

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОБХОДНЫХ ЖЕЛЧЕОТВОДЯЩИХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ

С.А. Михайлова

Городская клиническая больница № 6, г. Челябинск

С целью улучшения ближайших послеоперационных результатов лечения больных механической желтухой было проведено исследование 293 пациентов злокачественными новообразованиями головки поджелудочной железы и периампулярной зоны, которым были произведены операции билиодигестивного шунтирования. Объем операции был обусловлен распространенностью опухолевого процесса (стадии IVa и IVb) либо наличием у больного противопоказаний к выполнению панкреатодуоденальной резекции. Частота возникновения послеоперационных осложнений после первичных обходных холецистоэнтеростомий (т.е. без предварительной декомпрессии желчных путей) составила 12,7 %, а после таких же гепатикоэнтеростомий – 20,0 %. Послеоперационная летальность составила соответственно 6,3 % и 5,0 %. В группах сравнения, с предварительной разгрузкой желчных путей, пациентов с осложнениями было в 1,3–1,7 раза больше, а летальность – в 2 раза выше. Операции по созданию обходных гепатикоэнтероанастомозов дают больший процент ранних послеоперационных осложнений и не увеличивают продолжительности жизни больных по сравнению с обходными холецистоэнтеростомиями.

SOME ASPECTS OF FORMATION OF THE BILIODIGESTIVE ANASTOMOSIS AT TUMOURS OF THE HEAD OF THE PANCREAS AND PERIAMPULLARY ZONES

S.A. Mihajlova

Chelyabinsk clinical hospital № 6

With the purpose of improvement of the nearest postoperative results of treatment of patients by a mechanical jaundice research of 293 patients malignant neoplasms the head of a pancreas and periampullary zones by which operations biliary-enteric shunting have been made has been lead. The volume of operation has been caused by prevalence of tumorous process (stage IVa and IVb), or presence at the patient of contra-indications to performance pancreatic duodenal resections (age, weight of a somatic pathology). Frequency of occurrence of postoperative complications after primary roundabout cholecystoenterostomy (i.e. without preliminary decompression bilious ways) has made 12,7 %, and after same hepaticenterostomy - 20,0 %. Postoperative lethality has made accordingly 6,3 % and 5,0 %. In groups of comparison, i.e. with preliminary unloading bilious ways, patients with complications were in 1,3–1,7 times more, and frequency of death in a hospital for them in 2 times was higher. Operations on creation roundabout hepaticenteroanastomosis give the greater interest of early postoperative complications and do not increase life expectancy of patients in comparison with roundabout cholecystoenterostomy.

Паллиативные и симптоматические операции до сих пор занимают значительное место в хирургии рака панкреатодуоденальной области. Они существенно облегчают страдания и увеличивают продолжительность жизни [5, 6]. Резектабельность панкреатодуоденальных опухолей, по некоторым данным, не превышает 15–25 % [7] и число симптоматических операций может достигать 90 % с летальностью от 5,6 до 41 % [2, 4]. Чаще всего цель симптоматического вмешательства – ликвидация механической желтухи

путем формирования билиодигестивного анастомоза, но возможны и другие цели: ликвидация дуоденальной непроходимости, гипертензии вирсунгова протока или остановка кровотечения из распадающейся опухоли, устранение болевого синдрома [8].

Целью настоящего исследования являлось улучшение ближайших послеоперационных результатов лечения больных механической желтухой после формирования обходных билиодигестивных анастомозов (БДА) путем выбора оптимальной лечебной тактики.

Материал и методы

В материал для исследования вошли 293 пациента со злокачественными новообразованиями головки поджелудочной железы и периапулярной зоны, которым были произведены операции билиодигестивного шунтирования. Объем операции был обусловлен распространенностью опухолевого процесса (стадии IVa и IVb) либо наличием у больного противопоказаний к выполнению панкреатодуоденальной резекции (возраст, тяжесть соматической патологии). Обязательные желчеотводящие анастомозы применялись двух видов: холецисто-энтероанастомоз (ХЭА) с межкишечным соустьем по Брауну и гепатико-энтероанастомоз (ГЭА) на отключенной петле тонкой кишки по Ру. Анастомозы накладывались больным после предварительной декомпрессии желчных путей малоинвазивными способами либо сразу после дообследования на высоте механической желтухи. Для проведения анализа и определения оптимальной тактики лечения у этих больных они были разделены на группы (табл. 1): в основную группу были включены пациенты, которым обходные анастомозы накладывались без предварительной декомпрессии желчных путей (103 пациента). В группу сравнения вошли больные, в дооперационном периоде прошедшие этап малоинвазивной желчной декомпрессии (190 больных).

По среднему возрасту пациентов группы различались: $H_{[4;190]}=14,159$; $p=0,007$. Возраст пациентов в основных группах был в среднем на 5–6 лет больше, чем в группах сравнения, что логически должно было увеличивать риск оперативных вмешательств и после-

операционных осложнений, и, соответственно, сокращать общую продолжительность жизни в отдаленные сроки наблюдения. Также группы отличались и по соотношению полов: $G^2_{[4]}=12,772$; $p=0,012$. Эти различия оказались значимыми за счет группы сравнения 1, в которой мужчин было в 1,7 раза больше, чем женщин, и основной группы 2, в которой, напротив, в 2,3 раза было больше женщин. По соотношению пациентов с различными стадиями опухолевого процесса группы не различались: $G^2_{[16]}=19,622$; $p=0,238$.

Таблица 1

Распределение больных с обходными желчеотводящими анастомозами

Вид операции и принадлежность к той или иной группе сравнения	Количество человек
1. ХЭА без разгрузки (основная 1)	63
2. ГЭА без разгрузки (основная 2)	40
3. ХЭА с разгрузкой (сравнения 1)	109
4. ГЭА с разгрузкой (сравнения 2)	81
Всего:	293

Результаты и обсуждение

В исследуемых группах была изучена динамика изменений уровня билирубина сыворотки крови в различные сроки (табл. 2). В основной группе больных операции выполнялись при среднем уровне общего билирубина $154,4 \pm 21,57$ мкм/л, а в группах сравнения до разгрузки желчных путей он составлял в среднем $221,4 \pm 19,33$ мкм/л, а к моменту операции снижался до уровня $62,25 \pm 6,21$ мкм/л.

Таблица 2

Динамика уровня билирубина в группах обходных БДА

Группы операций	На момент операции	7 сут после операции	14 сут после операции
Холецистоэнтероанастомозы			
Основная группа	$154,4 \pm 21,57$	$82,3 \pm 21,60$	$61,3 \pm 16,36$
Группа сравнения	$59,5 \pm 6,21$	$38,6 \pm 4,27$	$38,6 \pm 11,29$
Гепатикоэнтероанастомозы			
Основная группа	$111,2 \pm 19,43$	$83,3 \pm 16,71$	$75,3 \pm 16,28$
Группа сравнения	$65,0 \pm 7,02$	$42,2 \pm 6,24$	$42,0 \pm 11,23$

В ходе дисперсионного анализа преобразованных по Фриману–Тьюки (Sokal, Rohlf, 1995) значений билирубина было установлено, что высоко статистически значимые различия в его уровнях

наблюдались как между сравниваемыми группами ($F_{[1,340]}=34,955$, $p<<0,001$), так и между сроками анализов ($F_{[2,340]}=15,433$, $p<<0,001$). Межгрупповые различия проявились в стабильно более высоких

значениях в основных группах, а различия между сроками проявились за счет значительного снижения уровня билирубина к седьмым суткам.

Всего было отмечено 14 видов осложнений (табл. 3).

По доле пациентов с осложнениями, летальности и структуре осложнений значения тестов составили соответственно: $G^2_{[2]}=1,839$; $p=0,399$, $G^2_{[1]}=1,511$; $p=0,219$ и $G^2_{[8]}=12,710$; $p=0,201$.

Таблица 3

Послеоперационные осложнения и летальность в исследуемых группах

№ п/п	Показатели	Холецистоэнтероанастомозы		Гепатикоэнтероанастомозы	
		Без разгрузки (основная)	С разгрузкой (сравнения)	Без разгрузки (основная)	С разгрузкой (сравнения)
1	Количество пациентов	63	109	40	81
2	Количество пациентов с осложнениями	8 (12,7%)	24 (22,0%)	8 (20,0%)	20 (24,7%)
3	Количество осложнений	10	39	10	26
4	Осложнения:				
	Нагноение послеоперационной раны, абсцесс	1	12	4	11
	Эвентрация	1	4	-	3
	Кровотечения в просвет ЖКТ	3	3	-	4
	Печеночно-почечная недостаточность	2	5	1	2
	Послеоперационная пневмония	-	6	1	2
	Несостоятельность анастомоза, перитонит	-	3	1	2
	Желчеистечение, перитонит	1	-	2	-
	Почечная недостаточность	-	2	-	-
	Тромбозы артерий конечностей	1	-	-	1
	Непроходимость анастомоза	-	-	-	1
	Острая задержка мочи	-	1	-	-
	Острая сердечная недостаточность	1	-	1	-
	Аритмический шок, ТЭЛА	-	1	-	-
	Ишемический инсульт головного мозга	-	2	-	-
5	Послеоперационная летальность	4 (6,3%)	14 (12,8%)	2 (5,0 %)	8 (9,9%)

Анализ относительных частот послеоперационных осложнений и летальности показал, что в группах сравнения, т.е. с предварительной разгрузкой желчных путей, пациентов с осложнениями было в 1,3–1,7 раза больше, а частота смерти в стационаре была в них в 2 раза выше. Непосредственные исходы операций по формированию обходных билиодигестивных анастомозов показывают, что частота возникновения послеоперационных осложнений после первичных обходных холецистоэнтеростомий (т.е. без предварительной декомпрессии желчных путей) составила 12,7 %, а после таких же гепатикоэнтеросто-

мий – 20,0 %. Послеоперационная же летальность составила соответственно 6,3 % и 5,0 % ($p=0,073$).

Операции по формированию обходных гепатикоэнтероанастомозов более продолжительны по времени и более травматичны для пациента, чем холецистоэнтеростомии, но, по мнению многих авторов [1, 3], этот риск «окупается» большей продолжительностью жизни, связанной с удлинением срока безжелтушного периода при дальнейшем прогрессировании опухолевого процесса. С этой целью была изучена средняя продолжительность жизни больных после операций обходного ХЭА и ГЭА. Для более точного

анализа в него были включены только больные раком головки поджелудочной железы IVa и IVb стадий, исключая пациентов с опухолями БДС, дистального отдела холедоха и больных с локализованными опухолями поджелудочной железы, которым по соматическим показаниям не была произведена радикальная операция. Больные, которым после операции проводилось лучевое лечение или химиотерапия, также были исключены из анализа. Таким образом, в анализ выживаемости вошли больные раком головки поджелудочной железы IVa и IVb стадий только после хирургических операций по созданию обходных желчеотводящих анастомозов. Было прослежено 79 больных, из них у 41 был наложен гепатикоэнтероанастомоз, у 38 – холецистоэнтероанастомоз.

Для пациентов с обходными холецистоэнтероанастомозами медиана выживаемости составила 16,1 нед. Первый и третий квартили, между которыми сосредоточена половина умерших пациентов с наиболее типичными значениями продолжительности жизни, были 8,0 и 26,4 нед. Для пациентов с обходными гепатикоэнтероанастомозами медиана выживаемости составила 17,9 нед, а первый и третий квартили – 7,7 и 31,8 нед. Критерий Гехана не обнаружил различий в средней продолжительности жизни пациентов рассматриваемых групп ($p=0,403$). Вероятность отсутствия различий между группами в тестах Кокса и Гехана составила соответственно: $p=0,103$ и $p=0,078$.

Выводы

1. У больных с механической желтухой и распространенными формами опухолей панкреатодуоденальной зоны предварительная декомпрессия желчных путей перед наложением обходных желчеотводящих анастомозов не только не снижает, а, наоборот,

повышает риск послеоперационных осложнений, преимущественно за счет развития послеоперационных пневмоний и гнойно-септических осложнений. В связи с этим возрастает и частота летальных исходов после этих операций в 2 раза.

2. Операции по созданию обходных гепатикоэнтероанастомозов дают больший процент ранних послеоперационных осложнений и не увеличивают продолжительности жизни больных по сравнению с обходными холецистоэнтеростомиями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барыков В.Н. Диагностика, предоперационная подготовка и хирургическое лечение опухолей панкреатодуоденальной области (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Челябинск, 2000. 41 с.
2. Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Цикоридзе М.Ю., Моисеевко А.Б. Хирургическая тактика при осложненном раке панкреатодуоденальной зоны // *Анналы хирургической гепатологии: Тезисы XII Международного конгресса хирургов-гепатологов*. 2005. Т.10, № 2. С. 142.
3. Виноградов В.В., Вишневский В.А., Кочиашивили В.И. Билиодигестивные анастомозы. М., 1972. С. 151–152.
4. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. М., 1995. 510 с.
5. Данилов М.В., Глабай В.П., Кустов А.Е. Хирургическое лечение больных механической желтухой опухолевой этиологии // *Анналы хирургической гепатологии*. 1997. № 2. С. 110–116.
6. Мартюв Ю.Б., Галушков Г.М., Подолинский С.Г. и др. Лечение больных злокачественными опухолями панкреатобилиарной зоны // *Анналы хирургической гепатологии: VI Международная конференция хирургов-гепатологов стран СНГ*. Киев, 1998. Т. 3, № 3. С. 234.
7. Рыков О.В. Выбор метода желчеотведения при билиопанкреатодуоденальном раке у неоперабельных больных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. 25 с.
8. Deziel D.J., Wilhelmi D., Staren E.D., Doolas A. Surgical palliation for ductal adenocarcinoma of the pancreas // *Am. Surg.* 1996. Vol. 62, № 7. P. 582–588.

Поступила 21.08.06