

Транспапиллярное дуоденобилиарное и чрескожное дренирование для восстановления желчеоттока при механической желтухе, обусловленной поражением головки поджелудочной железы.

Криворучко И.А., Сариян И.В., Тесленко Н.Н., Гончарова Н.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

В последнее время в лечении больных с механической желтухой различной этиологии все чаще предпочтение отдается малоинвазивным, в том числе и эндоскопическим способам восстановления желчеоттока как самостоятельным лечебным процедурам, так и этапным, предшествующим выполнению лапаротомных операций, а также способами, корригирующими ранние и поздние осложнения последних.

**Целью исследования** была оценка эффективности транспапиллярного и чрескожного восстановления желчеоттока при механической желтухе опухолевой и неопухолевой этиологии, обусловленной поражением головки поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** С 2008 по 2012 гг. минимально инвазивные методы восстановления желчеоттока при механической желтухе были предприняты у 134 больных обоего пола в возрасте от 37 до 86 лет. Рак головки поджелудочной железы (ПЖ) был у 103 (76,9%), хронический панкреатит (ХП) – у 31 (23,1%). Кроме общих клинических методов исследования крови и мочи, биохимического исследования, анализа коагулограммы, большинству больных выполнялось исследование онкомаркеров (РЭА, СА 19-9, СА 15-3) в зависимости от полученных данных УЗИ, СКТ (с/без контрастирования), ФГДС, ЭРХПГ, МРТ.

Транспапиллярное стентирование выполняли с помощью пластиковых стентов после предварительной папиллосфинктеротомии и в большинстве случаев при первичном дренировании устанавливали один крупнокалиберный стент (10-12 Fr). Формирование холецистостомы осуществляли под контролем УЗИ, видеолапароскопа или из мини доступа в правом подреберье под местной анестезией с использованием катетера Фолея, что определялось состоянием больных и распространенностью патологического процесса.

**Результаты исследования.** Острую желтуху наблюдали у 63 (47%), острую затянувшуюся у 46 (34,3%) и хроническую у 25 (18,7%) больных. Средний уровень общего билирубина был  $245,7 \pm 89,2$  мкмоль/л (от 188,2 до 618,4).

Первичное транспапиллярное желчеотведение было успешным у 28 (69,4%) из 36 пациентов (30 – с blastomatозной обструкцией, 6 – с ХП). Неудачи стентирования в большинстве случаев были связаны с высоким и протяженным поражением желчного протока или распространением опухолевого процесса на стенку двенадцатиперстной кишки, в связи с чем 8 больным была наложена холецистостома. Осложнения были отмечены у 7 из 28 пациентов: в 3 случаях - острый панкреатит, в 4 - кровотечение после ЭПСТ. Ни одно из осложнений не потребовало хирургического вмешательства и не привело к летальному исходу. Из числа больных с установленными стентами после ликвидации желтухи оперативное лечение было предпринято у 26 больным: выполнить ГПДР по Уипплу (R0) удалось у 11 с раком головки ПЖ, дуоденосохраняющую резекцию головки у 6 с ХП. У 9 пациентов с распространенным blastomatозным процессом радикальных хирургических вмешательств не проводилось и транспапиллярное стентирование явилось окончательным методом восстановления желчеоттока, позволившем отказаться от выполнения паллиативного хирургического вмешательства.

Холецистостомию под контролем УЗИ выполнили у 45 больных (20 – с раком головки ПЖ, 25 – с ХП). Осложнения возникли у 7 (15,5%) больных в виде дислокации катетера в свободную брюшную полость без развития распространенного перитонита, потребовавшее выполнения видеолапароскопии и повторного наложения холецистостомы. Из 20 больных с blastomatозной желтухой радикальная операция (R0) была выполнена 6 пациентам. Из 24 больных ХП у 14 были выполнены дуоденосохраняющие вмешательства, у 11 – ГПДР по Уипплу (6) и у 5 – ПДР по Транверзо-Лонгмайру.

Видеолапароскопическую холецистостомию выполнили у 25 и наложение холецистостомы из мини доступа – у 29 больных с раком головки ПЖ. Из числа этих пациентов выполнить ГПДР по Уипплу (R0) удалось у 11.

Послеоперационная летальность составила 3% при раке головке ПЖ, при оперативном лечении ХП летальных исходов не было.

**Выводы.** Малоинвазивные методы восстановления желчеоттока при механической желтухе, обусловленной поражением головки ПЖ, являются эффективными в качестве самостоятельных лечебных процедур, этапных, предшествующие выполнению лапаротомных операций, а также способами, корригирующими ранние и поздние осложнения последних.