

ID: 2020-03-24-A-19081

Краткое сообщение

Матвеев Н.В., Хмара М.Б., Козлов В.В.

Реконструктивные билиодигестивные анастомозы как метод лечения механической желтухи опухолевого генеза

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета

Резюме

В рамках клинического исследования рассмотрены преимущества использования билиодигестивных анастомозов в качестве основного метода паллиативного лечения механической желтухи опухолевой этиологии.

Ключевые слова: механическая желтуха, билиодигестивные анастомозы

Актуальность

В последние годы отмечается увеличение больных с опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны, которым показаны паллиативные операции, вследствие наличия у них осложнений таких как механическая желтуха, стеноз выходного отдела желудка, развитие высокой кишечной непроходимости.

Цель исследования: доказать эффективность использования билиодигестивных анастомозов при ликвидации билиарной гипертензии у онкологических больных с механической желтухой.

Задачи:

- изучить динамику заболеваемости злокачественными новообразованиями органов билиопанкреатодуоденальной зоны;
- обозначить показания к формированию различных типов БДА у пациентов с внепеченочным холестазом опухолевого генеза;
- провести сравнительный анализ непосредственных результатов хирургического лечения пациентов при применении различных видов декомпрессии желчных путей;
- оценить эффективность, а также характер и количество осложнений при проведении паллиативных оперативных вмешательствах на желчевыводящих путях;
- доказать необходимость дифференцированного подхода к выбору варианта ликвидации внепеченочного блока на фоне обтурационной желтухи.

Материал и методы

Проанализированы результаты хирургического лечения 93 больных с механической желтухой опухолевой этиологии на кафедре госпитальной хирургии лечебного факультета ГКБ №1 имени Ю.Я.Гордеева г. Саратова в период с 2014 по 2018 гг.

Возраст больных колебался от 54 до 88 лет, основную группу составляли пациенты 65-79 лет. Распределение больных по полу: мужчины - 64%, женщины – 36%. Установлено, что основными причинами билиарной обструкции у данной категории пациентов являлись: рак головки поджелудочной железы – 58,5%, рак холедоха – 12,4%, рак БСДК – 10,7%, рак внепеченочных желчных протоков – 8,3%, метастазы печени и лимфоузлов гепатодуоденальной связки – 7,6%, рак желчного пузыря – 2,5%.

Было выделено 2 группы больных дистальной механической желтухой опухолевого генеза с различным подходом к выполнению билиарной декомпрессии: в основной группе методом выбора была хирургическая декомпрессия – билиодигестивные анастомозы. Из хирургических операций преимущественно выполнены холедоходигестивные и холецистодигестивные соустья. В группе сравнения чаще применены миниинвазивные вмешательства – холецистостомия.

Результаты

Анализ результатов лечения позволил выделить 5 основных способов дренирования желчевыводящих протоков: холецистоюноанастомоз – 51% (47 операций), холецистостомия 22% (21 операция), холедохоэнтероанастомоз - 16% (15 операций), холецистоюно- и гастроюноанастомоз по Ру – 3% (3 операции).

Отдаленные результаты прослежены в сроках от 4 месяцев до 5 лет. Так, послеоперационная летальность в основной группе составила – 2,1 % (2 человека умерло от полиорганной недостаточности, обусловленной тяжелой механической желтухой), а в группе сравнения – 1,05% (1 чел.). Осложнения в раннем послеоперационном периоде в основной группе: нагноение послеоперационной раны (1 чел.). Длительность пребывания в стационаре в основной группе составила 14±2 суток, в группе сравнения - 12±1 сутки.

Выводы

Полученные результаты подтверждают возможность широкого применения билиодигестивных анастомозов в качестве основного метода паллиативного лечения механической желтухи у онкологических больных без увеличения количества осложнений и летальности, обеспечивая высокую эффективность ликвидации билиарной гипертензии, улучшение качества жизни больных. Напротив, несмотря на достаточную простоту наложения холецистостомы, позволяющей ей конкурировать с билиодигестивными анастомозами, она нарушает принцип физиологичности желчеотведения, создает значительные трудности в уходе, а, следовательно, снижает качество жизни больных. Поэтому возможность длительной адекватной декомпрессии билиарного тракта этим способом должна быть ограничена.

Литература

1. Борисов А.Е.Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей / А.Е. Борисов и др. под ред. А.Е. Борисова. В 2-х томах, Т. 1. СПб.: Скифия, 2003. 488 с.
2. Гальперин Э.И.Руководство по хирургии желчных путей / Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев. М.: Видар, 2006. 559 с.

3. Гвоздев А.А., Чигирев В.А., Гусев Д.В. Сравнительная оценка результатов хирургического и эндоскопического лечения механической желтухи опухолевой природы. Тез. докл. XX Юбилейного Международного Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. Донецк, 18 – 20 сентября 2013. 227 с.
4. Жерлов Г.К., Карпович А.В., Зыков Д.В. и др. Арефлюксный гепатикоюноанастомоз при раке внепеченочных желчных протоков и головки поджелудочной железы // Хирургия 2009. № 3 С. 17–22.
5. Кубачев К.Г., Борисов А.Е., Изудинов А.С., Хромов В.В., Сагитова Д.С. Выбор способа дренирования желчных протоков при механической желтухе опухолевой генеза // Анналы хирургической гепатологии 2009. Т. 14. № 3. С. 56–62.