



ПАЛЛИАТИВНАЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т.Г.Геворкян¹, И.А.Файнштейн²

1. ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского», 129110, Российская Федерация, ул. Щепкина, 61/2, корп. 1
2. ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н.Блохина» Минздрава России, 115478, Российская Федерация, Каширское шоссе, д. 24

Резюме

Цель исследования. Оценка эффективности метода паллиативной панкреатодуоденальной резекции при осложнениях распространенного рака головки поджелудочной железы (РГПЖ).

Пациенты и методы. В статье проанализированы результаты лечения 32 больных с распространенным РГПЖ в отделении радиохирургии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» Минздрава России. Всем больным были выполнены паллиативные панкреатодуоденальные резекции (ПДР). По распространенности процесса больные распределились следующим образом: 17 (53,1%) больных с местно-распространенным процессом и 15 (46,9%) — с отдаленными метастазами.

Результаты. Среднее время оперативного вмешательства составило $5,2 \pm 0,3$ ч, средняя кровопотеря составила $543,1 \pm 1,3$ мл, средний койко-день — $22,1 \pm 0,6$ дней. Всего в ближайшем послеоперационном периоде осложнения были отмечены у 5 больных (15,6%). Общая послеоперационная летальность после ПДР составила 6,3%. В целом результаты были разделены на 4 группы: хорошие результаты признаны в 16,7% случаях, достаточно удовлетворительные — в 26,7%, менее удовлетворительные, но с положительным эффектом — в 50%, неудовлетворительные результаты лечения констатированы в 6,6% случаях. Качество жизни с помощью опросника MOS-SF-36: если средний показатель по шкале физического здоровья составил до операции $41,2 \pm 0,5$, то через месяц после оперативного вмешательства он был значительно выше — $68,1 \pm 0,9$, по шкале психологического здоровья средний показатель вырос с $30,6 \pm 0,9$ до $71,5 \pm 0,7$. При этом различия между значениями до и после операции статистически достоверны ($p < 0,01$). Отдаленная выживаемость в течение 1 года после операции составила 39,2%, через 2 года после операции — 7,1%.

Заключение. Паллиативная ПДР при распространенном раке поджелудочной железы в некоторых случаях может являться операцией выбора, позволяющей эффективно устранить основной патологический процесс и его осложнения в виде механической желтухи, дуоденальной непроходимости, болевого синдрома и значительно улучшить качество жизни больных.

Ключевые слова:

распространенный рак головки поджелудочной железы, паллиативная панкреатодуоденальная резекция.

Оформление ссылки для цитирования статьи

Геворкян Т.Г., Файнштейн И.А. Паллиативная панкреатодуоденальная резекция при раке головки поджелудочной железы. Исследования и практика в медицине. 2018; 5(1): 52-59. DOI: 10.17709/2409-2231-2018-5-1-6

Для корреспонденции

Геворкян Тигран Гагикович, заместитель директора по организации онкологической помощи ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского»

Адрес: 129110, Российская Федерация, ул. Щепкина, 61/2, корп. 1. E-mail: onco@mail.ru

Информация о финансировании. Финансирование данной работы не проводилось.

Конфликт интересов. Все авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Благодарности. Благодарность высокопрофессиональному коллективу отделения радиохирургии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н.Блохина» Минздрава России, на базе которого были пролечены больные и достигнуты представленные результаты лечения.

Статья поступила 18.12.2017 г., принята к печати 05.03.2018 г.



PALLIATIVE PANCREATODUODENAL RESECTION IN PANCREATIC HEAD CANCER

T.G.Gevorkyan¹, I.A.Faynshteyn²

1. M.Vladimirskiy Moscow Regional Research Clinical Institute, 61/2, build. 1 Shchepkina str., Moscow 129110, Russian Federation
2. N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology of Ministry of Health of Russia, 24, Kashirskoe shosse, Moscow 115478, Russian Federation

Abstract

Purpose. Evaluation of the effectiveness of the method of palliative pancreatoduodenal resection for complications of advanced pancreatic head cancer.

Patients and methods. The article analyzes the results of treatment of 32 patients with advanced pancreatic head cancer in the Department of Radiosurgery of the FSBO «N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology» of Ministry of Health of Russia. All patients underwent palliative pancreatoduodenal resection. In terms of the prevalence of the process, the patients were distributed as follows: 17 (53.1%) patients with the locally advanced process and 15 (46.9%) patients with distant metastases.

Results. The average time of the operative intervention was 5.2 ± 0.3 hours, the average blood loss was 543.1 ± 1.3 ml, the average bed-day was 22.1 ± 0.6 days. In total, in the shortest postoperative period, complications were noted in 5 patients (15.6%). The total postoperative lethality after the PDR was 6.3%. In general, the results were divided into 4 groups: good results were recognized in 16.7% of cases, satisfactory enough — in 26.7%, less satisfactory, but a positive effect — in 50%, non-satisfactory results of treatment were found in 6.6% cases. Quality of life using the MOS-SF-36 questionnaire — if the average indicator on the scale of physical health was 41.2 ± 0.5 before the operation, then after a month of surgery it was significantly higher — 68.1 ± 0.9 , according to the scale the average figure increased from 30.6 ± 0.9 to 71.5 ± 0.7 . However, the differences between the values before and after surgery are statistically significant ($p < 0.01$). The long-term survival rate for 1 year after the operation was 39.2%, 2 years after the surgery, 7.1%.

Conclusions. Palliative pancreatoduodenal resection with a common pancreatic cancer in some cases can be an operation of choice that effectively eliminates the underlying pathological process and its complications in the form of mechanical jaundice, duodenal obstruction and pain syndrome and significantly improve the quality of life of patients.

Keywords:

common pancreatic head cancer, palliative pancreatoduodenal resection

For citation

Gevorkyan T.G., Faynshteyn I.A. Palliative pancreatoduodenal resection in pancreatic head cancer. Research'n Practical Medicine Journal (Issled. prakt. med.). 2018; 5(1): 52-59. DOI: 10.17709/2409-2231-2018-5-1-6

For correspondence

Tigran G. Gevorkyan, deputy director for organization of cancer care, M.Vladimirskiy Moscow Regional Research Clinical Institute
Address: 61/2, build. 1 Shchepkina str., Moscow 129110, Russian Federation
E-mail: onco@mail.ru

Information about funding. No funding of this work has been held.

Conflict of interest. All authors report no conflict of interest.

Acknowledgement. Gratitude to the highly professional staff of the Department of Radiosurgery of the N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology of Ministry of Health of Russia, on the basis of which the patients were treated and the results of treatment were achieved.

The article was received 18.12.2017, accepted for publication 05.03.2018

Паллиативной панкреатодуоденальной резекцией (ПДР) (условно радикальной) при раке головки поджелудочной железы (РГПЖ) называют операцию, соответствующую обычной радикальной проксимальной резекции железы, но при этом у больных имеется ретропанкреатическая инфильтрация опухоли или на срезе культи железы были выявлены и оставлены опухолевые клетки [1]. При этом автор не включает сюда ПДР при РГПЖ с наличием отдаленных метастазов, что на самом деле также укладывается в понятие паллиативной резекции. Основопологающим для всех паллиативных вмешательств является качество жизни больного после операции [2]. Сравнительный анализ показывает хорошее качество жизни после паллиативных панкреатодуоденальных резекций по сравнению с дренирующими вмешательствами [2, 3].

Достигнуто существенное снижение послеоперационных осложнений [4] и летальности (менее 2%) после ПДР по сравнению с предыдущими десятилетиями [5, 6]. Во многом это зависит от опыта специалистов и технологических возможностей медицинской организации [7].

Понятно, что только около 20% больных, которые поступают в клинику по поводу рака головки поджелудочной железы, являются кандидатами для лапаротомии и возможной радикальной операции. Однако исследования показывают, что резекция опухоли может быть проведена и у больных с распространенным раком поджелудочной железы, а непосредственные результаты таких вмешательств сопоставимы с операцией по формированию билиодигестивных анастомозов [8]. Есть работа, показывающая, что расширенная резекция с аортокавальной лимфодиссекцией у больных с M1 статусом (с метастазами в аортокавальные лимфоузлы) имеет одинаковые отдаленные результаты по сравнению с больными с M0 статусом, имеющими метастазы в регионарные лимфоузлы [9]. Несмотря на тот факт, что рак поджелудочной железы в некоторых случаях интраоперационно обнаруживается в запущенной стадии и R0 резекция сомнительна, агрессивный хирургический подход к опухоли должен быть методом выбора, влияющим на улучшение прогноза и качества жизни больных [10].

Цель исследования — оценка эффективности метода паллиативной панкреатодуоденальной резекции при осложнениях распространенного РГПЖ.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Были проанализированы результаты лечения больных с распространенным РГПЖ в отделении

радиохирургии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России.

Паллиативные ПДР были выполнены больным в группе, которая состояла из 32 пациентов. По распространенности процесса больные распределились следующим образом: 17 (53,1%) больных с местно-распространенным процессом и 15 (46,9%) — с отдаленными метастазами. В 15 наблюдениях уже на диагностическом этапе установлена и морфологически подтверждена диссеминация опухолевого процесса.

Диагноз РГПЖ устанавливали на основании комплексного физикального и лабораторно-инструментального обследования, которое включало клиническую оценку общего состояния больного, а также функций органов и систем, диагностику основного и сопутствующих заболеваний, установление показаний и противопоказаний к выполнению определенного вида оперативного вмешательства. Больным выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ), эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), компьютерную томографию (КТ), по показаниям применяли мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) и магниторезонансную томографию (МРТ). Трем больным с показателями билирубина свыше 150 мкмоль/л и выраженными признаками печеночной недостаточности проводили предоперационную декомпрессию желчных протоков с помощью чрескожной чреспеченочной холецистостомии или чрескожной чреспеченочной холангиостомии под рентген-телевизионным контролем. Всем пациентам проводили полноценную предоперационную подготовку.

Первичными клиническими проявлениями заболевания у больных РГПЖ являлись три основных синдрома, которые представлены следующим образом:

— механическая желтуха (МЖ) у 14 (43,7%) больных как первичное и единственное проявление заболевания;

— болевой синдром (БС) у 11 больных (34,4%) как первичное проявление болезни, послужившее поводом для постановки диагноза;

— дуоденальная непроходимость в 1 наблюдении (3,1%), послужившая поводом для выявления данного заболевания;

— у 6 (18,8%) больных РГПЖ было бессимптомное течение, и диагноз был выявлен при профилактическом УЗИ.

Время от момента появления первых симптомов заболевания до установки диагноза варьировалось от 1 до 22 нед, медиана составила 0,5 (ИР 0,5 ...2,0) нед.

Основными критериями исключения являлись:

- тяжелая сопутствующая патология с абсолютными противопоказаниями для хирургического вмешательства в объеме ПДР;
- отказ больного от хирургического вмешательства;
- некупируемая печеночная недостаточность на фоне МЖ.

Операцию ПДР осуществляли под эндотрахеальным наркозом. В положении больного лежа на спине производили верхнесрединную лапаротомию с обходом пупка слева. При интраоперационной ревизии в большинстве случаев удавалось определять неоперабельность процесса, для этого оценивали: локализацию опухоли, истинные размеры, местную распространенность, наличие асцита, метастазы по брюшине и в печени (визуально и пальпаторно). Наличие признаков портальной гипертензии ориентировало на возможную вовлеченность воротной или верхнебрыжеечной вены. При подозрительных на метастазы изменениях в печени или брюшине выполняли интраоперационную биопсию со срочным гистологическим исследованием.

Мобилизовали двенадцатиперстную кишку, переднюю поверхность головки поджелудочной железы. Большой сальник мобилизовали от поперечной ободочной кишки, хотя у части больных при вовлеченности поперечной ободочной кишки мобилизовали его брыжейку с последующей стандартно принятой резекцией. В зависимости от участка врастания поперечно ободочной кишки выполняли резекцию поперечной ободочной кишки, право-или левостороннюю гемиколэктомию с последующим формированием толстокишечного анастомоза способом «бок в бок» двухрядными узловыми швами.

После выделения перевязывали и пересекали правую желудочную и гастродуоденальную артерии. При этом предоперационно определяли возможность отхождения правой печеночной артерии от верхней брыжеечной. Тощую кишку пересекали дистальнее связки Трейца аппаратом УО-40 и проводили вправо под верхнебрыжеечными сосудами. Далее мобилизовали дистальную 1/2 желудка. Желудок прошивали аппаратом УО-60 и пересекали. После перевязки и пересечения пузырной артерии и одноименного протока мобилизовали желчный пузырь от шейки. Пересекали общий печеночный проток. Ложе желчного пузыря ушивали кетгутовой нитью непрерывным швом.

Тело поджелудочной железы пересекали в области перешейка. На сечении чаще удавалось выделять вирсунгов проток, диаметр которого колебался от 1,5 до 15 мм. Головку и крючковидный отросток поджелудочной железы, окутывающие воротную

и верхнебрыжеечную вены, выделяли тупым и острым путем. Связку крючковидного отростка пересекали.

Удаленный препарат включал в себя дистальную 1/2 желудка, головку поджелудочной железы с крючковидным отростком, общий желчный проток, двенадцатиперстную кишку и желчный пузырь.

При местном распространенном процессе с переходом на другие органы дополнительно резецировали различные смежные органы. В случаях когда операция была предположительно радикальной, по ходу операции выполняли регионарную лимфодиссекцию, а в заведомо неоперабельных случаях лимфодиссекцию не осуществляли. Для удаления метастазов в печени выполняли различные объемы атипичных резекций, право-или левостороннюю гемигепатэктомию. На восстановительном этапе последовательно, на петле тощей кишки, формировывали панкреатикоюноанастомоз (конец в бок, двухрядными узловыми швами, рассасывающейся мононитью на атравматичной игле), холедохуюноанастомоз (конец в бок, однорядными узловыми швами, рассасывающейся мононитью), гастроэнтероанастомоз (конец в бок, двухрядными узловыми швами, нерассасывающейся нитью на кишечной игле).

В завершение производили гемостаз и дренирование брюшной полости, как правило, двумя дренажами, установленными справа и подведенными к гепатикоюноанастомозу и панкреатикоюноанастомозу. При необходимости дренировали также резецируемые поверхности печени или другие отделы брюшной полости. Лапаротомную рану при всех вмешательствах ушивали узловыми нерассасывающимися швами через все слои, обходя прямую мышцу живота, с последующим ушиванием кожи.

В нашем исследовании панкреатодуоденальные резекции у больных с M1 статусом выполнили в 13 (40,6%) наблюдениях, среди них у 12 больных при метастазах в печень и у 1 больного с канцероматозом брюшины. У 8 (25%) больных нерезектабельность диагностировали на этапе резекции поджелудочной железы, когда имелась макроскопически определяемая инфильтрация парапанкреатической клетчатки с вовлечением в опухолевый процесс магистральных сосудов и (или) корня брыжейки (R2 резекции). При этом сверхрадикальные вмешательства с резекцией чревного ствола и его ветвей, спленопортомезентериального соединения, не могли обеспечить радикальность панкреатодуоденальной резекции. У 9 (28,1%) больных паллиативность вмешательства диагностировалась постоперационно, когда микроскопически под-

тверждалось наличие опухолевой инвазии в краях резекции поджелудочной железы у 7 больных, парапанкреатической клетчатки — у 1 и общего печеночного протока — у 1 больного (R1 резекции). У 2 (6,3%) больных M1 статус подтверждался после планового гистологического исследования, когда микроскопически выявлялись метастазы в аортокавальные лимфоузлы, что тоже включалось в подгруппу с R1 резекциями (табл. 1).

Для объективизации оценки результатов хирургического лечения клинические данные дополняли данными лабораторных и инструментальных исследований — УЗИ, КТ, ФЭГДС.

Для оценки степени болевого синдрома использовали визуально-аналоговую шкалу боли (ВАШ), которая была модифицирована и исчислялась не в баллах, а в процентах.

Качество жизни больных, оперированных по поводу РГПЖ, оценивали с помощью русской версии опросника MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36 — исследование медицинских результатов — SF-36). MOS-SF-36 является одним из самых популярных неспецифических опросников по качеству жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Панкреатодуоденальная резекция — обширная, травматическая и длительная операция, время оперативного вмешательства составило $5,2 \pm 0,3$ ч, средняя кровопотеря составила $543,1 \pm 1,3$ мл, средний койко-день — $22,1 \pm 0,6$ дней.

Всего в ближайшем послеоперационном периоде осложнения были отмечены у 5 больных (15,6%). Общая послеоперационная летальность после ПДР составила 6,3%. Причиной смерти больных явля-

лись осложнения, связанные с оставшейся культей поджелудочной железы: некроз в 1 наблюдении и несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза у 1-го больного. В обоих случаях имели место опухолевая инфильтрация зоны резекции поджелудочной железы и выраженный холангит в предоперационном периоде.

Наиболее частым осложнением ближайшего послеоперационного периода было развитие панкреатического свища у 3 (10,5%) больных, который формировался на 4–14-е (в среднем — $8,9 \pm 0,9$) сут с момента операции. Панкреатический свищ, несмотря на наличие парапанкреального дренажа (установленного на первой операции), всегда открывался в верхнем углу лапаротомной раны. При панкреатическом свище проводили парахирургическое и консервативное лечение. Выполняли дренирование скоплений жидкости под УЗИ и рентгеновским контролем, к медикаментозному лечению подключали аналоги соматостатина. Все пациенты выписаны с выздоровлением на 16–43-и (в среднем — $31,0 \pm 1,9$) сутки с момента операции.

Верифицированные у 32 пациентов опухоли были представлены преимущественно аденокарциномой в 30 (93,8%) наблюдениях, среди них по форме у 4 — альвеолярно-тубулярная, 6 — слизеобразующая, 5 — светлоклеточная, 1 — ацинарноклеточная, 4 — цистаденокарцинома, 10 — без уточнения. У остальных верифицированных больных этой же группы у 1 (3,1%) диагностирован нейроэндокринный рак, у 1 (3,1%) — недифференцированный рак.

Анализ данных патологоанатомического исследования показал, что из регионарной группы лимфоузлов наиболее часто в 14 (43,8%) наблюдениях подвергаются метастатическому поражению лимфоузлы вдоль общей печеночной артерии и нижние

Таблица 1. Сравнительная характеристика больных по критериям оценки распространенности опухолевого процесса
Table 1. Comparative characteristics of patients according to the criteria for assessing the prevalence of the tumor process

Диагностический критерий	МР абс. число (%)	ОМ абс. число (%)	ПК абс. число (%)
БС при поступлении	5 (50)	4 (30,7)	2 (22,2)
Переход на тело ПЖ	3 (30)	2 (15,3)	1 (11,1)
Врастание в двенадцатиперстную кишку или желудок	2 (20)	4 (30,7)	0
Врастание в крупные сосуды	4 (40)	3 (23,1)	0
Инфильтрация брыжейки корня толстой кишки	5 (50)	1 (7,7)	0
Размер первичного очага (Me)	4,9 (ИР 3,9...6,1)	5,2 (ИР 4,1...5,9)	4,1 (ИР 3,1...5,6)
Всего	10	13	9

МР — местно-распространенный рак; ОМ — отдаленное метастазирование; ПК — потенциально курабельная опухоль.

лимфоузлы печеночно-двенадцатиперстной связки в 11 (34,4%) наблюдениях. Затем по частоте метастатического поражения в 7 (21,9%) наблюдениях следуют задние поджелудочно-двенадцатиперстные лимфоузлы и лимфоузлы, расположенные по нижнему краю головки поджелудочной железы в 3 (9,4%) наблюдениях, а также передние поджелудочно-двенадцатиперстные лимфоузлы в 2 (6,3%) случаях.

Средний койко-день после панкреатодуоденальных резекций составил $22,1 \pm 0,6$ дней. Более 30 сут после оперативного вмешательства в клинике находились 4 (12,5%) пациента. У всех выживших больных с МЖ (12 пациентов) и дуоденальной непроходимостью (1 пациент) эти синдромы были полностью устранены.

По данным УЗИ и КТ, изменения главного панкреатического протока незначительны, также у некоторых пациентов отмечалось незначительное увеличение размеров тела и хвоста ПЖ с повышенной эхоплотностью паренхимы. Изучение белкового обмена показало, что уже в ближайшие месяцы после операции уровень общего белка приближался к норме, однако у некоторых пациентов была вторичная диспротеинемия.

Результаты паллиативного ПДР у 30 выживших пациентов представлены следующим образом.

1. Хорошие результаты признаны у 5 (16,7%) больных. Все оперированные больные, у которых

наблюдали болевой синдром, отметили его исчезновение или значительное уменьшение боли, при котором не требовалось постоянного приема обезболивающих лекарственных препаратов.

Динамика изменения болевого синдрома после паллиативной ПДР отображена в таблице 2. Так, если до проведения оперативного вмешательства оценка по ВАШ была в пределах $93,1 \pm 0,3$, то через месяц после операции снижалась до $36,7 \pm 0,9$, и затем через год у выживших больных поднималась незначительно — до $38,1 \pm 0,7$.

При исследовании качества жизни с помощью опросника MOS-SF-36: если средний показатель по шкале физического здоровья составил до операции $41,2 \pm 0,5$, то через месяц после оперативного вмешательства он был значительно выше — $68,1 \pm 0,9$, по шкале психологического здоровья средний показатель вырос с $30,6 \pm 0,9$ до $71,5 \pm 0,7$. При этом различия между значениями до и после операции статистически достоверны ($p < 0,01$).

2. Достаточно удовлетворительные результаты лечения отмечены у 8 (26,7%) больных. Все респонденты отмечают, что болевой синдром значительно снизился по сравнению с дооперационным периодом. По данным УЗИ и МРТ, сохраняются диффузные изменения паренхимы ПЖ с преимущественным повышением ее эхоплотности. ГПП не расширен. Биохимические показатели крови со-

Таблица 2. Динамика изменения БС за период наблюдения
Table 2. Dynamics of changes in the PS during the observation period

Сроки контрольного анкетирования	n	ВАШ		
		M ± s	95% ДИ	Пределы
До проведения операции (ВАШ-1)	11	$93,1 \pm 0,3$	74,2–96,0	40–100
Через месяц после операции (ВАШ-2)	11	$36,7 \pm 0,9$	17,1–41,5	0–100
Через год после операции (ВАШ-3)	3	$38,1 \pm 0,7$	29,6–43,5	0–90

Таблица 3. Отдаленные результаты выживаемости больных после паллиативной ПДР
Table 3. Long-term survival of patients after palliative PDR

Стадия	TNM	1-летняя выживаемость, абс. (%)	2-летняя выживаемость, абс. (%)
III	T4N1M0	2 (7,1)	1 (3,6)
	T3N0M1	6 (21,4)	1 (3,6)
IV	T3N1M1	3 (10,7)	0 (0,0)
	T4N1M1	0 (0,0)	0 (0,0)
Всего		11 (39,2)	2. (7,1)

храняются в пределах нормы, у пациентов был компенсированный панкреатогенный сахарный диабет. При изучении качества жизни у больных этой группы средний показатель физического здоровья по шкале опросника MOS-SF-36 составил $81,3 \pm 0,9$ балла, что достоверно выше аналогичного показателя до операции ($42,1 \pm 0,7$ балла). Средний показатель психологического здоровья составил $78,6 \pm 0,5$ балла, что также достоверно выше данного показателя до операции ($42,3 \pm 0,3$ балла) ($p < 0,05$).

3. Менее удовлетворительные, но достаточно эффективные результаты отмечены у 15 (50%) больных.

4. Неудовлетворительные результаты лечения констатированы у 2 (6,6%) больных. У всех лиц этой группы отмечен тяжелый панкреатогенный сахарный диабет. Выраженная внешнесекреторная недостаточность требует практически постоянного приема ферментных и инсулиноснижающих препаратов. При изучении качества жизни с помощью опросника MOS-SF-36 после операции общий физический компонент здоровья у них составил $56,7 \pm 0,5$ балла, общий психологический компонент здоровья — $41,2 \pm 0,8$ балла. При сравнении средних значений по всем шкалам данной анкеты установлено, что нет достоверного различия с аналогичными значениями до оперативного вмешательства.

Изучены отдаленные результаты после ПДР в сроки от 1 до 2 лет у 28 больных. Судьба 2 боль-

ных неизвестна. Отдаленная выживаемость в течение 1 года после операции составила 39,2%, через 2 года после операции — 7,1%. Отдаленная выживаемость больных с распространенным РГПЖ в зависимости от стадии опухолевого процесса указана в таблице 3.

ВЫВОДЫ

Паллиативная ПДР при распространенном раке поджелудочной железы является достаточно эффективной операцией, позволяющей устранить основной патологический процесс и его осложнения в виде МЖ, дуоденальной непроходимости, болевого синдрома и значительно улучшить качество жизни больных при распространенном РГПЖ. При выписке из стационара все оперированные отметили исчезновение или значительное уменьшение болевого синдрома.

Летальность после ПДР по поводу местнораспространенного РГПЖ равна 6,3%, что обязывает особо внимательно относиться к критериям отбора больных. Частота послеоперационных осложнений — 15,6%. Наличие небольшого числа неудовлетворительных результатов в отдаленном послеоперационном периоде после ПДР обусловлено большей частью быстрым прогрессированием и характером распространенности опухолевого процесса.

Литература

1. Wagner M, Zraggen K, Vagianos C, Redaelli CA, Holzinger F, Sadowski C, et al. Pylorus-preserving total pancreatectomy. *Dig Surg.* 2001;18 (3):188–95. DOI: 10.1159/000050128
2. Walter J, Nier A, Rose T, Egberts JH, Schafmayer C, Kuechler T, et al. Palliativepartial pancreatoduodenectomy impairs quality of life compared to bypass surgery in patients with advanced adenocarcinoma of thepancreatichead. *Eur J Surg Oncol.* 2011 Sep;37 (9):798–804. DOI: 10.1016/j.ejso.2011.06.017
3. Nieveen van Dijkum EJ1, Kuhlmann KF, Terwee CB, Obertop H, de Haes JC, Gouma DJ. Quality of life after curative or palliative surgical treatment of pancreatic and periampullary carcinoma. *Br J Surg.* 2005 Apr;92 (4):471–7. DOI: 10.1002/bjs.4487
4. Касумьян С. А., Алибегов Р. А., Бельков А. В. и др. Ближайшие результаты хирургического лечения рака головки поджелудочной железы. *Анналы хирургической гепатологии.* 1998;3 (2):65–70.
5. Кубышкин В. А., Вишневицкий В. А. Рак поджелудочной железы. М.: Мед-практика, 2003, 386 с.
6. Allema JH, Reinders ME, van Gulik TM, Koelemay MJ, Van

- Leeuwen DJ, de Wit LT, et al. Prognostic factors for survival after pancreaticoduodenectomy for patients with carcinoma of the pancreatic head region. *Cancer.* 1995 Apr 15;75 (8):2069–76.
7. Johnstone PA, Sindelar WF. Radical reoperation for advanced pancreatic carcinoma. *J Surg Oncol.* 1996 Jan;61 (1):7–11; discussion 11–3. DOI: 10.1002/(SICI)1096–9098 (199601)61:1<7::AID-JSO2>3.0.CO;2-H
8. Lillemoe KD, Cameron JL, Yeo CJ, Sohn TA, Nakeeb A, Sauter PK, et al. Pancreaticoduodenectomy. Does it have a role in the palliation of pancreatic cancer? *Ann Surg.* 1996 Jun;223 (6):718–25; discussion 725–8.
9. Shrikhande SV, Kleeff J, Reiser C, Weitz J, Hinz U, Esposito I, et al. Pancreatic resection for M1 pancreatic ductal adenocarcinoma. *Ann Surg Oncol.* 2007 Jan;14 (1):118–27. DOI: 10.1245/s10434–006–9131–8
10. Wagner M, Redaelli C, Lietz M, Seiler CA, Friess H, Büchler MW. Curative resection is the single most important factor determining outcome in patients with pancreatic adenocarcinoma. *Br J Surg.* 2004 May;91 (5):586–94. DOI: 10.1002/bjs.4484

References

1. Wagner M, Zraggen K, Vagianos C, Redaelli CA, Holzinger F, Sadowski C, et al. Pylorus-preserving total pancreatectomy. *Dig Surg.* 2001;18 (3):188–95. DOI: 10.1159/000050128
2. Walter J, Nier A, Rose T, Egberts JH, Schafmayer C, Kuechler T, et al. Palliative partial pancreaticoduodenectomy impairs quality of life compared to bypass surgery in patients with advanced adenocarcinoma of the pancreatic head. *Eur J Surg Oncol.* 2011 Sep;37 (9):798–804. DOI: 10.1016/j.ejso.2011.06.017
3. Nieveen van Dijkum EJ1, Kuhlmann KF, Terwee CB, Obertop H, de Haes JC, Gouma DJ. Quality of life after curative or palliative surgical treatment of pancreatic and periampullary carcinoma. *Br J Surg.* 2005 Apr;92 (4):471–7. DOI: 10.1002/bjs.4887
4. Kasum'yan SA, Alibegov RA, Bel'kov AV, et al. Blizhaishie rezul'taty khirurgicheskogo lecheniya raka golovki podzheludochnoi zhelezy. *Annaly Khirurgicheskoy Gepatologii (Annals Of Surgical Hepatology).* 1998;3 (2):65–70. (In Russian).
5. Kubyshkin VA, Vishnevskii VA. Rak podzheludochnoi zhelezy [Pancreas cancer]. Moscow: "Med-praktika" Publ., 2003, 386 p. (In Russian).
6. Allema JH, Reinders ME, van Gulik TM, Koelemay MJ, Van Leeuwen DJ, de Wit LT, et al. Prognostic factors for survival after pancreaticoduodenectomy for patients with carcinoma of the pancreatic head region. *Cancer.* 1995 Apr 15;75 (8):2069–76.
7. Johnstone PA, Sindelar WF. Radical reoperation for advanced pancreatic carcinoma. *J Surg Oncol.* 1996 Jan;61 (1):7–11; discussion 11–3. DOI: 10.1002/(SICI)1096-9098 (199601)61:1<7::AID-JSO2>3.0.CO;2-H
8. Lillemoe KD, Cameron JL, Yeo CJ, Sohn TA, Nakeeb A, Sauter PK, et al. Pancreaticoduodenectomy. Does it have a role in the palliation of pancreatic cancer? *Ann Surg.* 1996 Jun;223 (6):718–25; discussion 725–8.
9. Shrikhande SV, Kleeff J, Reiser C, Weitz J, Hinz U, Esposito I, et al. Pancreatic resection for M1 pancreatic ductal adenocarcinoma. *Ann Surg Oncol.* 2007 Jan;14 (1):118–27. DOI: 10.1245/s10434-006-9131-8
10. Wagner M, Redaelli C, Lietz M, Seiler CA, Friess H, Büchler MW. Curative resection is the single most important factor determining outcome in patients with pancreatic adenocarcinoma. *Br J Surg.* 2004 May;91 (5):586–94. DOI: 10.1002/bjs.4484

Информация об авторах:

Геворкян Тигран Гагикович, заместитель директора по организации онкологической помощи ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского»

Файнштейн Игорь Александрович, д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения радиохирургии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н.Блохина» Минздрава России

Information about authors:

Tigran G. Gevorgyan, Deputy Director for Organization of Cancer Care, M.Vladimirskiy Moscow Regional Research Clinical Institute

Igor A. Faynshteyn, MD, PhD, DSc, leading reseaecher of the Department of Radiosurgery, N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology of Ministry of Health of Russia