

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ПРИ ДИСТАЛЬНОМ БЛОКЕ ХОЛЕДОХА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Д.Э. Зdziтовецкий, А.В. Ковалев

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России
Муниципальная больница №6 им. Н.С.Карповича, г. Красноярск

Дмитрий Эдуардович Зdziтовецкий,
зав. кафедрой и клиникой хирургических болезней
им. проф. Ю.М. Лубенского, д-р мед. наук,
660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1
Александр Владимирович Ковалев,
рентгенохирург,
660062, Россия, г. Красноярск, ул. Курчатова, д. 17,
e-mail: kovaliov1982@mail.ru

В статье представлен анализ хирургического лечения больных с дистальным блоком холедоха злокачественной этиологии. Предложено модифицированное устройство для чрескожного чреспеченочного дренирования желчевыводящих путей (патент № 132331 А61В17/00, БИПМ №26, 20.09.2013), который улучшает результаты лечения больных.

Ключевые слова: дистальный блок, холедох, злокачественная механическая желтуха.

SURGICAL TREATMENT FOR DISTAL BLOCKS CHOLEDOCHUS IN PATIENTS WITH MALIGNANT JAUNDICE

D.E. Zdzitovetsky, A. C. Kovalev

Prof. V. F. Vojno-Yasenetsky's Krasnoyarsk State Medical University
N.S. Karpovitch's Municipal Clinical Hospital №6, Krasnoyarsk

The article presents the surgical treatment of patients with distal unit choledochus. It was proposed the modified biliary drainage for recognizing drainage, which improves patient outcomes.

Keywords: distal unit, choledochus, malignant obstructive jaundice.

Введение

Злокачественные опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны составляют до 15% всех опухолей желудочно-кишечного тракта и имеют тенденцию к росту заболеваемости [1,3,10]. В 75-95% случаев они сопровождаются развитием синдрома механической желтухи, что часто является не только первым клиническим симптомом болезни, но и свидетельствует о запущенности и распространенности процесса [7,13]. Единственным шансом на благоприятный исход лечения может служить радикальная хирургическая операция, однако операбельность при отдельных нозологиях рака билиопанкреатодуоденальной зоны остается невысокой и составляет 5-28% [2,4,6].

Паллиативное хирургическое лечение преследует цели продления и улучшения качества жизни пациентов. Однако, у большинства больных основным видом медицинской помощи остается

симптоматическая терапия [8,9]. На современном этапе применяется 3 способа паллиативного желчеотведения: трансабдоминальные операции, в том числе видеолапароскопические, трансдуоденальные эндоскопические ретроградные методики и чрескожные чреспеченочные вмешательства [1,11,13]. Не существует единых критериев выбора способа лечения, все они, наряду с достоинствами, имеют и несомненные недостатки [5,6,12].

В литературе встречаются противоречивые данные о результатах чрескожного чреспеченочного дренирования (ЧЧД): количество осложнений после операции наблюдается в пределах от 4% до 41,9%; несмотря на малую травматичность, госпитальная летальность составляет от 7,9% до 25% [1,3,6,13].

Цель исследования

Анализ результатов хирургического лечения при дистальном блоке общего желчного протока.

Материалы и методы

Проанализированы результаты лечения 95 больных, находившихся на лечении в I хирургическом отделении (хирургической гепатологии) ГКБ№6 им. Н.С. Карповича, г. Красноярск, с 2011 по 2014 гг. с диагнозом: механическая желтуха опухолевого генеза, дистальный блок холедоха.

Билиодигестивный анастомоз по Байли-Смирнову, дренирование по Зассе-Краковскому и чрескожно-чреспеченочное дренирование проводили по стандартной методике.

Все больные были разделены на 3 группы:

Первую группу составил 31 больной, которым были выполнены билиодигестивные анастомозы (БДА).

Вторую группу составили 32 пациента, которым выполнено чрескожно-чреспеченочное дренирование стандартным дренажом.

Третью группу составили 32 пациента, которым выполнено чрескожно-чреспеченочное дренирование модифицированным дренажом.

Таблица 1

Соотношение некоторых параметров у больных в разных группах

Показатель	Группы больных			p
	1 (n=31)	2 (n=32)	3 (n=32)	
	медиана (25%; 75%)	медиана (25%; 75%)	медиана (25%; 75%)	
Билирубин	199,3 (132,2; 269,3)	153,5 (129,4; 230,2)	177,7 (135,9; 279,2)	$p_{1,2}=1,000$ $p_{2,3}=0,649$ $p_{1,3}=1,000$
Показатель	Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)	p
Пол (мужчины)	13 (41,9±9,1)	12 (37,5±8,7)	9 (28,1±8,1)	$p_{1,2}=0,920$ $p_{2,3}=0,720$ $p_{1,3}=0,370$
Кол-во больных старше 60 лет	27 (87,1±6,1)	26 (81,3±7,0)	30 (93,8±4,6)	$p_{1,2}=1,000$ $p_{2,3}=0,649$ $p_{1,3}=1,000$
Количество больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями	5 (16,1±6,7)	4 (12,5±5,9)	6 (18,8±7,0)	$p_{1,2}=0,387$ $p_{2,3}=0,128$ $p_{1,3}=0,321$

Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, степени выраженности желтухи и характеру сопутствующей патологии ($p > 0,05$).

Математическая обработка результатов исследований проводили с помощью пакета прикладных программ «Statistica 12.0» на персональном компьютере.

При нормальном распределении применяли параметрические методы, при сравнении двух групп – односторонний критерий Стьюдента. Все значения приведены в виде средней арифметической (M) и средней ошибки средней (m).

Если распределение существенно отличалось от нормального, использовали непараметрические

методы – оценку разности средних с помощью критерия Манна – Уитни. При ненормальном распределении количественные показатели приводились в значении медианы с указанием области 50% квартиля: M* (range).

Значимость различий качественных показателей определяли с помощью критерия χ^2 и двухстороннего точного метода Фишера для четырехпольной таблицы. Относительные величины, выраженные в процентах, приводили в тексте диссертации с ошибкой процента. Степень отличий считали значимой при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Из данных таблицы 2 следует, что изначальные средние значения общего билирубина были одинаковы у больных всех сравниваемых групп ($p=0,649-1,000$). После хирургического лечения на третий день средние значения уровней общего билирубина снизились во всех группах однотипно и не отличались между тремя группами ($p=0,338-1,000$). На 7 сутки после оперативного лечения у всех больных уровень билирубина продолжал снижаться, однако средние значения уровня общего билирубина у больных третьей группы были значимо ниже, чем у больных первой и второй группы ($p=0,001$).

Таблица 2

Средние значения общего билирубина у больных в динамике

Группы больных	При поступлении		На 3 день после операции		На 7 день после операции	
	медиана (25%; 75%)	p	медиана (25%; 75%)	p	медиана (25%; 75%)	p
1 (n=31)	199,3 (132,2; 269,3)	$p_{1,2}=0,649$ $p_{1,3}=1,000$	136,1 (85,4; 183)	$p_{1,2}=1,000$ $p_{1,3}=1,000$	57,4 (34,3; 74,9)	$p_{1,2}=0,002$ $p_{1,3}=0,517$
2 (n=32)	153,5 (129,4; 230,2)	$p_{2,1}=0,649$ $p_{2,3}=1,000$	104,5 (75,9; 165,9)	$p_{2,1}=1,000$ $p_{2,3}=0,338$	76,3 (68,6; 117,9)	$p_{2,1}=0,002$ $p_{2,3}=0,001$
3 (n=32)	177,7 (135,9; 279,2)	$p_{3,1}=1,000$ $p_{3,2}=1,000$	132,1 (113,8; 212,1)	$p_{3,1}=1,000$ $p_{3,2}=0,338$	45,5 (33,4; 69,5)	$p_{3,1}=0,517$ $p_{3,2}=0,001$

Продолжительность госпитального периода (таблица 3)

Таблица 3

Продолжительность госпитального периода у больных трех групп сравнения

Клинические группы	Средний койко-день	p
1 (n=31)	25,6±1,6	$p_{1,2}=0,005$ $p_{2,3}=0,001$ $p_{1,3}=0,001$
2 (n=32)	19±1,1	
3 (n=32)	10,8±0,6	

У больных третьей группы госпитальный период был значительно меньше, чем у больных первой группы ($p=0,001$) и меньше, чем у больных второй группы ($p=0,001$).

Эффективность лечения подтверждают непосредственные результаты в группах сравнения. Данные о количестве послеоперационных осложнений и летальности в трех группах представлены в таблице 4.

Таблица 4

Послеоперационные осложнения и летальность в трех группах

Группы больных	1 (n=31)	2 (n=32)	3 (n=32)
Летальность, осложнения	абс. (%±S%)	абс. (%±S%)	абс. (%±S%)
Послеоперационная летальность	1 (3,3±3,3)	3 (9,4±5,2)	0 (0)
	$p_{1-2}=0,319$; $p_{2-3}=0,119$; $p_{1-3}=0,429$		
Кровотечение/гемобилия	2 (6,5±4,5)	3 (9,4±5,2)	1 (3,3±3,3)
	$p_{1-2}=0,515$; $p_{2-3}=0,306$; $p_{1-3}=0,448$		
Холангит	6 (19,4±7,2)	5 (15,6±6,5)	0 (0)
	$p_{1-2}=0,477$; $p_{2-3}=0,026$; $p_{1-3}=0,011$		
Дислокация дренажа	0 (0)	3 (9,4±5,2)	0 (0)
	$p_{2-1}=0,125$; $p_{2-3}=0,119$		
Нагноение мягких тканей вокруг дренажа/п/о раны	2 (6,5±4,5)	3 (9,4±5,2)	1 (3,3±3,3)
	$p_{1-2}=0,515$; $p_{2-3}=0,306$; $p_{1-3}=0,448$		
Всего осложнений	11 (35,5±8,7)	17 (53,1±4,3)	2 (6,3±4,4)
	$p_{1-2}=0,248$; $p_{2-3}=0,001$; $p_{1-3}=0,005$		

Таким образом, в третьей группе после хирургического лечения осложнения возникли в наименьшем количестве, по сравнению со второй группой ($p=0,002$) и третьей группой ($p=0,005$). Летальный исход после хирургической коррекции наступил у 1 больного (3,3 ± 3,3) из первой группы, 3 больных (9,4 ± 5,2) из второй группы, в третьей группе летальных исходов не было.

Заключение

Таким образом, проведенный сравнительный анализ данных результатов лечения больных с механической желтухой показал, что использование модифицированного устройства позволяет в целом улучшить результаты их комплексного лечения, способствует сокращению сроков стационарного лечения, уменьшению послеоперационных осложнений.

Список литературы

1. Гарин А.М. Справочное руководство по лекарственной терапии солидных опухолей / А.М. Гарин, И.С. Базин. – М., 2007. – 300 с.

2. Карпачев А.А. Эндоскопические рентгенэндо-билиарные вмешательства при механической желтухе, вызванной раком панкреатобилиарной зоны / А.А. Карпачев, И.П. Парфенов, В.Д. Полянский // Фундамент. исслед. – 2011. – № 1. – С. 68-75.

3. Ревякин В.И. Роль методов, повышающих диагностическую эффективность эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии в диагностике заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной области / В.И. Ревякин, В.С. Прокушев, И.Э. Попова // Эндоскопич. хир. – 2004. – № 6. – С. 34.

4. Савельев В.С. Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей при механической желтухе / В.С. Савельев, В.И. Прокубовский, М.И. Филимонов // Хирургия. – 1988. – № 1. – С. 37.

5. Шаповальянц С.Г. Возможности эндоскопического билиодуоденального протезирования в лечении опухолевых и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков / С.Г. Шаповальянц, А.Г. Паньков, А.Г. Мыльников / РЖГГК. – 2008. – Т. 18. – № 6. – С. 57 - 66.

6. Шаповальянц С.Г. Выбор метода декомпрессии желчных путей при механической желтухе / С.Г. Шаповальянц, А.Ю. Цкаев, Г.В. Грушко // Анналы хир. гепатол. – 1997. – Т. 2. – С. 117 - 122.

7. Donelli G. Plastic biliary stent occlusion: factors involved and possible preventive approaches / G. Donelli, E. Guaglianone, R. Di Rosa // Clin. Med. Res. – 2007. – Vol.5. – №1. – P. 53 - 60.

8. Isayama H. Results of a Japanese multicenter, randomized trial of endoscopic stenting for nonresectable pancreatic head cancer (JMtest): Covered Wallstent versus DoubleLayer stent / H. Isayama, I. Yasuda, S. Ryozaawa // Dig. Endosc. – 2011. – Vol.23. – №4. – P. 310 - 315.

9. Harada R. Large balloon dilation for the treatment of recurrent bile duct stones prevents short-term recurrence in patients with previous endoscopic sphincterotomy / R. Harada, H. Maguchi, K. Takahashi // J. Hepatobil. Pancreat. Sci. – 2013. – Vol. 20. – №5. – P. 498 - 503.

10. Kida M. Recent advances of biliary stent management / M. Kida., S. Miyazawa, T. Iwai // Korean J. Radiol. – 2012. – Vol.13. – № 1. – P. 62 - 66.

11. Kloek J.J. Endoscopic and percutaneous preoperative biliary drainage in patients with suspected hilar cholangiocarcinoma / J.J. Kloek, N.A. van der Gaag, Y. Aziz. // J. Gastrointest. Surg. – 2010. – Vol.14. – № 1. – P. 119 - 125.

12. Paulson A.S. Therapeutic advances in pancreatic cancer / A.S. Paulson, H.S. Tran Cao et al. // Gastroenter. – 2013. – Vol. 144. – № 6. – P. 1316-1326.

13. Son J.H. The optimal duration of preoperative biliary drainage for periampullary tumors that cause severe obstructive jaundice / J.H. Son, J. Kim, S.H. Lee // Am. J. Surg. – 2013. – Vol.206. – N 1. – P. 40 - 46.