

Таблица 1

№ п/п	Пациенты	Размеры опухоли, локализация, гистологическое заключение	Другие виды лечения
1	Женщина, 71г.	Полип шаровидной формы на узком основании ϕ 0,8 см, нижняя треть пищевода. Среднезрелая аденокарцинома.	Лучевая терапия 75 Грэй
2	Женщина, 65л.	Полип пальчиковидной формы 1,5×0,6 см. Нижняя треть пищевода. Низкодифференцированная аденокарцинома.	Лучевая терапия 65 Грэй
3	Мужчина, 61г.	Полип на широком основании ϕ 1,5 см. Средняя треть пищевода. Плоскоклеточный рак.	Лучевая терапия 75 Грэй
4	Женщина, 68л.	Полип на широком основании ϕ 1,5 см. Нижняя треть пищевода. Плоскоклеточный рак.	Лучевая терапия 75 Грэй
5	Мужчина, 62г.	Полип шаровидной формы ϕ 2,0 см на узком основании. Кардия. Низкодифференцированная аденокарцинома.	Лучевая терапия 65 Грэй

Из пролеченных больных пациенты 1,2,5 живы до сих пор. Пациенты 3,4 погибли на 2-й год вследствие генерализации процесса.

К сожалению, проблемой является дооперационное стадирование опухоли пищевода, что создает препятствие выбору тактики лечения. При наличии возможности достоверного стадирования эндоскопическое удаление ранних опухолей пищевода может применяться в сочетании с лучевой терапией.

БИЛИОДИГЕСТИВНЫЕ МАГНИТНЫЕ АНАСТОМОЗЫ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ, ВЫЗВАННОЙ ОПУХОЛЯМИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

З.И. Эйдлин, В.А. Козлов, И.В. Козлов, М.В. Лагунов

Уральская государственная медицинская академия,
 Центр экспериментальной и клинической хирургии, г. Екатеринбург,
 Центральная городская клиническая больница №1, г. Екатеринбург,
 Лаборатория медицинского инструментария и криотехнологий ИФМ УРО РАН

В последнее десятилетие отчетливо прослеживается увеличение числа больных с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны с непроходимостью терминального отдела холедоха, механической желтухой.

Большинство из них с выявленным раком поступают с инкурабельным процессом, а радикальное хирургическое лечение опухолей гепатопанкреатодуоденальной зоны может быть произведено лишь у 8-30% больных. При этом отмечается высокая послеоперационная летальность - до 20-40%. В связи с этим, большинство хирургов при невозможности выполнения радикальной операции или слишком высоком операционном риске производят паллиативные вмешательства как наиболее простые и наименее травматичные.

Однако наложение билиодигестивных анастомозов при механической желтухе опухлевого происхождения по общепринятым методикам, особенно в пожилом и старческом возрасте с тяжелой сопутствующей патологией представляет большую опасность, и летальность составляет от 15,5-50%.

Перспективным является использование магнитных желчеотводящих анастомозов. По этой проблеме нами проведены экспериментальные и клинические исследования (1987-1988 г.г.). В результате выяснено, что наиболее приемлемыми являются магниты из сплавов НЕОМАКС и самарий-кобальт, покрытые латексом, в форме плашек длиной 16-18-20 мм, шириной 4-5 мм, высотой 4-5 мм с закругленной до радиуса 2-3 мм формой края рабочей по-

верхности и отверстием по центру диаметром до 3 мм. Оптимальная сила притяжения между магнитными элементами соответствует 0,02-0,04 Н/мм² на расстоянии 1 мм между ними, что обеспечивает нарушение кровообращения в стенках органов, попавших между магнитами.

Морфологические исследования на базе ЦНИЛ УГМА показали преимущество магнитных анастомозов по сравнению с ручными. Так, репаративные процессы в тканях при этом преобладают над воспалительными и в области анастомоза не наблюдаются: склероз стенок, нарушения интрамурального нервного вегетативного аппарата, микроциркуляторного русла и деформация слизистой оболочки. Срастание в зоне магнитного анастомоза происходит по типу первичного заживления. Это позволило использовать в клинике магниты для наложения билиодигестивных анастомозов эндоскопическими методами.

Нами разработаны оригинальные варианты чресфистульных желчеотводящих магнитных анастомозов при непроходимости терминального отдела холедоха и БДС опухолевого генеза, когда невыполнимость радикальной операции объяснялась пожилым и старческим возрастом, тяжелой сопутствующей патологией, распространенностью злокачественного процесса. На этот метод в 1991 г. нами получено Авторское свидетельство № 1708313 от 01.10.91 г., Госкомизобретений, г. Москва.

Чресфистульные магнитные анастомозы мы применяем после первоначальных операций: холецистостомы с холецистогастропексией и холедохостомы с дренированием по Кэру.

Сущность этих методик заключается в том, что один магнит чресфистульно проводится в желчные пути манипулятором через биоптийный канал эндоскопа (фиброхолецистоскопия и фиброхоледохоскопия), второй проводится в желудочно-кишечный тракт через ротоглотку на фиксированной нити. Сопоставление магнитов самостоятельное. Для того, чтобы избежать отхождения магнитов в полость желчного пузыря или просвет холедоха, в желудочно-кишечный тракт вводится магнитная плашка большего размера.

В клинике магнитные билиодигестивные анастомозы выполнены у 32 больных с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны, механической желтухой. Средний возраст больных составил 70,5 лет. Причины невозможности радикальной операции мы уже указывали выше по тексту.

У 4 человек выполнено наложение магнитного холецистогастроанастомоза, у 28 пациентов – магнитного холедохоанастомоза. После наложения магнитных анастомозов больные чувствовали себя удовлетворительно. Функционирование холецистогастроанастомозов отмечалось на 7-13 сутки (в среднем на 9), холедоходуоденоанастомозов на 6-15 сутки (в среднем на 11). Отхождение магнитов естественным путем отмечали на 8-16 сутки (в среднем на 11) при холецистогастроанастомозах и на 8-18 сутки (в среднем на 16) - при холедоходуоденоанастомозе. После отхождения магнитов из зоны анастомозов желчеотводящие дренажи сразу удаляются, и больные могут быть выписаны домой.

Контроль за установкой магнитных пластинок, появлением функции анастомоза проводился с помощью рентгенотелевизионного мониторинга.

При изучении результатов лечения в ближайшие 3-6 месяцев после наложения билиодигестивных компрессионных магнитных анастомозов последние функционировали, и больные не отмечали за этот период желтух.

Противопоказанием к применению вышеуказанной методики считаем крайне тяжелое, терминальное состояние больного и крайне высокий блок общего печеночного протока при отсутствии желчного пузыря.

Таким образом, создание желчеотводящих анастомозов с помощью магнитов является менее травматичным, более надежным и простым по сравнению с традиционными способами. Соустье формируется по типу «первичного заживления» раневого дефекта. Наложение билиодигестивных компрессионных магнитных анастомозов, особенно эндоскопических, является перспективным направлением лечения больных с механической желтухой опухолевого характера, особенно в пожилом и старческом возрасте с выраженной сопутствующей патологией.