

## Спасительное randevu. Как встретились две мини-инвазивные методики



В Республиканском центре реконструктивной хирургической гастроэнтерологии и колопроктологии на базе Минской ОКБ выполнено эксклюзивное хирургическое вмешательство по освобождению желчных протоков от камней. Скомбинированы две малотравматичные техники — проведена так называемая randevu-процедура. Чрескожная чреспеченочная холангиография с баллонной дилатацией и двухбаллонная энтероскопия успешно

сделаны пациентке с измененной анатомией кишечника после панкреатодуоденальной резекции. В мировой медицинской литературе аналогичных операций не описано.

Минчанке К. 70 лет. Два года назад у нее обнаружили холангиоцеллюлярный рак дистального отдела холедоха. Онкологи вместе с опухолью удалили пораженную часть желчного протока, часть поджелудочной железы и двенадцатиперстную кишку. Желудок, поджелудочную железу и желчные протоки соединили анастомозами с тощей кишкой, сформировав отключенную петлю по Ру.

В прошлом году женщина стала жаловаться на периодические боли в животе, повышение температуры до 38 °С, желтушность кожи. МРТ печени с контрастированием показало, что желчные протоки расширены, а в просвете общего печеночного протока, чуть выше гепатикоеюноанастомоза, располагается крупный конкремент.

Перед хирургами поставлена задача малотравматично его удалить.

— С помощью одной методики справиться с проблемой мы не могли, — говорит руководитель центра, член-корреспондент НАН Беларуси, доктор мед. наук, профессор Александр Воробей. — Если использовать чрескожный чреспеченочный доступ (проколов кожу и печень, войти через проводник в желчный проток), могли возникнуть трудности с извлечением камня, поскольку он был очень крупный — более 2 см. К тому же во время вмешательства были обнаружены еще два поменьше. Если попытаться подобраться к патологическому участку с помощью энтероскопа (пройдя вниз через рот по верхним отделам пищеварительного тракта), то серьезным препятствием стало бы нарушенное после операции строение ЖКТ.

При нормальной анатомии эндоскопист благополучно проводит инструмент через желудок в двенадцатиперстную кишку, но у этой пациентки после желудка сразу начинался тонкий кишечник (см. рис. 1) протяженностью около 5 м. Преодолеть столь долгий «путь» обычным эндоскопом нереально не только из-за большой длины. Кишка извитая, находится в постоянном движении. Велик риск перфорации стенок и возникновения кровотечений.

Чтобы свести к минимуму вероятность осложнений, специалисты воспользовались специальным двухбаллонным энтероскопом (он в центре с 2010 года). Благодаря поочередному выдвиганию то одного, то второго баллона прибор аккуратно продвигается вперед по кишке.

А главное, врачи объединили две методики, устроив «встречу» двух малотравматичных инструментов в оперируемой зоне, т. е. там, где находились конкременты, — возле гепатикоеюноанастомоза. Сверху, со стороны печени, — холангиоскоп и баллонный дилататор, введенные через желчный проток. Снизу, со стороны кишечника, — двухбаллонный энтероскоп. После расширения просвета анастомоза конкременты продвинуты вперед, а затем с помощью корзинки Дормиа эвакуированы энтероскопом. Операция длилась 3,5 часа.

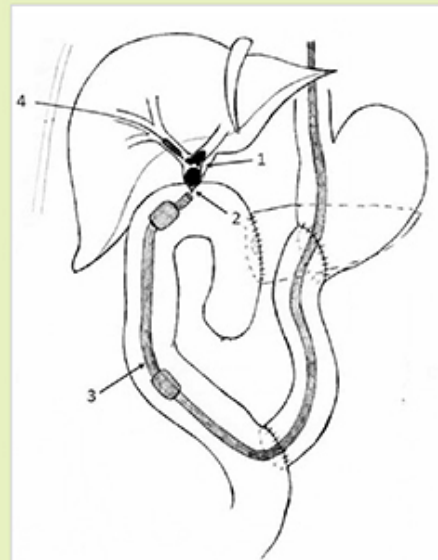
К Новому году пациентка была дома. Для полного восстановления и заживления тканей ей потребовалось около 5 суток. Спустя полгода женщине предстоит пройти контрольное обследование: надо подтвердить отсутствие конкрементов и убедиться в том, что сохранен нормальный просвет гепатикоеюноанастомоза.

Данные инструментальных обследований после операции, а также удовлетворительное состояние пациентки на момент выписки позволяют специалистам говорить о благоприятном прогнозе.

Мультидисциплинарная бригада, выполнившая операцию, результатами довольна. Вмешательство провели рентгенэндоваскулярный хирург РНПЦ онкологии и медрадиологии им. Н. Н. Александрова Виталий Орехов, доцент кафедры хирургии БелМАПО Юрий Орловский и эндоскопист Минской ОКБ Наталья Лагодич. Коллеги подчеркивают особую роль Виталия Орехова.

Как отметил Александр Воробей, операция технически сложна. Профессор уверен, что комбинирование мини-инвазивных техник —

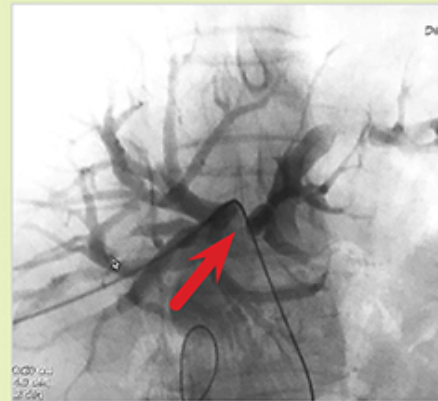
**Рис. 1.** Схема патологии при измененной анатомии ЖКТ



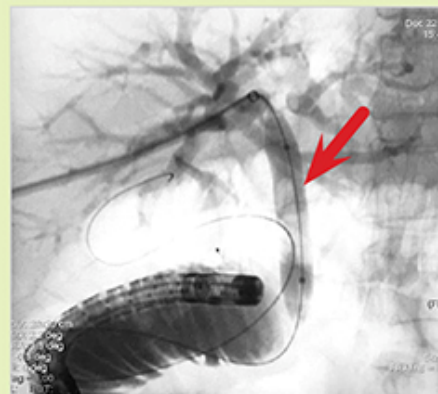
1 — холангиолиты, 2 — структура анастомоза, 3 — баллонный дилататор, 4 — двухбаллонный энтероскоп.

**Рис. 2.** Данные холангиографии:

а) стрелка указывает на конкремент



б) стрелка указывает на баллон в зоне гепатикоеюноанастомоза



серьезный шаг вперед в развитии хирургии, и к этому подталкивает повседневная практика.

— Сама по себе методика рандеву не нова, — прокомментировал он. — Около 10 лет ее используют в мировой хирургии. Есть опыт и в Беларуси. Специалисты нашего центра проводили операцию, во время которой лапароскоп и дуоденоскоп «сошлись» в зоне фатерова сосочка. В описанном выше случае местом «встречи» холангиоскопа и энтероскопа была зона гепатикоеюноанастомоза, а работа осложнялась измененной анатомией ЖКТ.

С хирургически измененной анатомией тощей кишки специалистам центра приходится сталкиваться все чаще. С 2009 года имеется более 40 подобных наблюдений.