

## РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Муравьёв П.Т.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Несмотря на высокий уровень развития современной хирургической панкреатологии, проблема лечения заболеваний головки поджелудочной железы, сопровождающихся механической желтухой, продолжает быть предметом многочисленных дискуссий и споров ввиду сохраняющейся малой медианы продолжительности жизни при раке и упорно рецидивирующем болевом синдроме при хроническом псевдотуморозном панкреатите.

**Цель исследования:** определить оптимальный объём подготовки и хирургическую тактику при проведении радикального оперативного вмешательства у больных с заболеваниями панкреатобилиарной зоны, сопровождающихся механической желтухой.

**Материалы и методы.** Произведен анализ результатов комплексного хирургического лечения 272 больных с патологией панкреатодуоденальной зоны, сопровождающейся явлениями гипербилирубинемии. Средний возраст больных составил 47,3 года, мужчин было 141 (51,8%), женщин – 131 (48,2%).

Всем больным на этапе госпитализации выполнялся общепринятый диагностический алгоритм, включающий обязательное выполнение общеклинических лабораторных и инструментальных методов исследования УЗИ, КТ, МРТ, ФЭГДС, по показаниям – ЭРХПГ, ПЭТ-КТ. Обязательным было определение уровней специфических онкомаркеров (РЭА, СА 19-9, СА 50, СА-242). При проведении генетического анализа в качестве дополнительных предикторов вероятной злокачественной трансформации использовали обнаружение типоспецифичных мутаций генов (полиморфизмов).

Рак головки ПЖ верифицирован у 174 (63,9%) больных, рак Фатерова соска – у 20 (7,4%), рак дистального отдела гепатикохоледоха- у 24 (8,8%) и хронический псевдотуморозный панкреатит- у 54 (19,9%) больных.

**Результаты.** Больным с высокими цифрами билирубинемии (свыше 200 мкмоль/л) и длительностью более двух недель выполнялись пункционные и лапароскопически ассистированные декомпрессии билиарного дерева – у 261 (95,9%) больного.

У 72 больных (основная группа) подготовка к выполнению основного оперативного вмешательства заключалась в проведении экспресс- детоксикации в режиме умеренного темпа желчеотведения по разработанной схеме. У больных контрольной группы (86 больных) проводилась обычная предоперационная подготовка. Сроки до начала снижения уровня холемии у больных основной группы были короче, чем у больных контрольной группы (на 41,2%), тогда как длительность разрешения холемии (или достижения допустимых её пределов) у больных контрольной группы была существенно больше (на 68,2%) ( $p < 0,01$ ).

ПДР с наложением панкреатодигестивного анастомоза по Уипплу выполнена у 38 (13,8%) больных, по методике Шалимова-Копчака – у 40 (14,6%) больных, дуктмукозный панкреатоеюноанастомоз сформирован – у 128 (47,0%) больных. Панкреатогастроанастомоз был сформирован у 35 (12,8%) пациентов с особо выраженной рыхлостью ПЖ. Способ формирования панкреатогастроанастомоза путем инвагинации культи железы в специально выкроенный с большой кривизны желудка «рукав» был использован у 32 (11,8%) пациента.

Согласно классификации Clavien – Dindo отмечены следующие послеоперационные осложнения: II ст. – 54 больных, III ст. – 8, IV ст. – 2.

Наиболее частым осложнением после ПДР была несостоятельность панкреатозентероанастомоза (тип А и В по ISGPF) – 32 (11,7%) больных, послужившая причиной летального исхода в 14 случаях. Летальность составила 5,1%.

**Выводы.** Подготовка больных к выполнению ПДР должна быть строго индивидуальной и основываться на всестороннем обследовании с обязательным привлечением генетического анализа для верификации диагноза и возможного прогнозирования течения периоперационного периода, тщательной предоперационной подготовке (в аспекте как можно быстрого дозированного снижения пагубного влияния холемии на организм в целом), адекватной оценке интраоперационной ситуации и, в случае резектабельности процесса, правильном выборе способа формирования панкреатодигестивного анастомоза.