

ЛАПАРОСКОПІЧНА ГЕПАТИКОЄЮНОСТОМІЯ У ХВОРИХ З ПРИВОДУ НЕОПЕРАБЕЛЬНОЇ ПУХЛИНИ ГОЛОВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

О. П. Кондратюк, Ю. О. Хілько, В. А. Кондратюк, Д. А. Кравченко

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

LAPAROSCOPIC HEPATICOJEJUNOSTOMY IN PATIENTS WITH INOPERABLE TUMOUR OF PANCREATIC HEAD

O. P. Kondratyuk, Yu. O. Kihlko, V. A. Kondratyuk, D. A. Kravchenko

Майже у 75% пацієнтів під час встановлення діагнозу раку підшлункової залози (ПЗ) виявляють поширене захворювання, що унеможливує виконання радикальної резекції ПЗ [1 — 3]. Саме тому паліативне лікування раку ПЗ є найважливішим з клінічної точки зору.

Жовтяниця виникає у 80% пацієнтів при раку головки ПЗ, прогресування основного захворювання зумовлює запальні зміни жовчовивідних шляхів, порушення функцій печінки та коагулопатію [4, 5].

Незважаючи на те, що у більшості ситуацій можливе проведення ендоскопічної декомпресії obturованої жовчної протоки, надійність методу не така велика, як обхідних анастомозів. З іншого боку, гепатикоєюностомія супроводжується більшою частотою ускладнень та летальністю [2]. Наводимо власне спостереження.

Хворий С., 52 років, направлений у клініку зі скаргами на біль у спині та верхніх відділах живота, що тривав протягом 2 міс, жовтяницю, яка з'явилася за 3 тиж до госпіталізації. Під час огляду виявлені жовтяниця, біль під час пальпації у правій підребровій ділянці.

Аналіз крові: загальний білок 73,0 г/л, загальний білірубін 132,5 мкмоль/л, прямий 76,1 мкмоль/л, АЛАТ 415 Од/л, АСАТ 352 Од/л, глюкоза 5,6 ммоль/л.

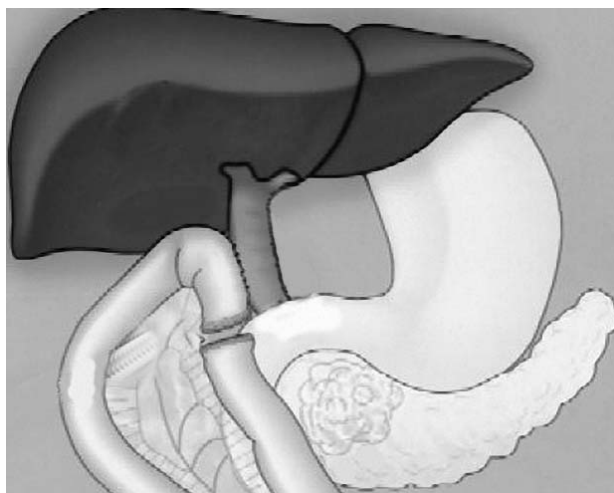


Схема формування гепатикоєюноанастомозу.

За даними ультразвукового дослідження, печінка збільшена, внутрішньопечінкові протоки розширені. Спільна жовчна протока (СЖП) діаметром 1,5 см, не контрастується на рівні головки ПЗ. Жовчний міхур розмірами 13,5 × 5 см, в порожнині численні конкременти діаметром до 1,4 см, міхурова протока діаметром 6 мм. ПЗ: головка розмірами 4,8 × 4 см, візуалізується у вигляді гіпоехогенного утворення; тіло — 1,5 см. Протока ПЗ діаметром 8 мм. Візуалізуються множинні збільшені парапанкреатичні лімфатичні вузли.

За даними комп'ютерної томографії виявлена пухлина головки ПЗ діаметром 4,5 см з ознаками інвазії ворітної вени. В правій і лівій частках печінки множинні гіподенсивні утворення діаметром 5 — 6 мм.

Виконана операція під наркозом.

Пацієнт укладений у положенні Фовлера. Розташування хірургічної бригади як під час лапароскопічної холецистектомії: хірург — ліворуч від пацієнта, другий асистент — праворуч, перший — ліворуч, ближче до ножного кінця операційного стола. Лапароскоп введений над пупком. Введені чотири додаткові робочі порти. Під час лапароскопії видалений метастаз, виявлений в ділянці C_v сегмента печінки.

За результатами гістологічного дослідження діагностований метастаз аденокарциноми ПЗ. Прийняте рішення про виконання лапароскопічного паліативного хірургічного втручання.

Першим етапом здійснено лапароскопічну холецистектомію. Проведено мобілізацію СЖП. Попереду ободової кишки підведено ділянку тонкої кишки, яку фіксували серо—серозними швами до СЖП, розсіченого ножицями на протязі 1,5 см.

Навпроти зроблений отвір у тонкій кишці. Вузлови ми швами накладений латеро—латеральний гепатикоєюноанастомоз, шовний матеріал Vicryl 3,0 (див. рисунок).

Тонка кишка розділена лінійним ендоскопічним степлером, який вводили через невеликий отвір в її брижі. Міжкишковий анастомоз накладений апаратним методом на відстані 60 — 70 см від біліодигестивного анастомозу.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. На 6—ту добу видалені дренажі, на 7—му добу пацієнт виписаний.

Хірургічна резекція — єдиний доступний метод лікування злоякісних пухлин періампулярної зони. На жаль, виконання радикального оперативного втручання можливе лише у 25 — 35% пацієнтів [1—3], у решти — здійснюють паліативне лікування.

Ендобіліарне стентування є пріоритетним методом паліативного лікування, хоча й має деякі недоліки. Можливі обтурація металевих стентів через ріст пухлини на їх кінцях або гіперплазію слизової оболонки, біліарний складж, проростання пухлиною сітчастого каркаса стента. За даними зарубіжної літератури, всі ці ускладнення виникають у строки 3 — 6 міс після ендобіліарної декомпресії у 20 — 28% пацієнтів, яким потрібна повторна госпіталізація [1—5]. Оскільки таких пацієнтів госпіталізують у тяжкому стані через прогресування ос-

новного захворювання, будь—яке повторне втручання може бути фатальним. Тому, як паліативне лікування зазначений метод не забезпечує тривалий результат. З іншого боку, після виконання класичної гепатикоеюностомії пацієнтам дуже рідко потрібна повторна госпіталізація, проте, цей метод характеризується більшою захворюваністю і смертністю.

Тому, для лікування жовтяниці пухлинного генезу слід шукати інші методи паліативного впливу. Саме лапароскопічна гепатикоеюностомія є альтернативним методом, який можна застосовувати на практиці. Він поєднує переваги мініінвазивного втручання та забезпечує функціональні результати гепатикоеюностомії за Ру [6].

ЛІТЕРАТУРА

1. Alternative technique of laparoscopic hepaticojunostomy for advanced pancreatic head cancer / M. A. Machado, J. R. Rocha, P. Herman [et al.] // *Surg. Laparosc. Percutan. Tech.* — 2000. — Vol. 10, N 3. — P. 174 — 177.
2. Quality of survival in patients treated for malignant biliary obstruction caused by unresectable pancreatic head cancer: surgical versus non—surgical palliation / H. O. Kim, S. Hwang, H. Kim [et al.] // *Hepatobil. Pancr. Dis. Int.* — 2008. — Vol. 7. — P. 643 — 648.
3. A patient with unresectable ampullary carcinoma who underwent subsequent laparoscopic biliary bypass after staging laparoscopy during the same operation / S. Nakahira, Y. Takeda, Y. Katsura [et al.] // *Gan To Kagaku Ryoho.* — 2013. — Vol. 40, N 12. — P. 1774 — 1776.
4. Nitinol biliary stent versus surgery for palliation of distal malignant biliary obstruction / R. Castano, T. L. Lopes, O. Alvarez [et al.] // *Surg. Endosc.* — 2010. — Vol. 24, N 9. — P. 2092 — 2098.
5. Biliary stenting versus surgical bypass for palliation of periampullary malignancy / M. Nikfarjam, A. K. Hadj, V. Muralidharan [et al.] // *Ind. J. Gastroenterol.* — 2013. — Vol. 32, N 2. — P. 82 — 89.
6. Initial experience of single—incision laparoscopic hepaticojunostomy using conventional instruments for correctable biliary atresia / M. Diao, L. Li, W. Cheng [et al.] // *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech.* — 2012. — Vol. 22, N 6. — P. 615 — 620.

