

Бахтин В. А., Янченко В. А., Аракелян С. М.

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТРИКТУРАМИ  
ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ, ОСЛОЖНЕННЫМИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

Адрес статьи: [www.gramota.net/materials/1/2007/6/4.html](http://www.gramota.net/materials/1/2007/6/4.html)

Статья опубликована в авторской редакции и отражает точку зрения автора(ов) по рассматриваемому вопросу.

Источник

**Альманах современной науки и образования**

Тамбов: Грамота, 2007. № 6 (6). С. 16-20. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: [www.gramota.net/editions/1.html](http://www.gramota.net/editions/1.html)

Содержание данного номера журнала: [www.gramota.net/materials/1/2007/6/](http://www.gramota.net/materials/1/2007/6/)

**© Издательство "Грамота"**

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: [www.gramota.net](http://www.gramota.net)

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: [almanac@gramota.net](mailto:almanac@gramota.net)

избыточной продукции. Рассматривая возможность нарушения регуляции, на уровне ИЛ, следует иметь ввиду, что они также могут моделировать продукцию и экспрессию протеинов, которые способствуют ускользанию опухоли из-под иммунологического контроля.

#### Список литературы

- Бережная Н. М., Чехун В. Ф.** Система интерлекинов и рак. Киев, 2000. 224 с.
- Сорокин А. М., Моисеева Н. Б., Чередеев А. Н., Фролова И. С.** Система интерферон – естественные клетки-киллеры у больных с опухолями яичников. // Акушерство и гинекология. – 1988. №5. – С. 23-27.
- Alleva D. G., Burger C. J., Elgert K. D.** Tumor-induced regulation of suppressor macrophage nitric oxide and TNF-alpha production. Role of tumor-derived IL-10, TGF-beta, and prostaglandin E2 // J Immunol. 1994 Aug 15; 153(4): 1674-86.
- Beutler B.** Endotoxin, tumor necrosis factor, and related mediators: new approaches to shock. // New Horiz. 1993. Feb. - 1(1): 3-12.
- Bevilacqua M. P.** Endothelial-leukocyte adhesion molecules // Annu Rev Immunol. 1993. - 11: 767-804.
- Cho K., Adamson L.K., Greenhalgh D.G.** Parallel self-induction of TNF-alpha and apoptosis in the thymus of mice after burn injury // J. Surg. Res. 2001. Jun 1. - 98(1): 9-15.
- Dinarello C. A.** Interleukin-1? Interleukin-1 receptors and interleukin-1 antagonist. Int. Rev. Immunol. 1998. - 16(5-6):457-99.
- Farrar M. A., Schreiber R. D.** The molecular cell biology of interferon-gamma and its receptor // Annu. Rev. Immunol. 1993. - 11: 571-611.
- Ghosh P., Komschlies K., Cippitelli M., Longo D., Subleski J.** Gradual loss of T-helper I population in spleen of mice during progressive tumor growth // J. Natl. Canc. Inst. 1995. - 87: 1478-83.
- Giroir B. P., Brown T., Beutler B.** Constitutive synthesis of tumor necrosis factor in the thymus // Proc. Natl. Acad. Sci. U S A. 1992., Jun 1. - 89(11):4864-8.
- Mohanraj B., Olson M., Moradi M.** Human ovarian epithelial cancer cells cultured in vitro express both IL-1a and b genes // Cancer Res. – 1992. – Vol. 52. – P. 2248-52.
- Naylor M. S., Malik S. T., Stamp G. W., Jobling T., Balkwill F. R.** In situ detection of tumour necrosis factor in human ovarian cancer specimens // Eur. J. Cancer. 1990. - 26(10): 1027-30.
- Romagnani S.** Human TH1 – TH2 subsets: «Eppur si muove»! // Eur. Cyt. Network. 1994. - 5(1): 7-12.
- Sabatini M., Yates A. J., Garrett I. R., Chavez J., Dunn J. F., Bonewald L., Mundy G. R.** Increased production of tumor necrosis factor by normal immune cells in a model of the humoral hypercalcemia of malignancy // Lab Invest. 1990, Nov. - 63(5): 676-82.
- Stovroff M. C., Fraker D. L., Travis W. D., Norton J. A.** Altered macrophage activity and tumor necrosis factor: tumor necrosis and host cachexia // J Surg Res. 1989, May. - 46(5): 462-9.
- Thiunn N., Pages S., Flam T., Tartour E., Mosseri V.** IL-6 is a survival prognostic factor in renal cell carcinoma // Immunol. Lett. 1997. - 58: 121-4.
- Yamazaki M., Okutomi T.** Augmentation of release of cytotoxin from murine bone marrow and peritoneal macrophages by tumor transplantation // Cancer Res. 1989, Jan 15. - 49(2):352-6.

### ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТРИКТУРАМИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ, ОСЛОЖНЕННЫМИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

*Бахтин В. А., Янченко В. А., Аракелян С. М.  
ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия»*

В последние годы отмечается стойкая тенденция к росту количества больных со злокачественными новообразованиями внепеченочных желчных протоков (ВЖП) [5; 8; 7]. Как правило, для больных с данным заболеванием характерно раннее развитие и быстрое нарастание обтурационной механической желтухи [2; 6; 4; 10]. Поздняя диагностика, сложная хирургическая доступность зоны поражения, прогрессирующее

ухудшение состояния больных делают проблему радикального лечения опухолевой желтухи исключительно сложной [1; 3; 9].

В клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА с 1996 по 2007 год находились под наблюдением 134 больных (женщин-57, мужчин-77) с опухолевыми поражениями ВЖП, осложненными механической желтухой, в возрасте от 31 до 82 лет.

Все пациенты со злокачественным поражением ВЖП поступали в клинику с синдромом механической желтухи. Концентрация билирубина в сыворотке крови при госпитализации составляла от 35,6 до 770,3 мкмоль/л (в среднем  $282,1 \pm 15,2$  мкмоль/л).

У 85 больных (63,4%) типичным клиническим проявлением холестаза был кожный зуд, в 69 случаях (51,5%) заболевание осложнилось клиникой гнойного холангита, при этом у 5 больных были выявлены множественные холангиогенные абсцессы печени. У 58 больных (43,3%) имели место признаки портальной гипертензии в виде асцита и спленомегалии.

Точный диагноз до поступления в хирургическую клинику был установлен лишь у 75 пациентов, что составило 55,9% от общего количества больных.

36 больных (26,8%) поступили в клинику из инфекционных больниц и терапевтических отделений, куда поступали с диагнозом «гепатит с синдромом холестаза». Безуспешное консервативное лечение в течение 3–6 недель потребовало пересмотра диагноза и направления этих больных в хирургическую клинику для уточнения причины механической желтухи и оперативного вмешательства. Восемью больным (5,9%) со злокачественными опухолями ВЖП до поступления в клинику госпитальной хирургии была выполнена холецистэктомия, во время которой не было распознано опухолевое поражение ВЖП. Четверо больных (2,9%) поступили в клинику с наружными желчными свищами, наложенными в других лечебных учреждениях, 7 больных (5,2%) были направлены в клинику с предварительным диагнозом «желчнокаменная болезнь, осложненная механической желтухой», 4 больных (2,9%) поступили в клинику с подозрением на рак головки поджелудочной железы.

В целях дифференциальной и топической диагностики всем больным выполняли ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Состояние висцеральных сосудов оценивали в режиме цветного доплеровского картирования кровотока. По данным УЗИ точный топический дооперационный диагноз рака ВЖП нами установлен у 63 больных, что составило 47,0%.

Из 134 пациентов компьютерная томография выполнена у 55 пациентов (41,0%), магнитно-резонансная томография (МРТ) в режиме бесконтрастной МР-холангиографии у 23 пациентов (17,1%).

Эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ) выполнена 13 больным. При ЭРХГ контрастируются ЖВП ниже опухолевого препятствия и судить о распространенности патологического процесса в проксимальном направлении трудно. В связи с этим 7 больным ЭРХГ дополнена ЧЧХГ, что позволило определить точное топическое расположение и распространение опухоли в желчных протоках и определить хирургическую тактику.

32 больным (23,9%) после предварительной чрескожной чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС) выполнена чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ). Данный метод позволял определить причину желтухи, локализацию и степень распространения опухолевого процесса в проксимальном направлении.

Комплекс диагностических исследований позволил верифицировать опухолевое поражение внепеченочных желчных протоков у 127 больных, что составило 94,7%. У остальных больных диагноз установлен во время оперативного вмешательства.

Выбор метода хирургического лечения зависел от топографо-анатомической локализации опухоли ВЖП. При исследовании у 21 пациента было выявлено дистальное расположение опухоли, у 91 – проксимальное, и у 22 выявлено тотальное поражение ВЖП. Больные с локализацией опухоли в зоне слияния долевых протоков (гиллюсный

рак, проксимальное расположение опухоли) распределились по классификации Н.Вismuth [11] следующим образом: I тип (проксимальный отдел общего желчного протока без перехода на область слияния долевых протоков) – 9 больных; II тип (проксимальный отдел общего печеночного протока (ОПП) с переходом на область слияния) – 4; III-A тип (проксимальный отдел ОПП с переходом на правый печеночный проток) – 7; III-B тип (проксимальный отдел ОПП с переходом на левый печеночный проток) – 4; IV тип (проксимальный отдел ОПП с переходом на долевые печеночные протоки) – 67 больных.

134 больным выполнено 180 оперативных вмешательств. 87 больных (64,9%) оперированы в один этап, 46 (35,1%) – в два этапа.

Радикальные оперативные вмешательства удалось выполнить у 29 больных (21,6%), из них 18 (13,4%) оперированы в два этапа.

Резекция ВЖП при I и II типе (Н.Вismuth) выполнена 13 больным (9,7%), из них 7 больным наложен первичный гепатикоюноанастомоз на отключенной по Ру тонкой кишке, 2 - гепатикоюноанастомоз на транспеченочном дренаже (ТПД) по Прадери-Смиту. Четырем больным, как первый этап радикального хирургического вмешательства после резекции ВЖП, выполнено ТПД по Сейпол-Куриану. Через 4 месяца этим больным выполнен реконструктивный этап хирургического лечения – гепатикоюноанастомоз на отключенной по Ру тонкой кишке.

11 больным с III-A и III-B типом (Н.Вismuth) радикальное удаление опухоли ВЖП производилось в сочетании с резекцией печени. Четырем больным выполнена левосторонняя гемигепатэктомия с первичным гепатикоюноанастомоз на отключенной по Ру тонкой кишке. 7 больным произведена правосторонняя гемигепатэктомия, из которых 3 выполнен первичный гепатикоюноанастомоз по Ру, 2 – гепатикоюноанастомоз по Ру на ТПД по Прадери-Смиту. У 2 больных после резекции ВЖП с правосторонней гемигепатэктомией операция завершена сквозным ТПД по Сейпол-Куриану с последующим реконструктивным оперативным вмешательством через 4 месяца.

При раке дистального отдела ВЖП (5 больных) стандартной радикальной операцией явилась гатропанкреатодуоденальная резекция с удалением клетчатки, лимфатических узлов и лимфатических сосудов из печеночно-двенадцатиперстной связки.

подавляющему большинству больных – 102 (76,1%), - было выполнено паллиативное желчеотведение, из них 28 (20,9%) – оперированы в два этапа.

Противопоказанием для радикального оперативного вмешательства явились: наличие отдаленных метастазов у 21 больного (15,6%), билобарное распространение опухоли на сегментарные желчные протоки и обеих ветвей воротной вены у 31 больных (23,1%), прорастание основного ствола воротной вены на значительном протяжении у 17 больных (12,7%), прорастание верхних брыжеечных сосудов на значительном протяжении у 27 больного (20,1%), преклонный возраст больного при наличии у них тяжелой соматической патологии – 23 больных (17,1%).

подавляющему большинству больных (102) было выполнено паллиативное желчеотведение, что составило 76,1% от общего количества больных, из них 28 (20,9%) – оперированы в два этапа. Противопоказанием для радикального оперативного вмешательства явились: наличие отдаленных метастазов у 21 больного (15,6%), билобарное распространение опухоли на сегментарные желчные протоки и обеих ветвей воротной вены у 31 больных (23,1%), прорастание основного ствола воротной вены на значительном протяжении у 17 больных (12,7%), прорастание верхних брыжеечных сосудов на значительном протяжении у 27 больного (20,1%), преклонный возраст больного при наличии у них тяжелой соматической патологии – 23 больных (17,1%). Наружное желчеотведение выполнено 15 больным (11,2%): гепатикохолангиостомия – 11 (8,2%), гепатохолангиостомия по Бурлуи – 4 (2,9%). Внутреннее желчеотведение выполнено 32 больным (23,8%): холецистоеюноанастомоз – 5 (3,7%),

холедоходуоденоанастомоз – 3 (2,2%), холедоеюноанастомоз – 4 (2,9%), гепатикоеюноанастомоз – 4 (2,9%), гепатикоцистоеюноанастомоз – 2 (1,5%), гепатикоеюноанастомоз на ТПД по Прадери-Смиту по методике клиники – 7 (5,2%), гепатикоеюноанастомоз на ТПД по Сейпол-Куриану – 4 (2,9%), гепатоеюноанастомоз на ТПД по Прадери-Смиту – 3 больным (2,2%). Реканализация и эндопротезирование желчных путей выполнено 51 больному (38,0%): реканализация желчных протоков с ТПД по Прадери-Смиту – 8 (5,9%), реканализация желчных протоков с ТПД по Сейпол-Куриану – 21 (15,6%), реканализация желчных протоков с внутренним эндопротезированием расщепленным дренажем (авторское свидетельство №175046 от 22.04.85) – 22 больным (16,4%). Паллиативная резекция печени с внутренним желчеотведением выполнено 4 больным (2,9%).

Трем больным из-за выраженного распространения опухолевого процесса и множественных метастазов в печень, канцероматоза брюшины ограничили диагностической лапароскопией или лапаротомией.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 38 больных (28,3%): внутрибрюшное холемическое кровотечение у 6 (4,4%); желчный перитонит в связи с несостоятельностью билиодегистивного анастомоза у 7 (5,2%); поддиафрагмальный абсцесс у 2 (1,5%); нагноение операционной раны у 2 (1,5%); гнойный холангит – у 7 (5,2%); острая печёчно-почечная недостаточность у 12 (8,9%); острая сердечно-сосудистая недостаточность у 2 пациентов (1,5%).

Из 134 больных со злокачественным новообразованием ВЖП, осложненных механической желтухой, в раннем послеоперационном периоде умерло 12, что составило 8,9%.

Таким образом, хирургическое лечение больных с опухолями ВЖП, осложнёнными механической желтухой, остаётся актуальной проблемой. Это обусловлено поздней диагностикой, низким числом радикальных операций и высокой степенью операционного риска. Паллиативные оперативные вмешательства являются единственным способом оказать помощь больным с неоперабельным опухолевым поражением внепеченочных желчных протоков, с сохранением удовлетворительного качества жизни.

#### *Список литературы*

1. **Бахтин В. А., Сухоруков В. П., Янченко В. А.** Проблемы лечения рака проксимальных желчных протоков // *Анналы хирургической гепатологии: Материалы 10-й Юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ.* М., 2003. - 8: 2: 165.
2. **Вишневский В. А., Кубышкин В. А., Чжао А. В., Икрамов Р. З.** Операции на печени. Руководство для хирургов. – М.: «МИКЛОШ», 2003.
3. **Гальперин Э. И., Кузовлев Н. Ф., Чевочкин А. Ю.** Радикальное лечение рака желчных протоков // *Первый московский международный конгресс хирургов.* – М., 1995. – С. 248-249.
4. **Данилов М. В., Глабай В. П., Кустов А. Е., Гаврилин А. В., Пономарев В. Г., Матвеева Г. К., Саидов С. С.** Хирургическое лечение больных механической желтухой опухолевой этиологии // *Анналы хирургической гепатологии.* 1997 – Т. 2. – С. 110-116.
5. **Ермолов А. С., Юрченко С. В., Дасаев Н. А.** Декомпрессия Желчевыводящих путей для подготовки больных с обтурационной желтухой и холангитом к радикальной операции // *Хирургия.* – 1994. – № 9. – 24 с.
6. **Журавлев В. А., Бахтин В. А.** Гилусные опухоли желчных протоков, осложненные механической желтухой и их хирургическое лечение. Первый московский международный конгресс хирургов. М., 1995. – 295 с.
7. **Мумладзе Р. Б., Чеченин Г. М., Эминов М. З. и др.** Возможности чрескожных эндобилиарных вмешательств у больных с механической желтухой // *Хирургия.* – 2005. – № 5. – 23 с.
8. **Слесаренко С. С., Федоров В. Э.** Паллиативные хирургические вмешательства при опухолевой механической желтухе. *Анналы хирургической гепатологии: Материалы 10-й Юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ.* М., 2003. - 8: 2: 175.

9. Третьяков А. А., Слепых Н. И., Золотухин С. В. Хирургическая коррекция желчеоттока при высокой блокаде желчных путей // *Анналы хирургической гепатологии: Материалы 10-й Юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ*. М., 2003. - 8: 2: 176.
10. Федоров В. Д., Вишневский В. А., Кубышкин В. А., Чжао В. А., Икрамов Р. З., Гаврилин А. В. Хирургическое лечение рака общего печеночного протока // *«Кремлевская медицина. Клинический вестник»* № 2, 2000.
11. Bismuth H., Corlette M. B. Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver // *Surg. Gynecol. Obstet.* – 1975. – Vol. 140. – P. 170.

## ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

*Бахтин В. А., Янченко В. А., Чикишев С. Л.  
ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия»*

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) считается одной из самых сложных операций, выполняемых в абдоминальной хирургии [1, 2, 3]. Опыт ведущих хирургических клиник показывает, что процент радикальных операций при злокачественных образованиях билиопанкреатодуоденальной зоны невысок и достигает 5-23% больных [4]. Несмотря на значительное уменьшение летальности после ПДР, с 17-42% до 6 - 12%, количество тяжелых осложнений все еще остаются высокими [1, 7].

К наиболее часто встречающимся осложнениям, относят несостоятельность панкреатоюно - и билиодигестивного анастомозов, которые в свою очередь приводят к послеоперационному панкреатиту, формированию панкреатических свищей, внутрибрюшным или желудочно-кишечным кровотечениям, образованию внутрибрюшных абсцессов [5, 6].

С 1991 по 2007 год в клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА на базе I хирургического отделения Кировской областной клинической больницы находилось на лечении 2276 больных с заболеваниями билиопанкреатодуоденальной зоны. Из них 94 пациентам была выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция в различных её модификациях, что составило 7,8 %.

Все больные были разделены на 2 группы. В I группе наблюдали 71 больных (75,5%), которые оперированы с различными вариантами реконструктивно - восстановительного этапа без декомпрессии панкреато- и билиодигестивного анастомоза и 23 - (24,5%) больных (II группа) с декомпрессией выше указанных анастомозов. Из 94 пациентов - 67 (71,3%) — мужчины в возрасте от 32 до 68 лет, 27 (28,7%) — женщины в возрасте от 39 до 67 лет. Средний возраст мужчин и женщин соответственно  $49,9 \pm 8,8$  и  $53,9 \pm 7,8$  лет. По поводу рака головки поджелудочной железы оперированы 43 (45,7%) пациента, 29 больных (30,9%) оперированы по поводу рака БДС с инвазией в головку поджелудочной железы, хронический псевдотуморозный панкреатит послужил показанием к операции у 18 больных (19,1%), рак дистального отдела холедоха - у 3 (3,2%), злокачественная шваннома забрюшинного пространства с прорастанием в головку поджелудочной железы - у 1 (1,1%) пациента.

У большинства пациентов - 68 (72,3%), - при поступлении регистрировалась механическая желтуха, уровень билирубина составлял от 5,8 до 760,7 мкмоль/л, в среднем  $139,9 \pm 92,8$  мкмоль/л, прямая фракция от 22,7 до 542,4 мкмоль/л, в среднем  $111,8 \pm 102,9$  мкмоль/л. Длительность желтушного периода варьировала от 1 недели до 16 недель (в среднем 11 недель).

У 13 (18%) пациентов основному этапу радикальной операции - резекции панкреатодуоденального комплекса, предшествовали различные виды паллиативных желчеотводящих вмешательств, часть из которых - (7 наблюдений), при уровне