

ВЛИЯНИЕ ПАЛЛИАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Аракелян С.М.

Кировская государственная медицинская академия, Россия

Кафедра госпитальной хирургии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Бахтин В.А.

До настоящего времени большинство операций при опухолях внепечёночных желчных протоков (ВЖП) имеют паллиативный характер и относятся, в основном, к тем или иным методам желчеотведения: реканализация и различные варианты чрескожного внутреннего дренирования с использованием стентов, дренажей и обходных анастомозов. Данная ситуация актуализирует изучение вариантов желчеотведения, наиболее эффективно устраняющих тягостные проявления механической желтухи и улучшающих качество жизни (КЖ) больных.

В клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА за последние 10 лет находились под наблюдением 134 больных с опухолевыми поражениями ВЖП, осложненными механической желтухой (женщин – 57, мужчин – 77) в возрасте от 31 до 82 лет.

Из 134 больных 102 (76,1%) выполнено паллиативное желчеотведение. Наружное желчеотведение произведено 15 больным (11,2%): гепатикохолангиостомия – 11 (8,2%), гепатохоангиостомия по Бурлуи – 4 (2,9%). Внутреннее желчеотведение выполнено 32 больным (23,8%): холецистоюноанастомоз – 5 (3,7%), холедоходуоденоанастомоз – 3 (2,2%), холедохоюноанастомоз – 4 (2,9%), гепатикоюноанастомоз – 4 (2,9%), гепатикоцистоюноанастомоз – 2 (1,5), гепатикоюноанастомоз на ТПД по методике клиники (патент № 2357687 от 10.06.2009) – 7 (5,2%), гепатикоюноанастомоз на ТПД по Сейпол-Куриану – 4 (2,9%), гепатоеюноанастомоз на ТПД по Прадери-Смиту – 3 больным (2,2%). Реканализация и эндопротезирование желчных путей выполнено 51 больному (38,0%): реканализация желчных протоков с ТПД по Прадери-Смиту – 8 (5,9%), реканализация желчных протоков с ТПД по Сейпол-Куриану – 21 (15,6%), реканализация желчных протоков с внутренним эндопротезированием расщепленным дренажем (патент №175046 от 22.04.85) – 22 больным (16,4%). Паллиативная резекция печени с внутренним желчеотведением выполнена 4 больным (2,9%).

Оценка КЖ проводилась опросником SF – 36 по следующим параметрам: PF – физическое функционирование; RP – ролевое (физическое) функционирование; P – боль; GH – общее здоровье; VT – жизнеспособность; SF – социальное функционирование; RE – эмоциональное функционирование; MH – психологическое здоровье.

Качество жизни изучено у 82 пациентов: 11 больных исследованы после наружного желчеотведения, как окончательного этапа хирургического лечения, 74 – после внутреннего паллиативного желчеотведения, в том числе 49 после реканализации и эндопротезирования желчных протоков. Наружное желчеотведение приводило к постепенному улучшению физического компонента качества жизни (PF; RP; P; GH) и незначительному улучшению психического компонента здоровья (VT; SF; RE; MH). Пик улучшения качества жизни приходится на период от 4 до 8 месяцев после оперативного вмешательства. После паллиативного внутреннего желчеотведения улучшение как физического, так и психического компонента качества жизни наблюдалось уже после 2 месяцев после операции.

Продолжительность жизни у больных после наружного желчеотведения составила $9,4 \pm 0,8$ месяцев; после внутреннего желчеотведения – $12,4 \pm 1,0$ мес.; после внутреннего желчеотведения с реканализацией желчных протоков и эндопротезированием – $11,4 \pm 0,8$ месяцев.

Таким образом, правильный выбор способа паллиативного желчеотведения имеет важное значение для качества жизни больных. Оптимальным вариантом желчеотведения является внутреннее, потому что именно оно достоверно улучшает продолжительность и качество жизни больных с неоперабельным раком желчных протоков, осложненным механической желтухой.