

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

¹Тарасов А.Н., ¹Шестопалов С.С.; ¹Абрамов Е.И.; ²Дорофеева Т.Е.; ²Олевская Е.Р.

¹ГБОУ ВПО Южно-уральский государственный медицинский университет Минздрава России.

²Челябинская областная клиническая больница

FEATURES OF SURGICAL TREATMENT OF TUMORS HEPATOPANCREATODUODENAL ZONE, COMPLICATED BY MECHANICAL JAUNDICE

¹Tarasov A.N., ¹Shestopalov S.S.; ¹Abramov E.I.; ²Dorofeyeva T.E.; ¹Olevskaya E.R.

¹South Ural State Medical University, Russian Ministry of Health.

²Chelyabinsk regional clinical hospital

Введение. В настоящее время в мире отмечается тенденция к росту заболеваемости злокачественными новообразованиями. Среди них до 15 % составляют опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны. У большинства пациентов заболевание манифестирует синдромом механической желтухи, что существенно ухудшает общее состояние пациентов и влияет на уровень послеоперационных осложнений и летальности.

Цель. Оптимизировать хирургическую тактику при лечении больных с механической желтухой злокачественной этиологии.

Материалы и методы. Проведен анализ влияния желтухи на результаты лечения у 132 пациентов с механической желтухой злокачественного генеза, находившихся на лечении в Челябинской областной клинической больнице с 2009 по 2011 гг. Данная патология с одинаковой частотой встречалась у мужчин (66–50 %) и женщин (66–50 %). Большинство больных были лица старше 60 лет–85 (64,4 %). У 84 пациентов (63,6 %) встречались сопутствующие заболевания, причем у 65 (49,2 %) отмечено 2 и более сопутствующих диагноза. По нозологическим формам пациенты распределились следующим образом: рак головки поджелудочной железы–77, опухоль Клатскина–18, рак общего желчного протока–9, рак БДС–9, рак желчного пузыря–10 и метастатическое поражение –9 случаев.

У 61 (46,2 %) пациентов окончательным методом лечения стала декомпрессия желчевыводящих путей. Паллиативные либо радикальные операции выполнены 71 пациенту (53,8 %). Из них у 15 (10,7 %) пациентов была применена одноэтапная тактика хирургического лечения. У остальных пациентов хирургическое лечение проводилось в 2 этапа. Окончательными вариантами хирургического лечения стали: холецистоэнтероанастомоз–26, гепатикоюноанастомоз–21, реканализация опухоли на сменных транспеченочных дренажах (СТПД)–10, панкреатодуоденальная резекция–10. В одном случае в связи с клиникой стеноза антрального отдела желудка выполнена гастроэнтеростомия в дополнение к холецистоэнтеростомии. У 4 пациентов ввиду выявления канцероматоза брюшины произведена эксплоративная лапаротомия.

Оценивался уровень трансаминаз печени, уровень общего билирубина крови, уровень протеинемии, показатели азотистого обмена за 1–3 дня до оперативного лечения, а также динамика данных показателей при декомпрессии билиарного дерева. Достоверность результатов оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента при $p \leq 0,05$. Статистическая обработка выполнена с помощью пакета IBM SPSS Statistics v21.

Результаты. Из 71 оперированного пациента 60 (84,5 %) поступили в клинику с уровнем билирубинемии более 150 мкмоль/л. В этой группе отмечено 46,7 % послеоперационных осложнений. В группе с уровнем билирубина менее 149 мкмоль/л осложнения встречались в 27 % случаев. Декомпрессия желчных путей осуществлялась от 1 недели до 3 месяцев. При этом на момент операции уровень билирубинемии снизился менее 150 мкмоль/л у 58 пациентов. Проведение операции на этом фоне сопровождалось 36 % осложнений и 1 летальным исходом. У 13 больных оперативное лечение проведено при билирубинемии более 150 мкмоль/л. Здесь отмечено 61,5 % осложнений и 30 % летальных случаев. К моменту операции маркеры цитолиза сохранялись повышенными у 45 из 71 оперированных больных. Лишь у 26 (36,7 %) человек проведенными лечебными мероприятиями (предварительная декомпрессия желчных путей, инфузионная терапия) уровень трансаминаз был снижен до нормы. При декомпрессии менее 30 дней у более 70 % больных сохранялся повышенный уровень трансаминаз. В группе с временем разгрузки 30–45 дней таких пациентов оставалось 21 %. При этом при проведении операций на фоне повышенного уровня трансаминаз наблюдалась летальность 11 %, а на фоне нормального уровня АЛТ и АСТ летальность равнялась 0.

Выводы. Очевидно, что превентивная декомпрессия желчных протоков достоверно снижает летальность после радикальных и паллиативных операций. При выборе момента операции следует руководствоваться динамикой

Тарасов А. Н.

Tarasov A. N.

Email:

alex_tar74@mail.ru

снижение уровня билирубина крови и уровня АсАт, АлАт. Окончательный вариант оперативного пособия следует предпринимать после снижения уровня билирубина крови менее 150 мкмоль/л, и снижения показателей маркеров цитолиза гепатоцитов до уровня превышающего нормальный не более чем в 1,5 раза, что происходит не ранее 30–45 дней после начала декомпрессии желчного дерева у большинства больных. Это позволит значительно снизить уровень послеоперационной летальности.

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 111 (11):103-104

Ekspierimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2014; 111 (11):103-104