

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОКСИМАЛЬНОМ БЛОКЕ ХОЛЕДОХА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Ковалев А.В.¹, Здзитовецкий Д.Э.^{1,2}

¹ КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича», e-mail: kovaliov1982@mail.ru

² ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск.

В статье представлен анализ хирургического лечения больных с проксимальным блоком холедоха, злокачественной этиологии, предложен способ чрескожного чреспеченочного дренирования желчевыводящих путей при опухолях ворот печени (заявка на изобретение № 2014154459 от 30.12.2014 г.), который улучшает результаты лечения больных. Целью исследования явилось изучение влияния модифицированного способа на результаты лечения больных. В статье представлена классификация Bismuth – Corlett (1975), имеющая большое прогностическое значение для выбора хирургической тактики. В протокол были включены три группы пациентов, которым выполнили операции, направленные на ликвидацию механической желтухи. Таким образом, проведенный сравнительный анализ данных результатов лечения больных с МЖ при проксимальном блоке опухолевого генеза показал, что использование модифицированного способа дренирования позволяет в целом улучшить результаты комплексного их лечения, способствует сокращению сроков стационарного лечения, уменьшению послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: проксимальный блок холедоха, злокачественная механическая желтуха.

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH PROXIMAL UNIT CHOLEDOCHUS MALIGNANT ETIOLOGY

Kovalev A.C.¹, Zdzitovetsky D.E.^{1,2}

¹ Municipal Clinical Hospital named after N.S. Karpovitch, Krasnoyarsk, e-mail: kovaliov1982@mail.ru

² Krasnoyarsk State Medical University named after V. F. Vojno-Yasenetsij Ministry Of Health Of Russia, Krasnoyarsk

The article presents the analysis of surgical treatment of patients with proximal unit choledochus, malignant etiology, method of percutaneous perhepatic drainage of bile ducts in the liver tumors (application for invention No. 2014154459 from 30.12.2014 g), which improves patient outcomes. The aim of the study was to examine the influence of a modified method for the treatment of patients. The article presents the classification of Bismuth-Corlett (1975) have great predictive value for surgical options. The Protocol included three groups of patients who have had operations aimed at eliminating mechanical jaundice. Thus, the comparative analysis of results of treatment of patients with MF at the proximal block tumor genesis, showed that the use of a modified method allows drainage generally improve their results of a comprehensive treatment helps to reduce terms of hospitalization, reduced postoperative complications.

Keywords: proximal block choledochus, malignant obstructive jaundice.

Злокачественные опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны составляют до 15 % всех опухолей желудочно-кишечного тракта и имеют тенденцию к росту заболеваемости [1, 2, 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 [4, 7]. 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 % [3, 5, 6, 8, 10].

Большое прогностическое значение для выбора хирургической тактики имеет уровень поражения билиарного тракта, определяемый по классификации Bismuth-Corlett

(1975). Проксимальные блоки общего печечного протока опухолевой этиологии I типа по классификации Bismuth встречаются в 25 %, а II типа – в 25 %, т.е. занимают чуть более половины всех случаев рака внепеченочных желчных протоков, наиболее благоприятны для радикального хирургического лечения и имеют наилучшие показатели 3-х и 5-летней выживаемости [2, 4, 9, 11].

Опухоли проксимальной локализации (поражение на уровне конfluence – Bismuth-IIIa,b составляют 41 %; опухоли внутрипеченочных желчных протоков IV типа по классификации Bismuth встречаются до 6 % всех случаев. При этой локализации показатели операбельности и выживаемости существенно ниже, чем при дистальных опухолях желчных протоков [2, 4, 9, 11].

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 % [2, 5, 9].

Целью исследования явилось изучение влияния модифицированного способа на результаты лечения больных.

Материалы и методы исследования

Проанализированы результаты лечения 92 больных, находившихся на лечении в I хирургическом отделении (хирургической гепатологии) КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» города Красноярска с 2011 по 2014 год с диагнозом механическая желтуха опухолевого генеза, проксимальный блок холедоха.

Для реализации целей исследования пациенты с проксимальным блоком общего желчного протока были разделены на три группы:

Первую группу составили 32 больных, которым было выполнено транспеченочное дренирование (ТПД).

Вторую группу составили 30 пациентов, которым выполнено билатеральное чрескожно-чреспеченочное дренирование.

Третью группу составили 30 пациентов, которым выполнена чрескожно-чреспеченочное дренирование модифицированным доступом (табл. 1).

Таблица 1

Соотношение некоторых параметров у больных в разных группах

Показатель	Группы больных			p
	1 группа (n=32)	2 группа (n=30)	3 группа (n=30)	
	Медиана 25 %	Медиана 25 %	Медиана 25 %	

	75 %	75 %	75 %	
Билирубин	238,1 127,5 276,2	293,9 144,4 320,3	279,2 109,1 310,4	p ₁₋₂ =1,000 p ₂₋₃ =1,000 p ₁₋₃ =0,736
Показатель	Абс. (% ±S%)	Абс. (% ±S%)	Абс. (% ±S%)	P
Пол (мужчины)	16 (50,0±8,9)	13 (43,3±9,2)	15 (50,0±9,3)	p ₁₋₂ =0,786 p ₂₋₃ =0,796 p ₁₋₃ =0,799
Кол-во больных старше 60 лет	22 (68,8±8,3)	20 (66,7±8,8)	22 (73,3±8,2)	p ₁₋₂ =0,923 p ₂₋₃ =0,779 p ₁₋₃ =0,907
Количество больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями	8 (25,0 ±7,8)	10 (33,3 ±8,8)	13 (43,3 ±9,2)	p ₁₋₂ =0,658 p ₂₋₃ =0,595 p ₁₋₃ =0,209

p₁₋₂: достоверность различий между первой и второй группой пациентов.

p₂₋₃: достоверность различий между второй и третьей группой пациентов.

p₁₋₃: достоверность различий между первой и третьей группой пациентов.

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

Для выбора хирургической тактики мы применяем классификацию Bismuth – Corlett (табл. 2).

Таблица 2

Соотношение некоторых параметров у больных в разных группах

Показатель	Группы больных			p
	1 группа (n=32)	2 группа (n=30)	3 группа (n=30)	
	Абс. (% ±S%)	Абс. (% ±S%)	Абс. (% ±S%)	
Bismuth-I	7(21,9±7,4)	7(23,3±7,9)	8(26,7±8,2)	p ₁₋₂ =0,868 p ₂₋₃ =1,000 p ₁₋₃ =0,886
Bismuth-II	9 (28,1±8,1)	8 (26,7±8,2)	9 (30,0±8,5)	p ₁₋₂ =0,876 p ₂₋₃ =1,000 p ₁₋₃ =0,907
Bismuth-III a	7 (21,9±7,4)	6 (20,0±7,4)	5 (16,7±6,9)	p ₁₋₂ =0,847 p ₂₋₃ =1,000 p ₁₋₃ =0,891
Bismuth-III b	7 (21,9±7,4)	8 (26,7 ±8,2)	6 (20,0 ±7,4)	p ₁₋₂ =0,833

				$p_{2-3}=0,760$ $p_{1-3}=0,847$
Bismuth-IV	2 (6,2±4,3)	1 (3,3±3,3)	2 (6,6±4,6)	$p_{1-2}=0,525$ $p_{2-3}=0,500$ $p_{1-3}=0,669$

Три группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, степени выраженности желтухи (уровню средних значений показателей общего билирубина) и характеру сопутствующей патологии ($p > 0,05$).

Математическая обработка результатов исследований проводили с помощью пакета прикладных программ «Statistika 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 исследования:

Проведен сравнительный анализ данных некоторых биохимических показателей (общий билирубин) сыворотки крови у больных трех групп в динамике (табл. 3).

Из данных таблицы 3 следует, что изначальные средние значения показателя общего билирубина были однотипными у больных всех групп ($p=0,736-1,000$). После хирургического лечения у больных трех групп сравнения средние значения уровней общего билирубина снизились однотипно ($p=1,000$). После хирургического лечения (на седьмые сутки) у больных первой и второй групп средние значения уровней общего билирубина снизились и между собой не отличались ($p=0,3299$). При этом у больных третьей значимо ниже, чем у больных второй группы ($p=0,003$).

Таблица 3

Средние значения показателя общего билирубина
у больных сравниваемых групп в динамике

Группы больных	при поступлении		на 3 день после операции		на 7 день после операции	
	Общий билирубин Медиана (25%; 75%)	Р	Общий билирубин Медиана (25%; 75%)	Р	Общий билирубин Медиана (25%; 75%)	Р
1 (n=32)	238,1 (127,5; 276,2)	$p_{1-2}=1,000$ $p_{1-3}=0,736$	177,5 (95,4; 372,4)	$p_{1-2}=1,000$ $p_{1-3}=1,000$	96,8 (46,5; 247,4)	$p_{1-2}=0,659$ $p_{1-3}=0,087$
2 (n=30)	193,9 (144,4; 320,3)	$p_{2-1}=1,000$ $p_{2-3}=1,000$	187,3 (121,8; 253,1)	$p_{2-1}=1,000$ $p_{2-3}=1,000$	121,2 (76,2; 171,3)	$p_{2-1}=0,659$ $p_{2-3}=0,003$
3 (n=30)	279,2 (109,1; 310,4)	$p_{3-1}=0,736$ $p_{3-2}=1,000$	176,4 (127,5; 256,8)	$p_{3-1}=1,000$ $p_{3-2}=1,000$	57,6 (35,1; 117,6)	$p_{3-1}=0,087$ $p_{3-2}=0,003$

При сравнительном анализе продолжительности госпитального периода количество койко-дней было меньше у больных III группы по сравнению с больными I и II групп. Статистически значимых различий продолжительности госпитального периода у больных I и II групп не выявлено (табл. 4).

Таблица 4

Продолжительность госпитального периода у больных трех групп сравнения

Клинические группы	Средний койко-день	Р
1 (n=32)	30,0±2,2	$p_{1-2}=0,283$ $p_{2-3}=0,001$
2 (n=30)	27,1±1,8	$p_{2-1}=0,283$ $p_{2-3}=0,001$
3 (n=30)	12,3 ±0,4	$p_{3-1}=0,001$ $p_{3-2}=0,001$

Эффективность лечения подтверждают непосредственные и отдаленные результаты в группах сравнения. Данные о количестве послеоперационных осложнений и летальности в трех группах представлены в таблице 5.

Таблица 5

Послеоперационные осложнения и летальность в трех группах

Группы больных	1 (n=32)	2 (n=30)	3 (n=30)
	Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)	Абс. (% ±S%)
Летальность, осложнения	9 (28,1±8,1)	2 (6,7±4,6)	0 (0)
Послеоперационная летальность	$p_{1-2}=0,028$ $p_{2-3}=0,246$ $p_{1-3}=0,001$		
Кровотечение/гемобилия	4 (12,5±5,3)	7 (23,3±7,9)	1 (3,3±3,3)

	$p_{1-2}=0,217;$ $p_{2-3}=0,026;$ $p_{1-3}=0,198$		
Холангит	8 (25±7,8)	6 (20±7,4)	0 (0)
	$p_{1-2}=0,868;$ $p_{2-3}=0,012;$ $p_{1-3}=0,003$		
Дислокация дренажа	0(0)	3 (10,0±5,6)	0(0)
	$p_{2-1}=0,107;$ $p_{2-3}=0,119$		
Нагноение мягких тканей вокруг дренажа/п/о раны	5 (15,6±6,5)	4 (13,3±6,3)	1 (3,3±3,3)
	$p_{1-2}=0,543;$ $p_{2-3}=0,177;$ $p_{1-3}=0,113$		
Всего осложнений	26 (35,5±8,6)	22 (43,8±9,2)	2 (6,7±4,6)
	$p_{1-2}=0,659;$ $p_{2-3}=0,001;$ $p_{1-3}=0,001$		

Таким образом, в третьей группе после хирургического лечения осложнения возникли в наименьшем количестве, по сравнению со второй группой ($p=0,026$).

Заключение

Таким образом, проведенный сравнительный анализ данных результатов лечения больных с МЖ при проксимальном блоке опухолевого генеза показал, что использование модифицированного способа дренирования позволяет в целом улучшить результаты комплексного их лечения, способствует сокращению сроков стационарного лечения, уменьшению послеоперационных осложнений.

Список литературы

1. Винник Ю.С., Гульман М.И., Пахомова Р.А., Кочетова Л.В., Карапетян Г.Э. Качество жизни больных после наложения арефлюксного холедоходуоденоанастомоза // Креативная хирургия и онкология. – 2012. – № 3. – С.29-32.
2. Гарин А.М. Справочное руководство по лекарственной терапии солидных опухолей /А.М. Гарин, И.С. Базин. – М., 2007. – 300 с.
3. Карпачев А.А. Эндоскопические рентгенэндобилиарные вмешательства при механической желтухе, вызванной раком панкреатобилиарной зоны /А.А. Карпачев, И.П. Парфенов, В.Д. Полянский // Фундамент. исслед. – 2011. – № 1. – С. 6875.
4. 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.

5. 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.

6. Филистович А.В., Черданцев Д.В., Филистович В.Г. Особенности патогенеза нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта после холецистэктомии // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – № 3. – С.3-6.

7. Чаплыгина А.В. Диагностика и коррекция нарушений моторики желудка и ДПК при калькулезном холецистите / А.В. Чаплыгина, Д.В. Черданцев, В.Г. Филистович // Вестник клинической больницы. – 2013. – № 51. – № 5(2). – С.88-89.

8. 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. 117122.

9. 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. 5766.

10. 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. – V. 23, No. 4. – P. 310315.

11. Kida M. Recent advances of biliary stent management / M. Kida., S. Miyazawa, T. Iwai // Korean J. Radiol. – 2012. – V. 13, No. 1. – P. 6266.

Рецензенты:

Черданцев Д.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой и клиникой хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО ГБОУ ВПО им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск;

Винник Ю.С., д.м.н., профессор заведующий кафедрой общей хирургии им. проф. М.И. Гильмана ГБОУ ВПО им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск.