

к рецидиву кисты, или к образованию панкреатического свища.

Эндоскопические малоинвазивные методы внутреннего дренирования псевдокист головки ПЖ могут быть альтернативными при технических возможностях их осуществления.

Другие малоинвазивные методы оперативного лечения в связи с наличием определенных ограничений, хотя и являются предпочтительными, применяются достаточно редко.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Джоробеков А.Д., Кутманбеков Э.А. и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2006. т. 11. № 1. С. 4.
2. Поташов Л.В., Васильев В.В. и др. // *Вестник хирургии*. 2002. т. 161. № 6. С. 4.

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

Карпачев А.А., Прокофьева А.В.  
Белгородская областная клиническая больница  
им. Святого Иоасафа  
г. Белгород, Россия

Актуальность темы. В последние десятилетия отмечается увеличение больных с опухолями панкреатодуоденальной зоны (ПДЗ), требующих оперативного лечения. Несмотря на расширение возможностей радикального оперативного лечения, большинству пациентов с таким диагнозом выполняют паллиативные желчеотводящие операции (Данилов М.В. и др., 1993; Niderle B. et al., 1982; Tsiotos G. et al., 1999). Единого мнения в отношении выбора оптимального способа желчеотведения в литературе не существует. Несмотря на то, что продолжительность жизни больных после паллиативного вмешательства не превышает 6-8 месяцев (Блохин Н.Н. и соавт., 1982; Патютко и соавт., 1997,1998; Кубышкин В.А., Вишневский В.А. 2003; Sarr M., Cameron J., 1982; R. Williamson 1992), большое значение имеет уровень качества жизни больных, а в связи с этим актуальным является выбор способа наложения обходного билиодигестивного соустья. Принципиальным вопросом в этой проблеме является сохранение пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку [1].

Цель исследования. Провести сравнительную оценку различных методов паллиативного хирургического лечения рака ПДЗ и обосновать показания для использования каждого из них.

Материал и методы исследования. Нами анализируется опыт паллиативного хирургического лечения 586 больных с механической жел-

тухой, вызванной опухолями органов ПДЗ. Мужчин было 335 (57,2%), женщин 251 (42,8%). Возраст больных колебался от 31 до 90 лет, основную группу составляли пациенты 61-70 лет. Варианты локализации рака ПДЗ были представлены следующим образом: рак головки поджелудочной железы (ПЖ) – 474 больных (81%); рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) – 76 больных (12,9%); рак дистального отдела холедоха – 36 (6,1%). В диагностике опухолей ПДЗ использовались:

Общепринятый клинический минимум – клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, ЭКГ.

УЗИ.

Компьютерная томография, СКТ, МРТ.

Дуоденография, дуоденоскопия, эндоскопическая панкреатохолангиография (ЭРХПГ).

Пункционная биопсия головки ПЖ или биопсия БСДК при раке БСДК.

Биопсия печени на этапе декомпрессии (пункционная при чрескожной чреспеченочной холецистостомии (ЧЧХС), щипковая при лапароскопической холецистостомии), на 3-5 сутки после декомпрессии и через 2-3 недели (при необходимости).

Лапароскопия, лапароскопическая холецистостомия.

Комплекс инвазивных и неинвазивных методов обследования на дооперационном этапе позволяет определить, локализуется ли опухоль только в пределах одной анатомической зоны, имеются ли метастазы в печень или региональные лимфоузлы, имеется ли инвазия в окружающие сосуды. Эти данные позволяют до операции оценить, является ли пациент кандидатом для выполнения радикальной операции, или для выполнения паллиативного вмешательства. Это позволило в 92,3 % случаев предварительно определить резектабельность опухолевого процесса и этапность оперативного лечения [2].

Результаты и обсуждение. Все прооперированные больные были разделены на две группы – с сохранением дуоденального пассажа желчи (410 больных) и без сохранения дуоденального пассажа желчи (52 больных). В первой группе в качестве билиодигестивного соустья производился холедоходуоденоанастомоз (ХДА) – в 391 случаях, холецистодуоденоанастомоз – 14, холецистогастроанастомоз – 3, супрапапиллярный ХДА – 2. Во второй группе в качестве анастомоза накладывался холецистоэнтероанастомоз с браунновским соустьем в 35 случаях, холецистоэнтероанастомоз по Ру – 8, гепатикоеюноанастомоз – 9. Средний возраст больных в первой группе составил:  $56,9 \pm 9,0$  лет, мужчин было 223, женщин 187 человек. Во второй группе средний возраст составил  $54,6 \pm 9,0$  лет, мужчин было 28 человека, женщин 24 человек.

У больных с опухолями головки ПЖ при локализованном процессе со сдавлением интра-

панкреатической части холедоха в качестве паллиативной операции выбора использовали ХДА как менее травматичный метод, который позволяет включить в желчеотток двенадцатиперстную кишку (ДПК). Он наиболее физиологично включает дуоденальный канал в процесс пищеварения, что, способствует более быстрой нормализации гомеостаза и снижает послеоперационную летальность.

Несмотря на достаточную простоту наложения других видов билиодигестивных анастомозов, позволяющей им конкурировать с ХДА, при данном виде оперативного лечения приходится накладывать два анастомоза (холецистоэнтеро- и энтероэнтероанастомоз), что, с одной стороны, увеличивает время операции (нежелательно у больных пожилого и старческого возраста, оперируемых, как правило, на высоте механической желтухи), а, с другой стороны, нарушает принцип физиологичности желчеотведения.

Отражением клиники течения раннего послеоперационного периода является динамика основных биохимических и гематологических показателей в двух группах больных (с сохранением дуоденального пассажа желчи по ДПК и без сохранения), из которых, в первую очередь, следует выделить билирубин, АЛТ, АСТ, мочевины.

Оценивая динамику показателей в сравниваемых группах, следует отметить достоверно более низкий уровень эритроцитов и гемоглобина в группе больных без сохранения дуоденального канала, отражающий более частое развитие гепаторенального синдрома и более медленное восстановление функции печени. Это связано с исключением дуоденального пассажа желчи, обеспечивающей нормальное течение процессов пищеварения, и частым развитием кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), также связанных с отсутствием ошлачивающего действия желчи.

Поэтому мы считаем, что к наложению других билиодигестивных анастомозов необходимо прибегать при невозможном выполнении ХДА и выбор способа необходимо проводить дифференцированно. При раке дистального отдела холедоха мы отказались от использования ХДА, так как быстрый рост опухоли приводит к ранней обтурации соустья и рецидиву желтухи. При распространении опухоли на супрадуоденальный отдел холедоха при условии сохраненной проходимости пузырного протока и отсутствии поражения ДПК мы прибегали к наложению холецистодуоденоанастомоза. При клинических и рентгенологических проявлениях дуоденостаза оперативное вмешательство дополняли наложением гастроэнтероанастомоза.

Ранний послеоперационный период у таких больных характеризуется чрезвычайно тяжелым течением с преобладанием в клинике явлений первичного и вторичного эндотоксикоза. В наших наблюдениях проявления острой печеноч-

ной недостаточности (ОПН) отмечались у 36 (7,8%) больных, причем у 27 (6,6%) больных с сохранением дуоденального канала и у 9 (17,3%) без сохранения дуоденального пассажа желчи. Это проявлялось нарастанием уровня билирубина, креатинина и мочевины, явлениями энцефалопатии. У 22 (5,3%) больных после ХДА наблюдалось наружное желчеистечение, самостоятельно прекратившееся к 7-10 дням послеоперационного периода. У 7 (1,7%) больных желчеистечение сопровождалось развитием инфильтрата в правом подреберье. Учитывая, что послеоперационный период у данной категории больных протекает на фоне иммунодефицита, у 22 (4,7%) больного наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

Особое место в структуре осложнений механической желтухи, вызванной периапулярным раком, принадлежит эрозивно-язвенному поражению верхних отделов ЖКТ, иногда сопровождающемуся кровотечениями. При анализе результатов эндоскопических исследований у 61 пациента отмечалось поражение желудка, реже сочетавшееся с поражением ДПК и пищевода. Кровотечение из верхних отделов ЖКТ как осложнение раннего послеоперационного периода наблюдалось у 12 больных, и было остановлено консервативно. Важным фактором в гемостазе у таких больных является ошлачивающее действие желчи при включении ее в дуоденальный пассаж.

При анализе осложнений и летальности у двух групп больных следует отметить, что у больных с сохранением пассажа желчи по ДПК (это в основном ХДА) летальность по сравнению с другими способами операций меньше в 3,7 раза – 17 (4,1%), против 8 (15,3%), также как и частота развития острой печеночной недостаточности – 26 (6,6%) против 9 (17,3%).

После паллиативного хирургического лечения умерло 25 (5,4%) больных. После диагностических вмешательств (пробной лапаротомии, лапароскопии) – 12, основной причиной летальных исходов здесь была почечно-печеночная недостаточность на фоне распространенного опухолевого процесса. Одна больная умерла после ЧЧХС от почечно-печеночной недостаточности. Общее количество больных, умерших в ближайшем послеоперационном периоде, составило – 38 человек (6,5%).

Проводя сравнительный анализ различных видов билиодигестивных соустьев при раках ПДЗ следует отметить, что сохранение дуоденального канала играет важную роль. Простота наложения ХДА и отсутствие необходимости наложения второго анастомоза способствуют более быстрой нормализации гомеостаза в послеоперационном периоде, снижает послеоперационную летальность и число послеоперационных осложнений.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Мосиенко Н.И., Пономарев В.Г., Шаров В.И., Жарахович И.А., Данилов М.В., Гарелик П.В. // Хирургия. 1993. № 10. С. 4.
2. Шалимов С.А., Земсков В.С. и др. // Клиническая хирургия. 1982. № 5. С. 3

**МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ «КРУПНОГО» ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА**

Карпачев А.А., Прокофьева А.В.  
*Белгородская областная клиническая больница  
 им. Святителя Иоасафа  
 г. Белгород, Россия*

Анализируется опыт лечения 1179 больных с «крупным» холедохолитиазом, полученный на базе Межтерриториального Центра хирургии печени и поджелудочной железы в период с 2000 по 2005 гг. Предпринята успешная попытка систематизировать различные подходы к лечению данной категории пациентов. На основе значительного фактического материала сформулирована этапная тактика лечения больных с холедохолитиазом и стенозом большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК), предложен и подробно описан новый способ ассоциированной с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) на мочеточниковом стенте.

Актуальность темы. Под «крупным» холелитиазом мы понимаем холелитиаз, который не может быть устранен одной ЭПСТ ввиду несоответствия размера конкремента и диаметра интрапанкреатической части холедоха. Трудности лечения данной патологии обусловлены преобладанием пациентов пожилого и старческого возрастов, проблемами точной диагностики и множественностью хирургического лечения [1]. Хирургические операции при холедохолитиазе, особенно выполняемые в экстренном порядке у больных пожилого возраста, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15-30% (Родионов В.В. и соавт., 1986; Беляев А.А. и соавт., 1988; Мовчун А.А. и соавт., 1991; Classen M. et al., 1988).

Целью исследования является изучение возможности малоинвазивных методов лечения ЖКБ, осложненной «крупным» холелитиазом.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ лечения 1179 больных с осложненными формами ЖКБ с 2000 по 2005 гг., средний возраст составил  $67 \pm 2,5$  года. Среди этих больных ЭПСТ в моноварианте было выполнена у 721 пациента. «Крупный» холелитиаз был у 270 больных. С 2000 г. в лечении данной категории больных стали широко применяться малоинвазивные методы лечения: ЭПСТ в различных вариантах, ЛХЭ с вмешательством на желчных протоках и без. Мы придерживаемся тактики этапного лечения больных с холедохолитиазом и

стенозом БДС: I этап – ЭРХПГ, ЭПСТ (при необходимости с предварительной чрескожной холецистостомией (ЧЧХС) под лапароскопическим или ультразвуковым контролем) и II этап – ЛХЭ, лапароскопическая холедохолитотомия (ЛХЛТ). С 2002г. при невозможном выполнении на первом этапе эндоскопического вмешательства мы стали использовать методику ассоциированной с ЭПСТ ЛХЭ на антеградно проведенном через культю пузырного протока мочеточниковом стенте БСН. Данная методика была использована при лечении 12 пациентов, при дооперационном обследовании которых были выявлены нарушения желчеотока и конкременты холедоха. Эндоскопические способы разрешения данной ситуации были безуспешны в связи с отсутствием визуализации БСДК у 3 больных, невозможностью канюляции из-за палилостеноза у 4 больных и опасностью выполнения атипичной ЭПСТ при точечной форме соска у 5 больных [2]. Метод заключается в том, что при выполнении ЛХЭ интраоперационно через культю пузырного протока вводится мочеточниковый стент 6 СН с находящимся в его просвете ригидным проводником. После выполнения интраоперационной холангиографии (у 8 больных диагностировались конкременты в общем желчном протоке, у 4 - папиллостеноз), стент проводится по холедоху через БСДК в двенадцатиперстную кишку, куда уже введен дуоденоскоп с находящемся в инструментальном канале игольчатым папиллотомом. После визуализации БСДК, последний рассекается на стенте игольчатым папиллотомом. При необходимости полученное отверстие расширялось стандартным папиллотомом, а подтянутый в холедох мочеточниковый стент после извлечения проводника оставлялся для дренирования холедоха и фиксировался в культе пузырного протока двумя клипсами. При использовании данной методики наблюдалось развитие в 1 случае панкреонекроза. Кровотечений, перфораций кишки не наблюдалось. Выполнение ЭПСТ предложенным способом дает:

- возможность визуализации и рассечения БСДК при его различных анатомических вариантах строения и расположения посредством антеградного введения мочеточникового катетера.

- возможность проведения ЭПСТ без предварительной классической канюляции атипичным способом, так как в некоторых случаях проведение классической канюляции БСДК невозможно ввиду анатомических особенностей или стеноза БСДК [3].

- защиту не только двенадцатиперстной кишки от возможной ретродуоденальной перфорации при выполнении папиллотомии, но и вирсунгова протока от дистантного воздействия диатермических токов благодаря нахождению в БСДК ригидного мочеточникового катетера.