

А.Н. Велигоцкий, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой эндоскопии и хирургии, **Н.Н. Велигоцкий**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой торакоабдоминальной хирургии, Харьковская медицинская академия последипломного образования

Выбор метода билиарной декомпрессии при obstructивных заболеваниях панкреатодуоденальной зоны

К obstructивным заболеваниям панкреатодуоденальной зоны (ПДЗ) относятся как доброкачественные, так и злокачественные заболевания. Так, заболеваемость раком головки поджелудочной железы за последние 30 лет выросла на 20%. Вопросы выбора метода билиарной декомпрессии при obstructивных заболеваниях ПДЗ являются предметом дискуссий и требуют усовершенствования [1-3].

В данной работе представлены результаты применения билиарной декомпрессии 1057 больному с 2003 по 2014 год. У больных со злокачественными obstructивными заболеваниями ПДЗ выполнены эндоскопическое стентирование, лапароскопическая холецистостомия, чрескожно-чреспеченочная холангиостомия под контролем ангиографа со стентированием зоны obstruction.

Целью исследования было выработать тактику лечения больных при obstructивных заболеваниях ПДЗ с применением современных методов билиарной декомпрессии.

При обследовании пациентов применялись инструментальные методы диагностики:

- спиральная компьютерная томография (СКТ) – мультidetекторная 64-срезовая с 3D-реконструкцией (с контрастированием);
- магнитно-резонансная томография (МРТ) (с контрастированием);
- дуоденоскопия + ЭРХПГ;
- УЗИ (эндоскопическое УЗИ, лапароскопическая ультразвукография);
- ЭРХПГ + СКТ в течение 15-30 мин. после ЭРХПГ – патент Украины (рис. 1);
- позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ);
- ангиография;
- лапароскопическая экспресс-биопсия;
- термометрия холедоха;
- импедансная спектроскопия;
- морфология большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК).

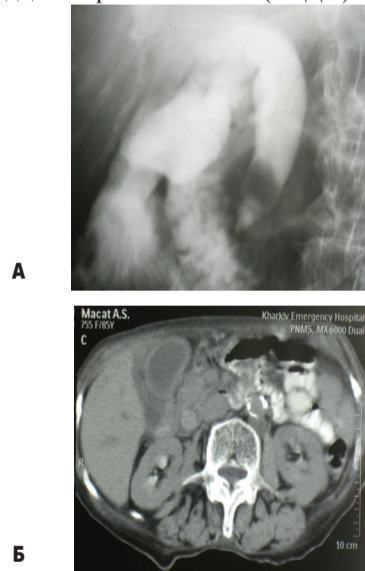


Рис. 1. Сочетанное выполнение ЭРХПГ (а) и СКТ (б) через 30 мин после введения контрастного препарата в общий желчный и вирсунгов протоки при ЭРХПГ

Составлена классификация obstructивных заболеваний ПДЗ, включающая прогрессирующие obstructивные неопухолевые процессы, захватывающие холедох, вирсунгов проток, большой дуоденальный сосочек:

- Холедохолитиаз, вклиненные конкременты в дистальном отделе холедоха и БСДК.
- Стенозирующий папиллит.
- Рубцовая стриктура холедоха.
- Обstructивный фиброзный, кистоз-

но-кальцинозный, хронический панкреатит.

• К obstructивным процессам ПДЗ злокачественного генеза отнесены различные опухолевые процессы, расположенные в гепатохоледохе, головке поджелудочной железы, Фатеровом соске, двенадцатиперстной кишке.

В соответствии с приведенной классификацией распределены больные с obstructивными заболеваниями ПДЗ (рис. 2).



Рис. 2. Распределение больных с obstructивными заболеваниями ПДЗ по нозологическим формам – причинам obstruction (%)

Холедохолитиаз выявлен у 687 (69,7%), стеноз БСДК – у 89 (9,0%), их сочетание – у 109 (11,1%), стеноз желчного протока на почве индуративного панкреатита – у 14 (1,3%), острый билиарный панкреатит – у 87 (8,8%).

Методы билиарной декомпрессии, которые мы применяли у больных при неопухолевой механической желтухе:

1. Миниинвазивные методы
 - ЭПСТ;
 - эндоскопическая баллонная дилатация;
 - эндоскопическая вирсунготомия;
 - механическая литотрипсия;
 - назобилиарное дренирование;
 - эндоскопическое стентирование.
2. Лапароскопические.
3. Чрескожные чреспеченочные методы.

II. Открытые методы

- Билиодигестивные анастомозы (холедоходуоденоанастомоз, холедоеюноанастомоз).

III. Оперативные вмешательства из мини-доступа (с помощью комплекта инструментов «Мини-ассистент»).

Выполнено 986 (93,3%) ТЭВ, эндоскопических стентирований при опухолях ПДЗ – 11 (1,0%), лапароскопических – 18 (1,7%), чрескожно-чреспеченочных – 24 (2,3%), рентгенэндоваскулярных вмешательств – 18 (1,7%).

Результаты и обсуждение

У больных со злокачественными obstructивными заболеваниями ПДЗ выполнено 71 (6,7%) вмешательство: эндоскопическое стентирование – 11 (15,5%), лапароскопические вмешательства (холецистостомия) – 18 (25,4%), чрескожно-чреспеченочная холангиостомия – 24 (33,8%), со стентированием зоны obstruction – 4 (5,6%).

В настоящее время применяются следующие варианты билиарной декомпрессии при механической желтухе опухолевого генеза:

I. Миниинвазивные методы с применением рентгенэндоваскулярных методик:

- Эндоскопическое стентирование (с реканализацией зоны obstruction и установкой стента) (рис. 3).
 - Чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование (стентирование).
 - Холецистостомия (видеолапароскопическая, под УЗИ-контролем).
- II. Открытые методы:
- Билиодигестивные анастомозы (холедоходуоденоанастомоз, гепатикоюноанастомоз, гепатикохолестоанастомоз).

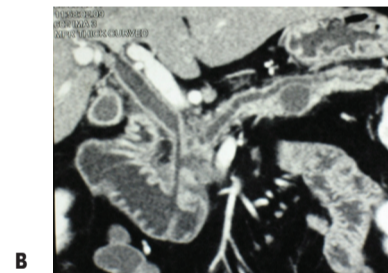
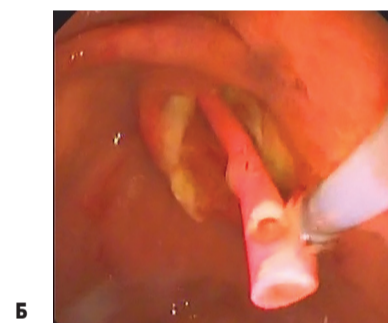


Рис. 3. Эндоскопическое чреспухолевое стентирование: а) ЭРХПГ б) дуоденоскопия в) МРТ

Рентгенэндоваскулярные вмешательства были выполнены у 18 (25,4%) больных (рис. 4), 4 (5,6%) с проведением химиоэмболизации.

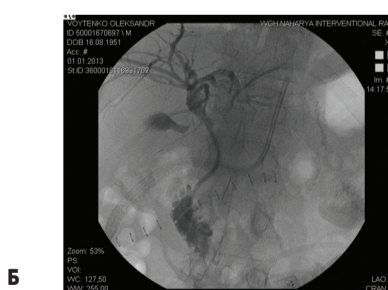
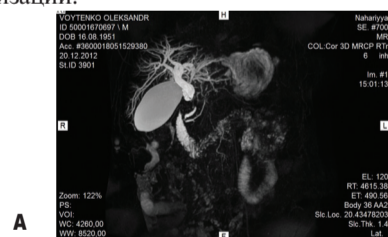


Рис. 4. Чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование и стентирование: а) МРТ б) холангиограмма (ангиограф Integris Allura 12C -Philips)



А.Н. Велигоцкий

При неэффективности миниинвазивных вмешательств применялись операции внутреннего дренирования: холецистоюноанастомоз, гепатикоюноанастомоз на удлиненной петле по Ру с оставлением культи тощей кишки для наложения панкреатоеюноанастомоза на втором этапе при ПДР.

При неэффективности традиционного холецистоюноанастомоза из-за перекрытия опухолью пузырного протока предложен «компромиссный» вариант с сохранением предыдущего анастомоза, наложением гепатикохолестоанастомоза с гартмановым карманом или шеечной частью желчного пузыря (рис. 5).

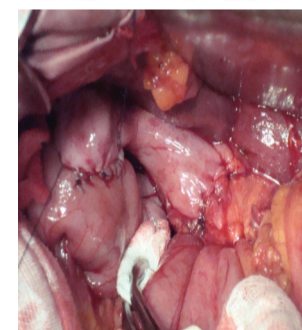
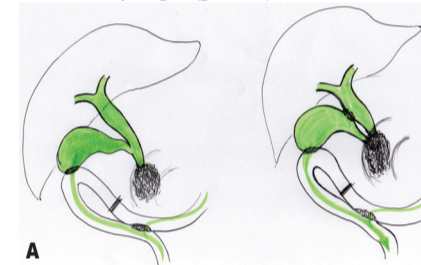


Рис. 5. Гепатикохолестоанастомоз + холецистоюноанастомоз (компромиссный вариант операции билиарного дренирования с сохранением холецистоюноанастомоза и наложением гепатикохолестоанастомоза с гартмановым карманом или шеечной частью желчного пузыря): а) схема; б) фото

Выполнение билиарной декомпрессии с применением ТЭВ больным с obstructивными заболеваниями ПДЗ доброкачественного генеза у большинства пациентов является окончательным методом лечения.

При раке головки поджелудочной железы выполнение на первом этапе лечения современных вариантов билиарной декомпрессии позволяет выполнить в последующем радикальные оперативные вмешательства (панкреатодуоденальная резекция) с минимальными периперационными осложнениями.

Литература

1. Авдосьев Ю.В. Рентгенэндоваскулярная диагностика и хирургия заболеваний гепатобилиарной системы / Авдосьев Ю.В., Бойко В.В., Абилов Э.А. // Материалы XX Международного Конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ. – Донецк, 18–20 сентября 2013 г. – С. 8.
2. Велигоцкий Н.Н. Современные варианты билиарной декомпрессии при obstructивных заболеваниях панкреатодуоденальной зоны / Велигоцкий Н.Н., Велигоцкий А.Н., Арутюнов С.Э., Авдосьев Ю.В., Павличенко С.А., Шадрин О.В., Скалий Н.Н. // Материалы XX Международного Конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ. – Донецк, 18–20 сентября 2013 г. – С. 89.
3. Майстренко Н.А. Синдром механической желтухи доброкачественного генеза: оптимизация диагностических и лечебных подходов / Майстренко Н.А., Ромашенко П.Н., Струков Е.Ю. // Материалы XX Международного Конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ. – Донецк, 18–20 сентября 2013 г. – С. 118.

Статья напечатана в сокращении.