

ПЕРВИЧНЫЙ РАК ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ – РЕДКАЯ ПРИЧИНА НЕПРОХОДИМОСТИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

А.Н. Северцев^{1,2,3}, В.И. Вечорко^{1,2}, Д.С. Костяев², И.Г. Репин^{4*}, А.В. Коротаев³, В.Д. Аносов^{1,2}, И.З. Китиашвили², Г.И. Крючков¹, А.Д. Джаббарова¹, И.Р. Зюзгина¹, Г.Д. Абдуллаева¹

¹ ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», Москва

² ГБУЗ «Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва

³ ООО «Международная академическая клиника», Москва

⁴ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва

THE PRIMARY DUODENAL CANCER – A RARE CAUSE OF GASTROINTESTINAL TRACT OBSTRUCTION

A.N. Severtsev^{1,2,3}, V.I. Vechorko^{1,2}, D.S. Kostjaev², I.G. Repin^{4*}, A.V. Korotaev³, V.D. Anosov^{1,2}, I.Z. Kitiashvili², G.I. Kruchkov¹, A.D. Jabbarova¹, I.R. Zyuzgina¹, G.D. Abdullaeva¹

¹ N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

² O.M. Filatov Moscow City Hospital No 15, Moscow, Russia

³ LLC «International Academic Clinic – МАК», Moscow, Russia

⁴ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

*E-mail: ilya-repin@mail.ru

Аннотация

Дуоденальную непроходимость (ДН) можно кратко определить как клиническую обструкцию выходного отдела желудка с клиническими проявлениями и рентгенологическими или эндоскопическими признаками постбульбарной обструкции. Обструкции третьей (D3) и четвертой (D4) частей двенадцатиперстной кишки (ДПК) встречаются редко и представляют собой серьезные диагностические и хирургические проблемы, особенно если причина данной ситуации – злокачественное новообразование.

Однако и обструкция двух первых частей ДПК (D1, D2) представляет собой определенную сложность для хирургов. В данном клиническом наблюдении обсужден ряд аспектов этого редкого заболевания и предложены наиболее важные соображения, касающиеся раннего обследования и лечения данных больных. Пациентка 67 лет, женщина с первичной аденокарциномой ДПК, наиболее вероятной этиологией которой является ранее выполненная операция на желчных путях (более 30 лет назад выполнено наложение гепатикодуоденоанастомоза). Опухоль развилась на уровне первого сегмента ДПК. Имевшая место ДН оказалась «ложной» (вероятно, вследствие паратуморального отека), и на фоне проведенной консервативной терапии появилась возможность вместо паллиативного дренирования выполнить больной плановую операцию (радикальную панкреатодуоденальную резекцию с лимфодиссекцией) с последующей адьювантной химиотерапией. Рак ДПК в клинической практике встречается нечасто, и зачастую возникают значительные сложности как в правильной и своевременной постановке диагноза, так и в определении адекватной тактики ведения пациента, что впоследствии может иметь катастрофические последствия.

Ключевые слова: дуоденальная непроходимость, истинная и ложная дуоденальная непроходимость, первичный рак двенадцатиперстной кишки, регионарные лимфатические узлы, операция.

Abstract

Duodenal obstruction (DO) can be briefly defined as clinical obstruction of the gastric outlet with clinical manifestations and radiographic or endoscopic evidence of postbulbar obstruction. Obstruction of the third (D3) and fourth (D4) parts of the duodenum is a rare pathology and pose serious diagnostic and surgical problems, especially if it is caused by a malignant neoplasm. However, both D1 and D2 obstruction also pose a serious challenge for surgeons. Using the described case, the authors discuss several aspects of this rare disease and present the most important considerations for early diagnostics and management of such patients. In the article, the authors present a case of 67 y.o. woman with the primary duodenum adenocarcinoma. Its etiology, most likely, arise from the previous surgery on her biliary tract (hepatico-duodenal anastomosis) more than 30 years ago. The tumor was located at the level of the first segment of the duodenum. Duodenal obstruction turned out to be "false" (probably due to paratumoral edema). After conservative therapy, it was decided to replace palliative drainage by an elective surgery (radical pancreatoduodenal resection with lymph node dissection) followed by the adequate chemotherapy. Duodenal cancer is rather rare in clinical practice, and physicians often face significant difficulties both in correct and timely diagnostics, and in selecting an adequate curative tactics, which further may lead to devastating consequences.

Keywords: duodenal obstruction, "true-false" duodenal obstruction, primary duodenal cancer, regional lymph nodes, surgery.

Ссылка для цитирования: Северцев А.Н., Вечорко В.И., Костяев Д.С., Репин И.Г., Коротаев А.В., Аносов В.Д., Китиашвили И.З., Крючков Г.И., Джаббарова А.Д., Зюзгина И.Р., Абдуллаева Г.Д. Первичный рак двенадцатиперстной кишки – редкая причина непроходимости желудочно-кишечного тракта. *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* 2024; 4: 121–126.

Дуоденальную непроходимость (ДН) можно кратко определить как клиническую обструкцию выходного отдела желудка с клиническими проявлениями в виде рвоты желчью и рентгенологическими или эндоскопическими признаками постбульбарной обструкции. Обструкции третьей (D3) и четвертой (D4) частей двенадцатиперстной кишки (ДПК) встречаются редко и представляют собой серьезные диагностические и хирургические проблемы, особенно если причиной данной ситуации является злокачественное новообразование. Однако и при обструкции первых двух начальных отделов ДПК перед хирургами встает серьезный вызов: что делать? В представленном клиническом наблюдении мы обсуждаем ряд аспектов этого редкого заболевания и наиболее важные соображения, касающиеся раннего обследования и лечения данных больных.

Опухоли тонкой кишки из всех злокачественных новообразований органов брюшной полости встречаются крайне редко, всего в 2% случаев. Согласно данным статистических исследований, 50% их локализуется в ДПК. Собственно первичные злокачественные новообразования ДПК встречаются еще реже [1]. Они составляют около 0.3% всех злокачественных новообразований ЖКТ и 25–45% злокачественных новообразований тонкой кишки, за исключением злокачественного поражения фатерова сосочка [2–4]. По данным I. Spira и соавт. (1977), с момента первого описания Hamburger случая рака ДПК в 1746 г. до 1974 г. было зарегистрировано всего 694 случая [4]. Из всех вариантов злокачественных опухолей ДПК по морфологическому признаку в 50–70% является аденокарцинома, в 30% – гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСТ), в 1–3% – нейроэндокринные опухоли. Другие варианты опухоли встречаются крайне редко. Чаще всего (в 62.9% наблюдений) аденокарцинома локализуется в вертикальной части ДПК (во втором сегменте – D2), а именно в окружности большого сосочка. При этом требуется проведение дифференциальной диагностики с опухолями, исходящими из головки поджелудочной железы, дистального отдела общего желчного протока и собственно большого сосочка [5]. В луковице ДПК аденокарцинома локализуется крайне редко (до 1% наблюдений) [6]. Всего, по данным исследования [7], в США за 2014 г. было диагностировано 9160 новых случаев рака тонкой кишки, с уровнем смертности 1210 человек в год, при этом доля аденокарциномы ДПК составляет от 15 до 25% случаев

Данная патология описывается хирургами в виде единичных наблюдений: большинство авторов сообщают об одном или двух случаях, некоторые представляют 5–20 больных, при том, что они собирались в течение длительных периодов времени, а ряд авторов делают выводы на основании собирательных наблюдений из литературы [8, 9].

Возрастное распределение заболевания приходится преимущественно на пятое и шестое десятилетие [10]. Стандартным считается преобладание мужского пола при злокачественных новообразованиях ДПК [1]. Тем не менее в обзоре [4] у достаточно большой доли больных (71%) выявлено более высокое отношение женщин к мужчинам.

Различные патологии дистального отдела ДПК (как внутренние, так и внешние) могут вызывать признаки дуоденальной непроходимости [11]. Их этиология раз-

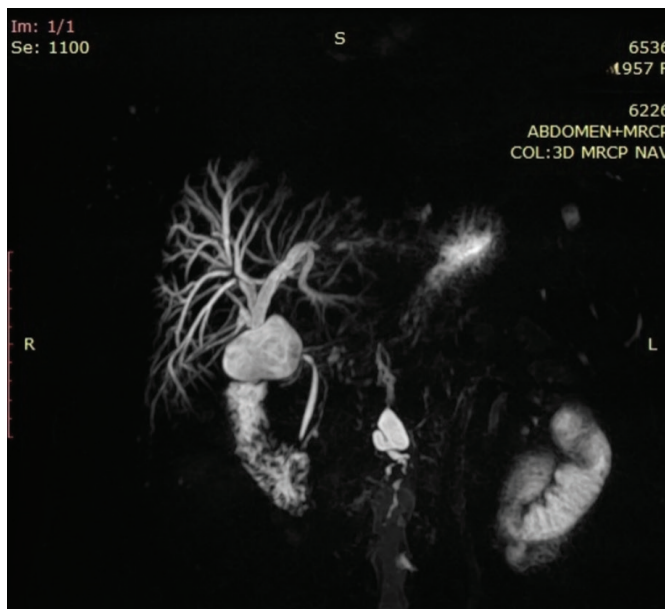


Рис. 1. МСКТ органов брюшной полости, выполненная в предоперационном периоде, у больной раком D1 ДПК

нообразна и существенно различается в зависимости от возраста пациента [12]: атрезия ДПК и кольцевидная поджелудочная железа обычно наблюдаются в младенчестве, тогда как пептические язвы, воспалительные стриктуры и злокачественные новообразования (первичные или вторичные) чаще встречаются у взрослого населения. Неясная симптоматика на ранних стадиях усугубляется тем фактом, что сегменты D3/D4 крайне сложно технически осмотреть при рутинной эндоскопии. В одной из работ (18 больных) у 83% больных при выполнении первичной эндоскопии данных за опухоль получено не было, что привело в дальнейшем к ошибочному диагнозу и позднему выявлению заболевания [13]. Представляем описание больной с дуоденальной непроходимостью на фоне крайне редкой хирургической патологии – первичного рака ДПК с особенностями этиологии – и обсуждение наших подходов к диагностике и лечению. Пациентка дала согласие на публикацию данного материала.

Клинический случай

Пациентка, 67 лет, в течение длительного времени беспокоят диспепсические расстройства, такие как тошнота, чувство горечи во рту. В течение последнего года (2023) отмечала снижение массы тела на 10–13 кг, периодическую рвоту желчью и съеденной пищей. Из анамнеза известно, что в 1990 г. больная перенесла оперативное вмешательство – холецистэктомию, в ходе которой была получена травма холедоха и сформирован гепатикодуоденоанастомоз. В декабре 2023 г. пациентке была выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов брюшной полости (рис. 1).

По данным заключения компьютерной томографии: признаки неравномерного утолщения вертикального отдела ДПК, признаки неопластического процесса. При эндоскопии верхних отделов выявлено циркулярное инфильтративно-язвенное образование выходного отдела луковицы ДПК с вовлечением бульбодуоденального перехода и проксимальной части нисходящего отдела с компенсированным стенозом просвета. Дуоденит. Дуо-

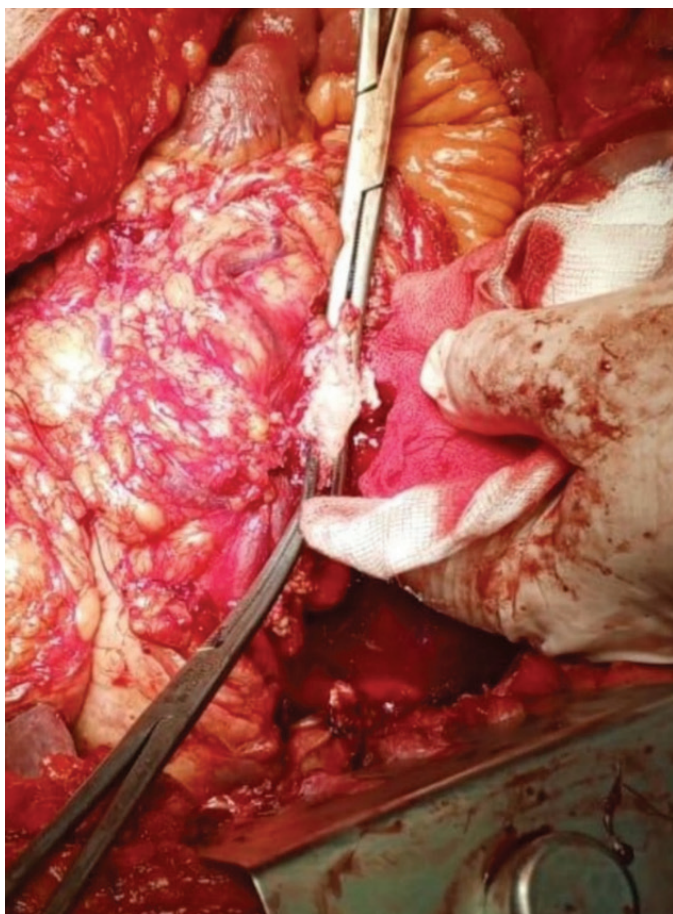


Рис. 2. Интраоперационная лимфодиссекция у больной раком D1 ДПК. Все регионарные лимфатические узлы размерами около 1.5 см и более

денальная непроходимость. Хронический атрофический гастрит (С2 по Kimura – Takemoto) с множественными эрозиями антрального отдела в стадии неполной эпителизации. Выполнена биопсия образования ДПК со следующим заключением: аденокарцинома кишечного типа high-grade. По результатам ПЭТ КТ: определяется опухолевое утолщение стенки вертикального отдела ДПК, с гиперфиксацией радиофармпрепарата, с наличием патологических панкреатодуоденальных, гепатодуоденальных лимфоузлов, лимфоузлов в корне брыжейки тонкой кишки, единичных аортокавальных лимфоузлов. На УЗИ органов брюшной полости свободной жидкости в брюшной полости не выявлено, холедох размером 8 мм, с умеренно выраженными явлениями аэробилии. Другой патологии не выявлено. В лабораторных показателях отклонений не выявлено. Онкомаркеры (СА 19-9, РЭА) в пределах референсных значений.

С учетом признаков дуоденальной непроходимости (высокой непроходимости желудочно-кишечного тракта) было показано оперативное вмешательство в срочном порядке. Принимая во внимание длительность данного процесса, первым этапом лечения было проведение компенсаторного лечения для минимизации осложнений ДН. В течение двух недель были назначены инфузионная терапия, парентеральное питание, антибиотикотерапия. На основании полученных данных (клинических, лабораторных и эндоскопических) о разрешении «ложной» ДН пациентка была подготовлена к плановому оперативному лечению.

Больной было выполнено оперативное вмешательство: гастропанкреатодуоденальная резекция с лимфодиссекцией. Из особенностей оперативного вмешательства – длительная мобилизация и выделение высокого гепатикодуоденостомоза в воротах печени, сформированного более 30 лет назад (длительность – около трех часов из-за состояния тканей, похожих по консистенции на хрящевые). В проекции луковицы ДПК определена опухоль, циркулярно стенозирующая луковицу ДПК, размерами 6 × 5 см, мобильная, без инвазивного роста в окружающие ткани (в т.ч. поджелудочную железу), переходящая на дистальные отделы привратника. Метастатического поражения печени, явлений канцероматоза и асцита не выявлено.

Следует отметить, что на этапе операции на поджелудочной железе данный орган не был изменен, с мягкой текстурой, главным панкреатическим протоком диаметром менее 1 мм на уровне пересечения. Выполнена парааортальная лимфодиссекция. При выполнении лимфодиссекции отмечено, что все регионарные лимфоузлы увеличены визуально в размерах до 1.5 см, а некоторые даже до 2 см (рис. 2).

С использованием прецизионной техники выполнено погружение главного панкреатического протока в просвет тонкой кишки (двухрядный панкреатоеюноанастомоз). С учетом высокой травмы печеночного протока гепатикоеюноанастомоз был сформирован на уровне конfluence доливых печеночных протоков. Общая кровопотеря – минимальная.

Выполнено гистологическое исследование со следующим патолого-анатомическим заключением: низкодифференцированная аденокарцинома ДПК G3 pT3N2 (10/6). Lvi+, Pn-. Края резекции поджелудочной железы, холедоха, желудка, ДПК и сосудов интактны.

На восьмые сутки после операции развился послеоперационный свищ поджелудочной железы, который был излечен консервативно к 24-м суткам. Больная выписана на амбулаторный этап лечения.

Впоследствии больная получила курс химиотерапии по схеме FOLFOX. На настоящее время данных за рецидивирование или прогрессирование заболевания нет (длительность наблюдения – девять месяцев).

Обсуждение

Команда авторов занимается проблемами гепатопанкреатобилиарной зоны начиная с 1984 г. по настоящее время. За указанный период (1984–2024) было достоверно (гистологически подтверждено) диагностировано шесть больных с первичным раком ДПК (включая наблюдение, представленное в данной работе), который клинически проявлялся дуоденальной непроходимостью. Поскольку ясности и четких клинических рекомендаций по диагностике и лечению в тот период (как, впрочем, и сейчас) не было, всем пяти пациентам были выполнены паллиативные шунтирующие вмешательства (операции). Поэтому данное наблюдение представляет значительный интерес как в плане диагностики, так и лечения (с указанием ряда особенностей при этом заболевании).

Этиология

Этиологических факторов и явных предрасполагающих факторов развития рака ДПК не существует, однако полипы несут риск малигнизации. По данным

ряда авторов, примерно в четверти случаев ворсинчатые аденомы ДПК кишки являются злокачественными [4]. Иные доброкачественные полипы (не ворсинчатые аденомы) менее изучены.

Относительно происхождения ДН существует значительное число потенциальных причин у взрослых, наиболее частыми из которых являются новообразования ДПК (доброкачественные и злокачественные, первичные или вторичные), патология поджелудочной железы (тяжелый острый или хронический панкреатит, псевдокисты поджелудочной железы и новообразования поджелудочной железы), патология гепатобилиарной системы (новообразования, синдром Бувере), постбульбарная язвенная болезнь, болезнь Крона, синдром верхней брыжеечной артерии, заболевания забрюшинного пространства [14–16].

В представленном клиническом случае наиболее вероятным этиологическим фактором является формирование патологического соустья между собственно желчным протоком и ДПК у больной более 30 лет назад (патологическое состояние билиарной системы).

Клиническая картина (проявления)

У больных с ДН, независимо от этиологии, наблюдаются разнообразные симптомы, включая раннее насыщение, периодическую рвоту, боль/дискомфорт в эпигастрии, вздутие живота и потерю веса. Эти симптомы перекликаются с основным дифференциальным признаком обструкции выходного отдела (ОВО) желудка, хотя рвота с желчью темно-зеленого цвета является индикатором непроходимости за пределами привратника. Тем не менее отличить ДН от ОВО желудка только на основании симптомов крайне сложно.

В исследовании от 1987 г. (49 больных) наиболее частыми клиническими проявлениями были боль в эпигастрии (94%), рвота (92%) и потеря веса (63%). У большинства этих больных (78%) было выявлено злокачественное заболевание. В исследовании от 1987 г. (30 больных) с доброкачественными причинами ОВО желудка наиболее частыми проявлениями были раннее насыщение (53%) и вздутие живота (50%) [17]. Анамнез и физикальное обследование обычно дает неспецифические данные, что может привести к задержке диагностики и развитию фатальных осложнений [18].

Следует отметить, что между клиническими проявлениями и диагностическими данными существуют значительные противоречия, которые указывают, что при новообразованиях этой зоны существует так называемая ложная непроходимость ДПК [1]. Это связано с отеком тканей этой зоны. В данном клиническом наблюдении мы столкнулись именно с подобной ситуацией. Диагностируемая первоначально эндоскопически непроходимость (что создавало критическую ситуацию для больной с необходимостью выполнения срочной операции) на фоне проведенной консервативной и противовоспалительной терапии привела к возможности отказа от выполнения паллиативной дренирующей операции, позволила отложить экстренную и выполнить радикальную операцию.

В большинстве случаев эндоскопия верхних отделов является методом выбора для выявления конкретной причины и установления диагноза. При ее выполнении возможно решить вопрос о проведении нехирургических манипуляций. Эндоскопическая биопсия часто

позволяет подтвердить или исключить злокачественный характер ДН. Однако рутинные методы биопсии могут иметь низкую чувствительность, особенно если опухоль внепросветная или не затрагивает слизистую оболочку [19]. Таким образом, пациенты с отрицательными первичными биоптатами, но имеющие повышенный риск злокачественных новообразований, должны проходить дополнительные заборы биопсии. Таких больных следует рассматривать как группу повышенного риска, если они старше 50 лет, не имеют в анамнезе язвенной болезни, болезни Крона или имеют семейный анамнез рака желудочно-кишечного тракта [20]. Дополнительная оценка может включать множественные эндоскопические биопсии, эндоскопическое ультразвуковое исследование или диагностическую хирургическую биопсию. При эндоскопических исследованиях должны учитываться данные компьютерной томографии.

Сам по себе рак ДПК – крайне редкая патология. Поэтому при постановке диагноза при эндоскопии следует учитывать и другие редкие поражения этой зоны. Эндоскопическая биопсия малоэффективна для диагностики гастродуоденального туберкулеза; обычно требуются обширные хирургические заборы материала [21]. Также следует помнить, что эндоскопия при синдроме Бувере выявляет провоцирующий опухоль камень только в 70% наблюдений, вероятно, из-за того, что слизистая оболочка покрывает внедренный камень [22].

Лечение ДН определяется основной причиной обструкции. Всем больным следует проводить симптоматическую терапию, включая облегчение симптомов тошноты и рвоты. Большинству больных необходима в течение болезни помощь диетолога (изменения привычек питания, использование добавок, внутривенного питания). Данные подходы позволяют существенно улучшить качество жизни больных и подготовиться к выполнению инвазивных вмешательств.

При дистальных карциномах ДПК всегда стоит выбор между сегментэктомией и более радикальной панкреатодуоденальной резекцией (как более радикальным оперативным вмешательством с лучшим отдаленным онкологическим прогнозом). Большинство хирургов предпочитают панкреатодуоденэктомию как способ минимизировать риск сохранения опухолевой ткани, хотя это, безусловно, приводит к значительно более высокой частоте послеоперационных осложнений и летальности [23]. Тем не менее уже есть работы, показывающие, что менее травматичная сегментэктомия дает статистически эквивалентную отдаленную выживаемость со значительно меньшим числом осложнений. А такие факторы, как вариант опухоли, стадия заболевания, первичная опухоль и ее метастазы (TNM), гистологическая степень дифференцировки опухоли, использование лучевой и химиотерапии, являются более важными и надежными предикторами исхода заболевания, чем собственно вариант резекции [24]. Это позволяет хирургу сделать выбор в пользу более или менее радикальных хирургических вмешательств.

Вопрос возникает также по паллиативному лечению: имеющиеся данные рандомизированных контролируемых исследований позволяют предположить, что, несмотря на сопоставимые преимущества и частоту осложнений, установка стента более предпочтительна по сравнению с наложением гастроеюностомы, так как

приводит к сокращению времени пребывания в стационаре, снижает послеоперационную летальность и способствует более быстрому облегчению имеющейся симптоматики [25]. К сожалению, рецидив симптоматики обструкции значительно чаще развивается после установки стента [26], что делает предпочтительным выполнение гастроэнтеростомии у больных с вероятным длительным прогнозом для исключения выполнения повторного вмешательства.

Патологическая анатомия

Аденокарцинома на сегодняшний день является наиболее распространенным гистологическим типом первичных злокачественных новообразований ДПК, ее частота составляет от 62 до 83% всех злокачественных новообразований этого органа, что превышает совокупную частоту лимфомы, лейомиосаркомы, карциноида и гастриномы [1, 8].

Рак ДПК может проявляться в одной из трех патологических форм:

Первый тип – *скиррозная форма* рака ДПК, характеризующаяся распространением на толщину стенки ДПК, гистологически – преобладанием стромальных элементов и скудностью клеточных элементов.

Вторая форма новообразований ДПК представляет собой типичный *полипоидный тип*, имеющий тенденцию занимать просвет ДПК. Микроскопически отмечается преобладание клеточных элементов над базовой стромой. Опухоли этой формы имеют сильное кровоснабжение, очень рыхлые, склонны к кровоточивости и часто вызывают сужение просвета и в конечном итоге обструкцию [9]. Наше наблюдение относится к этому патологическому типу, имеющему папиллярно-экзофитный вид (с вовлечением всех слоев стенки).

Третья – *коллоидная форма* рака ДПК, по сравнению с другими формами является фиксированной, локализованной и уплотненной. Микроскопически характеризуется значительной степенью мукоидной дистрофии.

В современной литературе крайне мало информации о метастатической активности рака ДПК. I. A. Spira и соавт. сообщили о поражении регионарных лимфатических узлов у 33% на операции и наличии отдаленных метастазах у двух третей больных на момент постановки диагноза [4]. В нашем наблюдении было отмечено вовлечение 3/5 регионарных лимфатических узлов и отсутствие признаков метастазов по брюшной выстилке, особенно в печени и малом тазу.

Лечение

Панкреатодуоденэктомия считается операцией выбора, однако сегментарная резекция, возможно, предпочтительна при четко локализованных поражениях, в первую очередь при раке дистальной части ДПК. Сегментарная резекция является более безопасной операцией с уровнем летальности 5–8% в сравнении с высокой летальностью после панкреатодуоденэктомии при раке ДПК. Но на данный момент не ясно, способствует ли более радикальная операция улучшению отдаленной выживаемости.

Паллиативные методы лечения показаны при неоперабельности первичного поражения или при наличии обширных и отдаленных метастатических поражений. Операции шунтирования показаны для облегчения

симптомов непроходимости кишечника или желчевыводящих путей.

В настоящее время с помощью лучевой и химиотерапии мало что можно кардинально изменить в лечении злокачественных новообразований ДПК [9], как в качестве основных методов лечения, так и в послеоперационном периоде [2]. Тем не менее попытки проведения как лечебной, так и адъювантной терапии осуществляются [2, 9].

Прогноз

Большинство авторов сообщают о незначительной разнице в показателях выживаемости после обширных операций (например, панкреатодуоденэктомия) и экономных (сегментарных) резекций. I. A. Spira и соавт. сообщили о пятилетней выживаемости 25% при панкреатодуоденэктомии и 20% – при сегментарной резекции [4].

Большинство пациентов умирают от местного роста и неспособности больных самостоятельно питаться, а не от отдаленных метастазов. Поэтому крайне важна ранняя диагностика с выполнением радикального хирургического вмешательства [2].

Средняя выживаемость у больных с раком тонкой кишки составляет от 1 до 2.5 лет [27]. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) остается единственно возможным методом радикального лечения больных с раком гепатопанкреатодуоденальной зоны. Это технически сложное оперативное вмешательство обладает широким спектром послеоперационных осложнений, в т.ч. летальных. В раннем послеоперационном периоде частота осложнений после ПДР составляет до 47.4%. Также стоит отметить, что такие осложнения, как несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза или послеоперационный панкреатический свищ, не редкие явления (28.6% от всех возможных осложнений) [28]. При возникновении признаков несостоятельности анастомоза или формировании панкреатической фистулы крайне редко прибегают к повторным оперативным вмешательствам; как правило, такое осложнение ведется консервативно [29].

Следует также отметить, что, несмотря на увеличение размеров всех регионарных лимфоузлов визуально до 1.5 см, микроскопически опухолевые клетки (метастатическое поражение) выявлены только в 3/5 из них. Мы считаем, что подобное увеличение размеров, возможно, обусловлено первичными воспалительными изменениями в зоне на фоне «ложной» непроходимости ДПК.

Заключение

Первичный рак ДПК является крайне редкой нозологией. Для выявления заболеваний данной зоны врачам необходимо проводить более углубленное обследование из-за неспецифических жалоб на начальных стадиях заболевания. В настоящее время нет убедительных данных за возможность развития истинной ДН (за исключением, вероятно, терминальной стадии с полным перекрытием просвета ДПК). Несмотря на высокую травматичность операции ПДР, вероятно, ее следует рассматривать как «операцию выбора» даже при наличии диагностированных увеличенных регионарных лимфоузлов. При наличии данных за ДН, вероятно, следует начинать лечение с консервативной терапии, что, возможно, приведет к отказу от паллиативных порочных шунтирующих операций у этих пациентов.

Литература

1. Liemoe K. et al. Primary carcinoma of the duodenum // *Surgery, Gynaecology and Obstetrics*. – 1980. – No 150. – P. 822–826.
2. Alwmark A. et al. Primary carcinoma of the duodenum // *Annals of Surgery*. – 1980. – No 191. – P. 13–18.
3. Shaker S. et al. Carcinoma of the duodenum: comparison of surgery, radiotherapy and chemotherapy // *Br. J. Surg.* – 1973. – V. 60. – P. 867.
4. Spira I.A. et al. Primary adenocarcinoma of the duodenum // *Cancer*. – 1977. – No 39. – P. 1721.
5. Кригер А.Г. и др. Диагностика и хирургическое лечение опухолей двенадцатиперстной кишки // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. – 2019. – № 1. – С. 5–13. [Kriger A.G. et al. Diagnosis and surgery of duodenum tumors // *Pirogov Russian Journal of Surgery*. – 2019. – No 1. – P. 5–13. In Russian]. DOI: 10.17116/hirurgia20190115.
6. Goldner B. et al. Duodenal adenocarcinoma: why the extreme rarity of duodenal bulb primary tumors? // *Am. Surg.* – 2014. – V. 80. – No 10. – P. 956–959. DOI: 10.1177/000313481408001010.
7. Suh C.H. et al. Diagnosis and management of duodenal adenocarcinomas: a comprehensive review for the radiologist // *Abdom. Imaging*. – 2015. – V. 40. – No 5. – P. 1110–1120. DOI: 10.1007/s00261-014-0309-4.
8. Armaroli R. et al. Primary malignant tumors of the small intestine: report on 23 cases and review of the literature // *Minerva chirurgica*. – 1988. – V. 43. – No 18. – P. 1501–1505.
9. Cortese A.F. et al. Primary carcinoma of the duodenum // *Cancer*. – 1972. – No 29. – P. 1010–1015.
10. Brenner R.L. Primary carcinoma of the duodenum; report of 15 cases // *Gastroenterology*. – 1955. – No 29. – P. 189–198.
11. Khanna S. Distal duodenal obstruction: a surgical enigma // *Indian J. Surg.* – 2017. – No 79. – P. 245–253. DOI: 10.1007/s12262-017-1604-4.
12. Serracino-Inglott F. Duodenal webs-no age limit // *HPB (Oxford)*. – 2003. – No 5. – P. 186–187.
13. Kaminski N. et al. Primary tumours of the duodenum // *Postgrad. Med. J.* – 1993. – No 69. – P. 136–138.
14. Peiris B. et al. Bouveret Syndrome: A Rare Presentation of Gastric Outlet Obstruction // *Br. J. Surg.* – 2022. – V. 109. Suppl. 6 – P. 543. DOI: 10.1093/bjs/znac269.137.
15. Gandhi S. et al. Rare cause of gastric outlet obstruction // *J. Community Hosp. Intern. Med. Perspect.* – 2018. – No 8. – P. 84–86. DOI: 10.1080/20009666.2018.1452517.
16. Wickbom G. et al. The man behind the syndrome: Leon Bouveret. The internist who supported surgery // *Lakartidningen*. – 1993. – No 90. – P. 162–165.
17. Green S.T. et al. Carcinoid tumour presenting as recurrent gastric outlet obstruction: a case of long-term survival // *Scott. Med. J.* – 1987. – No 32. – P. 54–55.
18. Lim J.E. et al. Superior mesenteric artery syndrome presenting with acute massive gastric dilatation, gastric wall pneumatosis, and portal venous gas // *Surgery*. – 2003. – No 134. – P.840–843. DOI: 10.1016/s0039-6060(02)21677-3.
19. Awan A. et al. Gastric outlet obstruction with benign endoscopic biopsy should be further explored for malignancy // *Gastrointest. Endosc.* – 1998. – No 48. – P. 497–500.
20. Dubois A. et al. Gastric retention in peptic ulcer disease. A reappraisal // *Am. J. Dig. Dis.* – 1978. – No 23. – P. 993–997.
21. Miner P.B. et al. Intermittent gastric outlet obstruction from a pedunculated gastric polyp // *Gastrointest. Endosc.* – 1982. – No 28. – P. 219–220.
22. Lau J.Y. et al. Through-the-scope balloon dilation for pyloric stenosis: long-term results // *Gastrointest. Endosc.* – 1996. – No 43. – P. 98–101.
23. Markogiannakis H. et al. Adenocarcinoma of the third and fourth portion of the duodenum: a case report and review of the literature // *Cases J.* – 2008. – No 1. – P. 98. DOI: 10.1186/1757-1626-1-98.
24. Cloyd J.M. Does the extent of resection impact survival for duodenal adenocarcinoma? Analysis of 1,611 cases // *Ann. Surg. Oncol.* – 2015. – No 22. – P. 573–580. DOI: 10.1245/s10434-014-4020-z.
25. Nagaraja V. Endoscopic stenting versus operative gastrojejunostomy for malignant gastric outlet obstruction-a systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized trials // *J. Gastrointest. Oncol.* – 2014. – No 5. – P. 92–98. DOI: 10.3978/j.issn.2078-6891.2014.016.
26. Jeurnink S.M. et al. Stent versus gastrojejunostomy for the palliation of gastric outlet obstruction: a systematic review // *BMC Gastroenterol.* – 2007. – No 7. – P. 18. DOI: 10.1186/1471-230x-7-18.
27. Мерабишвили В.М. Состояние онкологической помощи в России: рак тонкого кишечника (C17). Выживаемость больных, медиана выживаемости, выживаемость больных с учетом локализационной, гистологической структуры и стадии заболевания. (Популяционное исследование на уровне федерального округа). Часть II // *Сибирский онкологический журнал*. – 2022. – Т. 21. – № 5. – С. 17–23. [Merabishvili V.M. The state of cancer care in Russia. Cancer of the small intestine (C17). Survival of patients according to tumor localization, histological pattern and stage of the disease (populations study at the federal district level) // *Siberian Journal of Oncology*. – 2022. – V. 21. – No 5. – P. 17–23. In Russian]. DOI: 10.21294/1814-4861-2022-21-5-17-23.
28. Ridolfi C. et al. Morphohistological Features of Pancreatic Stump Are the Main Determinant of Pancreatic Fistula after Pancreatoduodenectomy // *BioMed Research, International*. – 2014. – P. 347–353. DOI: 10.1155/2014/641239.
29. Патютко Ю.И. Различные виды панкреатодигестивных анастомозов при панкреатодуоденальной резекции // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2013. – Т. 18. – № 3. – С. 9–14. [Patyutko Yu.I. et al. Different types of pancreatodigestive anastomoses for pancreatoduodenectomy // *Annals of HPB Surgery*. – 2013. – V. 18. – No 3. – P. 9–14. In Russian].