



Результаты тотальных дуоденопанкреатэктомий Опыт 80 операций

Егоров В.И., Коваленко З.А., Петров Р.В., Ананьев Д.П., Выборный М.И., Колыгин А.В., Шишкина А.С., Фельдшеров М.В, Амяга А.В., Васильева Ю.Н.

*Ильинская больница, ФГАУ Лечебно-реабилитационный центр МЗ РФ, ГКБ им. Братьев Бахрушиных ДЗМ,
Москва, РФ*

Статистика

- **США (US NCDB; 1998-2006) - 807 ТП**
- **Johns Hopkins University (2000-2013) – 186 ТП**
- **Heidelberg University (2001-2012) – 434 ТП**

Тотальная панкреатэктомия (ТДПЭ)

Показания «4Т»

- **Tumor**
- **Technical problems**
- **Troubles in the perioperative period**
- **Therapy refractory pain in chronic pancreatitis**

ТДПЭ в особых ситуациях

- **Перенесенный панкреонекроз, парапанкреатит**
- **Атрофия дистальных отделов железы**
- **Резекция ПЖ + артериальная резекция с реконструкцией**
- **Необходимость сложной сосудистой резекции в нестандартных анатомических условиях**

Апанкреатический статус

Проблемы

- Абсолютная внешнесекреторная недостаточность
- Абсолютная недостаточность инсулина и глюкагона
- Лабильное течение сахарного диабета
- Контроль гликемии?
- Качество жизни?

Цели исследования

- **Оценка непосредственных результатов**
- **Онкологические результаты**
- **Оценка качества жизни (ТП vs ПДР)**

Методы

- **2009-2019: 3 высокопоточных центра, 4 хирурга, > 650 радикальных резекций ПЖ**
- **80 ТДПЭ, 49 – ПАПЖ. IPMN, ITPN, NEN, mts рака почки - 31**
- **Возраст, лет (M): 59.5 (21-82)**
- **ИМТ, кг/м² (M): 25,6 (20-30)**
- **СД до операции 12.5%**
- **Charlson comorbidity index (Me): 5 (4;6)**

Показания к первичной ТДПЭ

- **Мультифокальное или обширное поражение ПЖ**
- **R1 ПДР + тело ПЖ** (после повторной срочной биопсии)
- **Технические показания (паренхима железы) 7.5%**
- **Технические показания (сосудистая резекция)**

Непосредственные результаты

- Продолжительность операции, мин (M): 391 (240-625)
- Кровопотеря, мл (M): 306 (100-1000)
- Сосудистая резекция: 28 %
- Тяжелые осложнения (Dindo-Clavien \geq 3a) 15%
- Летальность: 6.25%
- R0 – 91%
- N - 36 (18 – 68)

Сосудистые резекции (n=23)

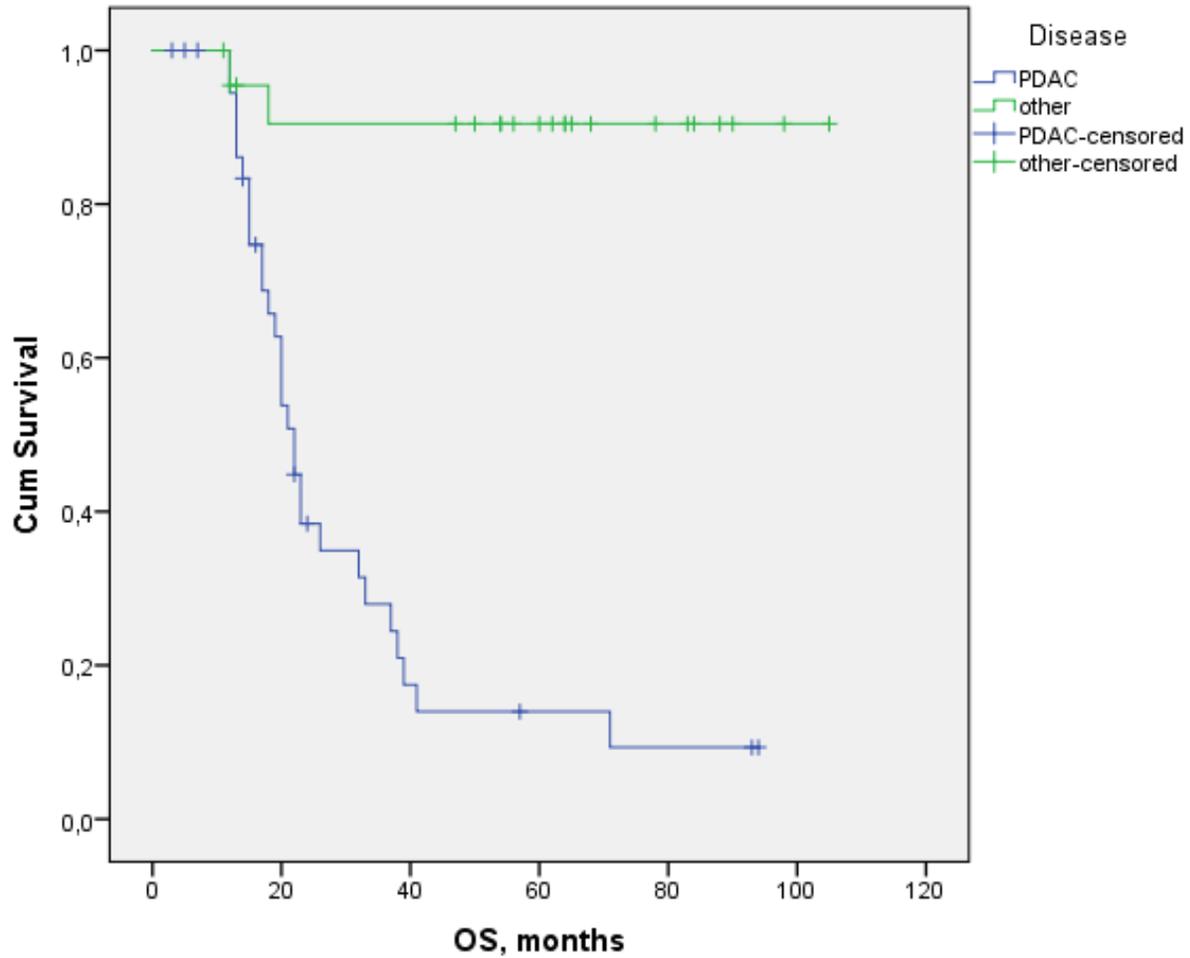
- Венозные: 17
- Артериальные: 5 (ВБА 2, ЧС 1, ОПА+ЧС 1; ОПА 1)
- Венозные + артериальные: 1

Значимые факторы развития тяжелых осложнений (многофакторный анализ) $p < 0.05$

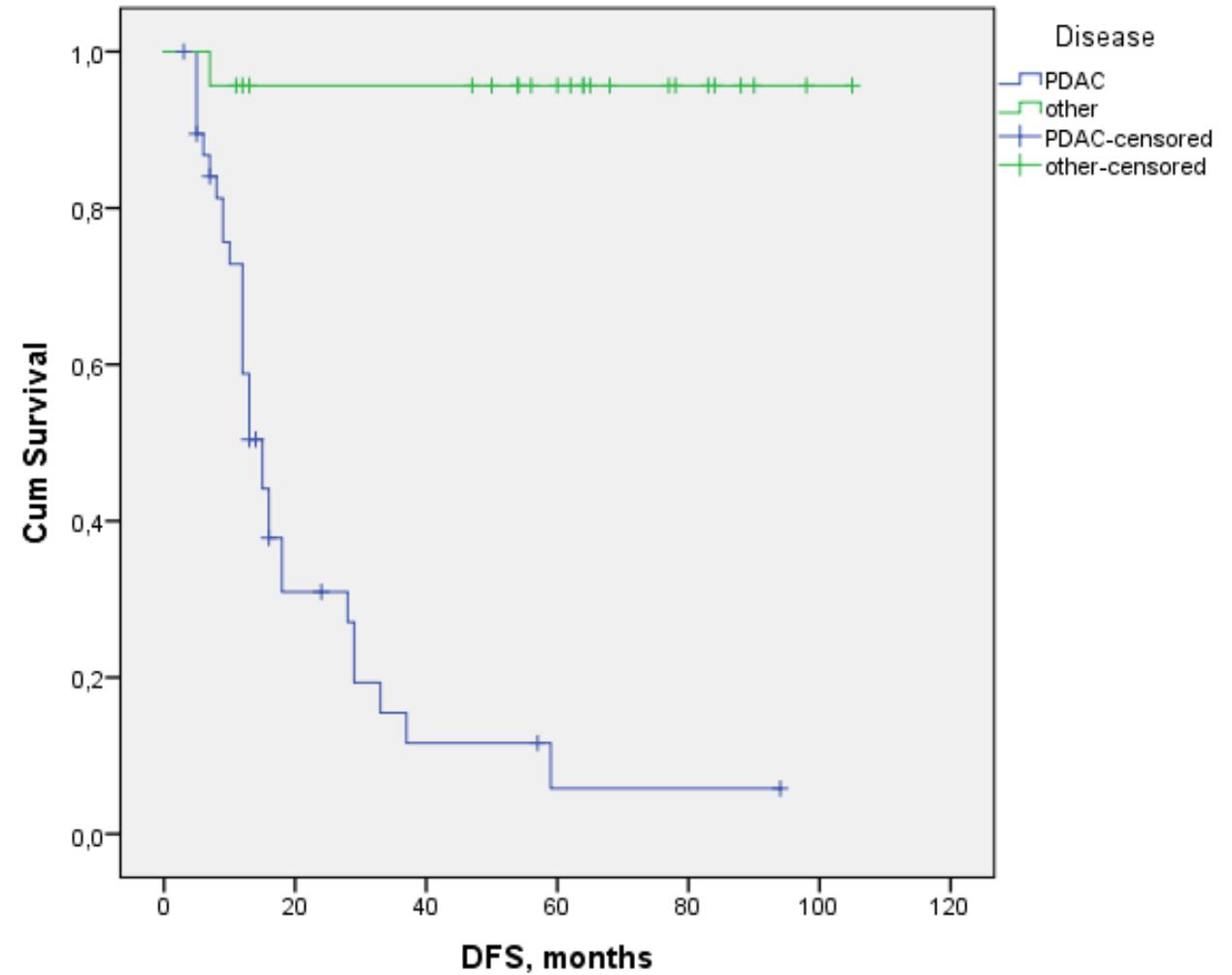
- ИМТ ≥ 30
- Возраст > 75 лет
- Предоперационное билиарное дренирование
- Перенесенный панкреонекроз

Выживаемость после ТДПЭ

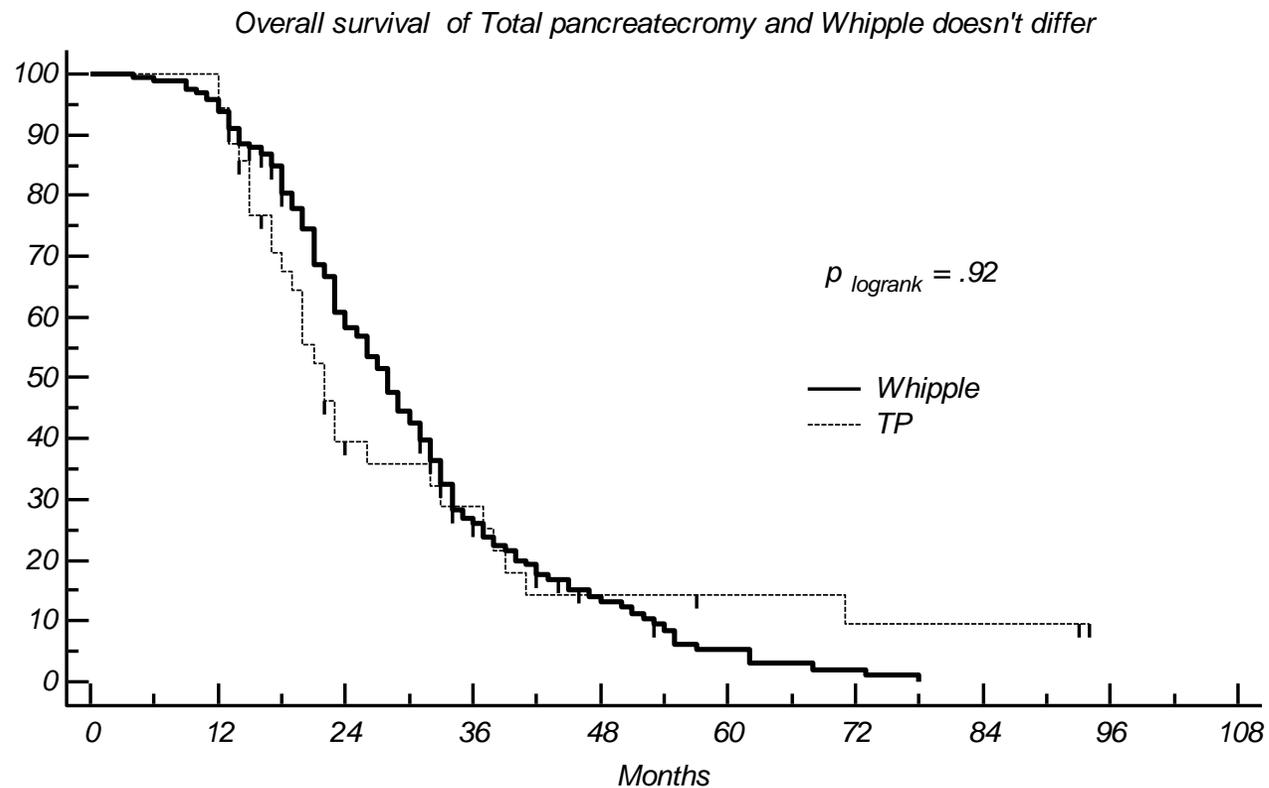
Survival Functions



Survival Functions



Общая выживаемость после ТДПЭ и ПДР без резекции сосудов



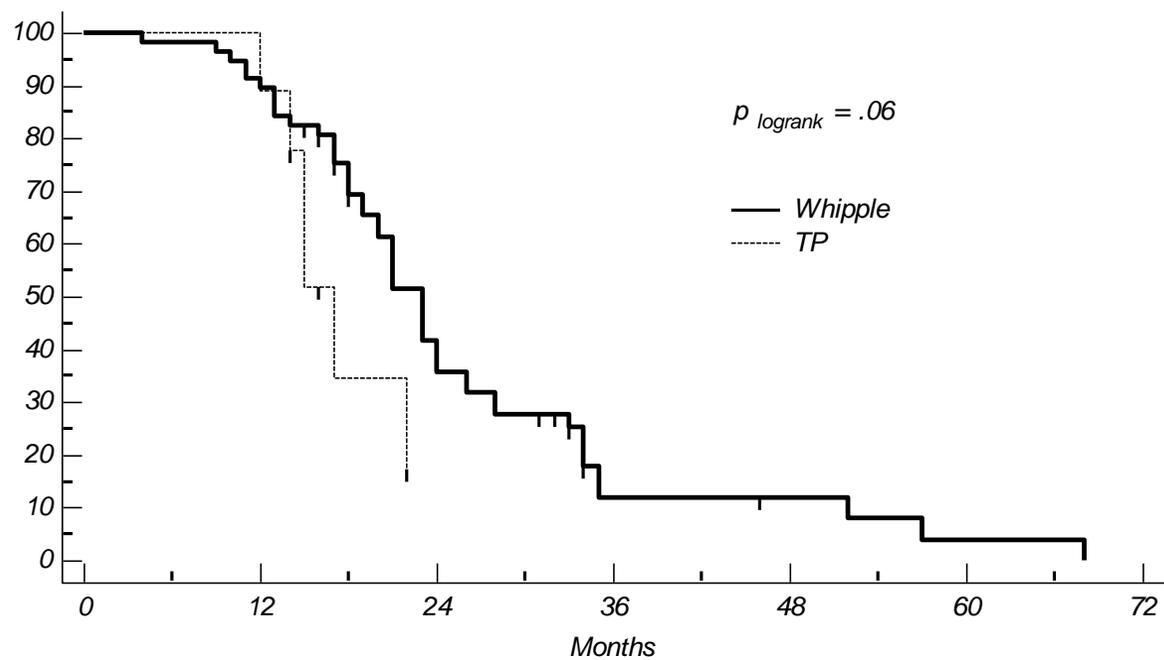
Number at risk

Group: Whipple	166	156	89	34	14	5	2	0	0
Group: TP	35	33	11	8	4	3	2	2	0

Me ПДР = 29 мес
Me ТДПЭ = 23 мес

Общая выживаемость после ТДПЭ и ПДР с резекцией вен

Overall survival after Whipple and Total pancreatectomy with Portal Vein Resection



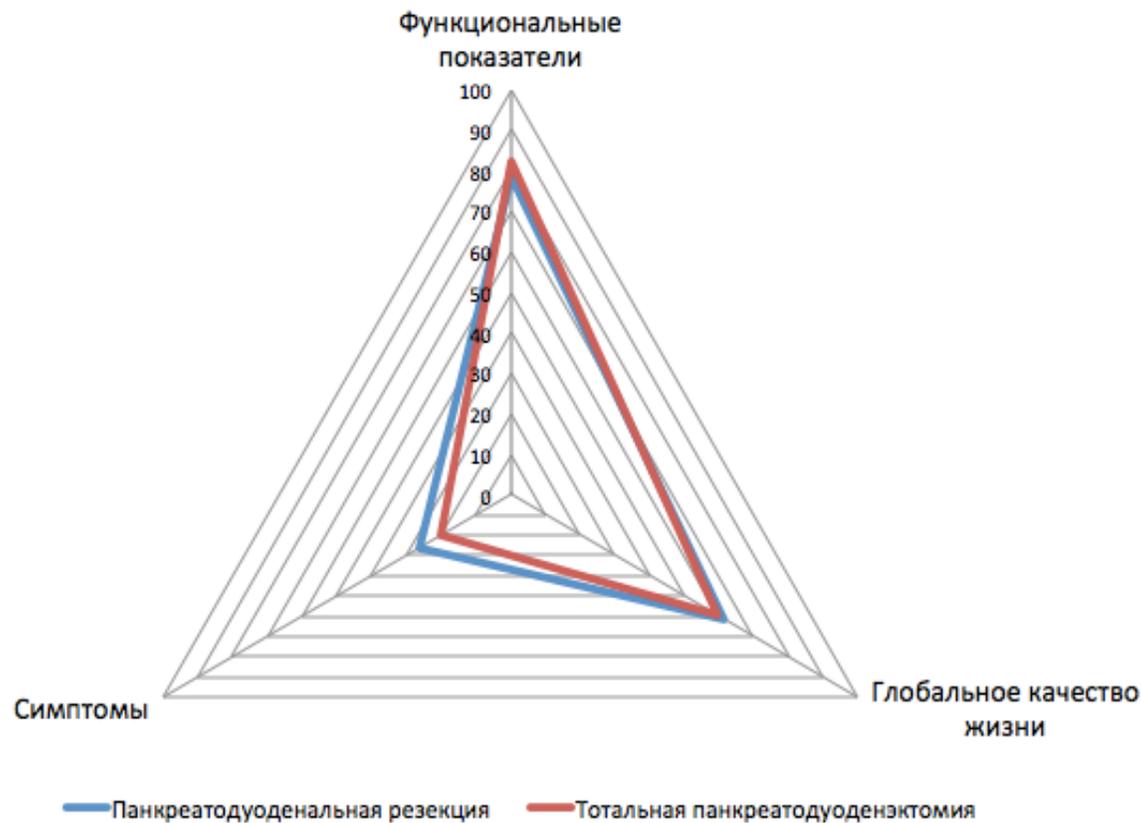
Number at risk

Group	0	12	24	36	48	60	72
Group: Whipple	57	51	18	4	3	1	0
Group: TP	9	8	0	0	0	0	0

Me ПДР = 23 мес
Me ТДПЭ = 17 мес

Качество жизни (ТДПЭ vs ПДР; EORTC QLQ-C30; EORTC PAN 26)

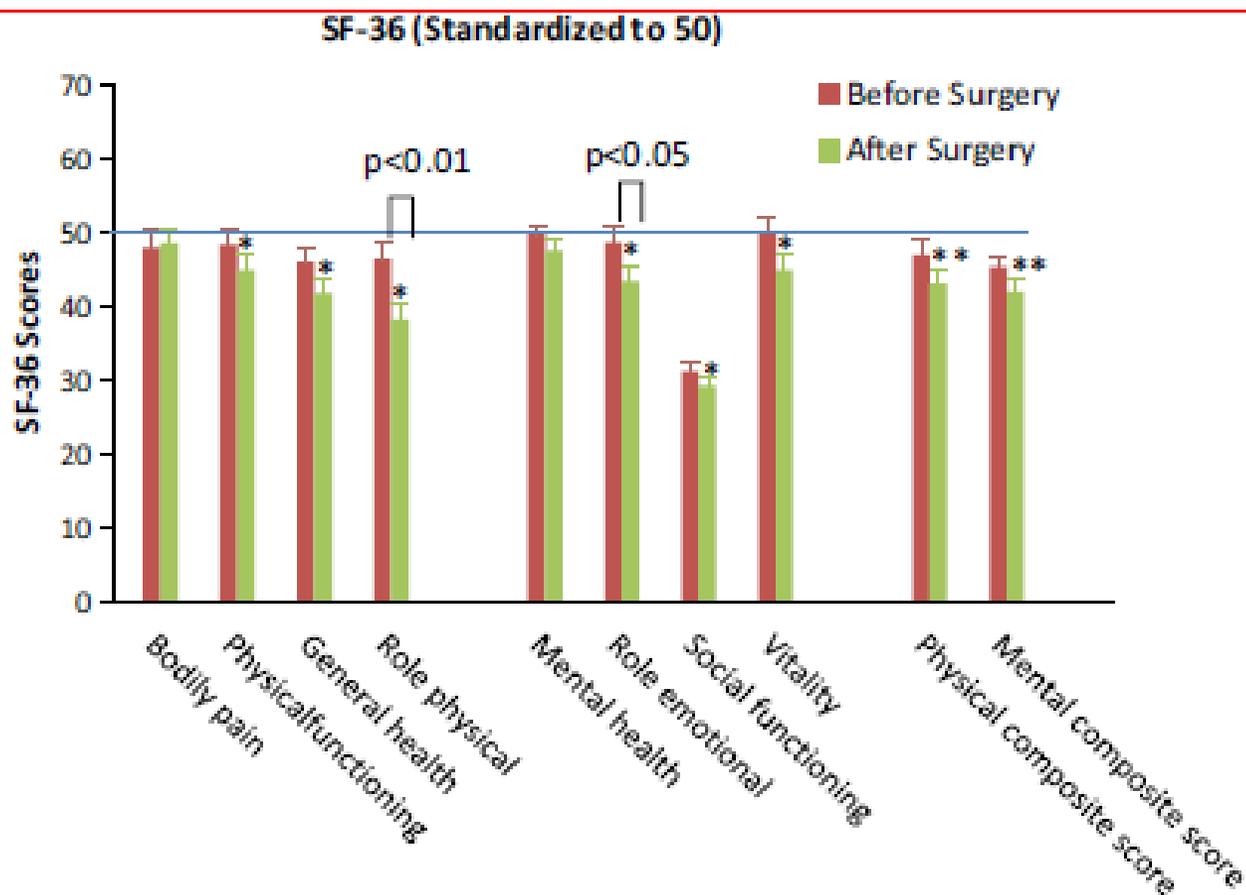
Графическое отображение результатов, полученных с помощью анкеты EORTC QLQ-C30



Графическое отображение результатов, полученных с помощью анкеты EORTC PAN26



Качество жизни после ТП = качеству жизни при СД 1 типа



Летальность связанная с панкреатогенным диабетом 0,5%

Способность родить здорового ребенка после удаления ПЖ – демонстрация высокого качества жизни



6 лет после ТДПЭ



5 лет после ТДПЭ,
1 год после рождения ребенка

Invasive Tubulopapillary Carcinoma of the Head of the Pancreas Complicated with Profuse Gastrointestinal Bleeding and Jaundice on the Background of an Intraductal Tubulopapillary Neoplasm (ITPN) of the Whole Gland

Vyacheslav Egorov, Irene Esposito, Natalya Ratnikova, Natalia Starostina, Roman Petrov

Ilyinskaya Hospital, Moscow, Russia, Moscow City Hospital #5, Institute of Pathology, Medical University of Innsbruck, Austria

«Апанкреатический клуб»



Качество жизни после удаления ПЖ

Рассказы пациентов через 1-9 лет после ТДПЭ

Сегодня на видеосессии

Или

doctor-egorov.ru

или

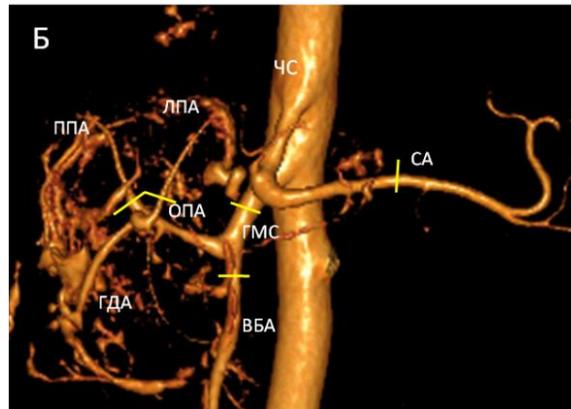
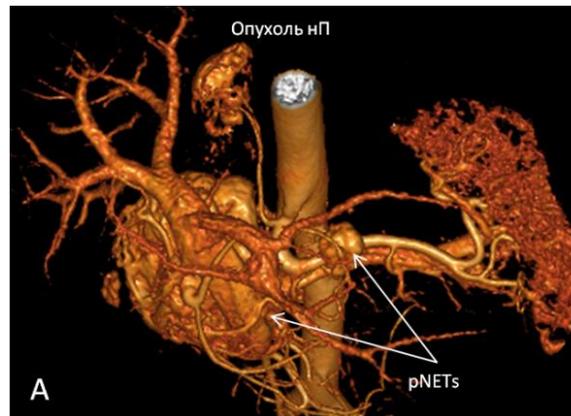
сайт Ильинской больницы

Нестандартные клинико-анатомические ситуации при ТДПЭ

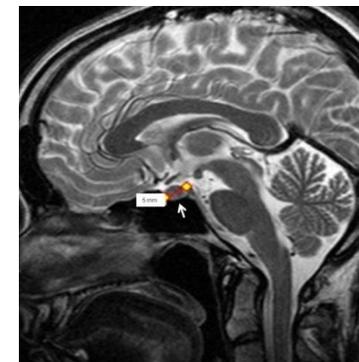
- Реверсия селезеночной артерии
- Мультиартериальная резекция
- Сложная венозная резекция + резекция ВБА (транспозиция НБВ в культю СВ)
- Перенесенный панкреонекроз
- Наш первый опыт тактики "damage control" пришелся на ТП с резекцией вены
- Как избежать ТП при md IPMN

Нейроэндокринные опухоли ПЖ при МЭН 1

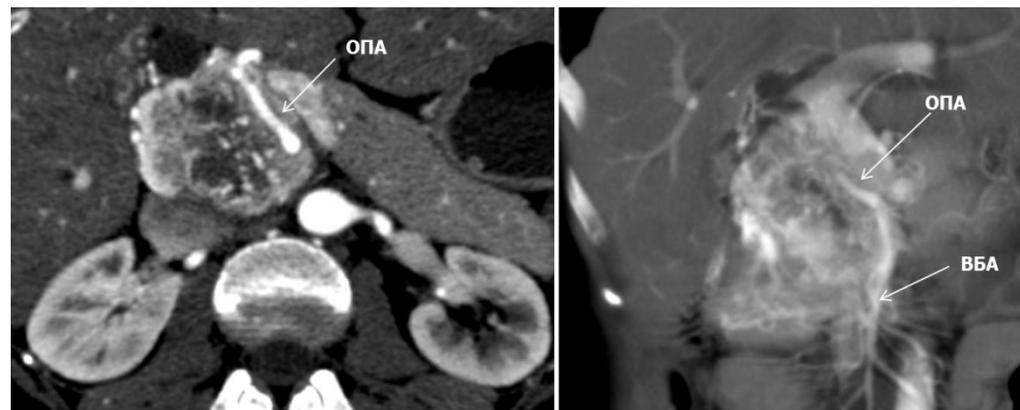
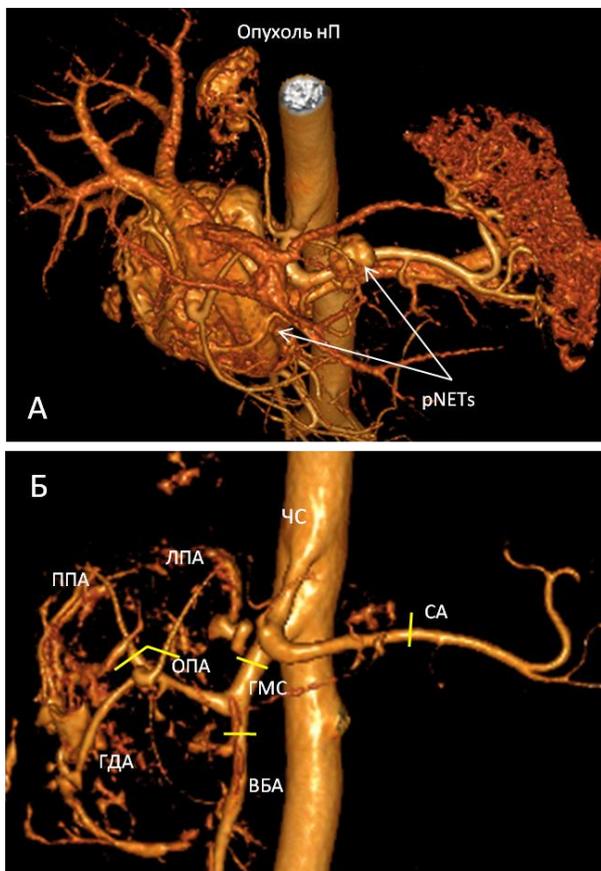
Множественная НЭ карцинома (головка, тело, хвост) с вовлечением ВБА, ОПА, СПА и ее деления (гепатомезентериальный ствол). Кистозная опухоль левого надпочечника. Микроаденома гипофиза. MEN 1.



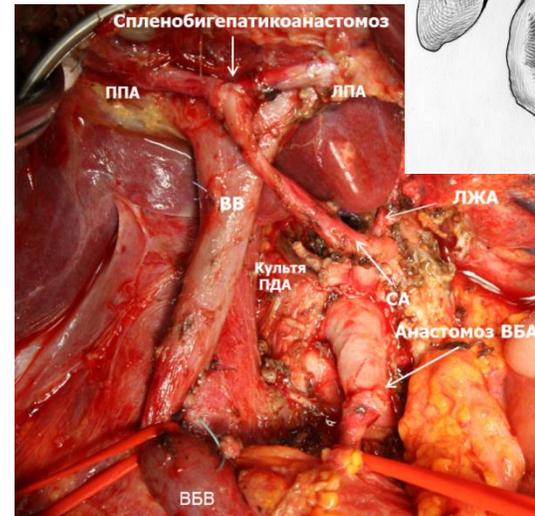
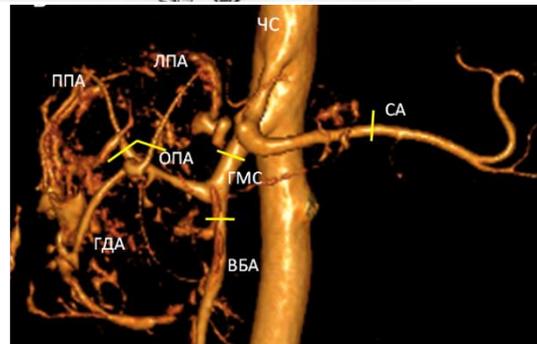
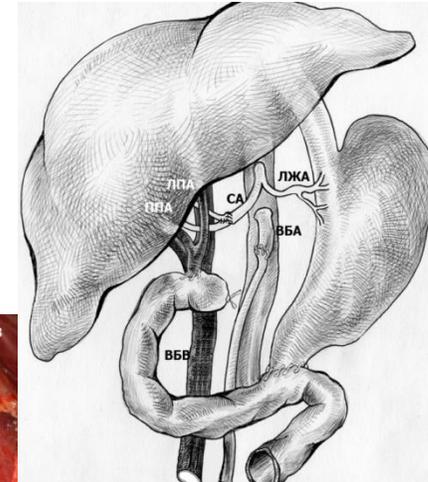
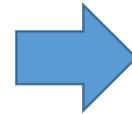
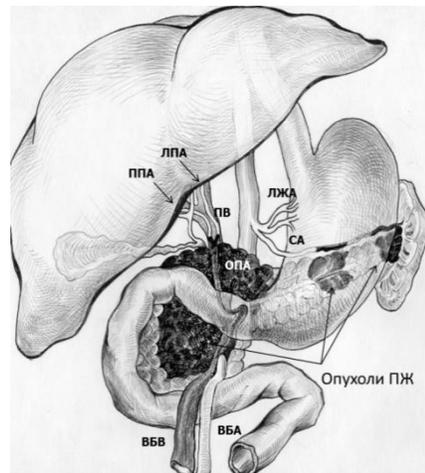
XгА – 23 U/l
Са - 1.25 ммоль/л.



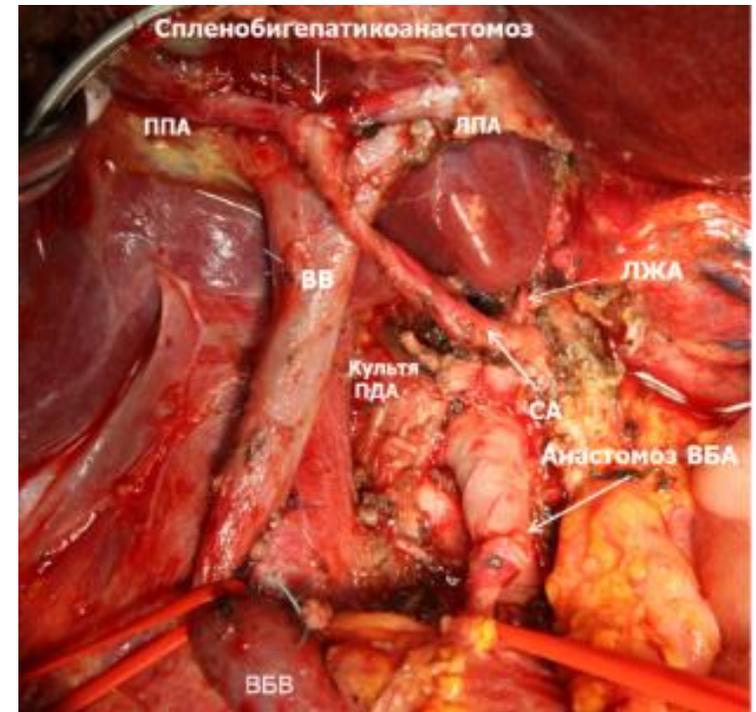
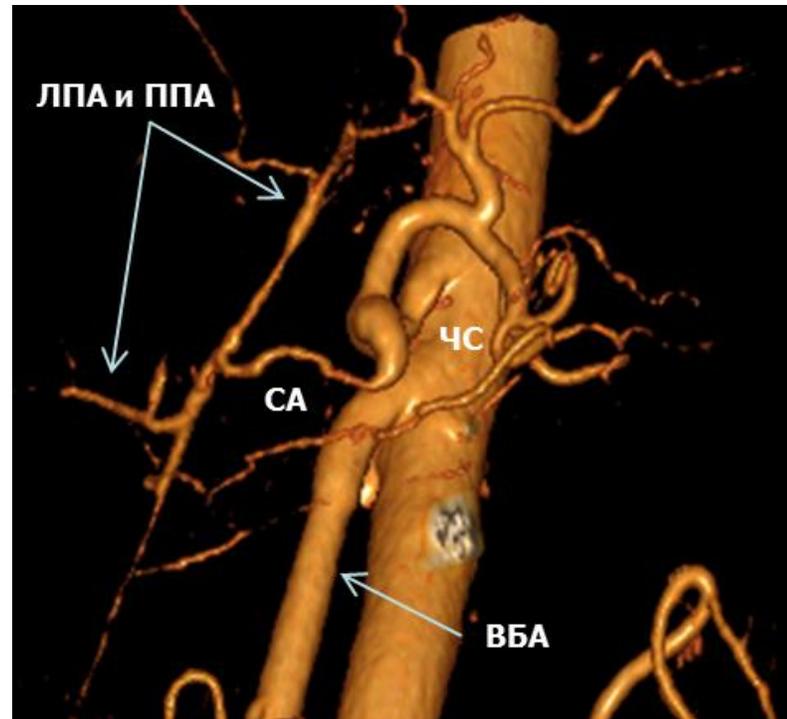
Транспанкреатический ход общей печеночной артерии от гепатомезентериального ствола (Michels IX)



ТДПЭ, спленэктомия, резекция ВБА, иссечение ОПА, СПА и начальных отделов печеночных артерий.
Артериальный спленобигепатикоанастомоз. Правосторонняя адреналэктомия.



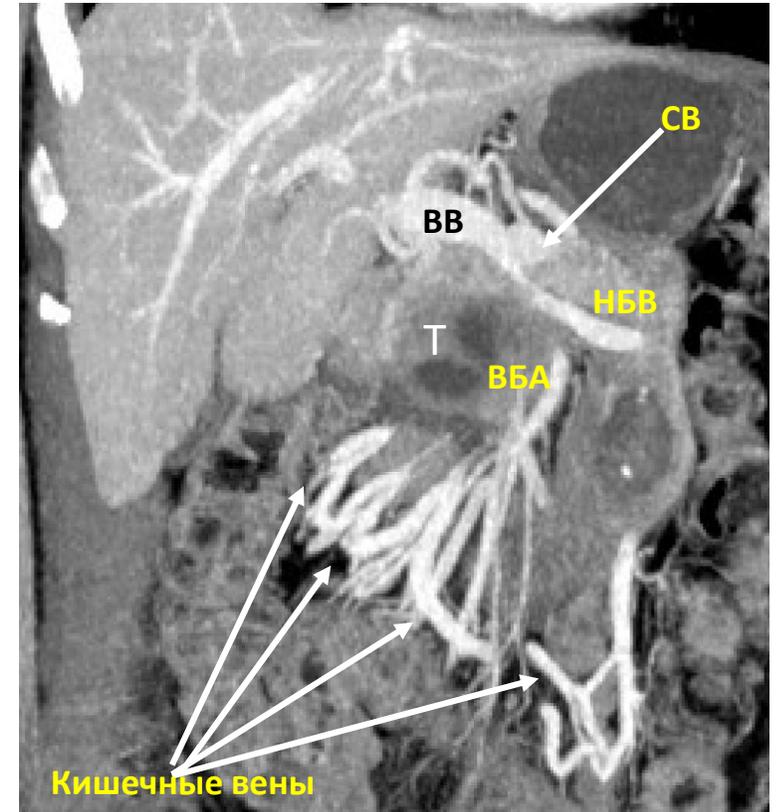
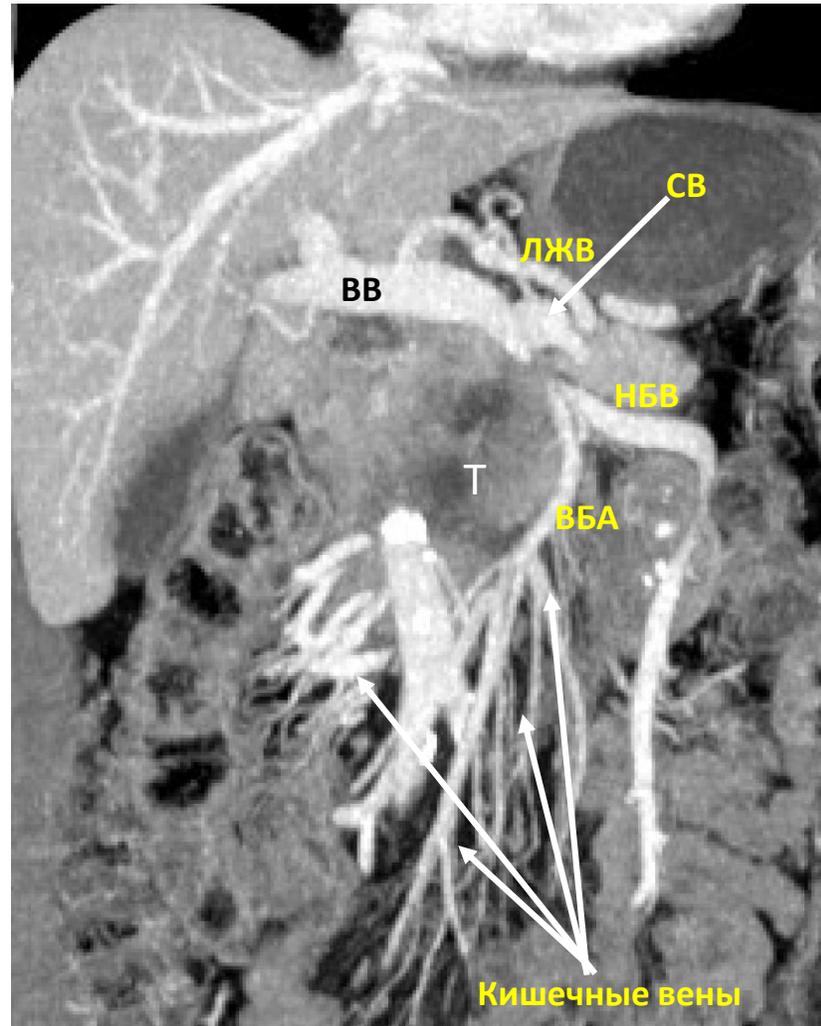
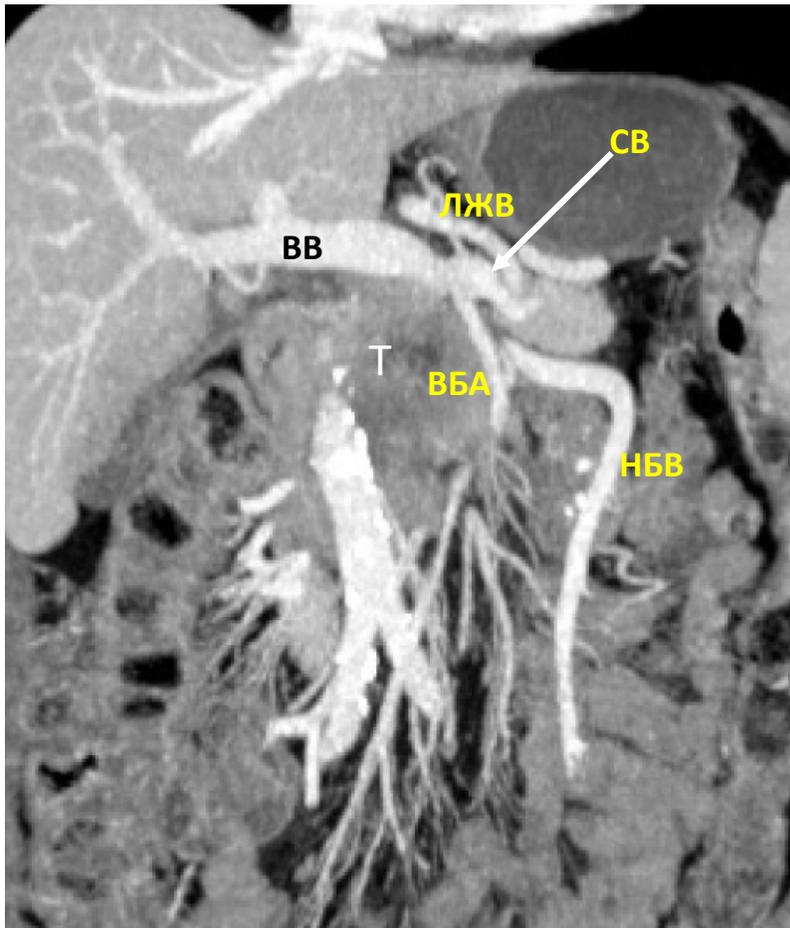
Через 7 лет.



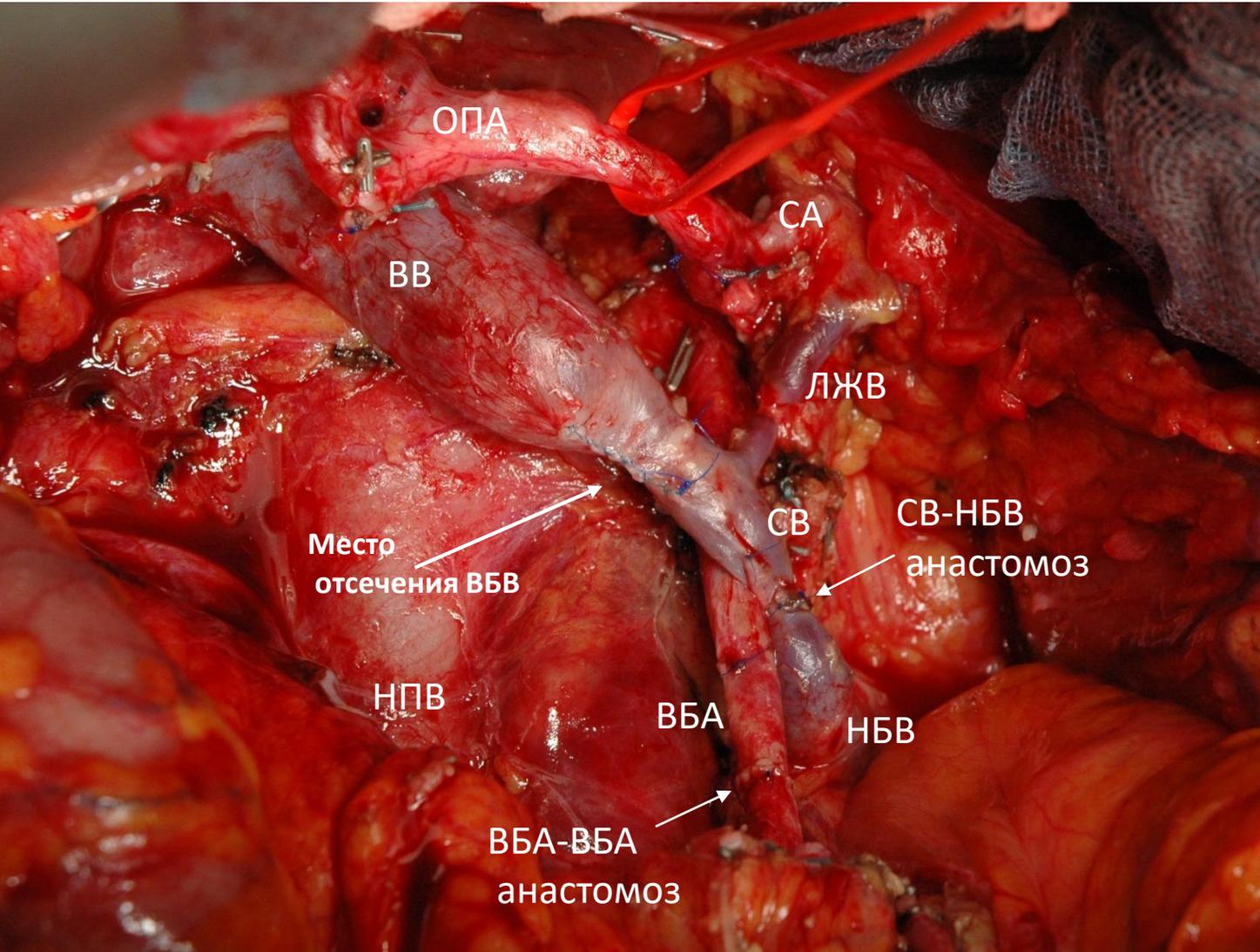
«Предельная пограничная резектабельность»

Вовлечение верхней брыжеечной артерии + всех ветвей верхней брыжеечной вены.

70 лет, ECOG 1, 6 курсов FOLFIRINOX. Болевой синдром



ТДПЭ. Резекция ВБА. Иссечение всех притоков и самой ВБВ, кроме НБВ.
Транспозиция НБВ в культю селезеночной вены. R0.



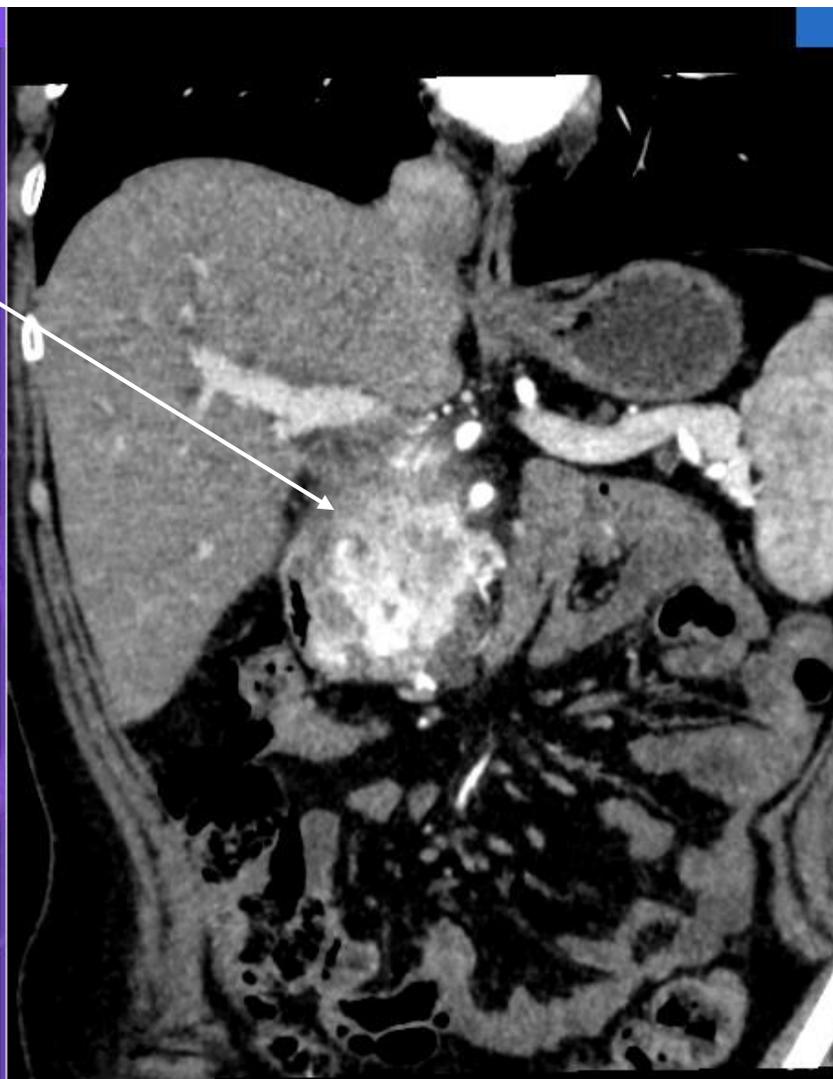
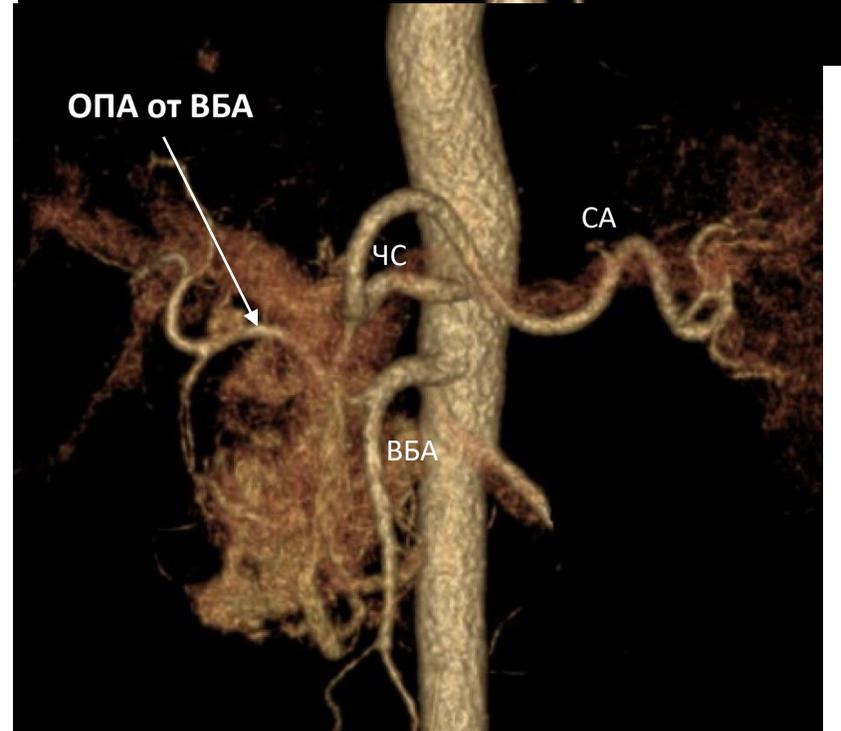
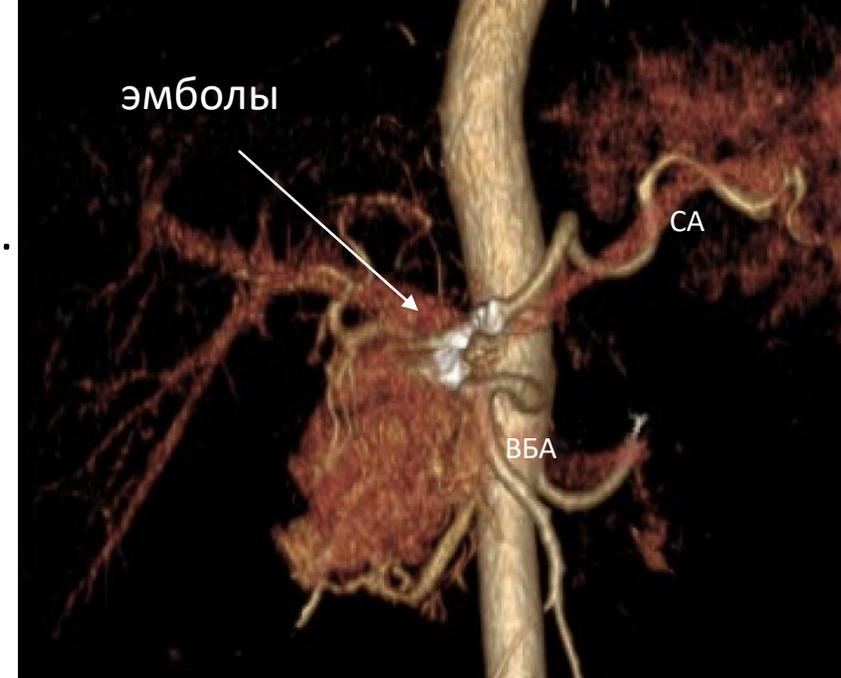
НЭО головки ПЖ, G2 , bd- IPMN тела хвоста ПЖ.

Рецидивные профузные ЖКК.

Двукратная эмболизация ветвей чревного ствола и СА.

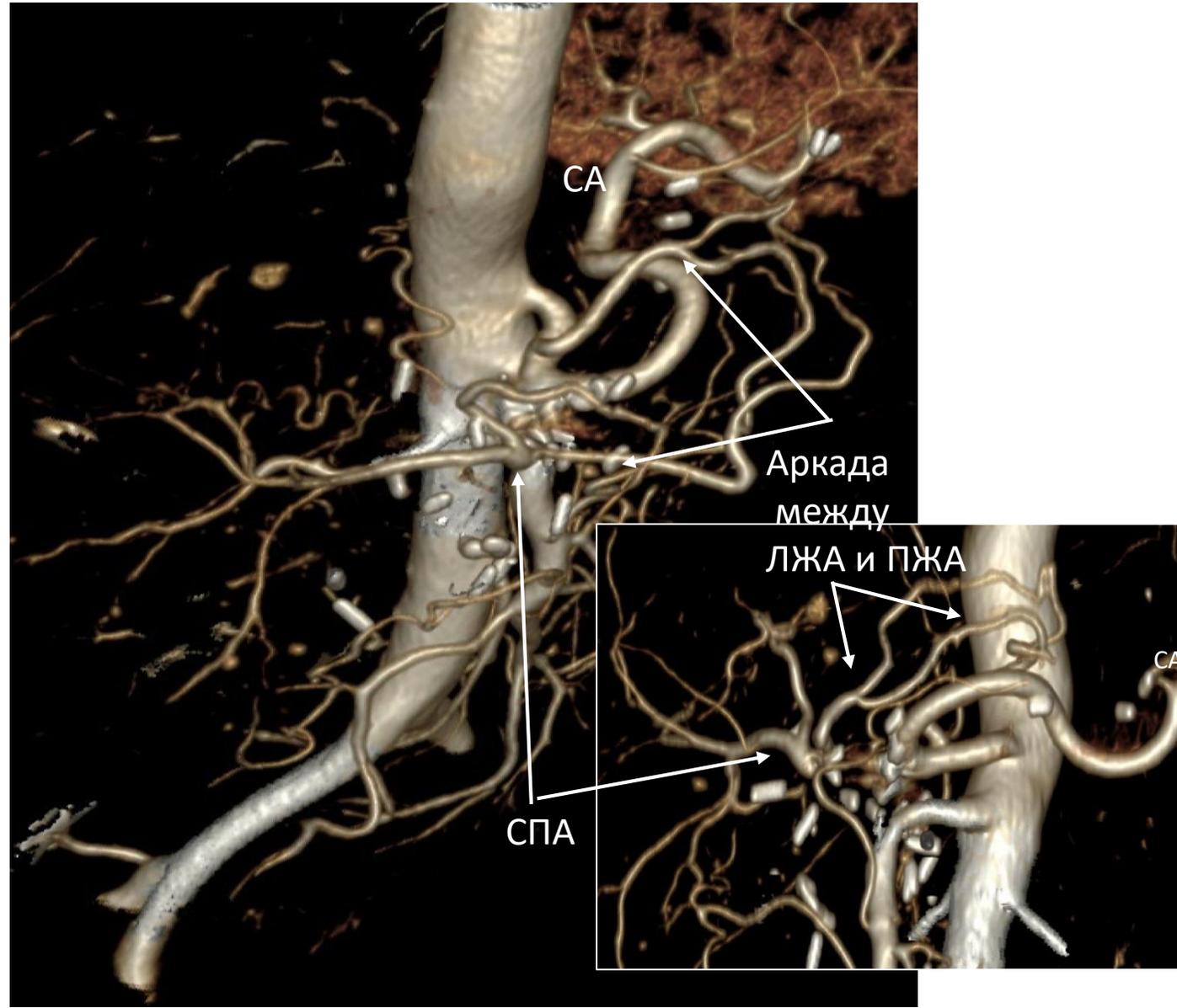
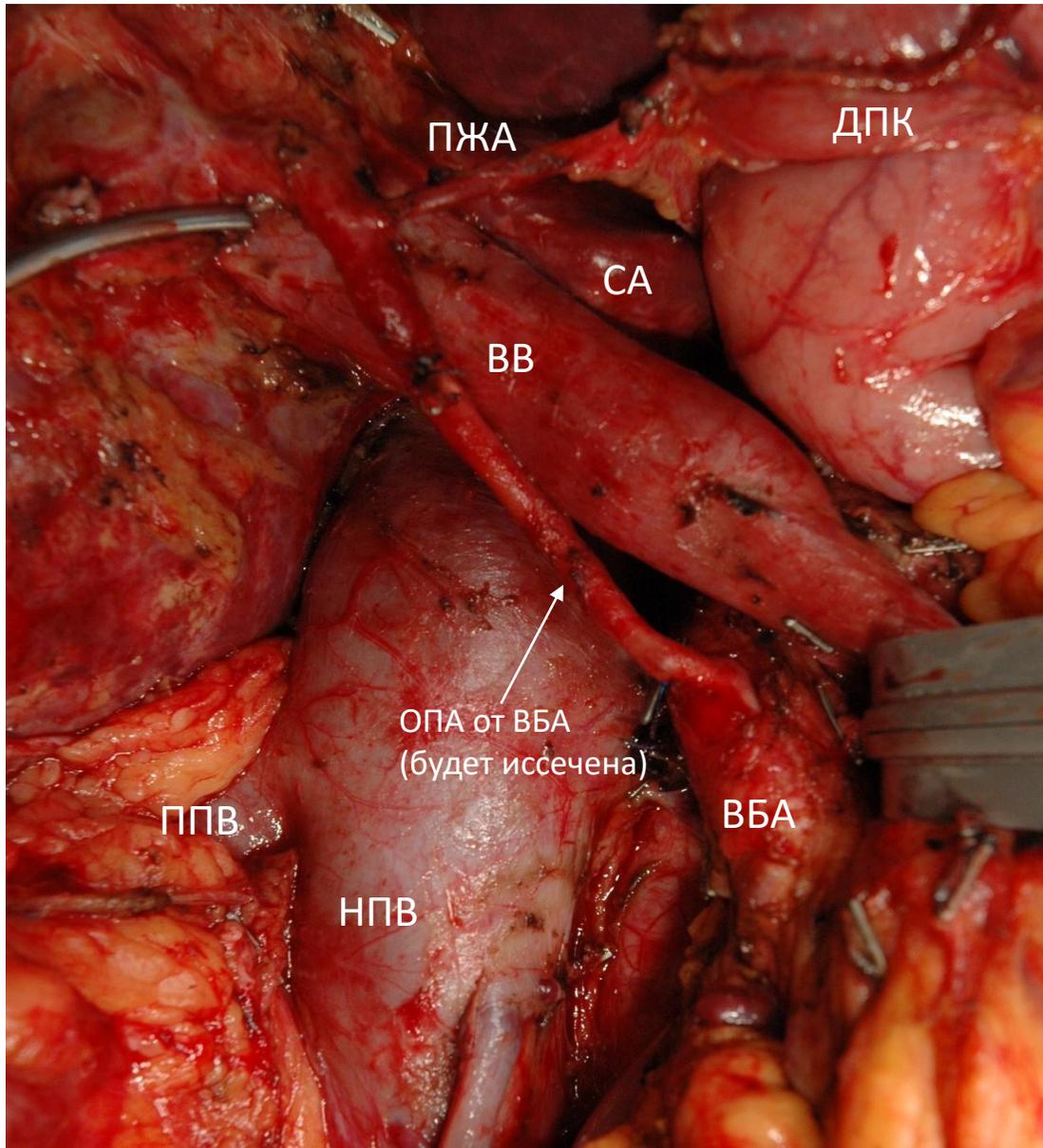
Артериальная анатомия – гепатомезентериальный ствол (Michels IX).

Вовлечение ОПА в опухоль.



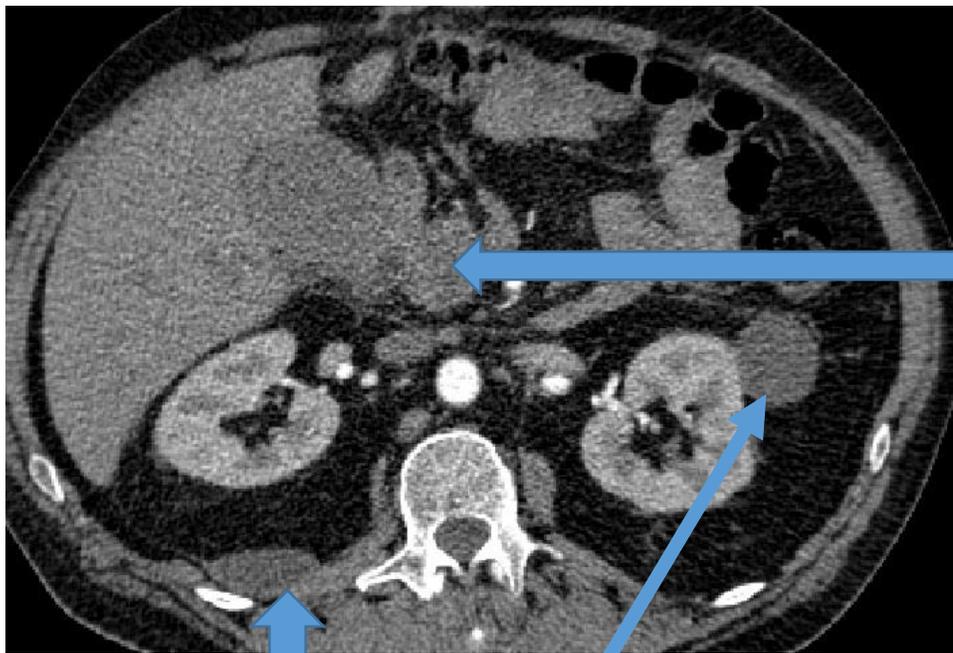
ТДПЭ с иссечением ОПА от ВБА без реконструкции.

Кровоснабжение печени через аркаду между ЛЖА и ПЖА



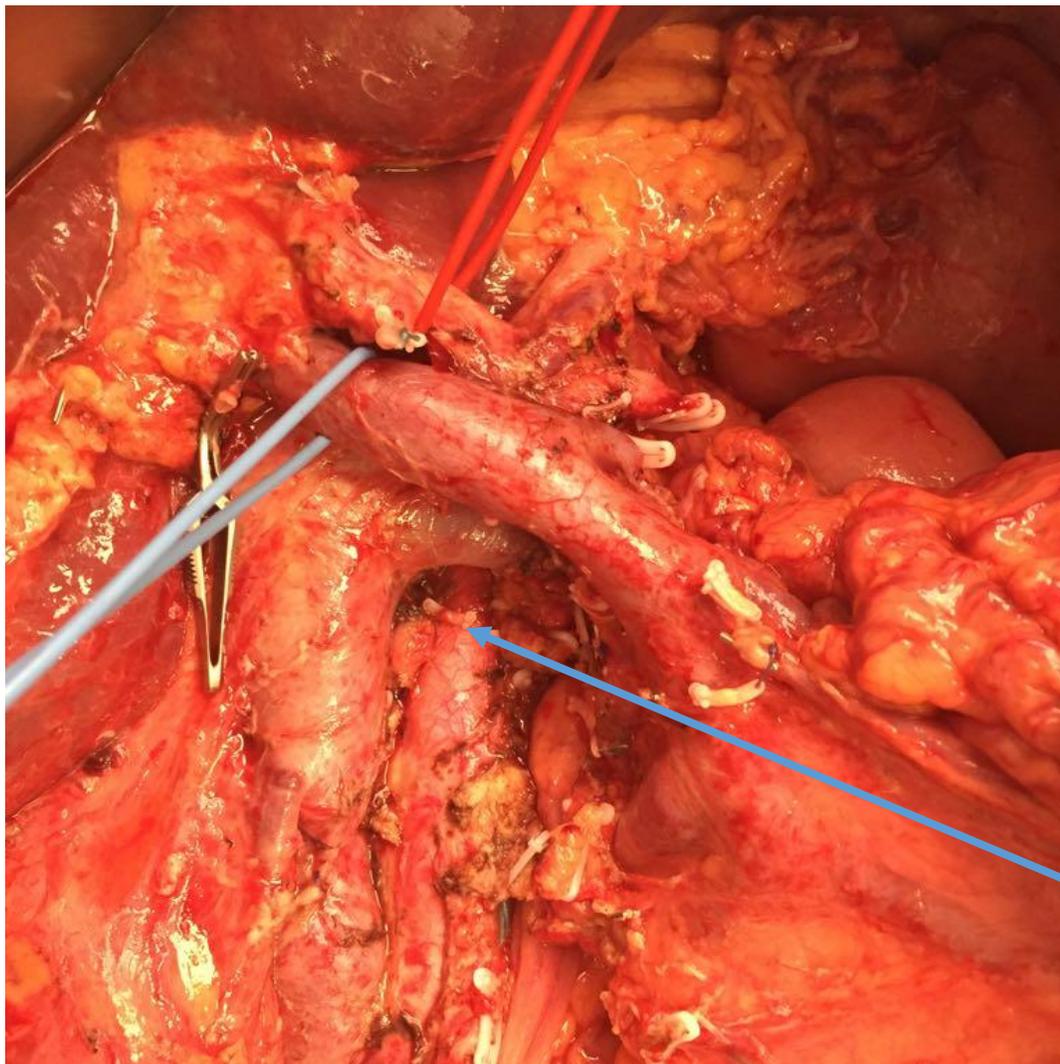
Опухоль БДС+перенесенный
панкреонекроз, парапанкреатит

Ретропанкреатический абцесс



Экстрапанкреатические
абсцессы

28.11.2017 Лапаротомия, адгезиолизис, ТДПЭ, спленэктомия, оментэктомия, санация парапанкреатических абсцессов, герниопластика местными тканями



Длительная местная терапия раны

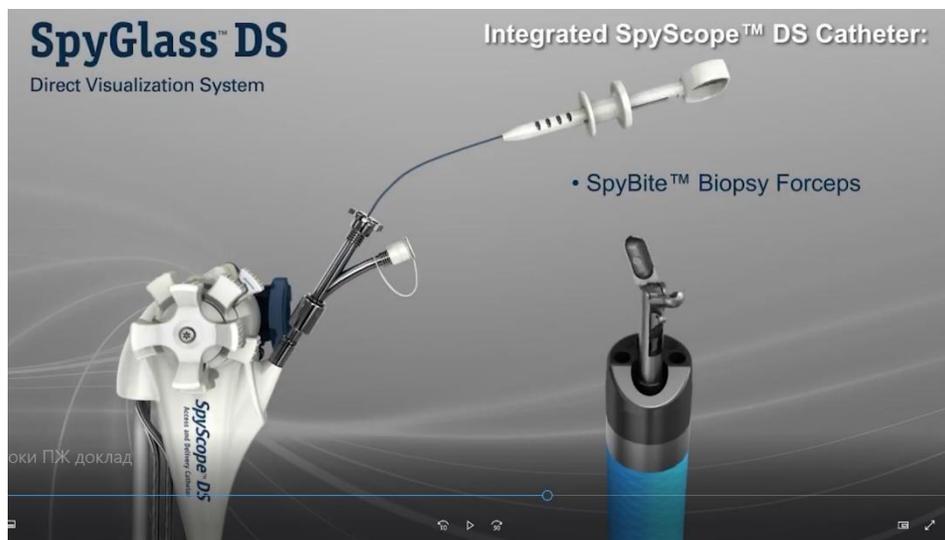
П/о к-день: 19

6 курсов ПХТ

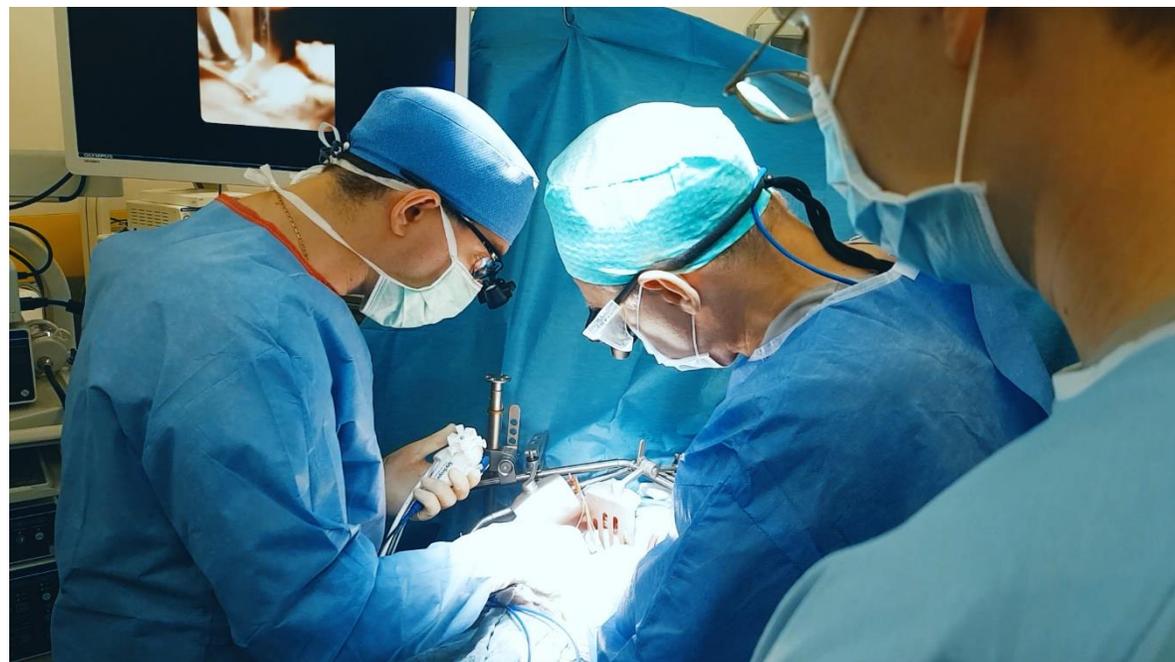
Суточная потребность в инсулине: 30-32 ЕД

Аортокавальная локализация абсцесса

Как избежать ТДПЭ при md IPMN

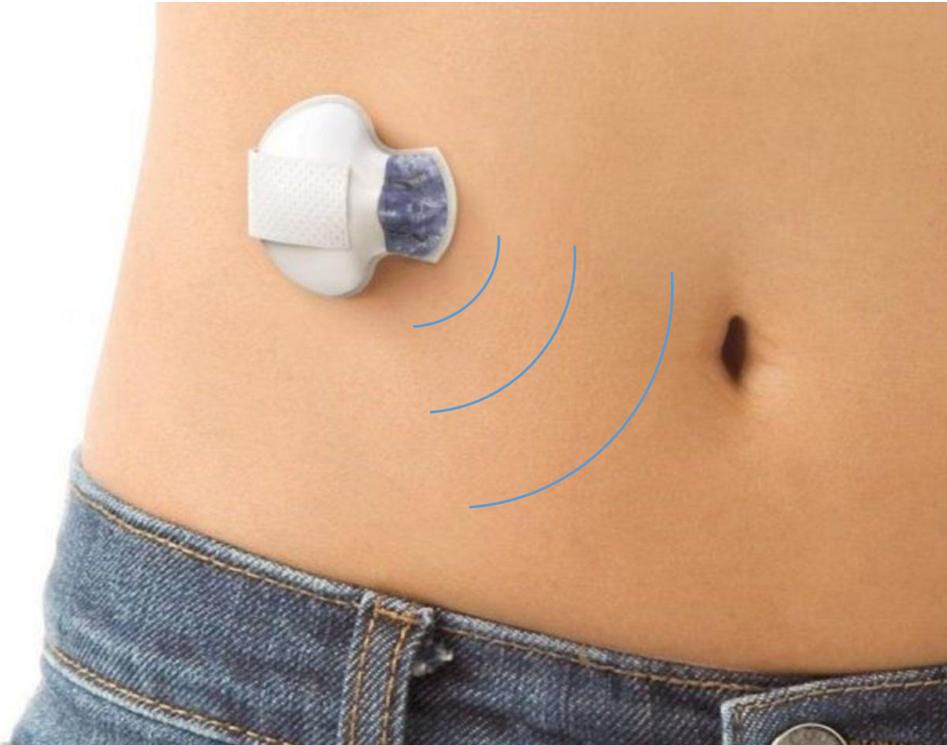


Сегодня на видеосессии



Что важно использовать сегодня

Малоинвазивный постоянный мониторинг гликемии



Выводы

- При выполнении в специализированном центре ТДПЭ является безопасным вмешательством
- При ряде нестандартных клинических или анатомических ситуаций ТП является наиболее безопасным хирургическим пособием
- Качество жизни пациентов после ТП и ПДР не имеет значимых отличий
- При протоковом раке ПЖ онкологические результаты ТП и ПДР идентичны



Спасибо за внимание!

Егоров В.И., Коваленко З.А., Петров Р.В., Ананьев Д.П., Выборный М.И., Колыгин А.В., Шишкина А.С.,
Фельдшеров М.В, Амяга А.В., Васильева Ю.Н.

Ильинская больница, ФГАУ Лечебно-реабилитационный центр МЗ РФ, ГKB им. Братьев Бахрушиных ДЗМ, Москва, РФ