papilla, in 2 (3,3%) — a cancer of the gall bladder. In 96,3% patients had 3 or 4 cancer stage. **Results:** in 17 (28,8%) patients underwent pancreatoduodenal resection. In 8 (47,05%) these of patients due to bleeding from the tumor, which could not be stopped by endoscopic techniques performed pancreatoduodenal palliative resection in urgent procedure «Urgent pancreatoduodenal resection». In 42 (71,1%) symptomatic patients performed the operation under which adhered to the principle of maximum «uncoupling» of the hepatobiliary and pancreatoduodenal zones. **Conclusions:** postoperative mortality after pancreatoduodenectomy was not notice.

Key words: pancreatic cancer, swelling of the pancreas, jaundice, urgent pancreatoduodenectomy, symptomatic operation.

Адреса для листування:

Дирда О.О.
02660, Київ, вул. Братиславська, 3
Київська міська клінічна лікарня
швидкої медичної допомоги
E-mail: alex.d.80@mail.ru

Одержано: 19.04.2013