

Анализ традиционных и эндоскопических вмешательств при механической желтухе опухолевого генеза

В.Ф.КУЛИКОВСКИЙ, И.П.ПАРФЕНОВ, А.А.КАРПАЧЕВ, А.Л.ЯРОШ, А.В.СОЛОШЕНКО, В.Д.ПОЛЯНСКИЙ

Analysis of traditional and endoscopic operations in patients with obstructive cancer jaundice

V.F.KULIKOVSKY, I.P.PARFENOV, A.A.KARPACHEV, A.L.JAROSH, A.V.SOLOSHENKO, V.D.POLANSKY

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа
Межтерриториальный центр хирургии печени и поджелудочной железы Черноземья
Белгородский государственный университет

Представлен сравнительный анализ результатов традиционных и эндоскопических методов паллиативного хирургического лечения рака панкреатодуоденальной зоны. Внедрение в клиническую практику рентгенэндобилиарных вмешательств изменило тактические подходы к лечению данной категории больных. Результаты исследований показали, что традиционные методы наложения билиодигестивных анастомозов сопровождаются более высоким процентом осложнений и послеоперационной летальности в раннем послеоперационном периоде, по сравнению с эндоскопическими транспапиллярными вмешательствами. Доказано, что стентирование является относительно безопасным и эффективным видом восстановления проходимости билиарного дерева, улучшающим качество жизни пациентов. Преимуществом эндопротезирования являются малоинвазивность, сохранение естественного оттока желчи в двенадцатиперстную кишку и небольшой процент осложнений.

Ключевые слова: рак панкреатодуоденальной зоны, стентирование

Comparative analysis of the results of traditional and endoscopic surgical palliative treatment of pancreatoduodenal cancer is given in the article. Intervention of X-ray-endobiliary operations in the treatment of such patients changes the surgical tactics. It has been shown that traditional methods of biliarydigestive anastomosis cause the higher rate of complications and mortality in the early postoperative period in comparison with endoscopic transpapillary operations. Stenting also has been proved to be safe and efficient kind of shunting of biliary tree that improves the quality of patient's life. Miniinvasiveness and preservation of natural bile outflow into the duodenum and low rate of complications are the main advantages of endoshunting.

Key words: pancreatoduodenal cancer, stenting

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 [7]. Это связано с тем, что у большинства пациентов ко времени обращения обнаруживают нерезектабельную и потенциально неизлечимую опухоль [9]. У 90% больных рак ПДЗ осложняется обструктивной желтухой [5]. 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 [11], лапароскопических методик [13, 15], нитеноловых самораскрывающихся стентов [4], радиоактивных эн-

добилиарных стентов [16] и др. К сожалению, данные методики используются только в отдельных лечебных учреждениях, требуют специального оборудования, что сдерживает их широкое применение в клинической практике. 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 деком-

прессии [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 и обосновать показания для использования каждого из них.

Материалы и методы

Анализированы результаты паллиативного лечения больных раком ПДЗ с 1976 до 2009 гг. на опыте работы хирургического отделения №1 Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа. С 2006 г. при лечении механической желтухи у данной категории больных стали использовать эндоскопические транспапиллярные вмешательства. Проведено сравнение эффективности традиционных (первая группа) и эндоскопических методов лечения (вторая группа). В первой группе были выделены 2 подгруппы – 1а и 1б. В подгруппу 1а вошли 410 больных с сохранением дуоденального пассажа желчи, в под группу 1б без сохранения – 52. В 1а подгруппе, в качестве билиодигестивного соустья производился холедоходуоденоанастомоз (ХДА) – у 391 больных, холецистодуоденоанастомоз – у 14, холецистогастроанастомоз – у 3, супрапапиллярный холедоходуоденоанастомоз – у 2. Отличием этой группы являлось то, что накладывался анастомоз с сохранением дуоденального пассажа желчи. В 1б подгруппе, в качестве билиодигестивного анастомоза накладывался холецистоэнтероанастомоз с брауновским соустьем (35 больных), холецистоэнтероанастомоз по Ру (8), гепатикоеюноанастомоз (9). Вторая группа включала 153 пациента, которым были успешно выполнены эндоскопические транспапиллярные вмешательства (табл. 1). Группы обследуемых были однородны по возрасту ($p > 0,05$). К сожалению, основной контингент больных раком ПДЗ – это больные пожилого и старческого возраста, и отказ от выполнения радикального вмешательства во многом определялся не распространенностью опухолевого процесса, а был обусловлен сопутствующей патологией и возрастом. Поэтому проводить сравнительный анализ групп по клиническим стадиям опухолевого процесса не представляется возможным. В первой группе больных рак БСДК наблюдался у 27 больных, рак головки ПЖ – у

410, рак дистального отдела холедоха – у 25. Во второй группе больные распределились следующим образом: рак БСДК – 77 больных, рак головки ПЖ – 65, рак дистального отдела холедоха – 31.

Для диагностики использовался стандартный алгоритм [3], включающий инвазивные и неинвазивные методы. Особо следует подчеркнуть, что при раке БСДК дуоденоскопия с биопсией является окончательным методом диагностики опухолей данной локализации, однако, при проведении эндоскопической биопсии следует помнить, что в большинстве случаев опухоли развиваются в области общего канала, который без предварительного выполнения папиллотомии не доступен. Не случайно в литературе существует скептическое отношение к полноценности эндоскопической щипковой биопсии. Ряд авторов [12] отмечают, что ее общая точность до папиллотомии составляет 62%, а после папиллотомии возрастает всего до 70%. В случаях аденокарцином диагностическая чувствительность щипковой биопсии составляет всего 21% до папиллотомии и 37% после нее. На основании приведенных в литературе данных и собственных многолетних исследований мы можем утверждать, что под БСДК следует понимать его видимую интрадуоденальную часть, обязательно в совокупности с комплексом структур, составляющих интрамуральные отделы общего желчного и главного панкреатического протоков при их совместном впадении в двенадцатиперстную кишку, или общего желчного протока при редко встречающемся впадении главного панкреатического протока в виде отдельного сосочка. Данное обстоятельство является важным, так как для обычного осмотра при эндоскопическом исследовании доступна только надслизистая часть и, таким образом, заключение о благополучном состоянии сосочка может оказаться ложным, в связи с неполной диагностикой изменений, имеющихся в интрамуральных отделах. Детально литературные сведения и результаты собственных исследований, обосновывающих структурно-функциональную самостоятельность БСДК как органной структуры, изложены нами в публикациях ранее, в том числе в монографии по вопросам нормальной, сравнительной и патологической морфологии сосочка [2].

В группе, где использовались открытые желчеотводящие операции, в послеоперационном периоде

Таблица 1

Эндоскопические шунтирующие желчеотводящие вмешательства

Операция	Количество больных
ЭПСТ	42 (27,45%)
Стентирование холедоха	96 (62,75%)
Эндоскопическая папиллотомия на антеградно проведенном стенте	3 (1,96%)
Эндоскопическая супрапапиллярная холедоходуоденостомия	11 (7,19%)
Эндоскопическая папиллэктомия	1 (0,65%)
Всего	153 (100%)

изучалась динамика основных клинико-лабораторных показателей (уровня билирубина, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинина) на 1-2-е, 3-5-е, 6-7-е и 8-13-е сутки; у больных с длительностью госпитализации более двух недель – на 14-20-е сутки. Для оценки статистической достоверности различий между средними значениями признаков в группах использовали параметрический *t*-критерий. Расчеты проводились в программной среде Statsoft Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение

Ранний послеоперационный период у больных, оперированных традиционным способом, отличался тяжелым течением с преобладанием в клинической картине явлений первичного и вторичного эндотоксикоза. Это было обусловлено механической желтухой, большим объемом вмешательства, основным заболеванием и гнойно-септическими осложнениями. Проведенный одномерный, с заданием плана повторных изменений, дисперсионный анализ различий между средними значениями основных клинико-лабораторных показателей в двух подгруппах обследуемых позволил получить следующие результаты. Статистически значимыми являются различия в среднем уровне гемоглобина ($p=0,021$) и АЛТ ($p=0,005$). Не обнаружено достоверных статистических различий в уровнях эритроцитов и билирубина. Различия в уровнях повторных измерений являются статистически значимыми для эритроцитов ($p=0,001$), гемоглобина ($p=0,001$), билирубина ($p<0,001$), АЛТ ($p=0,004$). Проведенный дисперсионный анализ позволил получить следующие результаты: значение λ критерия Уилкса для межгруппового взаимодействия составило 0,621, что позволяет при уровне значимости 0,023 говорить о наличии различий между группами; также, значение λ критерия Уилкса для взаимодействия повторных измерений составило 0,006, что позволяет при уровне значимости меньше 0,001 говорить о наличии различий между группами. Оценивая динамику лабораторных показателей, следует отметить достоверно более низкий уровень эритроцитов и гемоглобина в подгруппе больных без сохранения дуоденального пассажа, связанный с более частым развитием гепаторенального синдрома и более медленным восстановлением функции печени. Это обусловлено выключением дуоденального пассажа желчи, обеспечивающей нормальное течение процессов пищеварения и частым развитием кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, также связанных с отсутствием ошелачивающего действия желчи.

Основная тяжесть раннего послеоперационного периода приходилась на 2-5-е сутки и была связана с развитием острой печеночной недостаточности (ОПН), которая наблюдалась у 36 (7,8%) больных, причем у 27 (6,6%) – с сохранением дуоденального пассажа желчи и у 9 (17,3%) – без его сохранения. Как правило, ОПН развивалась на фоне других различных осложнений:

пневмонии, несостоятельности анастомозов, холангита, пневмонии, кровотечений. У 22 (5,3%) больных после ХДА наблюдалось наружное желчеистечение, самостоятельно прекратившееся к 7-10-м суткам послеоперационного периода; у 7 (1,7%) – желчеистечение сопровождалось развитием инфильтрата в правом подреберье; у 22 (4,7%) – наблюдалось нагноение послеоперационной раны. Послеоперационные осложнения и причины летальных исходов в первой группе представлены в таблице 2.

После паллиативного хирургического лечения умерло 25 (5,4%) больных. Проводя сравнительный анализ различных видов билиодигестивных соустьев при раках ПДЗ следует отметить, что сохранение дуоденального пассажа желчи играет важную роль как в обеспечении необходимого уровня качества жизни, так и в быстрой стабилизации основных жизненных функций.

В качестве основного метода декомпрессии билиарного дерева было применено стентирование терминального отдела холедоха. Эндопротезированию в большинстве случаев предшествовало рассечение БСДК, поскольку при проведении протеза через нерассеченный сосочек возникают затруднения, препятствующие канюляции. Мы это связываем с тем, что при рассечении БСДК меняется угол атаки направляющего катетера при канюляции терминального отдела холедоха, что обеспечивает лучшее продвижение катетера, а затем и стента, через опухольную стриктуру. Послойное рассечение слизистой, покрывающей ампулу БСДК и терминального отдела холедоха, особенно при выполнении данных вмешательств на видеодоскопической стойке, позволяет свести к минимуму риск развития возможных осложнений. Кроме этого, предшествующая папиллотомия позволяет поставить стент большего диаметра, что в послеоперационном периоде обеспечивает более адекватный желчеотток. Основными причинами неудач эндоскопического дренирования являлись трудности селективной канюляции холедоха вследствие выраженных опухолевых изменений БДСК и терминального отдела холедоха, анатомических особенностей (юкстапапиллярные дивертикулы, состояние после резекции желудка по Бильрот II) или дуоденального стеноза (табл. 3). Всем этим больным, в связи с невозможностью эндоскопического дренирования, в последующем была выполнена чрескожная чреспеченочная холангио- и/или холецистостомия.

Отдельно остановимся на эндоскопическом лечении 77 больных раком БСДК (женщин – 54, мужчин – 23; средний возраст: $71,3 \pm 7,2$ лет). В качестве эндоскопических вмешательств использовались: супрапапиллярная холедоходуоденостомия (ЭСХДС) – 11, папиллотомия через опухоль – 42, папиллотомия на антеградно проведенном через холангиостому катетере – 3, стентирование – 20; в одном случае выполнена эндоскопическая папиллэктомия. Эндоскопиче-

Таблица 2

Осложнения и причины послеоперационной летальности в первой группе больных

Осложнения и причины смерти	Подгруппа 1а (n=410)		Подгруппа 1б (n=52)	
	Осложнения	Летальность	Осложнения	Летальность
ОПН	27 (6,6%)*	7 (1,7%)	9 (17,3%)	3 (5,7%)
Холангит	23 (5,6%)	-	-	-
Желчестечение	22 (5,3%)	-	-	-
Тромбэмболия легочной артерии	2 (0,5%)	2 (0,5%)	2 (3,8%)	2 (3,8%)
Пневмония	4 (0,9%)	1 (0,25%)		
Нагноение послеоперационной раны	17 (4,1%)	-	5 (9,6%)	-
Несостоятельность швов анастомозов	4 (1%)	4 (1%)	3 (5,7%)	3 (5,7%)
Холангиогенные абсцессы печени	2 (0,5%)	1 (0,25%)	-	-
Кахексия	5 (1,25%)	1 (0,25%)	3 (6%)	-
Инфаркт миокарда	1 (0,25%)	1 (0,25%)	-	-
Кровотечение из верхних отделов ЖКТ	7 (1,7%)	-	5 (9,6%)	-
Эвентрация	2 (0,5%)	-	1 (1,9%)	-
Итого		17 (4,2%)		8 (15,3%)

Примечание: * – в скобках указан % к общему больным.

Таблица 3

Основные причины неудач эндоскопического дренирования

Причина	Количество больных
Юкстрапапиллярные дивертикулы	1 (0,58%)
Дуоденальный стеноз	5 (2,9%)
Состояние после резекции желудка по Б-2	2 (1,16%)
Анатомическое расположение БСДК	3 (1,73%)
Невозможность канюляции из-за опухолевого процесса	8 (4,6%)
Выход контраста за пределы холедоха	1 (0,58%)
Всего	20 (11,56%)

ские вмешательства при раке БСДК на этапе освоения эндоскопической технологии выполнялись в виде ЭСХДС (11 больных), однако создававшееся соустье небольших размеров быстро закрывалось растущей опухолью, что приводило к рецидиву желтухи, требовавшей повторной операции. В 3-х случаях, из-за распространенного опухолевого процесса, перед эндоскопическим вмешательством пришлось использовать чрескожные чреспеченочные методы декомпрессии, позволившие затем выполнить папиллотомию через опухоль на проведенном через холангиостому мочеточниковом стенте и избежать осложнений (патент № 2297807). В 42 случаях эндоскопические вмешательства выполнены в виде изолированной папиллотомии через опухоль и стали окончательными из-за наличия грубых сопутствующих заболеваний в стадии суб- и декомпенсации, старческого возраста пациентов. В 5 случаях папиллотомия была прервана из-за угрозы кровотечения из угла разреза. В таких случаях использовали следующий прием – без продвижения струны папиллотомы вверх производили глубокую коагуляцию порционно в углу раны. При этом наступал коагуляционный тромбоз сосудов в этой зоне и выполняемая через 3-4 суток полная папиллотомия не сопровождалась кровотечением. В послеоперационном периоде проводили стандартную гемостатическую терапию.

Используемая методика позволила избежать экстренных оперативных вмешательств. При клинических и эндоскопических признаках холангита стентированию предшествовало назобилиарное дренирование и санация желчных протоков растворами антисептиков. В одном случае нами выполнена петельная электроэксцизия опухоли. Осложнения шунтирующих желчеотводящих вмешательств представлены в таблице 4. Из осложнений стентирования в 2 случаях наблюдалась проксимальная миграция стента – в 1 случае при раке БСДК и еще в 1 случае при раке головки ПЖ. У 15 больных после установки стента наблюдались клинические проявления холангита, купированные путем введения на 5-7 дней вдоль стента в просвет холедоха назобилиарного зонда с последующим промыванием последнего антисептическими растворами. У одной больной с гнойным холангитом наружно-внутреннее дренирование дополнено чрескожной чреспеченочной холецистостомией. У 4 больных в сроки от одного до девяти дней после стентирования развилась клиника острого деструктивного холецистита. Данное осложнение можно объяснить обтурацией пузырного протока стентом, что на фоне попадания контраста в просвет желчного пузыря приводило к его воспалению. У 3 пациентов выполнена видеолапароскопическая холецистэктомия, в одном случае чрескожная чреспече-

Осложнения шунтирующих желчеотводящих вмешательств

Причина	Количество больных
Миграция стента	2 (1,3%)
Холангит	16 (10,5%)
Острый холецистит	4 (2,6%)
Кровотечение	5 (3,3%)
Панкреатит	2 (1,3%)
Абсцесс подпеченочного пространства	1 (0,65%)
Гепаторенальный синдром	4 (2,6%)
Всего	34 (22,2%)

ночная холецистостома. У 1 больной на 27-е сутки после стентирования холедоха диагностирован абсцесс подпеченочного пространства. Произведено вскрытие и дренирование последнего. У 2 больных после стентирования на 2-е сутки развилась клиника острого панкреатита. У 4 больных после декомпрессии наблюдалась печеночная недостаточность. В 5 случаях после выполнения эндоскопической папиллотомии послеоперационный период осложнился кровотечением из рассеченного БСДК, последнее остановлено консервативно.

Летальность при всех видах эндоскопического лечения составила 0,65% (одна пациентка, которая погибла от панкреонекроза, развившегося после выполненной папиллотомии).

Заключение

В данной работе представлена эволюция взглядов на паллиативное лечение рака ПДЗ. Сравнивая традиционные билиодигестивные анастомозы, мы пришли к заключению, что при выборе способа следует отдавать предпочтение методикам с сохранением дуоденального пассажа желчи, поскольку они менее травматичны, более физиологичны и, соответственно, сопровождаются меньшей летальностью. Внедрение в клиническую практику эндоскопических вмешательств изменило тактические подходы к лечению данной категории больных. Результаты наших исследований показали, что традиционные методы наложения билиодигестивных анастомозов сопровождаются более высоким процентом осложнений и послеоперационной летальности в раннем послеоперационном периоде, по сравнению с эндоскопическими транспапиллярными вмешательствами. На современном этапе эндоскопические транспапиллярные вмешательства стали операциями выбора в лечении данной категории больных, поэтому последние 4 года мы, практически, отказались от выполнения билиодигестивных соустьев при неоперабельном раке ПДЗ. Анализируя

собственный опыт эндоскопических вмешательств при раке дистального отдела холедоха, можно утверждать, что стентирование является относительно безопасным и эффективным видом восстановления пассажа желчи, улучшающим качество жизни пациентов. Преимуществом эндопротезирования является малоинвазивность, сохранение естественного оттока желчи в двенадцатиперстную кишку и небольшой процент осложнений. Необходимым условием стентирования считаем предварительную папиллотомию до первой поперечной складки, что не влияет на процент осложнений и облегчает проведение стента. Недостатком является возможность миграции протеза, развития инфекции и окклюзии протеза с необходимостью его замены. ЭСХДС при раке БСДК не приемлема в качестве окончательного паллиативного лечения из-за прогрессирующего роста опухоли и быстрой обтурации соустья, что приводит к рецидиву желтухи. Основным методом паллиативного лечения рака БСДК является папиллотомия через опухоль, позволяющая купировать явления желтухи у больных с высокой степенью операционного риска. При распространенном опухолевом процессе, затрудняющем выполнение эндоскопического вмешательства, в качестве первого декомпрессивного вмешательства считаем оправданным проведение чрескожной чреспеченочной холангистомии, позволяющей выполнить папиллотомию на антеградно проведенном стенте, что дает возможность избежать повреждения двенадцатиперстной кишки и предупредить возникновение панкреатита. Стентирование при опухолях БСДК необходимо использовать при рецидиве желтухи после выполненной папиллотомии, поскольку последняя полностью устраняет явления механической желтухи и является адекватным паллиативным вмешательством.

Работа выполнена в рамках Федеральной целевой программы «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России» на 2009-2013 годы. Государственный контракт № 16.740.11.0430.

Список литературы

1. Балалыкин А.С., Гвоздик В.В., Шпак Е.Г. и др. Эндоскопическая папилэктомия 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.
4. 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.
5. Мальярчук 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.
7. Седов А.П. Механическая желтуха опухолевого генеза. Оптимизация хирургического лечения и послеоперационного периода. Белгород: Изд-во БУПК 2000.; 169.
8. Седов А.П., Парфенов И.П., Должиков А.А., и др. Рак панкреатодуоденальной зоны (вопросы диагностики и паллиативного лечения). Белгород: Изд-во БелГУ 2008.
9. Файнштейн И.А., Геворкян Т.Г. Паллиативное хирургическое лечение рака головки поджелудочной железы. Анналы хирургической гепатологии 2009; 4; 14: 88-95.
10. Шалимов С.А., Осинский Д.С., Черный В.А. и др. Рак поджелудочной железы. Киев: Основа 2007.
11. Avaliani M., Chigogidze N., Nechipai A., Dolgushin B. Magnetic compression biliary-enteric anastomosis for palliation of obstructive jaundice: initial clinical results. J. Vasc. Interv. Radiol. 2009; 20; 5: 614-623.
12. Menzel J., Poremba C., Diel 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. Yan Liu, Zheng Lu, Duo-wu Zou et. al. Intraluminal implantation of radioactive stents for treatment of primary carcinomas of the peripancreatic-head region: a pilot study. Gastrointestinal Endoscopy 2009; 69; 6: 1067-1073.

Поступила 26.10.2010 г

Информация об авторах

1. Куликовский Владимир Федорович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой клинических дисциплин ИПМО Белгородского государственного университета, главный врач Белгородской областной клинической больницы Святого Иоасафа; e-mail: parfenovbokb@mail.ru
2. Парфенов Игорь Павлович – д.м.н., профессор, руководитель Центра хирургии печени и поджелудочной железы Черноземья, профессор кафедры хирургических болезней №2 медицинского факультета Белгородского государственного университета; e-mail: parfenovbokb@mail.ru
3. Карпачев Александр Александрович – к.м.н., врач-хирург Центра хирургии печени и поджелудочной железы Черноземья, доцент кафедры хирургических болезней №2 медицинского факультета Белгородского государственного университета; e-mail: parfenovbokb@mail.ru
4. Ярош Андрей Леонидович – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней №2 медицинского факультета Белгородского государственного университета; e-mail: parfenovbokb@mail.ru
5. Солошенко Александр Валентинович – к.м.н., врач-хирург Центра хирургии печени и поджелудочной железы Черноземья, ассистент кафедры хирургических болезней №2 медицинского факультета Белгородского государственного университета; e-mail: parfenovbokb@mail.ru
6. Полянский Вячеслав Дмитриевич – аспирант кафедры хирургических болезней №2 медицинского факультета Белгородского государственного университета; e-mail: parfenovbokb@mail.ru

**Комментарий к статье В.Ф.Куликовского и соавт.
"Анализ традиционных и эндоскопических вмешательств
при механической желтухе опухолевого генеза"**

Статья посвящена злободневной проблеме современной онкологии. Больные с неоперабельными опухолями поджелудочной железы (ПЖ), терминального отдела холедоха (ТОХ) и большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК), как правило, нуждаются в обеспечении восстановления желчеоттока в кишечник. На сегодняшний день эта задача решается как за счет наложения билиодигестивных анастомозов, так и с помощью эндоскопического стентирования в различных вариантах. Авторы поделились собственным опытом применения этих методик, что представляет большой интерес. В большинстве случаев больным выполнялось наложение холедоходуоденоанастомоза (391 больной). Следует констатировать, что на сегодняшний день эта операция исключена из хирургической практики, поскольку неизбежно приводит к развитию холангита, а за счет близкого расположения анастомоза к первичной опухоли, последняя быстро прорастает соустье, что приводит к рецидиву механической желтухи. Вторым типом операций, выполненных авторами, является анастомозирование желчного пузыря с различными отделами кишечника (желудком, двенадцатиперстной или тонкой кишкой). Этот способ обеспечения желчеоттока может быть использован как вынужденная мера у наиболее тяжелых больных, поскольку прорастание опухоли устья пузырного протока очень скоро приводит к рецидиву механической желтухи. В настоящее время при выполнении паллиативных операций, направленных на восстановление желчеоттока, операцией выбора является гепатикоюностомия на отключенной по Ру петле тощей кишки. Естественно, при этом производится холецистэктомия для предотвращения воспаления желчного пузыря.

При эндоскопическом лечении механической желтухи, обусловленной неоперабельным раком БСДК, авторы предлагают выполнять папиллотомию через ткань опухоли без использования стентирования холедоха. Этот вариант паллиативного лечения не может быть рекомендован к использованию в хирургической практике, тем более, авторы сами отмечают быстрое стенозирование в области рассеченной ткани опухоли БСДК. Оптимальным способом эндоскопического разрешения механической желтухи является «протезирование» (как правило, после папиллотомии) с использованием различных стентов. Последние могут быть изготовлены из различных материалов (пластмассы, сетчатые нитеноловые или нитеноловые с покрытием). Следует подчеркнуть недопустимость самостоятельного изготовления стентов из подручных материалов.

Разрешение механической желтухи при неоперабельных опухолях головки ПЖ, ТОХ и БСДК с помощью эндоскопического стентирования дает отличные ближайшие результаты и успешно применяется во многих клиниках. Очевидным недостатком метода является необходимость замены пластиковых стентов при обтурации их просвета «замазкой». Применение нитеноловых стентов позволяет избежать этого недостатка.

*Заведующий абдоминальным отделением
Института хирургии им. А.В.Вишневского,
доктор медицинских наук, профессор А.Г.Кригер*