

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.