

5. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Постооперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. — М.: Медицина, 1990. — 560 с.
6. Попова Т.С., Тамазашвили Т.Ш., Шестопалов А.Е. Парентеральное и энтеральное питание в хирургии. — М., 1996.
7. Попова Т.С., Шестопалов А.Е. и др. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях. — М., 2002.
8. Сингаевский В.С. Причины летальных исходов при тяжелой сочетанной травме. // Вестн. хирургии. — 2002. — № 2 — С. 62—64.
9. Хорошилов И.Е. Пациенты до и после хирургического вмешательства; голодание или адекватное питание. // Вестн. хирургии. — 2002. — № 6 — С. 13—15.
10. Хрупкин В.И., Алексеев В.А. Синдром энтеральной недостаточности у больных с распространенным перитонитом: оценка степени тяжести и исхода процесса. // Вестн. хирургии. — 2004. — № 2 — С. 46—49.

Поступила 21.02.2005

УДК 616.381-089.85:616.36-008.5

**ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАЛЛИАТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ
ИЗ МИНИЛАПОРОТОМНОГО ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ
ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА**

Д.А. Кузам

Гомельский государственный медицинский университет

Проанализированы особенности анатомических взаимоотношений органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Изучены результаты хирургического паллиативного лечения 89 больных раком головки поджелудочной железы, осложненным механической желтухой, которые были разделены на две группы. Первую группу составили 46 больных, оперированных из стандартных лапаротомных доступов, которым в 35 (76,1%) случаях выполнена холецистоэностомия, в 6 (13,1%) — гепатикоэностомия, в 5 (10,8%) — супрадуоденальная холедоходуоденостомия. Осложнения развились у 18 (39,1%) больных, летальность составила 17,4%. В сроки до 6 месяцев у 27,6% больных развился рецидив желтухи. Во вторую группу вошли 43 больных, оперированных из минилапаротомного доступа с использованием специального набора инструментов, которым выполнена супрадуоденальная холедоходуоденоанастомозы. Осложнения после операции отмечены у 6 (14,5%) больных, летальность — 4,6%. Рецидивов желтухи у них не было. Супрадуоденальные холедоходуоденоанастомозы имеют существенные преимущества перед билиодигестивными анастомозами с желчным пузырем при раках головки поджелудочной железы, осложненным механической желтухой. Операции из минилапаротомного доступа малотравматичны, имеют меньше осложнений и случаев летальности.

Ключевые слова: механическая желтуха, рак головки поджелудочной железы, паллиативные операции, минилапаротомный доступ.

THE GROUND OF THE EFFICIENCY OF PALLIATIVE MINORLAPAROTOMIC OPERATIONS ON THE PATIENTS SUFFERING FROM THE OBSTRUCTIVE JAUNDICE OF TUMOROUS GENESIS

D.A. Kuzam

Gomel State Medical University

The peculiarities of anatomic relations between the organs of hepatopancreasduodenal zone and the results of surgical palliative treatment, performed on 89 patients with the cancer of the head of the pancreas, complicated by obstructive jaundice were closely studied. It turned out, that supraduodenal choledochoduodenal anastomoses with minorlaparotomic access have considerable advantages over biliary-enteric anastomoses in gallbladder in the patients from this category. They are less traumatic, have less complications and lethality.

Key words: cancer of head of pancreas, obstructive jaundice, palliative operations, minorlaparotomic access.

Заболеваемость раком органов панкреатоуденальной зоны за последние 40 лет возросла в три раза и составляет 8–12 заболевших на 100 тыс. населения [1]. Рак головки поджелудочной железы осложняется механической желтухой у 90% больных. Несмотря на достижения современной медицины, более 80% больных раком поджелудочной железы и около 50% больных раком большого дуоденального сосочка подвергаются лишь паллиативным оперативным вмешательствам, что связано с поздней диагностикой, высоким процентом числа больных пожилого и старческого возраста [2, 4]. Основную массу паллиативных вмешательств составляют желчеотводящие операции, направленные на устранение билиарной гипертензии, механической желтухи, холангита, развивающейся печеночной недостаточности. В настоящее время для создания билиодigestивных анастомозов при раке поджелудочной железы, осложненном механической желтухой, чаще всего используют холецистоэнтероанастомоз с межкишечным соусьем по Брауну или Ру из стандартного лапаротомного доступа. Считается, что холедоходуденальный анастомоз при этой патологии нецелесообразен, так как в ближайшие сроки после операции может развиться блокада соусья [3]. Выбор оптимального способа желчеотводящего вмешательства остается сложной задачей, учитывая значительное число предложенных вариантов билиодигестивных анастомозов и все еще сохраняющуюся высокую послеоперационную летальность [3, 7].

Целью нашего исследования явилось обоснование возможности выполнения эффективных паллиативных операций из минилапаротомного доступа у больных раком головки поджелудочной железы.

Материалы и методы

Изучены варианты анатомических взаимоотношений желчных путей, двенадцатиперстной кишке и головки поджелудочной железы на 25 трупах людей, умерших от причин, не связанных с патологией этой зоны. Проанализированы 115 фистулохолангографий, которые выполняли во время операции или в послеоперационном периоде после холецистэктомии и дренирования холедоха через культуру пузырного протока. Изучены также результаты хирургического лечения 89 больных раком головки поджелудочной железы, осложненным механической желтухой, которым выполнялись паллиативные операции. Средний возраст больных составил $65,8 \pm 3,6$ лет. Больные были разделены на две группы. Перву группу составили 46 больных, оперированных из стандартных лапаротомных доступов. Во вторую группу вошли 43 больных, оперированных из минилапаротомного доступа с использованием специального набора инструментов фирмы «САН». Сравниваемые группы больных были однородными по полу, возрасту, тяжести основного патологического процесса и сопутствующих заболеваний.

Диагностика опухолевого поражения головки поджелудочной железы основывалась на жалобах, анамнезе, данных объективного осмотра, ультразвукового исследования этой зоны, ФГДС, рентгеноскопии желудка и двенадцатиперстной кишки, компьютерной томографии в необходимых случаях. Выполнялись клинические и биохимические лабораторные исследования. Верификация диагноза осуществлялась дооперационной тонкоигольной аспирационной биопсией под контролем УЗИ или интраоперационной биопсией поджелудочной железы.

Характер оперативных вмешательств у больных первой группы представлен в таблице 1.

Таблица 1

Характер оперативных вмешательств у больных механической желтухой опухолевого генеза первой группы

Вид операции	Абсолютное количество	%
Холецистоеноаностомия	33	71,8%
Холецистоено- и гастроеноаностомия	2	4,3%
Гепатикоеноаностомия	6	13,1%
Холедоходуденоаностомия	5	10,8%

Во второй группе всем больным выполнена холедоходуоденостомия. Каких-либо технических трудностей при формировании анастомоза не отмечено ни разу.

Результаты и обсуждение

Из нормальной анатомии известно, что пузырный проток протяженностью 3–4 см и диаметром около 3 мм открывается в наружную стенку гепатикохоледоха на границе его верхней и средней третей, под умеренно острым углом, равным примерно 30°. Однако во время операций, выполняемых по поводу заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной области, у 15–67% больных встречаются различные отклонения в строении пузырного протока [5]. Изучение анатомического материала выявило следующее. Длина гепатикохоледоха колебалась в зависимости от типа телосложения — от 7–8 см при брахиморфном до 10–12 см при долихоморфном. При этом выявлено, что совокупная длина ретродуоденальной и панкреатической частей гепатикохоледоха колебалась от 2–3 см до 5–6 см, то есть составляла примерно от 40 до 50% его общей длины. Уровень слияния пузырного и общего печеночного протоков не зависел от типа телосложения. Впадение пузырного протока в панкреатической части гепатикохоледоха отмечено в 2 (8%) случаях. В 9 (36%) случаях слияние пузырного и общего печеночного протоков происходило в ретродуоденальной части. Впадение пузырного протока в гепатикохоледох в супрадуоденальной части отмечено в 14 (56%) случаях.

Аналогичные данные получены при изучении фистулохолангиографий. В 49 (42,6%) случаях слияние пузырного протока и гепатикохоледоха происходило в дистальной половине последнего, что соответствует его ретродуоденальной и панкреатической части. При этом впадение пузырного протока в дистальную треть гепатикохоледоха отмечено в 22 (19,1%) случаях.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют, что локализация места слияния пузырного протока и гепатикохоледоха существенно отличается от так называемой анатомической нормы. Впадение пузырного протока в гепатикохоледох более чем в 40% случаев происходит в его ретродуоденальной или панкреатической части, что имеет большое значение при опухолевых поражениях головки поджелу-

дочной железы. Обязательным условием для выполнения холецистоюностомии должны быть: проходимость пузырного протока и расположение места слияния пузырного и общего желчного протоков не менее чем на 1,5–2 см проксимальнее опухоли. При раке головки поджелудочной железы опухолевый процесс сдавливает общий желчный проток в его панкреатической или ретродуоденальной части. Сдавление супрадуоденальной части происходит крайне редко. Из этого следует, что угроза блокады пузырного протока и прекращения функции холецистоюноанастомоза по мере роста опухоли имеет место примерно у 40% таких больных. Билиодигестивный анастомоз с супрадуоденальной частью гепатикохоледоха наиболее удален от опухолевого процесса.

Изучение результатов обследования и хирургического лечения 89 больных раком головки поджелудочной железы, осложненным механической желтухой, выявило следующее. Запустевание желчного пузыря вследствие сдавления пузырного протока опухолью было отмечено у 7 (7,8%) больных. Сдавление двенадцатиперстной кишки, нарушающее эвакуацию из желудка и подтвержденное рентгенологически, отмечено у 2 (2,3%) больных. При ФГДС прорастание двенадцатиперстной кишки в нисходящей ее части с изъязвлением слизистой оболочки было выявлено у 3 (3,5%) больных.

Применение методики минилапаротомии для наложения билиодигестивных анастомозов позволило существенно улучшить результаты лечения. Течение послеоперационного периода во многом связано не с объемом хирургического действия непосредственно в брюшной полости, а с размерами и локализацией операционной раны. Обширная операционная травма брюшной стенки во многом обуславливает развитие в послеоперационном периоде гнойно-септических осложнений и осложнений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем. У больных с механической желтухой тяжесть оперативного вмешательства нередко обуславливает развитие или прогрессирование уже имеющейся печеночно-почечной недостаточности. В результате внедрения минилапаротомии отмечено снижение числа послеоперационных осложнений по сравнению с тради-

ционной методикой оперирования. Частота и виды послеоперационных осложнений представлены в таблице 2.

В послеоперационном периоде в первой группе больных, оперированных из стандартного доступа, умерло 8 (17,4%) больных. Причинами смерти явились в 5

случаях печеночно-почечная недостаточность, в 2 — внутрибрюшные гнойные осложнения, в 1 — острая сердечно -сосудистая недостаточность. Во второй группе больных умерло 2 (4,6%). Причинами смерти в обоих случаях была нарастающая печеночно-почечная недостаточность.

Таблица 2

**Частота и виды послеоперационных осложнений
у больных механической желтухой опухолевого генеза**

Виды осложнений	Первая группа		Вторая группа	
	Абсолютное количество	%	Абсолютное количество	%
Печеночно-почечная недостаточность	6	13	4	9,3
Внутрибрюшные гнойные осложнения	4	8,7	—	—
Нагноение операционной раны	5	10,9	2	4,6
Послеоперационная пневмония	2	4,3	—	—
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	1	2,2	—	—

Отдаленные результаты хирургического лечения были изучены у 29 больных первой группы и 32 — второй. Качество и продолжительность жизни после паллиативных операций определялись, в первую очередь, распространностью злокачественного процесса и скоростью его развития. Из 29 больных первой группы 12 (41,4%) умерли в первые 6 месяцев, остальные прожили от 7 до 14 месяцев. В сроки до 6 месяцев у 8 (27,6%) больных развился рецидив желтухи. Всем этим больным был наложен холецистоэнтероанастомоз. Во второй группе из 32 больных в первые 6 месяцев умерли 11 (34,4%), остальные прожили от 7 до 15 месяцев. Рецидивов желтухи у этих больных не отмечено. У одного больного через 2,5 месяца после операции появились признаки сдавления двенадцатиперстной кишки, что потребовало повторной операции с формированием гастроэюноанастомоза из минилапаротомного доступа.

Таким образом, билиодigestивные анастомозы с желчным пузырем при раке головки поджелудочной железы, осложненным механической желтухой, наименее выгодны. У таких больных наиболее целесообразны малотравматичные операции из минилапаротомного доступа с формированием холедоходуodenальных анастомозов,

которые хорошо переносятся больными, относительно просты в техническом исполнении, по своей эффективности не уступают другим видам паллиативных вмешательств, а в ряде случаев и превосходят их. Внедрение этих операций существенно сокращает количество послеоперационных осложнений и летальность у этой категории больных и экономические затраты на их лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алибегов Р.А., Бесконный А.А., Покусаев Б.П., Некрасов А.Ю., Сергеев О.А. // Российский онкологический журнал. — 1998. — № 3. — С. 36—38.
2. Блохин Н.И., Итин А.Б., Клименник А.Л. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей. — М.: Медицина, 1982. — 272 с.
3. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. — М.: Медицина, 1995. — 512 с.
4. Малярчук В.И., Базилевич Ф.В., Федоров А.Г., Давыдова С.В. // Эндоскопическая хирургия. — 2003. — № 6. — С. 29—34.
5. Ревякин В.И., Ховалыч Д.Д. // Анналы хирургии. — 2003. — № 1. — С. 39—43.
6. Черкасов В.А., Зубарева Н.А., Горовиц Э.С. // Вестник хирургии. — 2002. — № 2. — С. 111—114.
7. Ярема И.В., Попов Ю.П., Филиппов С.Ю., Смирнов Г.Г. // Вестник хирургии. — 2003. — № 3. — С. 27—30.

Поступила 25.03.2005