

УДК 616.361/.367-006.6-06:616.366-008.5

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ ПАЛЛИАТИВНЫХ ЖЕЛЧЕОТВОДЯЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С РАДИКАЛЬНО НЕОПЕРАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

**В.А. Бахтин**, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой, **С.М. Аракелян**, кафедра госпитальной хирургии,  
ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»

Единственным способом, позволяющим продлить жизнь больных неоперабельным раком внепеченочных желчных протоков, осложненным механической желтухой, является дренирование желчевыводящих путей. В настоящее время имеется большое количество вариантов желчеотведения. Проводится анализ качества жизни пациентов после различных дренирующих операций.

The only one method, which allows having elongated life of the patients with inoperable cancer of anhepatic biliary tracts complicated with obstructive jaundice, is drainage of biliary tracts. In current time there is a great variety of variants of bile derivation. The patients' life quality analysis after different drainage operation has been investigated.

**Введение.** Лечение больных с опухолевыми поражениями внепеченочных желчных протоков (ВЖП), осложнённых механической желтухой, – один из трудных и актуальных разделов современной абдоминальной хирургии [2; 4]. В последние годы отмечается стойкая тенденция к росту числа больных с данным заболеванием [1; 3].

До настоящего времени большинство выполняемых операций при опухолях ВЖП имеют паллиативный характер и относятся, в основном, к тем или иным методам желчеотведения: реканализация и различные варианты чрескожного внутреннего дренирования с использованием стентов, дренажей и обходных анастомозов [6]. Поскольку большинству выполняются паллиативные желчеотводящие вмешательства, то актуально изучение вариантов желчеотведения, наиболее эффективно устраняющих тягостные проявления механической желтухи и улучшающих качество жизни (КЖ) больных.

**Материалы и методы.** В клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА с 1996 по 2007 г. находились под наблюдением 134 больных с опухолевыми поражениями ВЖП, осложненными механической желтухой (57 женщин, 77 мужчин) в возрасте от 31 до 82 лет.

Все пациенты поступали в клинику с синдромом механической желтухи. Концентрация билирубина в сыворотке крови при госпитализации составляла от 35,6 до 770,3 мкмоль/л (в среднем 282,1±15,2 мкмоль/л).

Комплекс диагностических исследований позволил верифицировать опухолевое поражение внепеченочных желчных протоков у 127 больных, что составило 94,7%. У остальных больных диагноз установлен во время оперативного вмешательства.

Выбор метода хирургического лечения зависел от топографо-анатомической локализации опухоли ВЖП. При исследовании у 21 пациента было выявлено дистальное расположение опухоли, у 91 – проксимальное (опухоль Клатскина) и у 22 выявлено тотальное поражение

ВЖП. Больные с опухолью Клатскина распределились по классификации Bismuth-Corlette [5]: I тип (проксимальный отдел общего желчного протока без перехода на область слияния долевых протоков) – 9 больных; II тип (проксимальный отдел общего печеночного протока (ОПП) с переходом на область слияния) – 4; III-A тип (проксимальный отдел ОПП с переходом на правый печеночный проток) – 7; III-B тип (проксимальный отдел ОПП с переходом на левый печеночный проток) – 4; IV тип (проксимальный отдел ОПП с переходом на долевые печеночные протоки) – 67 больных.

Из 134 больных 102 (76,1%) выполнено паллиативное желчеотведение, наружное – 15 больным (11,2%): гепатикохолангиостомия – 11 (8,2%), гепатикохолангиостомия по Бурлуи – 4 (2,9%). Внутреннее желчеотведение выполнено 32 больным (23,8%): холецистоэюноанастомоз – 5 (3,7%), холедоходуоденоанастомоз – 3 (2,2%), холедохоэюноанастомоз – 4 (2,9%), гепатикоэюноанастомоз – 4 (2,9%), гепатикоцистоэюноанастомоз – 2 (1,5%), гепатикоэюноанастомоз на ТПД по Прадери-Смиту по методике клиники (приоритетная справка № 2007121987/17-023946 от 13.06.2007 г.) – 7 (5,2%), гепатикоэюноанастомоз на ТПД по Сейпол-Куриану – 4 (2,9%), гепатоеюноанастомоз на ТПД по Прадери-Смиту – 3 больным (2,2%). Реканализация и эндопротезирование желчных путей выполнено 51 больному (38,0%): реканализация желчных протоков с ТПД по Прадери-Смиту – 8 (5,9%), реканализация желчных протоков с ТПД по Сейпол-Куриану – 21 (15,6%), реканализация желчных протоков с внутренним эндопротезированием расщепленным дренажем (авторское свидетельство № 175046 от 22.04.85) – 22 больным (16,4%). Паллиативная резекция печени с внутренним желчеотведением выполнено 4 больным (2,9%).

Ключевым моментом в данном исследовании явилась оценка качества жизни больных после паллиативного

желчеотведения. Оценка КЖ проводилась опросником SF-36 по следующим параметрам: PF – физическое функционирование; RP – ролевое (физическое) функционирование; P – боль; GH – общее здоровье; VT – жизнеспособность; SF – социальное функционирование; RE – эмоциональное функционирование; MH – психологическое здоровье.

**Результаты и обсуждение.** Оценка качества жизни изучена у 82 пациентов после паллиативных желчеотводящих вмешательств: 11 больных исследованы после наружного желчеотведения как окончательного этапа хирургического лечения, 25 – после внутреннего паллиативного желчеотведения и 49 после реканализации и эндопротезирования желчных протоков. Наружное желчеотведение приводит к постепенному улучшению физического компонента качества жизни (PF; RP; P; GH) и незначительному улучшению психического компонента здоровья (VT; SF; RE; MH). Пик улучшения качества жизни приходится от 3–4 месяцев до 7–8 месяцев после оперативного вмешательства. Улучшение как физического, так и психического компонента качества жизни наблюдается уже после 2 месяцев после паллиативного внутреннего желчеотведения. Реканализация и эндопротезирование внепеченочных желчных протоков приводит к относительно «медленному» улучшению качества жизни.

Отдаленные результаты после паллиативных желчеотводящих вмешательств (102) изучены у 85 (83,3%) больных в сроки от 8 до 25 месяцев. Неизвестна судьба 17 (16,6%) больных – жителей других областей в связи с переменой места жительства. Продолжительность жизни у больных

после наружного желчеотведения составила  $9,4 \pm 0,8$  месяца; после внутреннего желчеотведения –  $12,4 \pm 1,0$  месяца; после реканализации желчных протоков с эндопротезированием –  $11,4 \pm 0,8$  месяца.

**Заключение.** Таким образом, паллиативное желчеотведение у больных с неоперабельным раком внепеченочных желчных протоков, осложненным механической желтухой, позволяет улучшить качество жизни по сравнению с КЖ до операции. Наиболее продолжительное улучшение КЖ наблюдается после внутреннего желчеотведения.



#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ермолов А.С., Юрченко С.В., Дасаев Н.А. Декомпрессия желчевыводящих путей для подготовки больных с обтурационной желтухой и холангитом к радикальной операции. // Хирургия. – 1994. – № 9. – 24 с.
2. Плеханов А.Н., Ольховский И.А., Борбоев Л.В., Товаршинов А.И., Виноградов А.А., Дашиев Ц.Д. Лечение опухолей холедоха. Анналы хирургической гепатологии.: Материалы 10-ой Юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ. - М. - 2003. - № 8. - Ч. 2. - С. 222.
3. Слесаренко С.С., Федоров В.Э. Паллиативные хирургические вмешательства при опухолевой механической желтухе. Анналы хирургической гепатологии.: Материалы 10-ой Юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ. - М. - 2003. - № 8. - Ч. 2. - С. 175.
4. Чумаков А.А., Малашенко В.Н., Козлов С.В. Результаты лечения больных при опухолевой обструкции проксимальных отделов желчных путей в IV стадии заболевания. Анналы хирургической гепатологии.: Материалы 10-ой Юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ. - М. - 2003. - № 8. - Ч. 2. - С. 179.
5. Bismuth H., Corlette M.B. Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver. // Surg. Gynecol. Obstet. - 1975. - Vol. 140. - P. 170.
6. Myburgh J.A. Resection and bypass for malignant obstruction of bile duct. World J. Surg. 1995. 19. 108-112.