

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕВЕРИФИЦИРОВАННОМ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Прохоров А. В., Тур Г. Е., Романовская С. Э., Литохин В. И.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь
УЗ «МГКОД», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Объемное поражение головки поджелудочной железы (ОПГПЖ) является чаще всего следствием рака (97% протоковая аденокарцинома) и хронического панкреатита (ХП). Клиническая картина и инструментальная визуализация при этих заболеваниях весьма похожи. В связи с этим принципиально важным является проведение дифференциальной диагностики. Несмотря на использование современных методов диагностики, верифицировать диагноз рака в ряде случаев не представляется возможным, что может приводить к диагностической ошибке и использованию нерадикальных методов хирургического лечения.

Цель исследования: провести анализ диагностики и лечения пациентов с ОПГПЖ и определить тактику хирургического лечения при неверифицированном раке ГПЖ.

Материал и методы. В исследование вошли 128 пациентов с объемными поражениями ГПЖ, лечившихся в период с 2000 по 2011 гг. в онкохирургических отделениях УЗ «МГКОД» и хирургических отделениях г. Минска. Протокол предоперационной диагностики включал УЗИ ОБП, ФГДС, эндоскопическую сонографию, РХПГ, ЧЧХГ, КТ/МРТ, биопсию под контролем УЗИ, КТ и в ряде случаев трансдуоденальную биопсию.

Результаты и обсуждение. Большинство пациентов поступали в стационар с признаками билиарной и висцеральной гипертензии, механической желтухой, признаками дуоденальной непроходимости. В анамнезе 58 пациентов (40,6%) перенесли острый некротизирующий панкреатит. Предоперационное обследование позволило визуализировать у всех пациентов увеличение ГПЖ от 35 до 65

мм, у 21 пациента – кистозные образования в ГПЖ. Расширение главного панкреатического протока ≥ 5 -6 мм диагностировано у 65 пациентов (50,8%). У всех пациентов имела место дилатация гепатикохоледоха более 1 см с гипербилирубинемией или без таковой. По данным КТА, у 18 (14,0%) пациентов было вовлечение в процесс воротной и верхней брыжеечной вен и у 25% пациентов – увеличение парапанкреатических лимфатических узлов от 0,5 до 1,5 см. Пункционная биопсия под контролем УЗИ или КТ позволила верифицировать до операции рак ГПЖ у 81 (63,3%) пациента.

На основании комплексной оценки дооперационного обследования были определены основные диагностические признаки рака ГПЖ:

1. Отсутствие указаний на острый панкреатит в анамнезе и развитие обтурационной желтухи на фоне относительного благополучия.

2. Отсутствие явных УЗИ и КТ признаков ХП тела и хвоста железы.

3. Вовлечение (инвазия) в патологический процесс воротной и верхней мезентериальной вен при КТА/МРТ исследовании.

6. Дилатация вирсунгова протока, характерный горизонтальный блок (обтурация) панкреатической части холедоха при ЧЧХГ.

7. Признаки поражения головки ПЖ со стороны фатерова соска и слизистой медиальной стенки 12-перстной кишки при ФГДС.

8. Эпителиальная клеточная атипия или злокачественные клетки (абсолютный признак) при цитологическом исследовании после ФГДС и пункционной биопсии.

Интраоперационная биопсия лимфоузлов, трепан-биопсия ткани головки железы позволила верифицировать диагноз рака еще у 6 пациентов. Таким образом, из 128 пациентов с ОПГПЖ верификация рака была получена у 87 (67,9%). 59 пациентам с верифицированным раком ГПЖ были выполнены ГПДР или пилоросохраняющая ПДР с лимфодиссекцией, 28 пациентам – симптоматические операции (ХДА, гепатикоеюностомия, холецистогастростомия, гастроэнтеростомия); 4 пациентам с

неверифицированным диагнозом опухоли выполнена ПДР. Последующее морфологическое исследование препаратов подтвердило диагноз протоковой аденокарциномы.

37 пациентам с хроническим панкреатитом и дилатацией вирсунгова протока и гепатикохоледоха выполнены дренирующие и резекционные операции (операции Фрея и Бегера, продольная панкреатикоэнтеростомия, цистодуоденостомия, ХДА). В 2 (1,6%) случаях при гистологическом исследовании была верифицирована протоковая аденокарцинома.

Таким образом, в общей группе из 128 пациентов с ОПГПЖ рак верифицирован у 93 (72,7%). Исследования показали, что дооперационная диагностика рака ГПЖ с цитологической (морфологической) верификацией стала возможной в 87,1% случаев. С учетом интраоперационной инцизионной биопсии или трепан-биопсии ткани ГПЖ, эксцизионной биопсии лимфатических узлов верификация диагноза рака возрастает до 91,4%.

Большие затруднения в постановке диагноза, а, следовательно, и в выборе объема вмешательства нередко вызывают заключения цитологической диагностики, трактующие пунктат как «клетки с признаками эпителиальной атипии» или «клетки, подозрительные к злокачественным». Подобные заключения отмечены нами в 19,5% случаев. В данной ситуации целесообразно учитывать анамнез, клинические признаки заболевания и определять выбор метода лечения в пользу радикального вмешательства.

Выводы:

1. Выполнение резекционных и дренирующих операций при хроническом панкреатите требует обязательного интраоперационного цитологического (морфологического) исследования.

2. При клиническом подозрении на рак головки поджелудочной железы и отсутствии верификации диагноза показана радикальная операция в объеме ГПДР (ПДР) с лимфодиссекцией.