



*Павленя Н. С., Чурай Д. Д.*

## **РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА.**

*Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Синило С. Б.*

*2-я кафедра хирургических болезней*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Онкологическая патология во всем мире имеет тенденцию к увеличению, в том числе и патология гепатопанкреатобилиарной зоны. Методы коррекции синдрома холестаза, обеспечивающие по возможности удовлетворительное качество жизни, являются актуальными на современном этапе развития медицинской науки.

**Цель:** изучить результаты коррекции синдрома холестаза у пациентов с раковой патологией путем выполнения реконструктивных операций на желчных протоках.

**Материалы и методы.** Изучены медицинские карты 17 пациентов с онкологической патологией, которым выполнялись реконструктивные операции с целью коррекции синдрома холестаза, находившихся на лечении в хирургических отделениях УЗ ГК БСМП с 2014 по 2018 годы.

Среди 17 пациентов мужчин было 9 (53%), женщин – 8 (47%). Средний возраст составил 68,4 года (от 51 – до 85), мужчин – 63,7, женщин – 73,6 лет.

Всем пациентам проводилось обследование и медикаментозное лечение согласно национальным протоколам. До операции выполнялось КТ исследование, РХПГ, ЭУС, фистулография. С 2016 года во время операции выполнялась холангиоскопия с целью диагностики и/или забором материала для экспресс биопсии. Для подтверждения морфологического диагноза рака поджелудочной железы выполнялась трансдуоденальная пункционная биопсия системой «BARD-MAGNUM».

**Результаты и их обсуждение.** В 10 случаях причиной синдрома холестаза являлся распространенный раковый процесс с вовлечением желчных протоков: 7 рак головки поджелудочной железы, 1 нейроэндокринная злокачественная опухоль поджелудочной железы (к сожалению, гистологи не дифференцировали из каких клеток развилась опухоль) и 2 рака желудка. Выполнены паллиативные реконструктивные операции: гепатикодуоденоанастомоз (ГДА) -3, холедохоеюноанастомоз (ХЕА) – 2, гепатикоеюноанастомоз (ГЕА) – 5 пациентам. Все билиодигистивные анастомозы с тонкой кишкой формировались на выключенной петле по Ру. Пациенты поступали с уровнями общего билирубина в пределах 250-400 мкмоль/л. В предоперационном периоде выполнялись чрезкожная чрезпеченочная холецистостомия – 4 и стентирование холедоха – 2 пациентам. Средний койко-день составил 47,4 (до операции – 13,5, после – 33,9). Осложнениями были: несостоятельность анастомоза с формированием наружного неполного свища -1, кровотечение из верхней панкреатодуоденальной артерии в ЖКТ -1, подкапсульная гематома правой доли печени после чрезкожной чрезпеченочной холецистостомии -1. Умерших пациентов не было.

В 7 случаях причиной синдрома холестаза были опухоли внепеченочных желчных протоков. Всем этим пациентам выполнены реконструктивные операции с резекцией протоков: ГЕА – 5 из них в 2-х случаях на транспеченочном дренаже, бигепатикоеюноанастомоз (БиГЕА) – 2. Средний койко-день составил 41 (9,3 - до и 31,7 - после операции). Умер один пациент. В послеоперационном периоде на 7 сутки развилась несостоятельность анастомоза, желчный распространенный перитонит, релапаротомия. На 12 сутки было кровотечение из острой язвы 12 перстной кишки, эндоскопический гемостаз. Причина смерти – печеночно-почечная недостаточность. Других осложнений не было.

**Выводы.** Считаем целесообразным применять с целью коррекции синдрома холестаза реконструктивные операции в специализированных учреждениях с целью улучшения качества жизни пациента.