

up visits. The degree of retinal displacement was accessed by comparing the preoperative and postoperative fundus photographs.

Key words: *Eye trauma, macular hole, vitrectomy*

УДК 616.1/9

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ДЕКОМПРЕССИИ
ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ
ОПУХОЛЕВОЙ ПРИРОДЫ**

**В.П. Слободяник, Д.А. Рагушин, В.А. Зосим, А.П. Куриленко, К.Д. Ткач,
М.С. Філатов**

*Национальный военно-медицинский клинический центр «ГВКГ» г.Киев,
Украина,*

НМУ ім. О.О.Богомольця, кафедра хірургії №2, м.Київ, Україна

Резюме. *Смертність від раку панкреатодуоденальної зони (ПДЗ) за останні 30 років збільшилася в 10-12 разів. Нами було проведено аналіз результатів лікування 256 хворих з механічною жовтяницею злоякісної етіології з 2012 по 2014 год. В першій групі хворих ендоскопічне протезування біліарного тракту у пацієнтів з жовтяницею бластоматозного генезу провели в 150 випадках. З них 104 пацієнтам виконано стентування металевими стентами, що самостійно розширюються, а 46 пацієнтам встановлені тимчасові пластикові ендопротези. Пункційні (антеградні) методики застосовувалися для лікування у 42 пацієнта: дренажування - в 28 випадках, стентування в 14 випадках. В другій групі виконувалися наступні операції: гепатіоеюностомія (42 пацієнт), холедоходуоденостомія (16 пацієнтів), холецістоеюностомія (6 пацієнтів). По нашим даними, при злоякісних пухлинах органів панкреатобіліарної зони в 95% спостережень можливе ендоскопічне ретроградне дренажування жовчних шляхів, які ліквідують механічну жовтяницю. Частота ускладнень після ендоскопічних ретроградних втручань на ВДС з приводу гострої механічної жовтяниці бластоматозного генезу практично не відрізняється від такої після стандартних ретроградних втручань і згідно з нашими результатами становить 4,3%.*

Ключові слова : *механічна жовтяниця , обструктивна жовтяниця , бластоматозна жовтяниця , біліарні стенти , ендобіліарне стентування .*

Актуальность. *Проблема лечения больных с механической желтухой является одной из самых сложных в гепатологии, а смертность от рака панкреатодуоденальной зоны (ПДЗ) за последние 30 лет увеличилась в 10-12*

раз (1,8). Это связано с тем, что у большинства пациентов ко времени обращения обнаруживают нерезектабельную и потенциально неизлечимую опухоль (9). Механическая желтуха, развившаяся на фоне злокачественных новообразований органов гепатопанкреатобилиарной зоны является одной из наиболее сложных проблем современной абдоминальной хирургии. Пациенты с такой желтухой длительное время обследуются в стационарах терапевтического профиля и попадают в поле зрения хирургов в 60–80 % случаев с выраженной гипербилирубинемией.

У 90% рак ПДЗ осложняется обструктивной желтухой (4). Последняя является одним из грозных осложнений, обуславливающих высокую послеоперационную летальность. Несмотря на то, что продолжительность жизни больных после паллиативного вмешательства не превышает 6-8 месяцев, большое значение имеет уровень качества жизни. В связи с этим, актуальным является выбор способа восстановления пассажа желчи. В настоящее время появились публикации о применении различных шунтирующих операций – компрессионных магнитных билиодигестивных анастомозов (10), лапароскопических методик (13,14), нитеноловых самораскрывающихся стентов (3,5). Четких рекомендаций использования того или иного метода паллиативного хирургического лечения рака периампулярной зоны в литературе нет и, порой, они разноречивы. Так, в частности, при раке большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) одни авторы считают, что эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) способствует диссеминации опухолевых клеток по лимфатическим и кровеносным сосудам (6), другие рекомендуют ее применение (1,8). При раке головки поджелудочной железы (ПЖ) сторонники открытых билиодигестивных анастомозов оправдывают их широкое использование редкими рецидивами желтухи (10), а сторонники миниинвазивных методов поздние осложнения стентирования и перспективу замены стента противопоставляют серьезным осложнениям после хирургической декомпрессии (14). Таким образом проблема паллиативного лечения больных раком ПДЗ, в настоящее время остается актуальной и до конца не решенной.

Цель исследования: провести сравнительный анализ непосредственных результатов традиционных и эндоскопических методов паллиативного хирургического лечения рака ПДЗ.

Материал и методы. Нами был проведен анализ результатов лечения 256 больных с механической желтухой злокачественной этиологии с 2012 по 2014 год.

Все больные разделены на две группы: 192 из них были прооперированные современными малоинвазивными методами, 64 больных

были прооперированы традиционными методиками (наложены различные виды билиодигестивных анастомозов).

В первой группе больных эндоскопическое протезирование билиарного тракта у пациентов с желтухой бластоматозного генеза провели в 150 случаях. Из них 104 пациентам выполнено стентирование саморасширяющимися металлическими стентами, а 46 пациентам установлены временные пластиковые эндопротезы. Пункционные (антеградные) методики применялись для лечения у 42 пациента: дренирование – в 28 случаях, стентирование в 14 случаях.

Во второй группе выполнялись следующие операции: гепатикоюностомия (42 пациент), холедоходуоденостомия (16 пациентов), холецистоекюностомия (6 пациента).

Обе группы больных были рандомизированы по возрасту (больные находились в возрасте от 28 до 92 лет (средний $66,2 \pm 9,3$ года), полу (в исследовании приняло участие 136 женщин и 120 мужчин) и тяжести состояния. Последняя оценивалась по специально разработанной шкале, учитывающей множество критериев, самыми важными из которых были возраст пациента, уровень и длительность желтухи, степень нарушения функций печени.

Обе исследуемые группы составили неоперабельные пациенты с тяжелой соматической патологией, большинство из них исходно находились в терминальной стадии раковой болезни. Поэтому провести адекватную оценку отдаленных результатов их лечения не представляется возможным. Послеоперационное наблюдение за больными продолжалось в среднем 9,5 месяцев (от 0,5 до 24 месяцев).

С помощью диагностической программы, предусматривавшей проведение ультразвукового исследования, компьютерной или магнитно-резонансной томографии, эндоскопической ультрасонографии и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, удалось определить, что дистальный блок билиарного тракта, включавший в себя опухоли БДС, терминального и дистального отделов холедоха и головки поджелудочной железы, имел место в 164 (64,1%) случаях, а проксимальный блок, встречающийся при поражении желчного пузыря, гепатикохоледоха, долевых печеночных протоков либо при компрессии проксимальных отделов желчного дерева со стороны лимфоузлов гепатодуоденальной связки был выявлен в 92 (35,9%) наблюдениях.

Нами изучались вопросы частоты и тяжести интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, уровень летальности, продолжительность и качество жизни среди больных двух групп.

Результаты. Ретроградно эндобилиарные стенты у 142 (95%) больных устанавливались после предварительно выполненной эндоскопической

папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Адекватное дренирование желчных путей после билиарного стентирования было достигнуто у всех пациентов. В то же время в 18 случаях выполнить протезирование билиарного тракта ретроградно не удалось. Причинами неудачи преимущественно являлись дуоденальный стеноз на фоне распространения опухолевого процесса на двенадцатиперстную кишку (ДПК), протяженная и извитая опухолевая деформация желчного протока, а также особенности анатомии после ранее перенесенных операций на желудке. Большинству из этих больных (16 пациентам) удалось выполнить декомпрессию с помощью антеградных пункционных методик. Осложнения после эндоскопических вмешательств, представленные острым панкреатитом, холангитом, кровотечением из области ЭПСТ, перфорацией стенки ДПК и миграцией стента, встретились в 7 (4,9%) наблюдениях. Послеоперационная летальность составила 3,5%. При этом практически во всех случаях смерть наступила после достижения эндоскопической декомпрессии билиарного тракта.

После эндобилиарного протезирования у всех пациентов желтуха разрешилась или существенно снизилась. У 115 (81%) из них эндоскопическое пособие явилось окончательным методом лечения запущенного опухолевого процесса у неоперабельных больных. При рецидиве желтухи выполняли эндоскопическую санацию стента либо его замену. У остальных больных (19%) после разрешения желтухи были проведены хирургические декомпрессивные вмешательства.

Среди пациентов в лечении, которым использовались пункционные методики (42), осложнения в ранний послеоперационный период наблюдались у 9 человек (22%). Среди осложнений встречалось подтекание желчи в свободную брюшную полость параллельно установленному дренажу либо через пункционный канал после миграции дренажа (у 6 человек), гемоперитонием у 2 человек и гемобилия у 1 человека.

Среди 9 наблюдаемых осложнений в 3-х случаях потребовалось выполнение оперативного лечения (оба случая гемобилии и 1 случай разлитого желчного перитонита). У 2-х пациентов развившиеся осложнения на фоне декомпенсированной печеночной недостаточности привели к летальному исходу. Таким образом летальность составила 4,8%.

Осложнения в группе больных оперируемых традиционными хирургическими методиками наблюдались у 34 пациентов (53%). Среди осложнений наблюдаемых у больных, такие осложнения как гипертермия, болевой синдром, серома, локальное нагноение послеоперационной раны учитывались только при оценке качества жизни в послеоперационном периоде. При расчете частоты послеоперационных осложнений учитывались

только осложнения влияющие на исход заболевания (которые представляли угрозу жизни пациента). Уровень летальности составил 35,9% (23 пациента).

Выводы

По нашим данным, при злокачественных опухолях органов панкреатобилиарной зоны в 95 % наблюдений возможно эндоскопическое ретроградное дренирование желчных путей, ликвидирующее механическую желтуху. Этот метод позволяет подготовить пациентов с механической желтухой к оперативным вмешательствам, в том числе радикальным, либо является окончательным методом лечения в случае неоперабельности больных. В первом случае применяются пластиковые стенты, сроки функционирования которых (от 2 до 8 месяцев) определяются их диаметром, количеством желчи, адгезивными свойствами желчи. Более длительное, практически пожизненное внутреннее дренирование желчных протоков обеспечивается только при использовании предложенных с конца 80-х годов прошлого столетия саморасправляющихся металлических стентов (СМС). Главным их преимуществом является большой диаметр — 24–30 Fr, сопоставимый с диаметром желчного протока.

Частота осложнений после эндоскопических ретроградных вмешательств на БДС по поводу острой механической желтухи бластоматозного генеза практически не отличается от таковой после стандартных ретроградных вмешательств и согласно нашим результатам составляет 4,3%.

При выполнении хирургических вмешательств на высоте механической желтухи и холангита послеоперационный период у этих больных отличается тяжелым течением и сопровождается высокой послеоперационной летальностью. В связи с этим в последние десятилетия все большее число исследователей отдает предпочтение малоинвазивным вмешательствам: эндоскопическому ретроградному и пункционному антеградному способам дренирования желчных путей с целью разрешения механической желтухи.

Список литературы

1. Балалыкин А.С., Гвоздик В.В., Шпак Е.Г. и др. Эндоскопическая папиллэктомия при заболеваниях большого сосочка двенадцатиперстной кишки. XII Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии, Москва, 23-25 апр. 2008 г.: сб. тез. М. 2008: 46-47.

2. Должиков А.А., Едемский А.Д., Седов А.П., Луценко В.Д. Клиническая и сравнительная морфология большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Белгород: Белгор. обл. тип 2002; 121. 3. Карпачев А.А. Сравнительная характеристика различных методов паллиативного хирургического лечения рака панкреатодуоденальной зоны. Автореф. дис. ... канд. мед наук. Курск 2006.

3. Котовский А.Е., Глебов К.Г., Уржумцева Г.А., Петрова Н.А. Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. *Анналы хирургической гепатологии* 2010; 15; 1: 9-18.

4. Малярчук В.И., Климов А.Е., Пауткин Ю.Ф. Билиопанкреатодуоденальный рак. Москва 2006; 444.

6. Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. М. «Медицина» 2007; 448.

5. Седов А.П. Механическая желтуха опухолевого генеза. Оптимизация хирургического лечения и послеоперационного периода. Белгород: Изд-во БУПК 2000;. 169.

6. Седов А.П., Парфенов И.П., Должиков А.А., и др. Рак панкреатодуоденальной зоны (вопросы диагностики и паллиативного лечения). Белгород: Изд-во БелГУ 2008.

7. Файнштейн И.А., Геворкян Т.Г. Паллиативное хирургическое лечение рака головки поджелудочной железы. *Анналы хирургической гепатологии* 2009; 4; 14: 88-95.

8. Шалимов С.А., Осинский Д.С., Черный В.А. и др. Рак поджелудочной железы. Киев: Основа 2007.

9. Avaliani M., Chigogidze N., Nechipai A., Dolgushin B. Magnetic compression biliaryenteric anastomosis for palliation of obstructive jaundice: initial clinical results. *J. Vasc. Interv. Radiol.* 2009; 20; 5: 614-623.

10. Menzel J., Poremba C., Dietl K.-H. et al. Tumors of the papilla of Vater – inadequate diagnostic impact of endoscopic forceps biopsies taken prior to and following sphincterotomy. *Annals of Oncology* 1999; 10; 10: 1227- 1231.

11. Shiimi S., Banting S., Cuschieri A. Laparoscopy in the management of pancreatic cancer: endoscopic cholecystojejunostomy for advanced disease. *Br. J. Surg.* 1992; 79: 317–319.

12. Smith A.C., Dowsett J.F., Russel R.C.G. et al. Randomized trial of endoscopic stenting versus surgical bypass in malignant low bile duct obstruction. *Lancet* 1994; 344: 1655–1660.

13. Tarnasky P.R., England R.E., Lail L.M. et al. Cystic duct patency in malignant obstructive jaundice. An ERCP-based study relevant to the role of laparoscopic cholecystojejunostomy. *Ann. Surg.* 1995; 221: 455–465.

14. Yan Liu, Zheng Lu, Duowu Zou et. al. Intraluminal implantation of radioactive stents for treatment of primary carcinomas of the peripancreatic-head region: a pilots

Резюме. *Смертность от рака панкреатодуоденальной зоны (ПДЗ) за последние 30 лет увеличилась в 10-12 раз. Нами был проведен анализ*

результатов лечения 256 больных с механической желтухой злокачественной этиологии с 2012 по 2014 год. В первой группе больных эндоскопическое протезирование билиарного тракта у пациентов с желтухой бластоматозного генеза провели в 150 случаях. Из них 104 пациентам выполнено стентирование саморасширяющимися металлическими стентами, а 46 пациентам установлены временные пластиковые эндопротезы. Пункционные (антеградные) методики применялись для лечения у 42 пациента: дренирование – в 28 случаях, стентирование в 14 случаях. Во второй группе выполнялись следующие операции: гепатикоюностомия (42 пациент), холедоходуоденостомия (16 пациентов), холецистоюностомия (6 пациента). По нашим данным, при злокачественных опухолях органов панкреатобилиарной зоны в 95 % наблюдений возможно эндоскопическое ретроградное дренирование желчных путей, ликвидирующее механическую желтуху. Частота осложнений после эндоскопических ретроградных вмешательств на БДС по поводу острой механической желтухи бластоматозного генеза практически не отличается от таковой после стандартных ретроградных вмешательств и согласно нашим результатам составляет 4,3%.

Ключевые слова: механическая желтуха, обструктивная желтуха, бластоматозная желтуха, билиарные стенты, эндобилиарное стентирование.

Summary. Mortality from cancer pancreatoduodenal zone (ETC) has increased 10-12 times over the past 30 years. We analyzed the results of treatment of 256 patients with malignant obstructive jaundice etiology from 2012 to 2014 god. V first group of patients with endoscopic biliary prosthesis in patients with jaundice blastomatous genesis conducted in 150 cases. Of these, 104 patients underwent stenting of self-expanding metal stents and 46 patients with a temporary plastic endoprotezy. Puncture (antegrade) technique used for the treatment in 42 patients: drainage - in 28 cases, stenting in 14 sluchayah. Vo second group performed the following operations: Hepaticojejunostomy (42 patients), choledochoduodenostomy (16 patients), enterocholecystostomy (6 patients) .Po our data in malignant tumors of pancreatobiliary zone in 95% of cases may endoscopic retrograde drainage of the biliary tract, which eliminates mechanical jaundice. The frequency of complications after endoscopic retrograde BDS interventions for acute jaundice blastomatous genesis is practically no different from that after the standard retrograde interventions and, according to our results, it is 4.3%.

Keywords: obstructive jaundice, obstructive jaundice, blastomatous jaundice, biliary stents, endobiliary stenting.