

## Хирургическое лечение больных механической желтухой опухолевой этиологии

М. В. Данилов,  
В. П. Глабай,  
А. Е. Кустов,  
А. В. Гаврилин,  
В. Г. Пономарев,  
Г. К. Матвеева,  
С. С. Саидов  
Кафедра хирургии  
ФППО (зав. -  
академик РАМН В.Д.  
Федоров) ММА им.  
И.М. Сеченова,  
Москва

Представлен опыт лечения 259 больных с опухолевым поражением органов гепато-билиопанкреатической системы (ООГБПС), которым с 1976 по 1995 гг. были выполнены 71 ПДР, 16 резекций печеночных протоков и 172 паллиативных желчеотводящих вмешательства. При дистальном опухолевом блоке гепатикохоледоха лучшие результаты получены при двухэтапном паллиативном вмешательстве, включающем на первом этапе ЛХС или ЧГХС, а на втором — наложение гепатикоюноанастомоза. Выполнение ЭПСТ как первого желчеотводящего этапа лечения давало благоприятные результаты лишь при раке БДС. Применение ЭПСТ при опухоли головки ПЖ и дистального отдела холедоха (22 больных) было неэффективным и приводило к развитию кровотечений и гнойного холангита. ПДР также предпочитали выполнять (у 28 больных) после предварительной декомпрессии желчных путей закрытыми способами. При двухэтапных лапаротомных вмешательствах лучшие условия для осуществления реконструктивного этапа ПДР имели место после предварительного формирования терминалолатерального ГЕА. Ранее наложенные анастомозы желчного пузыря гепатикохоледоха с двенадцатиперстной кишкой и желудком затрудняли выполнение ПДР. У больных с проксимальным опухолевым блоком гепатикохоледоха эффективным "закрытым" методом декомпрессии было наложение чрескожной гепатикохолангиостомы, одно- (24) или двусторонней (4). У 18 больных ЧГХС была окончательным, а у 10-этапным методом декомпрессии желчных путей. При непродолжительной проксимальной опухолевой обтурации печеночных протоков, их резекция может быть осуществлена одномоментно (6 больных).

## Surgical Treatment of Patients with Malignant Obstructive Jaundice

M. V. Danilov,  
V. P. Glabay,  
A. E. Kustov,  
A. V. Gavrilin,  
V. G. Ponomarev,  
G. K. Matveeva,  
S. S. Saidov  
Department of Surgery  
FPE (director -  
academician RAMSci  
V.D. Fedorov)  
Sechenov MMA,  
Moscow

259 patients with hepato-bilio-pancreatic region malignancies underwent 71 PUR, 16 hepatic ducts resections and 172 palliative draining interventions treatment experience is represented. Double step palliative intervention in distal malignant occlusion has given the best results. It has percutaneous transhepatic cholangiostomy for the first step and hepaticojunostomy on the second. Endoscopic papillotomy has given favorable results only in cases with cancer of papilla major. Endoscopic papillotomy in tumors of the head of the pancreas and distal bile duct (22 patients) was ineffective and followed by bleeding and suppurative cholangitis. Pan-creatoduodenal resection (PDR) was applied after decompression of bile ducts by percutaneous ("closed") procedures (28 patients). In double step laparotomic interventions best conditions for reconstructive PDR step has defected after constructing of terminal-lateral hepaticojunostomy. Applying of PDR was difficult after cholecysto- or hepaticoduodeno- or gastrostomy constructed earlier. In patients with tumor occlusion of proximal bile duct percutaneous hepatocholangiostomy was an effective "closed" procedure (24 pts had one-side, 4 pts had two-side hepatocholangiostomy). In patients with short-time proximal tumor occlusion of the bile ducts resection may be carried out in one step (6 patients).

Больные с первичными и метастатическими опухолями органов гепатобилиарнопанкреатической системы (ООГБПС) - головки поджелудочной железы, большого дуоденального сосочка (БДС), двенадцатиперстной кишки, магистральных желчных протоков, желчного пузыря - требуют, как правило, оказания неотложной хирургической помощи. Поводом к экстренной госпитализации обычно является развитие синдрома холестаза, иногда в сочетании с острым холангитом.

Последние два десятилетия характеризуются совершенствованием методов радикальных операций и традиционных "открытых" желчеотводящих вмешательств, а также разработкой "бескровных" или "закрытых" способов наружного, реже внутреннего желчеотведения при ООГБПС, осуществляемых эндоскопическим или чрескожным путем под контролем

рентгеноскопии, УЗИ, КТ. Внедрение этих способов позволило оказывать хирургическую помощь даже наиболее тяжелым и престарелым больным, значительно снизив показатель летальности и улучшив качество оставшейся жизни. Вместе с тем, в ходе разработки способов хирургического лечения больных с ООГБПС возникает целый ряд проблем и спорных вопросов, которые ждут ответа и решения:

- 1) оценка эффективности, преимуществ и недостатков различных "закрытых" и "открытых" методов декомпрессии желчных путей при опухолевой механической желтухе;
- 2) оправданно ли стремление использовать одинаковые методы декомпрессии желчных путей при дистальном и проксимальном опухолевом блоке билиарного тракта;
- 3) нет четкой оценки целесообразности декомпрессии желчных путей в качестве первого этапа радикальных операций на органах ГБПС и ясности в критериях выбора оптимального способа декомпрессии, облегчающих выполнение второго этапа радикального вмешательства.

### Материал и методы

В данном сообщении представлен опыт лечения 259 больных с опухолевым поражением органов гепатобилиопанкреатической системы (ООГБПС), которым с 1976 по 1989 гг. были выполнены 37 ПДР (М.В. Данилов), а с 1990 по 1995 г. - 50 радикальных и 172 паллиативные операции (табл. 1). Длительность желтухи составила от нескольких дней до 90 суток, у 60% больных гипербилирубинемия была на уровне от 100 до 300 ммоль/л. 33.6% (87) больных ранее оперированы в других лечебных учреждениях и переведены для выполнения повторных реконструктивных операций.

Анализ проведен в двух группах больных: I гр. - больные с обтурацией дистального отдела билиарного тракта (опухоль головки ПЖ, БДС, ТОХ, двенадцатиперстной кишки); и II гр. - больные с обтурацией проксимального отдела желчных путей (рак печеночных протоков желчного пузыря, метастатическое поражение лимфоузлов гепатодуоденальной связки и печени).

В алгоритм диагностики, кроме стандартного клинко-лабораторного исследования входили: УЗИ, ЭГДС, ЭРПХГ, КТ, ЧЧХГ, лапароскопия. В настоящее время показания к ЭРХПГ при подозрении на опухолевую обтурацию желчных путей нами значительно сужены - применяли лишь при возможности выполнить последующую эффективную ЭПСТ, в частности, при опухоли БДС или при изменении диагноза опухолевой обтурации на холедохолитиаз. Лапароскопию, как правило, выполняли у больных (64), которым планировали наложение лапароскопической холецистостомы (ЛХС). ЧЧХГ (34) обычно производили с целью последующего создания ЧЧХС, либо непосредственно перед лапаротомией у ранее оперированных больных. Компьютерная томография выполнена 102 больным.

Локализация опухоли	Число больных
Головка ПЖ	126
БДС	20
ТОХ	20
Двенадцатиперстная кишка (ДПК)	3
ЖП	11
Печеночные протоки	30
Метастатические опухоли:	
- дистальная	3
- проксимальная	9
<b>Итого</b>	<b>222</b>

### Результаты и их обсуждение

#### I. Оценка возможностей хирургического вмешательства у больных с дистальной опухолевой обструкцией желчных путей

Большинство отечественных хирургов при опухолевом блоке дистального отдела общего желчного протока (ОЖП) предпочитает осуществлять декомпрессию желчных путей с помощью их внутреннего дренирования, что позволяет добиться пролонгирования жизни и более высокого ее качества. Однако, остается невыясненным ряд вопросов: 1) выбор оптимальной разновидности билиодигестивного анастомоза (БДА); 2) преимущества и недостатки формирования БДА одномоментно и после предварительного эндоскопического желчеотведения; 3) выбор оптимального способа реконструктивной операции после перенесенных неэффективных хирургических вмешательств.

В зависимости от "фона", на котором были выполнены паллиативные желчеотводящие операции, больные с ООГБПС дистальной локализации распределены на 3 группы (табл. 2) I гр. - больные оперированные одновременно на высоте желтухи; II гр. - больные, которым произведена плановая желчеотводящая операция после предварительной декомпрессии желчных путей, "закрытым" или лапаротомным доступом; III гр. - больные, оперированные в экстренном порядке после неэффективных или осложненных "закрытых" желчеотводящих вмешательств.

У больных I и II группы варианты окончательного этапа желчеотводящего вмешательства существенно различались: в I группе одномоментную операцию относительно чаще завершали наложением холецистоюноанастомоза (23), тогда как гепатикоеюноанастомоз (ГЕА) сформировали у 18 и ХДА у II (у 2 больных их состояние и воспалительные изменения стенки общего желчного протока заставили отказаться от БДА - выполнили наружное дренирование ЖП); во II группе основной разновидностью билиодигестивного анастомоза был ГЕА (43) как правило, в сочетании с холецистэктомией значительно реже - ХДА (6) и лишь у 2 больных после ЛХС, был наложен холецистоюноанастомоз.

Таким образом, наружное отведение желчи позволяет в последующем у больных с дистальной опухолевой обтурацией билиарного тракта осуществить наиболее функционально выгодный вариант его внутреннего дренирования - наложение бокового или термилоатерального ГЕА. Как показывает анализ наших опубликованных наблюдений [4] продолжительность жизни больных после ГЕА превышает таковую у перенесших наложение холецистоюно- или холедоходуоденоанастомозов в 1.5-2 раза, а опасность рецидива обтурационной желтухи минимальная.

**Таблица 2. Характер паллиативных операций у больных с опухолевой обтурацией дистального отдела общего желчного протока**

Характер операции	Локализация опухоли												Всего			
	Головка ПЖ			БДС			ТОХ			ДПК				МТ		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III		I	II	III
Гепатикоеюностомия (ГЕА)	14	32	9	3	1		1	9	1	1					1	72
Холецистоюностомия (ХЦЕА)	19	2	4				3							1		29
Холедоходуоденостомия (ХДА)	9	5	10				1	1						1		27
Наружное дренирование холедоха	1		5			1										7
Холецистостомия (ХС)	1		1			1										3
Прочие										1*						1
<b>Итого</b>			112			6			17			1			3	139

\* 1 больному с опухолью ТОХ по поводу кровотечения после ЭПСТ выполнена дуоденотомия с прошиванием кровоточащего сосуда.

У больных III гр. с дистальной опухолевой непроходимостью билиарного тракта (табл. 3) вследствие неэффективности разрешения желтухи эндоскопическими или чрескожными методами, а также из-за возникновения осложнений - были вынуждены произвести экстренную (или срочную) операцию, в ходе которой устраняли последствия "закрытых" вмешательств на желчных путях и БДС и стремились восстановить адекватный желчеотток. Вынужденные операции выполнили 38 больным: из них - после ЛХС - 13, ЧЧХС - 3, ЭПСТ - 22. Неудовлетворительные исходы ЛХС обусловлены: наложением холецистостомы при опухолевой блокаде пузырного протока (2); был вызван перфорацией желчного пузыря (4); выпадением холецистостомической трубки с последующим желчным перитонитом (3); образованием подкапсульной гематомы печени (1), возникновением внутрипузырного кровотечения с тампонадой желчного пузыря (2); развитием деструктивного холецистита (1). В ходе повторной экстренной (срочной) операции у 10 больных выполнили холецистэктомию, с формированием БДА (у 8), или дренированием холедоха Т-образным дренажем (2) с благоприятным исходом. У 3 больных в связи с тяжелым состоянием произвели минимальное декомпрессивное вмешательство: - "открытую" холецистостомию (2) и ЧЧХС (1), но тем не менее 2 больных умерли.

После ЧЧХС срочные операции выполнили 3 больным в связи с подтеканием крови и желчи в брюшную полость, из них у 1 операцию закончили дренированием холедоха Т-образным дренажом, у 2 - наложением ХДА (1 больной умер).

У больных с опухолевой желтухой стандартным осложнением ЭПСТ было развитие гнойного холангита (у 20) и одновременно деструктивного холецистита (4), а также острого панкреатита (2). У 2 больных после ЭПСТ наблюдали массивное кишечное кровотечение с летальным исходом, несмотря на попытки гемостаза эндоскопическим, либо трансдуоденальным доступом. У больных с гнойным холангитом и деструктивным холециститом после ЭПСТ чаще применяли БДА с холецистэктомией (у 13 с благоприятным исходом): у 3 были вынуждены дренировать холедох Т-образным дренажом, а у 1 сформировать холецистостому (умер 1 больной). 1 больной раком ТОХ скончался после ЭПСТ от гнойного холангита и печеночной недостаточности (он не был оперирован).

**Таблица 3. Характер осложнений после малоинвазивных желчеотводящих вмешательств у больных с опухолевой обтурацией дистального отдела общего желчного протока**

Характер осложнений	Число наблюдений		
	ЛХС (n = 64)	ЭПСТ (n = 31)	ЧЧХС (n = 6)
- холангит		20	
- гемобилия	3		
- кровотечение в брюшную полость		2	3
- желчный перитонит	3		3
- перфорация желчного пузыря	4		
- блокада пузырного протока	2		
- деструктивный холецистит	1	4	
- острый панкреатит		2	
Итого	13	28	6

Приведенные результаты дают основание для отказа от ЭПСТ как самостоятельного или этапного метода декомпрессии желчных путей при дистальной опухолевой обструкции (рак холедоха и ПЖ) в связи малой эффективностью процедуры и большой частотой тяжелых осложнений. Исключение составляют лишь опухоли БДС, где этот метод позволяет эффективно подготовить больного к наложению билиодигестивного анастомоза или радикальному вмешательству.

## II. Оценка двухмоментных радикальных операций при дистальной опухолевой обтурации желчных путей

Со времени планомерного внедрения радикальных операций при ООГБПС, в первую очередь, ПДР (А. Whipple, 1935) - это вмешательство, как правило, выполняли двухмоментно, применяя в качестве первого этапа наложение билиодигестивного анастомоза. В последующем были показаны преимущества наружного желчеотведения как первого этапа радикальной операции при опухолях периапулярной зоны. Дальнейшие исследования позволили признать наиболее подходящими для этой цели эндоскопические и рентгеноэндобилиарные методы декомпрессии желчных путей.

Совершенствование обеспечения и техники ПДР дали основание многим зарубежным хирургам [6, 8] перейти к ее выполнению одномоментно на высоте желтухи при минимальном числе осложнений и летальных исходов. Однако обобщенный нами ранее опыт 182 ПДР [2] показывает, что в условиях позднего поступления больных с высокой билирубинемией, явлениями холангита, печеночной недостаточности, нарушениями системы гемостаза - более безопасно проведение операции в 2 этапа.

Двухэтапную ПДР (табл. 4) выполнили у 56 больных с дистальной опухолевой обтурацией желчных путей; опухоль головки ПЖ (21), БДС (27), ТОХ (6), двенадцатиперстной кишки (2). При выполнении двухэтапных ПДР актуальны: 1) выбор наиболее подходящего способа превентивной декомпрессии билиарного тракта; 2) определение оптимального срока радикального этапа хирургического вмешательства. Ранее мы сообщали [5] о преимуществе "закрытых" (эндоскопических, чрескожных) превентивных желчеотводящих операций, которые выполнили у 68,5% больных, на 1 этапе перед ПДР. Они в минимальной степени нарушали нормальные анатомические соотношения и создавали благоприятные условия для выполнения радикальной операции.

Таблица 4. Желчеотводящие вмешательства, предшествующие ПДР, при опухолевой обтурации дистального отдела общего желчного протока									
Характер желчеотводящих вмешательств	Локализация опухоли								Всего
	ГПЖ		БДС		ТОХ		ДПК		
ЛХС	5	5	5	0	1	1			17
ЭПСТ			2	6	0	1			9
ЧЧХС	0	2							2
Холецистоеюностомия	1	3	2	1	1	0	0	1	9
Холецистодуоденостомия			2	0					2
ГЕА	1	0	0	3	0	1	1	0	6
ХДА			1	1					2
Папилэктомия			2	0					2
ХС	0	2							2
ХЭ, наружное дренирование холедоха			1	0	1	0			2
ХЭ ПЦЕА, панкреатоцистоеюностомия	0	1							1
Наружное дренирование кисты ПЖ	1	0							1
Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, наружное дренирование холедоха			0	1					1

Выбор первичного ("бескровного") метода декомпрессии желчных путей зависел от локализации опухоли. Так, при раке БДС (8 больных) методом выбора была ЭПСТ; ее не применяли при опухоли головки ПЖ из-за опасности осложнений (кровотечение, гнойный холангит) и недостаточной эффективности, предпочитая ЛХС и УЗХС (10) или ЧЧХС (2).

Ряд хирургов рекомендуют выполнять радикальный этап операции после полной ликвидации желтухи и нормализации содержания билирубина в сыворотке крови, для чего подчас требуется 1.5-2 месяца с момента желчеотводящего вмешательства. Согласно нашим наблюдениям, достаточный интервал между первым и вторым этапами операций составил в среднем после ЛХС и ЧЧХС - 14 сут, после ЭПСТ 20 сут. Средний уровень билирубинемии к моменту операции был в пределах нормальных показателей только у 6 больных; у остальных - считали достаточным ее снижение в 3—4 раза.

Особенности техники выполнения ПДР у больных, ранее перенесших желчеотводящие и другие операции на органах брюшной полости, подробно освещены в предыдущих публикациях [2, 4]. Осуществленный первично вариант внутреннего (а отчасти и наружного) дренажа желчных путей может как облегчать, так и затруднять выполнение радикальной операции. Неблагоприятные анатомические условия для выполнения последующей ПДР создаются после наложения холедохо- и холецистоеюно-, холецистогастроанастомозов, а также холецистоеюноанастомоза на короткой кишечной петле. В случаях вынужденного выполнения в ходе первичной операции ЕДА мы предпочитали следующую технику: выделяли и пересекали возможно ниже общий желчный проток, ушивая его дистальную культю, а проксимальный сегмент анастомозировали конец в бок впередиободочно с изолированной петлей тощей кишки длиной не менее 50 см. Межкишечный анастомоз конец в бок формировали на расстоянии не менее 30 см от связки Трейтца с тем, чтобы в ходе радикальной операции начальный отрезок тощей кишки мог быть использован для наложения гастро- или дуоденоюноанастомоза; оставляли также слепой конец изолированной кишечной петли длиной около 15 см проксимальнее гепатикоеюноанастомоза, что позволяет в последующем использовать ее для формирования соустья с дистальной культей поджелудочной железы. Подобную схему первичной желчеотводящей операции использовали у 6 больных, но лишь у 3 из них в последующем удалось выполнить ПДР.

### III. Оценка возможностей хирургического лечения при опухолевой проксимальной обтурации желчных протоков

При опухолях билиарного тракта проксимальной локализации показания к радикальным вмешательствам, их оптимальная техника вызывают немало дискуссионных вопросов, в частности: 1) возможность и целесообразность выполнения радикальных и условно радикальных операций при

опухолях печеночных протоков и желчного пузыря в условиях практических лечебных учреждений; 2) преимущества и недостатки одно- и двухмоментных операций; 3) выбор оптимального способа превентивной декомпрессии желчных путей как первого этапа радикальной операции.

По поводу проксимальной опухолевой обтурации билиарного тракта наблюдали 50 больных (табл. 5), в том числе по поводу рака печеночных протоков - 30, желчного пузыря - 11, метастатического поражения лимфоузлов в зоне ворот печени - 9.

4 больным произвели декомпрессию желчных путей эндоскопическим или чрескожным чреспеченочным способом. У 5 больных после подобных вмешательств наблюдали осложнения, которые потребовали экстренной операции. 8 больным декомпрессию желчных путей осуществили открытым (лапаротомным) доступом.

У 18 больных (8 - с опухолью печеночных протоков, 2 - желчного пузыря, 8 - с метастатическим поражением лимфоузлов в зоне ворот печени) выполнять лапаротомию было признано нецелесообразным и необоснованным вследствие обширности поражения печени и желчных путей, или в связи с генерализацией опухолевого поражения. У этих больных произвели рентгеноэндобилиарное вмешательство: эндопротезирование (1), ЧЧХС (17), причем у 4 больных выполнили раздельное чрескожное дренирование внутripеченочных протоков обеих долей печени при их опухолевом разобщении.

Для "открытых" операций при проксимальной опухолевой обтурации билиарного тракта характерно часто не представляется возможность выделить внепеченочным доступом достаточной длины отрезок стенки общего или долевого печеночных протоков непораженный опухолью для наложения адекватного билиодигестивного соустья. Так, при выполнении 34 лапаротомий (22 - при раке проксимального отдела печеночных протоков, 9 -раке желчного пузыря, 3 - метастатическом раке) лишь у 3-х больных оказалось технически возможным наложение БДА. Поэтому, при опухоли общего печеночного протока с переходом на долевого чаще вынужденно использовали традиционный способ реканализации просвета протоков, с последующим их дренированием.

Характер операций и декомпрессии желчных путей	Рак общего печеночного протока	Рак желчного пузыря	Мт в лимфоузлы в зоне ворот печени	Всего
Резекция печеночных протоков с наложением БДА	13*	1		14
ХЭ, резекция печеночных протоков с наружным дренированием	1	1		2
ХЭ, наружное дренирование печеночных протоков	6	6	1	13
ХЭ + БДА	2	1		3
ЧЧХС	8	2	6	16
Прочие			2	2
Итого	30	11	9	50

\* У 1 больной с дополнительной резекцией IV сегмента печени.

В дальнейшем у большинства больных рост опухоли приводит к разобщению долей печени, что требует двухстороннего раздельного их дренирования. Из 6 больных, которым произвели реканализации печеночных протоков, у 5, в ближайшем послеоперационном периоде, развился абсцедирующий холангит (больные умерли).

Еще большие трудности возникали при обширной опухоли желчного пузыря, с прорастанием в ворота печени и метастазах в лимфоузлы. Это затрудняло у 2 больных выполнить какой-либо вариант холангиостомии, у 7 сформировали одно- или двустороннюю гепатикостому в сочетании с холецистэктомией или резекцией желчного пузыря.

Неудовлетворенность результатами "открытой" наружной холангиостомии, выполняемой как с реканализацией опухолевой стриктуры печеночных протоков, так и в виде надопухолевого

дренирования; трудности при выделении непораженного сегмента печеночного протока для наложения БДА заставляют искать более эффективные пути декомпрессии билиарного тракта. Мы считаем оправданным применение не только резекции печеночных протоков в пределах здоровых тканей, но и паллиативных резекций при прорастании опухолью воротной вены и других важных анатомических образований, при наличии единичных метастазов в печень, поскольку ликвидация обтурационной желтухи существенно увеличивает продолжительность жизни больных, улучшает качество ее.

В анализируемой группе больных с первичной опухолью гепатикохоледоха и долевого печеночного протока их резекцию выполнили у 14 (3 больных умерли). По-видимому, у 3 больных резекция печеночных протоков была радикальной - сроки наблюдения от 3 до 5 лет.

Что касается техники операции, то в условиях обычной больницы резекция внепеченочного сегмента печеночных протоков была вполне переносима больными, а пережатие гепатодуоденальной связки позволяло выполнять операцию с незначительной кровопотерей. Сравнительно редко (6 больных) удавалось пересечь общий печеночный проток тотчас ниже бифуркации, что создавало оптимальные условия для наложения ГЕА. Чаще, линия пересечения оказывалась на уровне долевого и даже сегментарного протока и приходилось включать в соустье от 2 до 6 внутрипеченочных желчных протоков. Рассечение капсулы печени вокруг ее ворот позволяло выделить из паренхимы печени долевого печеночного протока на значительном протяжении, особенно левый, и пересечь их в пределах здоровых тканей. Желчеотводящий анастомоз формировали с использованием прецизионной техники.

Многие хирурги считают невозможным применение радикальных операций и паллиативных резекций при раке желчного пузыря, осложненного желтухой. В действительности, у некоторых больных опухоль шейки или дна желчного пузыря прорастает гепатикохоледох в его средней, супрадуоденальной части, и удаление одним блоком желчного пузыря и гепатикохоледоха оставляет после себя культю печеночного протока, достаточную для адекватного желчеотведения (наблюдали 2 больных).

Резекция гепатикохоледоха и его ветвей, также как и другие операции при проксимальном опухолевом блоке билиарного тракта выполняли как одномоментно (4 больных), так и после декомпрессии желчных путей различными "закрытыми" и лапаротомными способами. Мы наблюдали 5 больных, у которых в других лечебных учреждениях была допущена неверная оценка истинных причин и уровня обтурации желчных путей, в связи с чем при проксимальном опухолевом блоке были выполнены: ЭПСТ (1), ЛХС (2), открытая холецистостомия (1), холецистоюностомия (1). Следствием подобных вмешательств были: прогрессирование обтурационной желтухи, развитие гнойного холангита, деструктивного холецистита, печеночной недостаточности, что затруднило выполнение радикальной операции.

Единственным реальным путем превентивной декомпрессии билиарного тракта оказалась ЧГХС, выполненная в качестве первого этапа лечения у 10 больных с проксимальным опухолевым блоком, которым на втором этапе была сделана резекция гепатикохоледоха. Течение послеоперационного периода у больных, которым радикальное вмешательство выполняли одномоментно, не имело существенных отличий от такового у подвергшихся двухмоментным вмешательствам. Поэтому, при относительно непродолжительной проксимальной опухолевой обтурации печеночных протоков, их резекция может быть с успехом осуществлена и одномоментно, что позволяет также избежать возможных нередких осложнений рентгеноэндобилиарного вмешательства.

Анализ 259 собственных наблюдений и литературные данные свидетельствуют о необходимости четкого выделения и разграничения двух основных уровней опухолевой обтурации билиарного тракта: проксимального и дистального, каждый из которых требует дифференцированного применения различных методов инструментальной диагностики, желчеотводящих вмешательств. Значительное число больных с проксимальным опухолевым блоком желчных путей, поступивших из других лечебных учреждений, где им были выполнены "открытая" или лапароскопическая холецистостомия, сформирован холецистодигестивный

анастомоз, свидетельствует о недоучете многими хирургами значения уровня обтурации гепатико-холедоха при выборе лечебной тактики.

Оптимальную декомпрессию билиарного тракта при дистальном опухолевом блоке создает наложение широкого гепатикоюноанастомоза. Условия для его более надежного и безопасного формирования обеспечивает предварительная декомпрессия желчных путей, наиболее эффективно осуществляемая с помощью ЛХС и ЧГХС, а при раке большого дуоденального сосочка -ЭПСТ. Вместе с тем применение ЭПСТ при опухоли головки ПЖ и дистального отдела холедоха следует признать противопоказанным из-за опасности развития тяжелых осложнений.

В связи с поздним поступлением больных с интенсивной опухолевой обтурационной желтухой мы предпочитаем выполнять ПДР в два этапа, причем в качестве первого желчеотводящего этапа преимуществом обладают ЛХС и ЧГХС, а при раке БДС - ЭПСТ. При необходимости выполнения декомпрессии желчных путей лапаротомным доступом оптимальным на 1 этапе является формирование терминолатерального ГЕА.

При проксимальном опухолевом блоке эффективным методом желчеотведения является одно - или двусторонняя ЧГХС и ее разновидности.

Накопленный нами опыт хирургического лечения больных с опухолевой непроходимостью билиарного тракта различного уровня и локализации дает основание рекомендовать дифференцированный подход с использованием радикальных и паллиативных, открытых и закрытых желчеотводящих вмешательств.

### **Список литературы**

1. *Вишневский В.А., Икрамов Р.З., Гаврилин А.В. и др.* Радикальные операции при опухолях проксимальных печеночных протоков // В кн. "Новые технологии в хирургической гепатологии". Материалы третьей конференции хирургов-гепатологов, СПб., 1995. С. 341-342.
2. *Данилов М.В., Помелов В.С., Вишневский В.А. и др.* Методика панкреатодуоденальной резекции и тотальной дуоденопанкреатэктомии // Хирургия. 1990. № 10. С. 94-100.
3. *Данилов М.В., Бурцев И.М., Грушко С.А. и др.* Панкреатодуоденальная резекция и тотальная панкреатодуоденэктомия как повторная и реконструктивная операция // В кн. "Актуальные вопросы хирургии печени, внепеченочных желчных путей и поджелудочной железы". Сб. научных трудов. Харьков, 1991. С. 16-19.
4. *Данилов М.В., Гарелик П.В. Глибий В.П. и др.* Выбор желчеотводящих операций при опухолевой непроходимости дистального отдела общего желчного протока // Хирургия. 1993. № 10. С. 70-74.
5. *Мыльников А.Г.* Выбор оптимального способа панкреатодуоденальной резекции: Автореф. дис.... канд. мед. наук. М., 1995.
6. *Trede M., Schwall G., Saeger H.* Survival after pancreaticoduodenectomy: 118 consecutive resections without an operative mortality. *Ann. Surg.* 1990; 211: 447-458.
7. *Cameron J.L., Pitt H.A., Zinner M.J. et. al.* Management of proximal cholangiocarcinoma by surgical resection and radiotherapy. *Am. J. Surg.* 1990. V. 159. P. 91-98.
8. *Cameron J.L., Crist D. W. et. al.* Factors influencing survival following pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer. *Am. J. Surg.* 1991. V. 161. P. 120-125.