

КОМБИНИРОВАННОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕВЫХ ЖЕЛТУХ

Шальков Ю.Л., Куцый А.С., Мансуру С.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г.Харьков

Радикальные оперативные вмешательства при раке поджелудочной железы несмотря на их оправданность (А.А. Шалимов, 1970, 1985; М.В Данилов, 1990 и др.) до настоящего времени остаются уделом лишь специализированных лечебных учреждений, составляя, однако, весьма малый процент таких операций ко всем больным опухолевой механической желтухой. Паллиативные же вмешательства в виде дренирования желчных протоков выполняются в хирургических отделениях, как правило, любого уровня, тем не менее с далеко неодинаковыми положительными непосредственными исходами. На это указывает факт значительного разброса послеоперационной летальности: от 4,7% до 38,8% (Э.И. Гальперин, Д.Л. Пиковский и др.).

Хирургическая практика показывает, что при послеоперационном периоде у больных опухолевой желтухой можно ожидать развитие таких осложнений как холемическое кровотечение, несостоятельность кишечных швов и анастомозов. Однако основной причиной летальных исходов является прогрессирующая гепаторгия. По нашему мнению, наиболее информативным фактором риска прогнозируемой печеночной недостаточности является исходный уровень билирубина, в том числе, как в количественном, так и во временном выражении. С другой стороны, наличие высоких цифр билирубина в послеоперационном периоде, несмотря на разгрузочный билиодигестивный анастомоз, не всегда предупреждает развитие печеночной недостаточностью.

Сказанное дало нам основание к выполнению исследования, целью которого явилось обнаружение возможной закономерности между интенсивностью снижения билирубина и развитием гепатургии. Сравнению подвергнуты две группы больных, оперированных по поводу рака головки поджелудочной железы, осложненной механической желтухой. В первой – 27 больных – оперативное вмешательство выполнено в виде стандартной холецистоекюностомы с брауновским соустьем и заглушкой по

А.А. Шалимову. Во второй – 14 человек – аналогичная операция внутреннего дренирования дополнялась наружной разгрузочной стомой желчного дерева тонкой трубкой, введенной в желчный пузырь ретроградно через еюностому, и холецистоекюноанастомоз.

Во всех случаях (41) причиной механической желтухи было сдавление терминального отдела холедоха опухолью, головки поджелудочной железы или фатерова сосочка. Сравнимые группы больных были идентичными по половому составу (превалировали лица мужского пола) и возрастному цензу: больные в возрасте

старше 60 лет составили, соответственно: 74,1% в контрольной группе и 78,6% - в основной.

Во всех наблюдениях желтуха возникла исподволь, незаметно, без какого-либо болевого приступа. Длительность желтушного периода составила в среднем соответственно в группах – 23,4 суток и 25,7 суток. Наиболее характерными клиническими симптомами процесса являлись: интенсивная желтуха землисто-серого оттенка, как правило, кожные расчесы из-за выраженного зуда, обесцвеченный кал. Положительный симптом Курвуазье обнаружен в 90,2% случаев (37 из 41 больного).

Исходная билирубинемия при поступлении оказалась равной $306,4 \pm$ ммоль /л в контрольной группе и $338,1 \pm 40,6$ ммоль/л у больных основной ($p > 0,05$).

Все больные, оперированные в сроки 2 – 5 суток от момента поступления. У 18 больных (11 контрольной и 7 основной) перед оперативным вмешательством выполнялось диагностическая чреспеченочная чрескожная холангиография с целью детализации места препятствия.

Таблица 1

Уровень билирубина после операции в группах/ммоль/л

Показатель билирубина	Основная группа, n=27	Контрольная группа, n=14	>p>
Исходный	306,4+ 23,7	338,1+40,6	> 0,05
Первые сутки	310,2+ 21,6	325,7+36,8	> 0,05
Вторые сутки	311,4+ 19,8	262,9+30,4	> 0,05
Третьи сутки	272,5+ 17,7	188,3+22,4	< 0,01
Пятые сутки	152,6+ 14,6	104,8+13,5	< 0,01

Ближайший послеоперационный период более благоприятно протекал у больных контрольной группы, что выражалось в быстром купировании симптомов интоксикации, восстановлении центральной гемодинамики и других показателей гемостаза. Количество желчи, выделенной по трубке у больных с комбинированным дренированием, по суткам оказалось следующим: в первые сутки – 140 мл., во вторые – 273 мл., на третьи – 315 мл., на четвертые и пятые сутки после операции соответственно – 291 и 287 мл.

У больных основной группы обращал на себя внимание более длительный послеоперационный парез кишечника (метеоризм, стоки из желудка до 640 – 370

мл.). Не исключена возможность, что именно по этой причине дренирование желчной системы в просвет кишки оказывалось менее интенсивным.

Декомпрессионная трубка удалялась на 7 – 8 суток, осложнений не было. Послеоперационная летальность в основной группе имела место у 4 больных ($14,8 \pm 6,8\%$), в контрольной у 1 больного ($7,1 \pm 6,6\%$). Из-за малого числа наблюдений и большой статистической ошибки, разница в летальности на 7,7% оказалось не достоверной ($p > 0,05$). Тем не менее, полученные в целом данные позволили оценить их как положительные и продолжить исследование.

РЕЗЮМЕ

КОМБІНОВАНЕ ДРЕНУВАННЯ БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ В ХІРУРГІЇ ПУХЛИННИХ ЖОВТЯНИЦЬ

Шальков Ю.Л., Куций А.С., Мансуру С.

Метою дослідження стало виявлення можливої закономірності між інтенсивністю зниження білірубину та розвитком гепатургії. Порівнювалися дві групи хворих, оперованих з приводу раку голівки підшлункової залози, ускладненої механічною жовтяницею. Отримані в цілому дані дозволили оцінити спостереження як позитивні.

SUMMARY

COMBINED DRAINING OF THE BILIAR SYSTEM IN THE TUMOUR JAUNDICE SURGERY

Yu.L. Shalkov, A.S. Kutsyi, S. Mansuru

The aim of the investigation was the determination of the possible regularity between the intensity of decrease of bilirubin and development of hepaturgy. Two groups of patients operated for tumoral head of pancreas complicated with mechanical jaundice were compared. The observations were appreciated as positive.