

ДРЕНИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

**А.С. ГАБОЯН, Н.В. ЛЕБЕДЕВ, И.М. ШАДИН,
АБДУЛСАЛАМ АБДУЛХАК**

Кафедра факультетской хирургии РУДН

Ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198. Медицинский факультет

З.Ш. АБАШИДЗЕ

*Городская клиническая больница №64 Ул. Вавилова, 61, Москва, Россия,
117292*

В работе представлен опыт хирургических и малоинвазивных дренирующих операций у 355 больных с опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны. На основании имеющихся результатов лечения даются рекомендации по тактике декомпрессии механической желтухи злокачественного генеза с учетом современных возможностей малоинвазивного дренирования желчных путей.

Механическая желтуха является одним из наиболее тяжелых осложнений рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Ведущее значение в лечении данной категории больных уделяется проведению декомпрессии билиарного тракта путем наружного или внутреннего дренирования желчных протоков как подготовке к радикальной операции или как окончательному паллиативному методу лечения.

Актуальность хирургического лечения злокачественных заболеваний билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ), осложненных механической желтухой, обусловлена их высокой частотой (от 1% до 7% от всех злокачественных опухолей) и значительной послеоперационной летальностью, достигающей 25 - 32% [2,3,5,6,7,8]. К сожалению, вплоть до настоящего времени большинство больных с механической желтухой злокачественного генеза поступают в хирургическую клинику на поздней стадии опухолевого процесса, когда радикальное лечение невозможно. В связи с этим проблема паллиативной декомпрессии желчного дерева приобретает главенствующее значение [4]. Внедрение в практику малоинвазивных методов лечения механической желтухи злокачественного генеза привело к необходимости сравнительной оценки различных методов декомпрессии с целью разработки наиболее рационального диагностического и лечебного алгоритма для больных с данной патологией.

Целью исследования явилось определение оптимального способа дренирования билиарного тракта для разрешения желтухи у больных с неоперабельными злокачественными опухолями БПДЗ, в зависимости от локализации опухоли, ее распространения и тяжести состояния больного.

Материал и методы.

Проведен анализ непосредственных результатов лечения 355 больных с механической желтухой, вызванной неоперабельными злокачественными опухолями БПДЗ находившихся на лечении с января 1988г. по декабрь 2004г. в хирургической клинике Российского университета дружбы народов на базе ГКБ № 64 г. Москвы. Соотношение мужчин и женщин 128:227

(1:1,8), что соответствует 36,1%:63,9%. Средний возраст больных составил 69 ± 7 лет. Локализация опухоли была следующей: рак ворот печени (опухоль Клацкина) – 26; рак проксимального отдела гепатикохоледаха – 36; рак желчного пузыря – 9 (с прорастанием гепатикохоледаха – 8; с метастазами в ворота печени – 1); рак дистального отдела общего желчного протока – 47; рак большого дуоденального сосочка – 38; рак головки поджелудочной железы – 198 и 1 опухоль 12-перстной кишки. Диагностика помимо клинического обследования включала в себя ультразвуковое исследование (УЗИ), выполненное у всех больных, и ретроградную холангиопанкреатографию (РХПГ), произведенную 96(27%) больным. В 141(39,7%) случае проведена эндоскопическая или интраоперационная инцизионная биопсия с гистологической верификацией строения опухоли. Тяжесть состояния больных с механической желтухой оценивалась по классификации З.Ш. Абашидзе, разработанной и внедренной в клиническую практику в нашей клинике в 2004 году [1]. Данная классификация позволяет более точно оценить степень тяжести механической желтухи, прогнозировать исход заболевания и аргументировать сроки проведения и метод декомпрессии желчных путей.

Результаты и обсуждение.

Все больные в зависимости от метода декомпрессии были разделены на 3 группы: I группа – разрешение желтухи эндоскопическими методами, II группа – ликвидация желтухи путем открытой операции и III группа – декомпрессия посредством наружного чрескожного дренирования. Распределение больных по методу декомпрессии и тяжести механической желтухи указано в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных по методу декомпрессии билиарного тракта и тяжести механической желтухи

Метод декомпрессии	Степень тяжести желтухи			Всего
	Легкая	Средняя	Тяжелая	
I группа	20(27%)	46(29%)	39(32%)	105
II группа	41(56%)	91(57%)	73(60%)	205
III группа	12(16%)	24(15%)	9(7%)	45
Всего	73(100%)	161(100%)	121(100%)	355

В I группе попытка эндоскопического эндопротезирования желчных протоков произведена у 105 больных и увенчалась успехом в 89 случаях (84,8%). Эндопротезирование не удалось в 16 наблюдениях (15,2%).

После эндоскопических операций возникли осложнения у 9(8,6%) больных: кровотечение из папиллотомного разреза (4 наблюдения), острый отечный панкреатит (1), ретродуоденальная перфорация при папилосфинктеротомии (1), острый холангит (2) и разрыв стенки желудка у пожилой больной с явлениями атрофии слизистой после продолжительного вмешательства (1). Умерло 4 пациента. Летальность после эндопротезирования составила 3,8%. Причиной смерти были: печеночная недостаточность и раковая интоксикация.

ция - у 2 больных, ретродуоденальная перфорация - у 1 больного и острая сердечно-сосудистая недостаточность - у 1 больного.

Наложение билиодигестивных анастомозов (БДА) (II группа) выполнено 205 больным: холецистогастроанастомоз - 95, гепатикоэнтероанастомоз - 43, холецистоэнтероанастомоз - 22, холедоходуоденоанастомоз - 21, холедохоэнтероанастомоз - 12, бигепатикоэнтероанастомоз - 4 и холецистодуоденоанастомоз - 2. У 6 больных из-за выраженной распространенности опухолевого процесса и невозможности наложения БДА выполнялось интраоперационное трансхоледохеальное эндопротезирование.

После хирургических операций осложнения отмечены у 33 (16,1%) больных: несостоятельность швов БДА (15 больных), кровотечение из области анастомоза (3), кровотечение из операционной раны (1), желудочно-кишечное кровотечение (6), панкреонекроз (1), тромбоэмболия легочной артерии (4), послеоперационная пневмония (2) больных, острое нарушение мозгового кровообращения (1). Умерло 53 пациента. Послеоперационная летальность составила 25,9%. Причинами смерти были: раковая интоксикация - 18 наблюдений, полиорганная недостаточность - у 30 больных, перитонит - у 3 больных, желудочно-кишечное кровотечение - у 2 больных.

У 45 больных (III группа) выполнено наружное чрескожное дренирование: чрескожная чреспеченочная холангиостомия - 32 наблюдения, лапаро- или эхо-контролируемая чрескожная чреспеченочная холецистостомия - 13 наблюдений. Показанием к данному виду декомпрессии являлась невозможность эндоскопического дренирования у больных с признаками тяжелой печеночной недостаточности.

Осложнения после наружного чрескожного дренирования развились у 18(40%) больных: подтекание желчи в брюшную полость с развитием желчного перитонита (6 наблюдений), выпадение дренажа (10), перфорация желчного пузыря (1), острый холангит (1). Умерло также 18 больных. Послеоперационная летальность составила 40%. 9 больным данной группы при развитии осложнений наружного чрескожного дренирования по витальным показаниям выполнены открытые операции. Причинами смерти были: раковая интоксикация - у 8 больных, печеночно-почечная недостаточность - у 6 больных, острая сердечно-сосудистая недостаточность - у 3 больных, перитонит - у 1 больного.

Продолжительность жизни больных после проведенных малоинвазивных вмешательств и открытых операций прослежена в I группе - у 49(46,7%) больных, во II группе - у 109(53,2%) больных, в III группе - у 23(51,1%) больных. Нами выявлено, что средняя продолжительность жизни (медиана) у больных I группы составила 77 дней, во II группе - 43 дня, а в III группе - 31 день. Таким образом, наибольшая продолжительность жизни отмечена в I группе больных, у которых выполняли эндоскопическое транспапиллярное эндопротезирование.

Сравнительные результаты применявшихся методов декомпрессии желчных протоков при опухолевой обтурации показаны в табл. 2.

Таблица 2

Сравнительные результаты малоинвазивных и хирургического методов лечения

Показатель	I группа (n - 105)	II группа (n - 205)	III группа (n - 45)
Осложнения	9(8,6%)	33(16,1%)	18(40%)*
Летальность	4(3,8%)	53(25,9%)	18(40%)**
Средняя продолжительность жизни (медиана, интерквартильный размах)	77 (от 27 до 216)	43 (от 8 до 180)	31 (от 21 до 57)

Примечание: * - $p=0.000028$ (χ^2 Пирсона); ** - $p=0.00021$ (χ^2 Пирсона)

При статическом анализе с использованием критерия χ^2 по методу Пирсона мы выявили значимое различие в количестве осложнений в исследуемых группах больных ($p<0,05$). При попарном сравнении групп с использованием точного критерия Фишера выявлено, что нет статистически значимого различия между I и II группами ($p=0,008$ - точный критерий Фишера), в то время, как между I и III, II и III группами выявлено статистически значимое различие ($p=0,00013$) и $p=0,006$ - соответственно.

При анализе летальности мы выявили статистически значимое различие между исследуемыми группами ($p<0,05$, χ^2 Пирсона). При попарном сравнении групп с применением точного критерия Фишера выявлено, что имеется статистически высоко значимое различие между I и II, а также I и III группами ($p=0,00011$ и $p=0,000012$ - соответственно) ($p<0,01$). Различие статистически значимо также при сравнении II и III групп ($p=0,0448$ - точный критерий Фишера) ($p<0,05$).

Эндоскопическое дренирование отличается меньшим количеством осложнений (8,6%) по сравнению с другими паллиативными вмешательствами (16,1% и 40%). Результаты эндоскопического лечения характеризуются также более низким уровнем летальности (3,8%) по сравнению с хирургическим лечением и наружным дренированием (25,9% и 40% - соответственно).

Таким образом, анализ результатов лечения больных показывает преимущество эндоскопического разрешения механической желтухи у больных с опухолевым поражением органов БПДЗ.

Выводы.

1. Эндоскопические транспиллярные операции являются предпочтительным методом декомпрессии у больных с радикально неоперабельными опухолями БПДЗ, осложненными механической желтухой, за счет высокой эффективности и наиболее низких показателей послеоперационных осложнений и летальности.

2. Хирургический метод лечения должен выполняться только при технической невозможности предварительной эндоскопической декомпрессии у больных с легкой и средней тяжестью механической желтухи.

3. Наружное чрескожное дренирование сопряжено с потерями желчи и как окончательный вариант паллиативной декомпрессии может применяться только у больных с крайне тяжелой степенью механической желтухи злокачественного генеза и при технической невозможности эндопротезирования.

Литература

1. *Абашидзе З.Ш.* Значение дренирующих операций в лечении больных механической желтухой различного генеза. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2004. С –22.
2. *Данилов М.В., Федоров В.Д.* Хирургия поджелудочной железы. – М.: Медицина, 1995. – 512с.
3. *Касумьян С.А., Бескосный А.А., Алибегов Р.А. и соавт.* Результаты хирургического лечения рака головки поджелудочной железы. Вестник Смоленской медицинской академии. 2003; №1.
4. *Маярчук В.И., Климов А.Е., Зокоев А.К.* Оперативное лечение больных при раке органов панкреатодуоденальной зоны// Материалы научно-практической конференции, посвященной 5-летию больницы МО РАИ в г. Троицке. – 2000. с. 59-60.
5. *Фёдоров В.Д., Вишневский В.А., Кубышкин В.А. и соавт.* Хирургическое лечение рака общего печеночного протока// Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2000. – № 2.
6. *Prat F., Chapat O., Ducot B. et al.* Predictive factors for survival of patients with inoperable malignant distal biliary strictures: a practical management guideline// Gut. 1998; 42(1): 76-80.
7. *Shepherd H.A. Royle J., Ross A.P. et al.* Endoscopic biliary endoprosthesis in the palliation of malignant obstruction of the distal common bile duct: a randomized trial. Br J Surg. 1988; 75: 1166-1168.
8. *Schwarz A., Beger H.G.* Biliary and gastric bypass or stenting in nonresectable periampullary cancer: analysis on the basis of controlled trials. Int J Pancreatol 2000; 27(1): 51-8.

DRAINING OPERATIONS OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE DUE TO TUMORS

**A.S. GABOYAN, N.V. LEBEDEV, I.M. SHADIN,
ABDULSALAM ABDULHAK**

Department of Surgery of RPFU, *Miklukho-Maklaya Str. 8, Moscow, Russia,
117198. Medical faculty.*

Z.S. ABASHIDZE

Hospital № 64. Vavilova St., 61, Moscow, Russia, 117292

This work shows experience of 355 patients suffering from tumor biliopancreatoduodenal area in 64 Clinical Hospital from 1988 to 2004 who had surgical and lessinvasive draining operations with obstructive jaundice complications. It includes comparative analysis transcuteaneous transhepatic drain, endoscopies and surgical methods of decompression. It also includes treatment results, tactics recommendations for decompression cancerous obstructive jaundice with latest lessinvasive drainage of common bile duct.