

## ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИЕЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

**Ф.В. БАЗИЛЕВИЧ, З.Ш. АБАШИДЗЕ, А.Е. КЛИМОВ,  
А.С. ГАБОЯН**

Кафедра хирургии РУДН. Ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117189.  
Медицинский факультет.

В статье представлен опыт лечения 138 пациентов с механической желтухой опухолевого генеза. Особое место в статье уделяется применению декомпрессионных вмешательств в предоперационном периоде и их влияние на течение заболевания и его исход.

Лечение больных механической желтухой, особенно опухолевого генеза, является одной из наиболее острых проблем абдоминальной хирургии [2, 7].

В настоящее время число опухолевых заболеваний поджелудочной железы, желчных протоков, БДС, сопровождающихся механической желтухой, продолжает увеличиваться [10, 11, 17]. Эпидемиологические исследования, проведенные в Европе, свидетельствуют о том, что заболеваемость опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны составляет в развитых странах 12,5 заболевших на 100000 населения [18]. В России заболеваемость находится на уровне 9,0, а по Москве - 11,4 заболевших на 100000 жителей [1, 6].

Тесные анатомические и функциональные взаимоотношения головки поджелудочной железы, большого дуоденального сосочка и дистального отдела холедоха способствуют тому, что клинические проявления поражения этих органов имеют много общего, а методы исследования, применяемые для выявления в них патологического процесса одни и те же. Поэтому патологические состояния этих органов рассматриваются под общим названием: «заболевания органов периампулярной или билиопанкреатодуоденальной зоны» [3, 5, 9, 14, 15].

Клиническое течение поздних случаев рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны давно известно и проявляется симптомами, обусловленными опухолевым процессом, независимо от его локализации.

Механическая желтуха при опухолях билиопанкреатодуоденальной зоны развивается у 90% больных и в некоторых случаях является единственным симптомом заболевания [4, 8, 13, 16, 18].

### **Цель исследования.**

Оптимизация сроков предоперационной подготовки, улучшение результатов хирургического лечения и снижение летальности в послеоперационном периоде у больных с механической желтухой злокачественного генеза.

### **Материалы и методы исследования.**

В соответствии с поставленной целью нами было обследовано 138 пациентов со злокачественной обтурацией желчных путей.

На основании полученных результатов, при ретроспективном и проспективном анализе все пациенты были разделены на следующие группы:

- 66 больных составили группу, которым предоперационная декомпрессия желчных путей не проводилась;
- 40 человек - с проведенным предоперационным дренированием;
- 32 пациента, для которых дренирование желчного дерева явилось окончательным этапом лечения.

Для обследования пациентов были использованы общеклинические, функциональные и лабораторные методы исследования.

Общеклинические методы включали в себя: сбор анамнеза, осмотр, анкетирование больных.

Для выяснения этиологии механической желтухи у наблюдавшихся больных применялись следующие функциональные методы исследования: ультразвуковая томография

(УЗТ), эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), дуоденоскопия, ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), чрескожно-чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ).

К лабораторным методам исследований относились: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови.

Для разрешения желчной гипертензии применялись наружные и внутренние дренирующие вмешательства: чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС), назобилиарное дренирование (НБД), холецистостомия (ХС), ретроградное эндопротезирование гепатикохоледоха (установка потерянного дренажа (ПД)).

Возраст обследованных был в пределах от 30 до 80 лет; среднее его значение составило  $61,2 \pm 3,5$  года.

В группе больных, оперированных без предоперационной декомпрессии желчевыводящих путей, средний срок от начала заболевания до обращения в стационар составил  $15,9 \pm 1,9$  дней. В группе же больных с проведенным предоперационным дренированием –  $19,4 \pm 6,6$  дней. Пациенты с проведенным дренированием желчных протоков без дальнейшего хирургического лечения обращались в стационар в среднем через  $19,4 \pm 6,6$  дней от начала проявлений заболевания. У обследованных пациентов в данных группах сроки обращения в стационар статистически достоверно различались ( $p < 0,05$ ).

Сроки пребывания в стационаре больных, которым была выполнена предоперационная декомпрессия, составили  $20,1 \pm 1,5$  дней, тогда как у пациентов без предоперационного дренирования, они составили  $27,2 \pm 1,8$  дней ( $p < 0,05$ ).

Этиологическими факторами возникновения обтурационной желтухи опухолевого генеза были в 70 случаях – опухоль головки поджелудочной железы (ОПЖ); у 42 пациентов – рак общего желчного протока (РОЖП); рак большого дуоденального сосочка (РБДС) – у 20 больных и рак желчного пузыря (РЖП) – в 6 случаях (рис. 1).

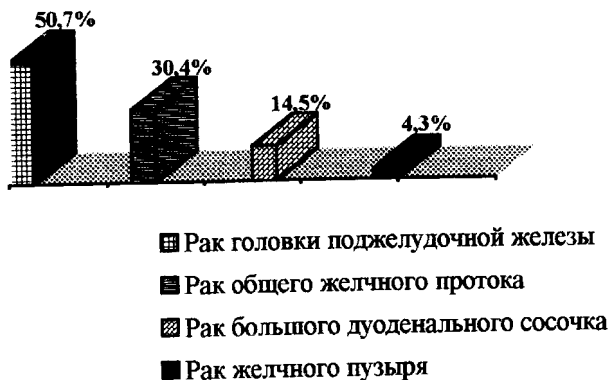


Рис. 1. Этиологические факторы возникновения механической желтухи злокачественного генеза.

Пациентам, которым проводилась предоперационная декомпрессия билиарной системы, выполнены следующие дренирующие вмешательства: ЧЧХС – 8 больным (20,0%), НБД – 7 (17,5%), ХС – 9 (22,5%) и ПД – 16 пациентам, что составило 40,0%.

В группе больных, для которых дренирование желчного дерева явилось окончательным этапом лечения, ЧЧХС произведено в 1 случае (3,8%), ХС – 1 (3,8%) и ПД – 24 обследованным (92,3%). НБД в данной группе не проводилось.

Остальные пациенты (66 человек), включенные в наш анализ, были оперированы без предоперационной декомпрессии билиарной системы. Им произведено: панкреатодуоденальная резекция (ПДР) 11 больным (16,7%), холецистогастротомия (ХГС) – 27 (40,9%), холецистоэнтеростомия (ХЭС) – 6 (9,1%), гепатикоэнтеростомия (ГЭС) – 15 (22,7%), холедоходуоденостомия (ХДС) – 4 (6,1%), трансдуоденальная папиллэктомия

(ТДПЭ) – 3 (4,5%). В данной группе не наблюдались такие оперативные вмешательства, как резекция гепатикохоледоха и интраоперационное протезирование гепатикохоледоха нитеноловыми дренажами с памятью формы.

В группе больных с предоперационным дренированием желчных протоков (40 пациентов) в последующем выполнены: ПДР 4 больным (10,0%), ХГС – 18 (45,0%), ХЭС – 1 (2,5%), ГЭС – 6 (15,0%), ХДА – 4 (10,0%), и/о протезирование – 2 (5,0%), резекция гепатикохоледоха – 5 (12,5%); ТДПЭ не производилось.

В ходе исследования нами также был проведен анализ причин и количества летальных исходов (таб.1).

Таблица 1

## Летальность в исследуемых группах

Показатель	N	ЛЕТАЛЬНОСТЬ		p
		абс.	%	
Без п/о дренирования	66	16	24,2	-
С п/о дренированием	40	6	15,0	0,04
Дренирование без операции	32	7	21,9	-
ИТОГО	138	29	21,0	-

Из данной таблицы видно, что статистически достоверно чаще летальные исходы наблюдались в группе без предоперационного дренирования ( $p < 0,05$ ).

Причинами летальных исходов, приведенных в таб.2., являлись такие осложнения, как печеночно-почечная недостаточность (ППН), холемическое кровотечение, тромбоз легочной артерии (ТЭЛА), острая сердечно-сосудистая недостаточность (ОССН) и перитонит в послеоперационном периоде.

Таблица 2

## Причины летальных исходов в группах

Показатель	N	ППН		Холемическое кровотечение		ТЭЛА		ОССН		Перитонит	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Без п/о дренирования	66	9	13,6	3	4,5	-	-	2	3,0	2	3,0
С п/о дренированием	40	2	5,0	2	5,0	1	2,5	-	-	1	2,5
Дренирование без операции	32	7	21,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Итого	138	18	13,0	5	3,6	1	0,7	2	1,4	3	2,2

## Заключение.

Результаты нашего исследования показывают, что в контингенте обследованных больных преобладают люди пожилого и старческого возраста. Несмотря на то, что пациенты с проведенным предоперационным дренированием желчного дерева поступили в

стационар в более поздние сроки от начала клинических проявлений заболевания, чем больные, оперированные без декомпрессии билиарного тракта, сроки их пребывания в стационаре статистически достоверно меньше. Самой часто встречаемой причиной летальных исходов является острая печечно-почечная недостаточность. Предоперационные малоинвазивные вмешательства, направленные на снижение желчной гипертензии уменьшают количество летальных исходов после паллиативных и радикальных оперативных вмешательств.

## Литература

1. Борисова Н.А. Чрескожные эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи. // Автореф. дисс. док. мед. наук. – Санкт-Петербург. – 1996. – 35с.
2. Буянов В.М., Егиев В.Н., Абулов С.Э., Егоров В.И. Однорядный непрерывный шов при операциях в гастропанкреатодуоденальной зоне. // Сборник трудов конференции «Новые технологии в диагностике и в хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны». - М. - 1995. - С.93-95.
3. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. - М. - Медицина. – 1995. - 509с.
4. Демин Д.И., Крашиш В.В., Минаев И.И. с соавт. Проблемы радикального хирургического лечения больных панкреатодуоденальным раком. // Российский онкологический журнал. – 1997. - №2. – С.18-20.
5. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Макаров Ю.И. Чрескожные чреспеченочные диагностические лечебные вмешательства у больных механической желтухой опухолевой этиологии. // Анналы хирургической гепатологии. – 1997. – Т.2. – С. 110-117.
6. Касумьян С.А., Покусаев Б.А., Некрасов А.Ю. Диагностика и лечение рака большого дуоденального сосочка. // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. - том 3. - №3. – С.226-227.
7. Лапкин К.В., Маличук В.И., Иванов В.А., Русанов В.П., Климов А.Е. Основные направления снижения риска при хирургическом лечении билиопанкреатодуоденального рака. // Первый Московский международный конгресс хирургов. - М. - 1995. - С.264-266.
8. Нестеренко Ю.А., Приказчиков А.В. Современные тенденции хирургического лечения больных раком поджелудочной железы. // Анналы хирургической гепатологии. – 1999. – Том 4. - №4. – С.13-22.
9. Тарасенко В.С., Кубышкин В.А. с соавт. Хирургическое лечение деструктивного панкреатита. // Анналы хирургической гепатологии. – 1999. – №4. – С. 280.
10. Ahlgren J.D., Hill M.C. Pancreatic cancer: patterns, diagnosis and approaches to treatment. In: Ahlgren J.D., McDonald J.S.(editors). //Gastrointestinal oncology. Philadelphia: J.B. Lippincott. - 1992. - P.197-207.
11. Hayes D.H. et al. Carcinoma of the ampulla of Vater. //Ann. Surg. - 1990. – Vol.206. – P.572-577.
12. Lee K.T., Tsai C.C., Ker C.G., Sheen P.C. The management of obstructive jaundice caused by pancreatic head carcinoma and periampullary carcinoma. J. Formos Med. Assoc. - 1992. – Vol.91. - Suppl. 3. – P.208-213.
13. Monson J.R., Donohue J.H., McEntee G.P., McIlrath D.C., Van Heerden J.A. et al. Radical resection for carcinoma of the ampulla of Vater. //Arch.Surg. - 1991. – Mar. - 126(3). – P.353-357.
14. Singh S.M., Longmire W.P. - Surgical palliation for pancreatic cancer. Ann. //Surg. - 1990. – Vol.206. – P.572-577.
15. Wanebo H.J., Vezeridis M.P. Pancreatic carcinoma in perspective: a continuing challenge. //Cancer. – 1996. – Vol.78. - №3. – P.580-591.
16. Warshaw A.L., Feniandez-Dell Castillo C. Pancreatic carcinoma. //New Eng. J. Med. – 1992. – P.326-365.

### SURGICAL TREATMENT IMPROVEMENT IN PATIENTS WITH NEOPLASTIC OBSTRUCTIVE JAUNDICE

F.V. BAZILEVICH, Z.Sh. ABASHIDZE, A.E. KLIMOV,  
A.S. GABOYAN

Department of Surgery of People's Friendship University of Russia. Miklukho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198. Medical Faculty.

In the article we represent our experience of 138 patients treatment with malignant obstructive jaundice. The special place in the claude is given to the decompressive methods usage in a preoperative period and it's influence to the development and the outcome of disease.