

Клинический случай рака поджелудочной железы

М. Канкия, И. Джикия, Г. Мцкерашвили, Г. Цуцхубая

Медицинский центр «Вивамеди»

Тбилисский государственный университет им. Иванэ Джавахишвили, Тбилиси, Грузия

Ключевые слова: рак поджелудочной железы, диагностика, хирургическое лечение, клиническое наблюдение, сосудистая анатомия

Злокачественная опухоль поджелудочной железы (ПЖ) — нередкое явление. На сегодняшний день Международным агентством по исследованию опухолей (International Agency for Research of Cancer — IARC) обнаружено около 18 млн случаев злокачественных процессов, среди них около половины миллиона случаев приходится на рак ПЖ. Так, заболевание превращается в глобальную проблему. Интересно, что мужчины болеют этим видом рака намного чаще, чем женщины. Самая распространенная форма рака ПЖ — это аденокарцинома — внутрипротоковый рак, который развивается из эпителия панкреатического протока или из ацинуса ПЖ.

Причиной высокой смертности от рака ПЖ является то, что клинически он проявляется только в осложненном состоянии. Одним из наиболее часто подтверждаемых клинических признаков считается желтуха. Раковая опухоль головки ПЖ прорастает в общий желчный проток или в фатеров сосочек и в двенадцатиперстную кишку, блокируя желчные пути.

Диагностика заболевания требует высокотехнологичных исследований. Первый шаг — это, конечно же, эхоскопическое исследование брюшной полости, но необходимо отметить, что ультрасонография не отличается высокой чувствительностью к определенному виду рака, поэтому для определения уровня блокировки желчных путей необходима магнитно-резонансная томография с холангиографией и контрастированием. Контрастирование помогает исключить прорастание раковой опухоли в сосуды и продумать тактику операции. Если опухоль прорастает в фатеров сосочек или двенадцатиперстную кишку, обязательно нужно сделать эндоскопию с биопсией. Большую помощь для определения точной локализации и размеров рака оказывает эндоскопическая эхоскопия.

Компьютерная томография также очень информативна, но есть случаи, когда она не показывает опухоль маленького размера. Так что магнитно-резонансная томография с контрастированием является «золотым стандартом».

Морфологическое изучение раковой опухоли дает важную информацию — этим путем исключают доброкачественные опухоли и предварительно определяют масштаб операции, хотя морфологическое исследование до операции часто невозможно, так как проведение биопсии связано с большими трудностями.

Рак ПЖ, однозначно, требует хирургического вмешательства. Вмешательство может быть как паллиативным, так и радикальным. В случае радикальной операции полностью иссекают рак и региональные лимфатические узлы. Трудность указанной операции заключается в анатомическом расположении ПЖ. Орган связан со многими большими и важными сосудами, позади него проходят воротная вена и селезеночная вена, нижняя полая вена, верхняя мезентериальная вена и артерия, аорта, чревный ствол и др. Техническое отделение раковой опухоли от этих структур представляет собой сложную задачу. Поэтому считается, что хирургия ПЖ — это один из самых сложных разделов хирургии.

В нашей клинике осуществляют подобные операции. После иссечения рака пациенты проходят курс химиотерапии.

Во время операционного лечения рака ПЖ важно провести масштабную лимфодиссекцию (иссечение лимфатических узлов). Не должно остаться региональных (близлежащих) лимфатических узлов, чтобы предотвратить дальнейшие постоперационные осложнения.

Ученые института рака Даны-Фарбер (Dana-Farber Cancer Institute) из штата Массачусетс (США) обнаружили несколько ранних симптомов, которые помогают определить рак ПЖ на его ранней стадии, когда он подлежит лечению. В частности, рост числа нескольких аминокислот может быть признаком заболевания на его ранней стадии.

Актуальность

Согласно литературным данным последнего десятилетия, рак ПЖ — распространенная болезнь. Нами представлен клинический случай опухоли тела ПЖ, которая проросла в чревный ствол.

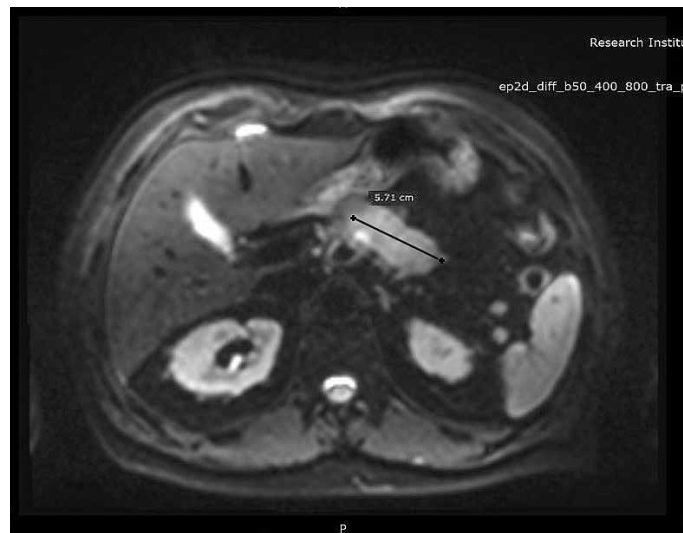
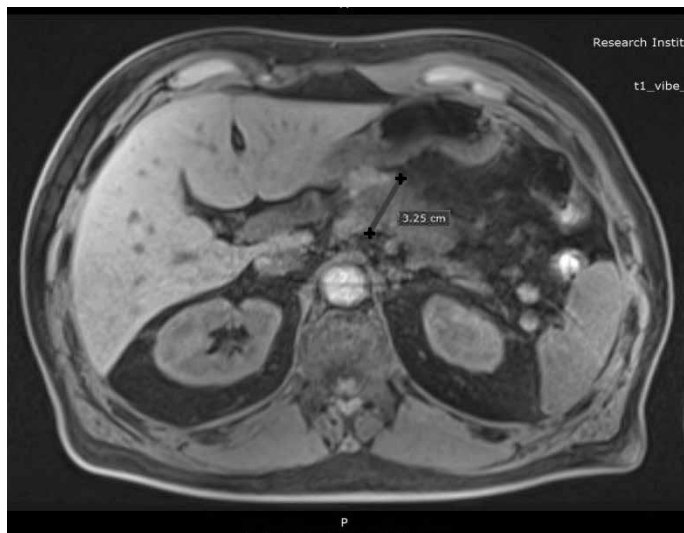


Рис. 1. Пациент З. В., 60 лет. Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости до операции. Предполагаемый диагноз: рак ПЖ.

Цель — описание клинического случая.

Материалы и методы

Пациент З. В., мужчина 60 лет, проживающий в г. Батуми, поступил в клинику с жалобами на общую слабость, боль и тяжесть в эпигастрии, правой подреберной дуге и поясничной области, тошноту с эпизодами рвоты. Плохо себя чувствует на протяжении 1 месяца, из-за чего обратился в клинику.

Объективно: пульс 88 в минуту, ритмичный, натянутый, артериальное давление 135/90 мм. рт. ст., тоны сердца четкие, ритмичные. Pulmo: везикулярное дыхание, при пальпации живот немножко натянутый, чувствительный мезогастриум. В правой подреберной области пальпируется плотное образование. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка в норме.

Онкомаркеры: СЕА — 2,22 мг/мл (норма 0–5,5). СА19.9 — 1,88 мг/мл (норма 0–27).

Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости: поперечные размеры печени не увеличены. Внутривенные и внешние желчные пути не расширены. Поперечные размеры селезенки в пределах нормы, контуры — прямые, резкие, гомогенная структура. У ворот селезенки проявляется несколько лимфатических узлов размером 0,8 см. Контуры ПЖ неравномерные и неяркие, негемогенная структура, хвост не дифференцируется. В области тела выявляется негемогенное образование длиной 5,7 см и шириной 3,2 см. Структура головки в пределах нормы.

Образование распространено в стенках селезеночной и воротной вены. Верхняя брыжеечная артерия проходит в толщину образования, где достоверная визуализация его стенок не осуществляется.

Исследование брюшной полости внутривенным контрастированием: ПЖ проявляется во всей длине. Размеры соответствуют норме. Контуры неяркие, негемогенная паренхима. В области хвоста и головки — гиподенсивное образование размером 51×22 мм, неправильной формы и с неяркими контурами. Указанное образование распространяется ретроперитонеально и плотно примыкает к зоне

бифуркации чревного ствола. Общая печеночная артерия выделяется из чревного ствола, а правая печеночная — из верхней брыжеечной артерии.

Описание операции

В области тела ПЖ — опухолевое образование 4–5 см, которое проросло в чревный ствол и в левый надпочечник. Ветви чревного ствола представлены левой артерией желудка, артерией селезенки, общей печеночной артерией. Из общей печеночной артерии выходит левая печеночная артерия и гастродуоденальная артерия, правая печеночная артерия выходит из верхней брыжеечной артерии. Кишки, брюшина являются интактными.

Интраоперационный диагноз: рак тела ПЖ, проросший в чревный ствол.

Последовательное описание операции

Операция прошла под общей эндотрахеальной анестезией.

Был разрезан малый сальник, проведена диссекция рыхлой ткани гепатодуоденальной связки, визуализированы элементы связки, общая печеночная артерия, открыта большая сальниковая сумка, мобилизован большой сальник. Провели мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру, в результате чего удалось визуализировать нижнюю полую вену и аорту.

Хирурги провели диссекцию парааортальной и паракавальной тканей.

Визуализированы чревный ствол и верхняя брыжеечная артерия. Проведено вскрытие связки Трейтца, мобилизовано тело ПЖ. Ультразвуковым скальпелем Harmonic осуществили дистальную резекцию ПЖ в 2,5 см от опухоли и наложили швы.

Чревный ствол был рассечен и завязан в месте его выхода из аорты. Была также рассечена общая печеночная артерия, проведен контроль кровотока после снятия зажима из унесенных ветвей общей печеночной артерии. Из верхней брыжеечной артерии через панкреатодуоденальную и гастродуоденальную артерии кровь поступала в левую печеночную артерию с достаточным давлением. Была завязана отводящая культя общей печеночной артерии, проведена резекция левой желудочной

артерии и ее ветвей рядом с кривизной желудка, мобилизованы связки селезенки, тело и хвост ПЖ. Хирурги рассекли левые желудочно-сальниковые сосуды и короткие сосуды желудка. Также были рассечены и завязаны артерии и вены левого надпочечника, препарат был иссечен одним блоком.

Гистоморфология: дуктальная аденокарцинома

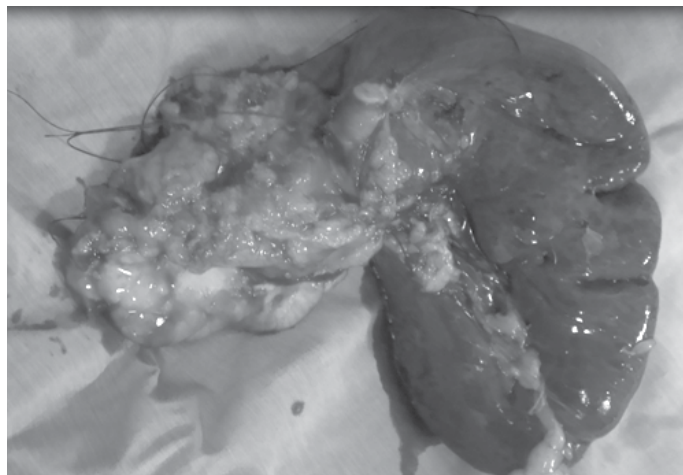


Рис. 2. Операционный материал (препарат).

УДК 616.37-006.6-036

doi: 10.33149/vkr.2019.03.05

RU Клинический случай рака поджелудочной железы

М. Канкия, И. Джикия, Г. Мцкерашвили, Г. Цуцхубая
 Медицинский центр «Вивамеди»,
 Тбилисский государственный университет им. Иванэ Джавахишвили, Тбилиси, Грузия

Ключевые слова: рак поджелудочной железы, диагностика, хирургическое лечение, клиническое наблюдение, сосудистая анатомия

Представлено описание клинического случая опухоли тела поджелудочной железы, которая проросла в чревный артериальный ствол. Пациент был спасен благодаря сосудистому варианту правой печеночной артерии, которая являлась ответвлением верхней брыжеечной артерии.

Пациент З. В., 60 лет, обратился в клинику с жалобами на боль и тяжесть в животе, общую слабость. При операции была обнаружена опухоль тела поджелудочной железы размером 4–5 см. Опухоль проросла в чревный артериальный ствол и левый надпочечник.

Во время оперативного вмешательства было проведено рассечение рыхлой ткани печеночно-дуоденальной

операционного материала № 672.

Постоперационный период прошел спокойно.

Мы представили описание клинического случая рака ПЖ, который интересен тем, что у пациента был обнаружен анатомический сосудистый вариант — правая артерия печени выходила из верхней брыжеечной артерии.

Если бы не эта сосудистая особенность, то иссечение раковой опухоли, проросшей в чревный ствол, стало бы губительным для пациента. То, что правая артерия печени выходила из верхней брыжеечной артерии, способствовало сохранению питания печени и спасению пациента.

Пациент был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. Клиническую медицинскую проверку прошел на 3-м, 6-м и 11-м месяце. Пациент практически здоров, чувствует себя хорошо, работоспособен.

Вывод

Данный случай интересен тем, что правая артерия печени выходила из верхней брыжеечной артерии, и такое расположение питающих артерий печени фактически обусловило успешный исход операции.

связки. Хирурги осуществили мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру, в результате чего удалось визуализировать следующие кровеносные сосуды: нижнюю полую вену, брюшную аорту, чревный артериальный ствол, верхнюю брыжеечную артерию. Хирурги вскрыли связку Трейтца и провели дистальную резекцию поджелудочной железы в 2,5 см от опухоли. Культия была сшита «матрачным швом», чревный артериальный ствол был рассечен, ликвидировано сдавление, хирурги также провели рассечение общей печеночной артерии, после чего было проверено состояние кровотока в печени. Давления кровотока из гастродуоденальной и панкреатодуоденальной артерии было достаточно для поддержания нормального кровотока в левой печеночной артерии.

Результат морфологического исследования иссекаемой ткани — протоковая аденокарцинома.

При выписке из клиники состояние пациента было удовлетворительным. В следующем году он трижды проходил медицинское обследование. Отмечены удовлетворительное самочувствие и общее состояние, работоспособность сохранена.

Данный клинический случай представляет интерес, поскольку анатомический вариант правой печеночной артерии (которая являлась ответвлением верхней брыжеечной артерии) позволил спасти жизнь пациента.

УДК 616.37-006.6-036
doi: 10.33149/vkr.2019.03.05

UA Клінічний випадок раку підшлункової залози

М. Канкія, І. Джикія, Г. Мцкєрашвілі, Г. Цуцхубая
Медичний центр «Вівамеді»,
Тбіліський державний університет ім. Іване Джавахішвілі, Тбілісі, Грузія

Ключові слова: рак підшлункової залози, діагностика, хірургічне лікування, клінічне спостереження, судинна анатомія

Представлено опис клінічного випадку пухлини тіла підшлункової залози, яка проросла в черевний артеріальний стовбур. Пацієнт був врятований завдяки анатомічному варіанту правої печінкової артерії, яка була відгалуженням верхньої брижової артерії.

Пацієнт З. В., 60 років, звернувся в клініку зі скаргами на біль і важкість у животі, загальну слабкість. При операції була виявлена пухлина тіла підшлункової залози розміром 4–5 см. Пухлина проросла в черевний артеріальний стовбур і лівий наднирник.

Під час оперативного втручання було проведено розтин пухкої тканини печінково-дуоденальної зв'язки. Хірурги здійснили мобілізацію дванадцятипалої кишки за Кохером, в результаті чого вдалося візуалізувати такі кровоносні судини: нижню порожнисту вену, черевну аорту, черевний артеріальний стовбур, верхню брижову артерію. Хірурги розкрили зв'язку Трейтца і провели дистальну резекцію підшлункової залози у 2,5 см від пухлини. Кукса була зшита «матрачним швом», черевний артеріальний стовбур був розсічений, ліквідовано стиснення, хірурги також провели розтин загальної печінкової артерії, після чого перевірили стан кровотоку у печінці. Тиску кровотоку з гастродуоденальної і панкреатодуоденальної артерії було достатньо для підтримки нормального кровотоку у лівій печінковій артерії.

Результат морфологічного дослідження висіченої тканини – протокова аденокарцинома.

При виписці з клініки стан пацієнта був задовільним. Наступного року він тричі проходив медичне обстеження. Відзначено задовільне самопочуття і загальний стан, працездатність збережена.

Даний клінічний випадок є цікавим, оскільки анатомічний варіант правої печінкової артерії (яка була відгалуженням верхньої брижової артерії) дозволив врятувати життя пацієнта

EN Clinical case of pancreatic cancer

M. Kankia, I. Jikia, G. Mtskherashvili, G. Cucubaia
Medical Center “Vivamed”
Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia

Key words: pancreatic cancer, diagnosis, surgical treatment, clinical case, vascular anatomy

Description of a case of pancreas body tumor, which was grown into celiac trunk, is presented. The patient was saved due to anatomy of right hepatic artery, which was a branch of superior mesenteric artery.

Patient Z. V, 60 years old, came to the clinic with such complaints as pain, heaviness in abdomen and waist area, weakness. 4–5 cm tumor of pancreas body was detected during surgery. The tumor had grown into celiac trunk and into left adrenal gland.

The friable tissue of hepato-duodenal ligament was dissected during the surgery. The surgeons mobilized duodenum using Koxer technique. As a result of this manipulation, the following blood vessels were visualized: inferior vena cava and abdominal aorta, celiac trunk, superior mesenteric artery. Surgical team opened ligament of Treitz and excised pancreas 2.5 cm away from the tumor distally. The stump was sewed with “mattress stich”, celiac trunk was sectioned and entangled, surgeons also dissected common hepatic artery. After section they checked blood supply of liver. The pressure of blood flowing from gastro-duodenal and pancreato-duodenal artery was enough for providing normal blood flow in the left hepatic artery.

Morphological result of the excised tissue – Ductal adenocarcinoma (No 672).

The patient's state was satisfactory when he left the clinic. He underwent medical check-up three times next year. He feels well, his state of health is normal. Patient is capable of working.

This case is interesting due to the anatomy of right hepatic artery (which was a branch of superior mesenteric artery) that saved patient's life.