



В. В. Бойко<sup>1</sup>, І. А. Криворучко<sup>2</sup>,  
Н. М. Гончарова<sup>2</sup>,  
М. М. Тесленко<sup>2</sup>, І. А. Тарабан<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України», м. Харків

<sup>2</sup> Харківський національний медичний університет МОЗ України

© Колектив авторів

## ЕТАПНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ, ЩО УСКЛАДНЕНІ ГОСТРОЮ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

**Резюме.** Проаналізовано результати лікування 215 хворих у віці від 43 до 91 року із захворюваннями гепатопанкреатодуоденальної ділянки. Малоінвазивні ендоскопічні, черезшкірні черезпечінкові та лапаротомні (з міні-доступу) декомпресійні втручання ефективні у відновленні жовчовідтоку при обструкції біліарної системи на тлі раку гепатопанкреатодуоденальної ділянки. Ці методики дозволяють досить швидко ліквідувати механічну жовтяницю й холангіт, дають можливість проводити хірургічні втручання у найбільш сприятливих умовах, особливо при хронічних жовтяницях у плановому порядку, а у хворих літнього віку та з важкою супутньою патологією можуть слугувати альтернативою хірургічному лікуванню. При гострій жовтяниці та компенсованому стану хворого можливо проведення радикальних хірургічних втручань без попередньої декомпресії жовчовивідних шляхів. Післяопераційні ускладнення виникли у 20,5 % хворих, летальність склала 3,3 %.

**Ключові слова:** пухлини гепатопанкреатодуоденальної ділянки, механічна жовтяниця, діагностика, хірургічне лікування.

### Вступ

Пухлини органів гепатопанкреатодуоденальної ділянки (ГПДД) становлять 15 % всіх злоякісних новоутворень травного каналу та мають тенденцію до збільшення [1, 3, 4]. Їх раннє виявлення є одним із найбільш важких питань діагностики. Достовірна оцінка проявів патологічного процесу впливає на вибір тактики лікування, та, як наслідок, на безпосередні та віддаленні результати [2, 5]. Досі єдиним методом радикального лікування злоякісних та доброякісних пухлин ГПДД є хірургічні втручання, при цьому операбельність цих пухлин не перевищує 15-17 %. На ранніх стадіях захворювання клінічна симптоматика мало специфічна, тому зазвичай вони є інтраопераційною «випадковою знахідкою» [7, 8].

Добре кровопостачання органів ГПДД, близькість магістральних судин, густа сітка анастомозів поміж лімфатичними вузлами, поряд з біологічними особливостями пухлин, сприяють ранньому лімфогенному та гематогенному метастазуванню. При підозрі на пухлину ГПДД необхідне проведення комплексного обстеження, яке включає в себе всі відомі методи діагностики [2, 5, 6]. Однак висока собівартість неінвазивних та інвазивних методів є перешкодою у проведенні повноцінного обстеження. Тому вивчення особливостей клінічного перебігу захворювань, розробка алгоритму діагностики та лікування пухлин

ГПДД є актуальною проблемою сучасної хірургії, яка направлена на зниження частоти захворювання, проведення оптимального лікування на різних стадіях новоутворень та покращення якості життя хворих у ранньому та віддаленому післяопераційних періодах.

### Матеріали та методи досліджень

Ретро- та проспективно проаналізовано результати лікування 215 пацієнтів із захворюваннями ГПДД у віці 43–91 р. за останні 7 років, з них чоловіків — 119, жінок — 96 (1:1,2). Пухлинна природа захворювання була зумовлена раком голівки підшлункової залози (ПЗ) — у 132 (61,4 %) хворих, раком великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДПК) — 18 (8,4 %) хворих, раком жовчного міхура — 20 (9,3 %) хворих, раком холедоха — 5 (2,3 %) хворих, пухлиною Klatskin — 23 (10,7 %) хворих, метастазами раку в печінку — 17 (7,9 %) хворих.

Всім пацієнтам виконували загально клінічні лабораторні методи дослідження крові та сечі, біохімічні дослідження крові; більшості хворим проводили дослідження онкомаркерів РЕА,  $\alpha$ -фетопротейну, СА 19-9, а також використовували інструментальні методи: ультразвукову діагностику (УЗД), спіральну комп'ютерну томографію (СКТ) (з/без контрастування), ендоскопічну езофагогастроуденоскопію (ЕЕГДС), ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ), маг-



нітну комп'ютерну томографію (МРТ), черезшкірну черезпечінкову холангіографію (ЧХГ) під контролем УЗД та відеолапароскопії.

### Результати дослідження та їх обговорення

Накопичений досвід лікування хворих на захворювання ГПДД дозволив розробити й впровадити новий алгоритм діагностики та лікування даної патології, куди крім стандартного клініко-лабораторного дослідження входять вище зазначені методи інструментальних досліджень, більшість із яких при необхідності можна перетворити з діагностичної процедури в лікувальну. При розробці алгоритму враховувалось, що механічна жовтяниця (МЖ), яка ускладнює захворювання ГПДД, повинна бути ліквідована якомога раніше від її початку через небезпеку розвитку холангіту. Доцільно діагностику та лікування МЖ проводити одночасно, хоча у більшості випадків лікування випереджає за часом диференційну діагностику причини й рівня obturaції жовчних шляхів.

Лікування хворих на захворювання ГПДД повинне носити комплексний характер. Консервативні заходи крім нормалізації гомеостазу й інфузійної терапії повинні включати до себе:

1) видалення з організму токсичних речовин шляхом проведення форсованого діурезу та введенням препаратів для парентерального та ентерального застосування;

2) введення пластичних речовин, необхідних для репаративних процесів печінкової паренхіми, таких як метацин, пентоксил, оротат калію й ін.;

3) поліпшення обміну речовин у гепатоцитах (доцільне введення АТФ, коензиму А, комплексу вітамінів групи В, аскорбінової кислоти, мексидолу та вікасолу);

4) для поліпшення кровопостачання паренхіми печінки обов'язкове введення препаратів, що поліпшують мікроциркуляцію (колоїдні розчини й ін.);

5) для боротьби з інфекцією доцільне сполучене введення антибактеріальних препаратів із проведенням курсу стимулюючої терапії (імунофан) у хворих із тривалою МЖ та зниженим внаслідок цього імунітетом.

При наявності дистального бластоматозного блоку жовчовивідних шляхів та хронічної жовтяниці обмежувались проведенням УЗД, СКТ та МРТ і ЕРХПГ не проводили. Ретроградне контрастування в цьому випадку призводило до погіршення стану хворого у зв'язку зі збільшенням гіпертензії у внутрішньопечінкових протоках, інфікуванням і утрудненою евакуацією контрастної речовини та жовчі. У такій ситуації може бути виконано ЧХГ під контролем УЗД чи лапароскопу, або фор-

мування холецистостоми із міні-доступу під місцевою анестезією за допомогою катетеру Фолея. Абсолютними протипоказаннями до ЧХГ вважали індивідуальну непереносимість контрастних препаратів та виражені порушення системи згортання, множинні метастази в печінку, край тяжкий стан хворих. Із впровадженням до клінічної практики УЗД, СКТ, МРТ та магнітнорезонансної холангіопанкреатографії у теперішній час виконання ЧХГ зійшло унівець. Рентгенологічний вигляд блоку при бластоматозних захворюваннях, що викликають obturaційну жовтяницю, не є строго специфічним, що може бути пояснено різною розповсюдженістю процесу, наявністю дрібних включень та запального набряку.

Доцільність застосування кожного методу декомпресії визначається основними факторами: інформативністю діагностичної методики; можливістю трансформації діагностичної процедури в ефективне лікувальне втручання; безпекою методу (імовірністю ускладнень та ступенем їхньої ваги) та його технічною складністю.

З обліком накопиченого нами досвіду ми рекомендуємо дотримуватися наступної схеми лікувально-діагностичних малоінвазивних інструментальних втручань при захворюваннях ГПДД: клініко-лабораторні дані, УЗД, СКТ ЕРХПГ або ЧХГ, холецистостомія, лапаротомія. Якщо можливості малоінвазивних методів декомпресії жовчних протоків були вичерпані або обмежені, то після передопераційної підготовки хворому виконували лапаротомію із виконанням одного з методів інтраопераційного жовчовідведення. Так ЕПСТ із назобіліарним дренажуванням та гастропанкреатодуоденальною резекцією (ГПДР) виконано 2 хворим, ЕПСТ із ендопротезуванням – 10 хворим, черезшкірну холангіостомію – 15 хворим, накладення холецистостоми – 38 хворим, ГПДР за Whipple's – 23 хворим, панкреатодуоденальну резекцію за Traverso–Longmire's – 8 хворим, субтотальну правобічну панкреатектомію за Fortner – 3 хворим, гепатікоєюностомію за Roux – 30 хворим, холецистектомію – 5 хворим, холецистектомію із клиноподібною резекцією лігва жовчного міхура – 7 хворим, холецистектомію із клиноподібною резекцією лігва жовчного міхура та із резекцією гепатікохолодоха за Roux – 8 хворим, резекцію біфуркації печінкової протоки за Roux – 14 хворим, резекцію біфуркації печінкової протоки за Roux із сегментектомією чи гемігепатектомією – 9 хворим, лапаротомію із зовнішнім дренажуванням гепатікохолодоха – 26 хворим, лапаротомію із біопсією – 17 хворим. При виконанні радикальних втручань у хворих на рак ГПДД велику увагу приділяли лімфодисекції для профілактики регіонального рецидиву захворювання.



Післяопераційні ускладнення у аналізованих хворих на захворювання ГПДД із МЖ виникли у 44 (20,5 %) хворих, летальні випадки — у 7 (3,3 %) хворих.

### Висновки

Малоінвазивні ендоскопічні, черезшкірні черезпечінкові та лапаротомні (з міні-доступу) декомпресійні втручання являють собою ефективний спосіб відновлення жовчовідтоку при обструкції біліарної системи на тлі раку гепатопанкреатодуоденальної ділянки. Ці методики дозволяють досить швидко й ефективно ліквідувати МЖ і холангіт, дають можливість проводити оперативні втручання в найбільш сприятливих умовах, особливо при хронічних жовтяницях у плановому порядку, а у хворих літнього віку та з важкою супутньою

патологією є альтернативою хірургічному лікуванню.

У хворих на рак жовчного міхура (T1-T2) оптимальною операцією є звичайна холецистектомія, при T3 — розширена холецистектомія (крім жовчного міхура проводиться лімфодисекція, виконується резекція лігва, чи видалення V сегменту печінки, а якщо видаляється гепатікохоледох, виконується гепатікоєюностомія). Єдиним радикальним втручанням у хворих на рак дистальної частини жовчної протоки, ВСДПК, голівки ПЗ є гастропанкреатодуоденальна або пілорусзберігаюча панкреатодуоденальна резекція із лімфодисекцією № 2. Радикальні операції при пухлині Klatskin можливі при невеликих утвореннях (тип I-II за класифікацією Bismuth—Corlette) та в деяких випадках при III а та III б типах.

### ЛІТЕРАТУРА

1. *Галлінгер Ю. И.* Оперативная эндоскопия заболеланий панкреатобилиарной зоны / Ю. И. Галлінгер, М. В. Хрусталева // *Анналы РНЦХ РАМН.* — 2004. — № 13. — С. 124-132.
2. *Долгушин Б.И.* Комплексная диагностика опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны / Б. И. Долгушин, В. Ю. Косырев, Г. Т. Синюкова // *Практическая онкология.* — 2004. — Т. 5, № 2. — С. 77-83.
3. *Малоинвазивные* вмешательства в лечении холедохолитиаза / Ш. И. Каримов, В. Л. Ким, С. П. Боровский, Ш. А. Юсметов // *Анналы хирургической гепатологии.* — 2000. — № 2. — С.32-35.
4. *Малярчук В. И.* Роль и значение хирургических и эндоскопических методов дренирования желчных протоков у больных с blastomatозной механической желтухой / В. И. Малярчук, А. Г. Фёдоров, С. В. Давыдова, Н. Ф. Плавунов // *Сибирское медицинское обозрение.* — 2003. — № 2-3. — С. 22-25.
5. *УЗИ в диагностике острого холангита при холедохолитиазе в определении показаний к экстренным* эндоскопическим вмешательствам / А. Е. Климов, В. А. Иванов, А. Г. Фёдоров [и др.] // XVI Международный конгресс хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии», 16-18 сентября 2009 года, г. Екатеринбург. — 2009. — С. 125.
6. *Фёдоров А. Г.* Эндоскопическое транспапиллярное дренирование желчных протоков при опухолевой билиарной блокаде / А. Г. Фёдоров, С. В. Давыдова // *Анналы хирургической гепатологии.* — 2005. — Т. 10, № 2. — С. 66.
7. *Харченко В. П.* Чрескожные чреспеченочные эндобилиарные декомпрессионные вмешательства при желтухе опухолевой этиологии / В. П. Харченко, М. А. Кунда, Т. А. Лютфалиев // *Медицинская радиология и радиационная безопасность.* — 2000. — № 3. — С.60-67.
8. *Хирургическое* лечение больных с периапулярными опухолями, осложненными механической желтухой / Ф. Г. Назыров, Х. А. Акилов, М. М. Акбаров, А. В. Девятов, У. Ш. Каримов // *Анналы хирургической гепатологии.* — 2000. — № 2. — С.21-24.



ЭТАПНЫЕ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ  
ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ  
СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ  
ОПУХОЛЯМИ  
ГЕПАТОПАНКРЕАТО-  
ДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ,  
ОСЛОЖНЕННЫМИ  
ОСТРОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ  
ЖЕЛТУХОЙ

*В. В. Бойко,  
И. А. Криворучко,  
Н. Н. Гончарова,  
Н. Н. Тесленко,  
И. А. Тарабан*

**Резюме.** Проанализированы результаты лечения 215 больных в возрасте от 43 до 91 лет с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной области. Миниинвазивные эндоскопические, чрескожные чреспеченочные и лапаротомные (из мини-доступа) декомпрессионные вмешательства эффективны в восстановлении желчеоттока при обструкции билиарной системы на фоне рака гепатопанкреатодуоденальной области. Эти методики позволяют достаточно быстро ликвидировать механическую желтуху и холангит, дают возможность проводить хирургические вмешательства в наиболее благоприятных условиях, особенно при хронических желтухах в плановом порядке, а у больных пожилого возраста и с тяжелой сопутствующей патологией могут служить альтернативой хирургическому лечению. При острой желтухе и компенсированном состоянии больного возможно проведение радикальных хирургических вмешательств без предварительной декомпрессии желчевыводящих путей. Послеоперационные осложнения возникли у 20,5 % больных, летальность составила 3,3%.

**Ключевые слова:** *опухоли гепатопанкреатодуоденальной области, острая механическая желтуха, диагностика, хирургическое лечение.*

THE STAGES OF INCISIONS  
IN THE TREATMENT  
OF PATIENTS WITH  
MALIGNANT TUMORS  
OF HEPATOPANCREATO-  
DUODENAL ZONE  
COMPLICATED BY ACUTE  
MECANICAL JAUNDICE

*V. V. Boyko, I. A. Kryvoruchko,  
N. M. Goncharova,  
M. M. Teslenko, I. A. Taraban*

**Summary.** There have been analyzed results of treatment of the 215 patients at the age from 43 to 91 years with tumors of hepatopancreatoduodenal zone. It is shown, that low invasive endoscopic, by way of cutis and liver, abdominal incisions (with mini incisions) decompression interventions are effective ways of restoration bile passage at obstruction biliary system in case of a cancer in a hepatopancreatoduodenal zone. These techniques to treat and liquidate effectively a mechanical jaundice and cholangitis, given the chance to spend surgical intervention in favorable conditions, especially, at chronic jaundices and at patients of advanced age and with a heavy accompanying pathology can serve as alternative to surgical treatment. At an acute jaundice and the compensated condition of the patient probably carrying out of radical surgical interventions without preliminary decompression of bile ducts. From 215 patients, postoperative complications have arisen at 20,5 % patients, mortality has made 3,3 %.

**Key words:** *tumors of hepatopancreatoduodenal zone, acute mechanical jaundice, diagnostics, surgical treatment.*