

## Гастропанкреатодуоденальная резекция с портomezентериальным аутовенозным протезированием

Хвастунов Р.А., Зюбина Е.Н., Мозговой П.В., Кондаков В.И., Ким А. Я.

Кафедра онкологии с курсом онкологии и гематологии ФУВ, Клиника №1 ВолгГМУ

Опыт хирургического лечения злокачественных поражений поджелудочной железы насчитывает более 130 лет. Первые ее резекции были выполнены Trendelenburg (1882), Bilroth (1884) и Монастырским Н.Д. (1887) (Шалимов А.А., 1970). В 1935 году А.О. Whipple выработал концепцию радикальной гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР) (Whipple А.О., Parsons W.B., Mullins С.Р., 1935). Автор впервые сформулировал основные технические принципы операции, под его руководством к 1946 году было произведено 64 ГПДР. Впервые была достигнута пятилетняя выживаемость у больных периапулярным раком и убедительно доказана радикальность таких вмешательств (Whipple А.О., 1943, 1946).

Расширение объема операций в данной зоне с одномоментным сосудистым компонентом ведёт отсчет с 1951 года, когда G.E. Moore и соавт. впервые выполнили резекцию верхней брыжеечной вены при раке поджелудочной железы. В 1973 г. американский хирург J.G. Fortner сформулировал концепцию «regional pancreatectomy», согласно которой расширенную ГПДР дополняют резекцией воротной вены. Однако, вплоть до настоящего времени такие хирургические приемы считаются технически сложными и не стандартными.

Мы приводим пример этапного хирургического лечения в тяжелой онкологической ситуации, потребовавшей от нас мобилизации возможностей многопрофильной хирургической клиники.

Пациентка Г., 1962 года рождения поступила в Клинику №1 ВолгГМУ с жалобами на ноющие боли в верхних отделах живота и желтушность кожных покровов. Боль в правом подреберье начала ощущать после приёма пищи 15 декабря 2015 года, по поводу чего принимала спазмолитики без улучшения состояния. Желтушность кожных покровов отмечает с 4.01.2016, в связи с чем была госпитализирована в тот же день в хирургическое отделение Иловлинской ЦРБ, где проводилась консервативная терапия. 12 января больная была переведена в Клинику №1 ВолгГМУ.

При поступлении объективно: кожные покровы желтушной окраски, язык незначительно обложен беловатым налетом, влажный; живот не вздут, симметричный при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, эпигастрии, печень и селезенка не пальпируются, симптомов раздражения брюшины нет; моча цвета «темного пива». По данным инструментальных исследований: УЗИ органов брюшной полости: Острый обтурационный калькулезный холецистит, холедохолитиаз, холедох 16 мм; билиарная гипертензия; ЭГДС: Смешанный гастрит. Гастростаз. Опухоль 12 перстной кишки. Опухоль БДС? Гистологически - тубулярная аденома БДС с выраженным воспалением, участками дисплазии 2-3 степени; лабораторные данные: билирубин общий 226,5 мкмоль/л (прямой-134,0 мкмоль/л, непрямой - 92,5 мкмоль/л), гемоглобин 72 г/л.

Пациентка оперирована 13.01.16. Выполнена лапаротомия, холецистэктомия, сформированы позадиободочный латеролатеральный гепатикоэнтероанастомоз и задний

позадибодочный гастроэнтероанастомоз с межкишечным анастомозом Брауна, заглушкой по Шалимову. Во время операции попытка провести зонд с оливой диаметром 4 мм через большой дуоденальный сосочек в 12-перстную кишку не увенчалась успехом. В проекции БДС определялось опухолевидное образование каменистой плотности в диаметре до 4 см.

Послеоперационный период протекал тяжело, рана зажила первичным натяжением. Желчеистечение по улавливающему дренажу, подведенному к гепатикоэнтероанастомозу, самостоятельно прекратилось. Регрессия механической желтухи до билирубинэмии 30,9 мкмоль\л (билирубин прямой-11,7 мкмоль\л, непрямой-19,2 мкмоль\л).

Пациентка выписана через 17 дней на амбулаторное лечение и через 2 месяца снова обратилась в Клинику №1 ВолгГМУ.

При поступлении состояние удовлетворительное. При УЗИ ОБП визуализируется солидное образование в поджелудочной железе, диффузные изменения в печени. По данным КТ (рис.1) имеется образование головки поджелудочной железы и крючковидного отростка с инвазией в нисходящий отдел 12 перстной кишки и верхнюю брыжеечную вену, нельзя исключить вовлечённость антрального отдела желудка; на полученном изображении видны лимфоузлы, пораженные метастатическим процессом.

В данной ситуации было запланировано вмешательство в объеме ГПДР с аутовенозным протезированием верхней брыжеечной и воротной вены. В состав хирургической бригады включены онкологи, абдоминальные и сосудистые хирурги.

Больная оперирована 14.04.2016. Выполнена срединная лапаротомия. В брюшной полости умеренно выраженный спаечный процесс. По ходу аорты лимфатические узлы диаметром 8-10 мм, ретродуоденальные лимфатические узлы диаметром 6 - 8 мм, лимфатические узлы по ходу гепатодуоденальной связки диаметром 4-6 мм. В проекции головки поджелудочной железы пальпируется каменистой плотности опухолевидное образование диаметром 5 см. Выполнена лимфодиссекция по ходу аорты, гепатодуоденальной связки и ретродуоденального пространства. Выделены воротная и верхняя брыжеечная вены, в которую врастает опухоль (рис. 2).

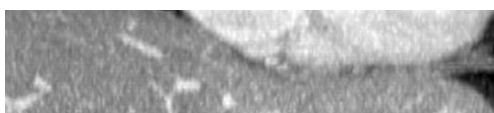


Рисунок 1 Компьютерная томография органов брюшной полости пациентки Г.



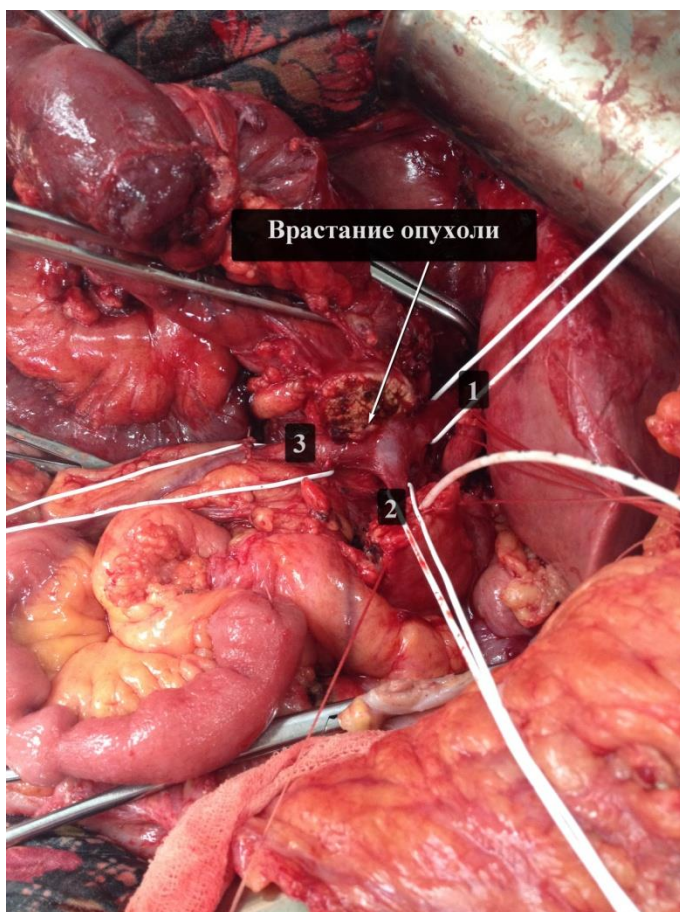


Рисунок 2

1- v. portae, 2- v. lienalis, 3- v. mesenterica superior

по типу конец в конец между v. mesenterica superior и аутовенозным трансплантатом сформирован непрерывным проленовым швом. Аналогично наложен проксимальный анастомоз с пластикой по типу конец в конец между аутовенозным трансплантатом и зоной конfluence, которая частично сохранена в области слияния v. lienalis и v. portae (рис. 3). Длительность полного пережатия портальной вены составила 40 минут. Сосудистый этап операции завершен.



Рисунок 4 Вид после реконструкции

Мобилизован панкреатодуоденальный комплекс с пересечением желудка в зоне антрума, холедоха, 12-перстной кишки по границе ее с тощей кишкой. Поджелудочная железа пересечена над брыжеечной веной в пределах здоровых тканей. На рисунке 2 представлена картина врастания опухоли головки поджелудочной железы в медиальную стенку порто-мезентериального слияния. За пределами зоны опухолевой инфильтрации пересечены портальная, верхняя брыжеечная и селезеночная вены. Верхняя брыжеечная артерия выделена, произведена лимфодиссекция в ее бассейне

Бригадой ангиохирургов осуществлен забор аутовенозного трансплантата (бедренная вена левой нижней конечности). Выполнено протезирование спленопорто-мезентериальной трифуркации. Дистальный анастомоз

Верхние отделы дигестивного тракта реконструированы традиционно для нашей клиники. Позадибодочно сформированы двурядные панкреатоэнтероанастомоз (поджелудочная железа вшита в резервуар тонкой кишки), гепатикоэнтероанастомоз и гастроэнтероанастомоз (рис.4). Брюшная полость дренирована и ушита через все слои. Интраоперационная кровопотеря 1000 мл.

Гистологическое заключение: умеренно дифференцированная аденокарцинома с врастанием в стенку

брыжеечной вены и метастазом в один парааортальный лимфоузел, который квалифицирован как отдаленный. Заключительный диагноз: ЗНО головки поджелудочной T4N0M1.

В послеоперационном периоде наблюдались явления гастростаза, нагноение раны и острый тромбоз глубоких вен правой верхней конечности, излеченные консервативно. Выписана в удовлетворительном состоянии для проведения химиотерапии.

Данный клинический пример демонстрирует возможность успешного хирургического лечения злокачественных новообразований поджелудочной железы с периваскулярной инвазией.