

# ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З МІСЦЕВОРОЗПОВСЮДЖЕНИМИ ПУХЛИНАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

*Копчак В.М., Шкарбан В.П., Перерва Л.О., Савицький А.О.*

*Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова*

## **Вступ**

Захворюваність на злоякісні новоутворення підшлункової залози (ПЗ) та панкреатодуоденальної зони становить 3% нових випадків раку щороку, та за даними різних джерел є четвертою та сьомою величиною по причині смертності від раку. Більшість цих пухлин є протокові аденокарциноми підшлункової залози.

Агресивний характер захворювання в поєднанні з його неоднозначними проявами та відсутністю чіткого діагностичного маркера часто призводить до пізньої діагностики хвороби. Більш того, пухлини ПЗ та панкреатодуоденальної зони мають тенденцію до безсимптомного перебігу протягом тривалого часу, через що діагностуються на запущених стадіях, коли присутня інвазія магістральних судин або наявність віддалених метастазів. За останні два десятиріччя, резекція ворітної вени (ВВ) та верхньої брижової вени (ВБВ) стала операцією вибору, за наявності інвазії пухлини підшлункової залози в зазначені судини. Проте, до цього часу, літературні данні повідомляють про неоднорідні результати з приводу передопераційної тактики та післяопераційної виживаємості даних пацієнтів.

## **Матеріали і методи**

- 385 -

«Актуальні питання сучасної хірургії: загальна, пластична та судинна хірургії», м. Київ, 30 – 31 жовтня 2021 року

У відділі хірургії підшлункової залози та жовчовивідних проток Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова у період з січня 2018 року по червень 2021 року успішно прооперовано 41 пацієнта з пухлинами підшлункової залози та панкреатодуоденальної зони з інвазією в ВВ та/або ВБВ.

Діагностику наявності інвазії ВВ/ВБВ проводили на основі даних мультиспіральної комп'ютерної томографії (МСКТ) з внутрішньовенним контрастуванням та магнітнорезонансної томографії (МРТ). За даними доопераційної діагностики судинна інвазія виявлена у 22 (53,5%) пацієнтів.

Панкреатодуоденектомія за Whipple виконана – у 21 (51,2%) пацієнта, пілорусзберігаюча панкреатодуоденектомія – у 6 (14,6%), лівостороння резекція підшлункової залози зі спленектомією – у 9 (21,9%) пацієнтів, тотальна панкреатодуоденектомія – у 5 (12,1%). Мультивісцеральні резекції виконані у 3 (7,3%) хворих. Всі операції виконали з резекцією судин портomesентеріального басейну; резекція ВВ – 25 (60,9%) пацієнтів, резекція ВБВ – 8 (19,5%), резекція портоспленомезентеріального конфлюенсу – 8 (19,5%).

В залежності від окружності та протяжності інвазії пухлини у венозну стінку було виконано: клиновидну резекцію ВВ/ВБВ у 24 (58,5%) випадках, циркулярну резекцію у 17 (41,5%) випадках. Реконструкцію судини виконували наступними способами, в залежності від об'єму резектованої ділянки: ушивання судинного дефекту – 22 (53,6%) хворих, анастомоз кінець в кінець – 15 (36,5%), ангіопластика з використанням аутовенозної вставки з v. saphena magna – 2 (4,8%), пластика з використанням аутовенозної заплати – 2 (4,8%) пацієнтів.

## Результати та обговорення

За даними планового патогістологічного дослідження (ПГД) протокова аденокарцинома підшлункової залози виявлена у 32 (78,0 %) випадках, у 4 (9,7%) мала місце нейроендокринна карцинома підшлункової залози, у 3 (7,3%) – аденокарцинома дистального відділу холедоха та у 2 (4,8%) – аденокарцинома дванадцятипалої кишки (ДПК).

За даними патогістологічного дослідження пухлинну інвазію в стінку ВВ/ВБВ було підтверджено у 19 (46,3%) хворих; 16 (84,2%) – з протоковою аденокарциномою ПЗ, 1 (5,2%) – з нейроендокринною карциномою ПЗ, 1 (5,2%) – з аденокарциномою ДПК, 1 (5,2%) – з аденокарциномою дистального відділу холедоха.

Порівняльний аналіз даних передопераційного обстеження (МСКТ та МРТ) та ПГД довів достовірну венозну інвазію, що діагностовано доопераційно у 12 (29,2%) випадках, тоді, як у 10 (24,3%) пацієнтів дані радіологічних методів були ложнопозитивні. Передопераційно судинну інвазію не діагностовано у 7 (17%) пацієнтів та у 12 (29,2%) випадках венозна інвазія була відстуня за даними передопераційної діагностики та ПГД, однак інтраопераційно було розцінено, як наявність такої та виконана резекція даної судини.

Післяопераційні ускладнення виникли у 12 (29,2%) пацієнтів. За класифікацією Clavien-Dindo: I ст. – 10 (24,3%), II ст. – 7(17,1%), III ст. – 4(9,7%). Летальність склала – 2,4%.

## Висновок

Таким чином виконання венозних резекцій у пацієнтів з пухлинами підшлункової залози та панкреатобіліарної зони дозволяє збільшити кількість радикальних оперативних втручань при

місцеворозповсюдженому процесі, суттєво не змінюючи кількість післяопераційних ускладнень та летальності. В той же час, відсутність можливості виконання термінового інтраопераційного гістологічного дослідження стінки судини, обумовлює потребу удосконалення діагностичної програми даних пацієнтів, з метою більш чіткої до- та інтраопераційної верифікації інвазії судини.