

Алексейцев А.В., Мейлах Б.Л., Демидов С.М.

Инновационная методика оптимизации диагностики морфологических форм опухолей гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнённых механической желтухой.

Городская клиническая больница №40, г. Екатеринбург.

Alexejtsev A.W., Meylach B.L., Demidov S.M.

The methods of morphological forms diagnostics at the tumors of biliopancreatoduodenal zone, which are complicated by the obstructive jaundice

Резюме

На базе ГКБ№40 разработана методика выполнения антеградной внутрипротоковой биопсии под рентгенологическим контролем при опухолях гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнённых механической желтухой. В статье представлен первый опыт выполнения этой манипуляции. В исследование включены 13 пациентов с диагнозом - опухоль гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнённая механической желтухой, пролеченные в ГКБ№40 г. Екатеринбурга с августа по декабрь 2011г. Данной группе пациентов помимо чрескожного чреспечёночного дренирования протоковой системы печени выполнялась антеградная биопсия. В пяти случаях (38,5%) морфологически была верифицирована аденокарцином. При этом у трёх больных диагностировано поражение головки поджелудочной железы, у двух – большого дуоденального соска. В остальных – получены фрагменты склерозированной слизистой.

Ключевые слова: рак гепатопанкреатодуоденальной зоны, механическая желтуха, чрескожные чреспечёночные вмешательства на желчных протоках, биопсия.

Summary

We offer the method of making the antegrade intraductal biopsy under the radiological control at the tumors of biliopancreatoduodenal zone, which are complicated by the obstructive jaundice. The first experience of this manipulation making is presented in article. 13 patients are included in the research with the diagnosis as a tumor of biliopancreatoduodenal zone, which are complicated by the obstructive jaundice. They were treated in the City Clinical Hospital №40, Ekaterinburg from August till December 2011. Besides the percutaneous transhepatic drainage of the ductal liver system the antegrade biopsy was made to the given group of patients. Morphologically was verified by the cancer in five cases (38,5%). Thus it was diagnosed the defeat of a head of a pancreas at the three patients and the big duodenal nipple at the one. In the other cases the fragments mucosus were received.

Key words: cancer of the biliopancreatoduodenal zone, obstructive jaundice, antegrade percutaneous transhepatic interventions, biopsy.

Введение

С каждым годом растёт количество больных с онкологическими заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ). Частота встречаемости этой патологии составляет 15% всех опухолей желудочно-кишечного тракта. В 75-95% случаев они сопровождаются развитием механической желтухи. Лечение данной категории пациентов - одна из острых проблем хирургической гепатологии. Тесная анатомо-функциональная взаимосвязь органов гепатопанкреатодуоденальной зоны определяет отсутствие специфической симптоматики при раке ПДЗ. Вследствие поздней диагностики больные поступают в

хирургическую клинику в запущенной стадии онкологического процесса. [4,5,7, 10,11]

Результаты лечения заболеваний, осложнившихся возникновением механической желтухи, в первую очередь зависят от своевременной и точной диагностики характера, уровня и причины обтурации желчных протоков. Средняя продолжительность жизни при раке ПДЗ без операции от первых признаков болезни до летального исхода многими авторами определяется в 3-7 месяцев. Около 30% больных умирают в течение 1 месяца. Таким образом, единственным шансом на относительно благоприятный исход лечения может служить радикальная

операция. Следствием поздней диагностики рака панкреатодуоденальной зоны является то, что радикальная операция, выполняемая при этой патологии, – панкреатодуоденальная резекция (ПДР) – по-прежнему осуществляется лишь у 3-20% больных и сопровождается высокой летальностью. Кроме того, отдаленные результаты ПДР неутешительны ввиду высокой частоты развития рецидива опухоли. Пятилетняя выживаемость у таких пациентов не превышает 10%. Исходя из этого, паллиативное хирургическое лечение выполняется большинству больных с механической желтухой опухолевого генеза [2, 3, 4, 11]

На современном этапе применяют 3 способа паллиативного желчеотведения: трансабдоминальные операции, трансдуоденальные эндоскопические ретроградные методики и антеградные чрескожные чреспечёчные вмешательства. Последние являются наиболее перспективным направлением паллиативного желчеотведения, могут применяться при любом уровне блока, малотравматичны и не требуют общего обезболивания. [1, 6, 8]

Несмотря на стремительное развитие методик диагностики и лечения данной патологии, остаётся серьёзная проблема морфологической верификации ракового поражения. Только гистологическое подтверждение злокачественности процесса является абсолютным аргументом для определения лечебной тактики. В настоящий момент существует 4 способа получения морфологического материала опухоли ПДЗ: чрескожная биопсия под УЗ или КТ контролем, трансдуоденальная биопсия под эндоскопической визуализацией или эндосонографическим наведением, интраоперационная биопсия – при осуществлении трансабдоминального желчеотведения, антеградная внутривнутрипротоковая биопсия, выполняемая через сформированный чрескожный чреспечёчный свищ под прямым эндоскопическим контролем. Все вышеуказанные методики имеют свои преимущества и недостатки и занимают определённые места в решении проблемы морфологической дифференцировки патологического процесса. [9, 12]

Материалы и методы

Нами предложен оригинальный метод получения морфологического материала, осуществимый непосредственно во время выполнения операции паллиативного антеградного чрескожного желчеотведения, и не требующий дополнительного обособленного инвазивного вмешательства, что даёт ему ряд значительных преимуществ в сравнении с другими методиками. Учитывая позиции, принятые в мировой практике хирургического лечения рака ПДЗ, приоритетным способом декомпрессии желчных путей при синдроме механической желтухи мы считаем чрескожные чреспечёчные вмешательства. Доступ в желчные протоки осуществляем с использованием различных способов навигации – ультразвуковой, рентгенологической, в зависимости от степени эктазии протокового дерева. На первом этапе мы отдаём предпочтение только наружному желчеотведению, что значительно сокращает время операции, легче переносится пациентами и уменьшает вероятность развития различных интраоперационных осложнений. В своей практике мы исполь-

зуем полиэтиленовые рентгенконтрастные дренажи диаметром 9 и 12Fr. Позиционирование дренажа в желчные пути осуществляется методом «стилет-катетера». Предварительно, перед установкой, надсекается терминальная часть катера, что делает его проходимым для гибких эндоскопических биопсийных щипцов диаметром 1,8мм и 2,5мм соответственно при 9Fr и 12Fr дренажах. После дальнейшего антеградного контрастирования протоковой системы, под рентгенологическим контролем, вышеупомянутыми щипцами производится забор гистологического материала из области обструкции, чётко визуализирующей на мониторе ЭОП. Таким образом, мы получаем биопсию №1. В дальнейшем, после стабилизации состояния пациента, нами осуществляется наружновнутреннее дренирование желчных протоков. В ходе манипуляции предоставляется возможность выполнения повторной биопсии.

В исследование включены 13 пациентов с диагнозом - опухоль гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнённая механической желтухой, пролеченные в ГКБ №40 г. Екатеринбурга с августа по декабрь 2011г. Данной группе пациентов помимо чрескожного чреспечёчного дренирования протоковой системы печени выполнялась антеградная биопсия. Среди пациентов 6 (46%) – женского пола, 7 (54%) – мужского, средний возраст 65,2 лет (от 47 до 89 лет). Уровень билирубинемии при поступлении варьировал от 89 до 235 мкмоль/л. Диагноз устанавливался на основании данных ультразвуковой диагностики, КТ или МРТ. При подозрении на рак БДС выполнялась дуоденоскопия.

Результаты и обсуждение

В ходе исследования получены следующие результаты:

В пяти случаях (38,5%) морфологически была верифицирована аденокарцинома различной степени дифференцировки. При этом у трёх пациентов диагностировано поражение головки поджелудочной железы, у двух – рак большого дуоденального соска. В остальных гистологических материалах получены фрагменты склерозированной слизистой.

Четыре биоптата с аденокарциномой были получены большими биопсийными щипцами 2,5мм, один – маленькими 1,8мм. Во всех материалах раковые клетки были выявлены при первичной биопсии.

Средний срок госпитализации пациентов составил 12,9 суток (от 6 до 35). Всем больным двухэтапно была выполнена реканализация опухоли и наружновнутреннее дренирование протоков.

В ходе лечения отмечались следующие осложнения:

У двух пациентов послеоперационный период осложнился развитием правостороннего гидроторакса. После дренирования плевральной полости – гидроторакс разрешился.

Двоим пациентам выполнялась лапароскопия, санация, дренирование брюшной полости по поводу несостоятельности холангиостомы, желчеистечения в брюшную полость.

У трёх больных развилась тяжёлая печёночно-клеточная недостаточность, в одном случае приведшая к летальному исходу.

Таким образом, в ходе исследования, осложнений, непосредственно связанных с выполнением биопсии, получено не было.

Выводы

Антеградная внутривидеопроцедурная биопсия под рентгенологическим контролем может быть применима для верификации морфологических форм опухолей ГПДЗ и является безопасным методом диагностики. Для даль-

нейшей оптимизации методика требует продолжения разработки и более глубокого изучения результатов. ■

Алексейцев А.В.. Городская клиническая больница №40, г. Екатеринбург; *Мейлах Б.Л.*, Городская клиническая больница №40, г. Екатеринбург; *Демидов С.М.*, Городская клиническая больница №40, г. Екатеринбург. Автор, ответственный за переписку: *Алексейцев А.В.*, врач-хирург ожогового отделения МАУ ГКБ № 40. Россия г. Екатеринбург. Адрес для переписки: 620010 г. Екатеринбург, ул. Южногорская 11 – 65., e-mail: andr-al@list.ru.

Литература:

1. Балалыкин А.С., Гвоздик В.В., Свергуненко С.С. и др. Сравнительная оценка непосредственных результатов паллиативных методов лечения осложненной опухолевой обструкции желчных протоков. Альманах института хирургии им. Вишневского А.В. – 2010. Т5; №1(1) 129-130.
2. Бедин В.В., Шин В.В. Хирургическое лечение больных раком панкреатодуоденальной зоны, осложненным механической желтухой. Медицина в Кузбасе.- 2005., №3 57-60
3. Блохин Н.Н., Итин А.Б., Клименков А.А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных протоков. М.: Медицина, 1982.
4. Ветшев П.С. Механическая желтуха: причины и диагностические подходы (лекция). Анналы хирургической гепатологии, 2011, том 16, №3 50-57.
5. Гальперин Э.И., Механическая желтуха: состояние «мнимой стабильности», последствия «второго удара», принципы лечения. Анналы хирургической гепатологии, 2011, том 16, №3 16-25.
6. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Лукичев О.Д. Чрескожные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой. – Тула: Гриф и К, 2000. – 312с.
7. Ковалевский А.Д. Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей у больных механической желтухой опухолевого генеза : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.- Екатеринбург – 2010
8. Кубачев К.Г., Борисов А.Е., Кочнев В.В. Осложненный рак панкреатодуоденальной зоны. Анналы хирургической гепатологии. – 2007. – том 12, №3. 80-81.
9. Охотников О.И., Григорьев С.Н., Яковлева М.В. Антеградные эндобилиарные вмешательства при синдроме механической желтухи. Анналы хирургической гепатологии, 2011, том 16, №3 44-49.
10. Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. М: Медицина 2007
11. Патютко Ю.И., Кудашкин Н.Е., Котельников А.Г., Абгарян М.Г. Гастропанкреатодуоденальная резекция при злокачественных заболеваниях, осложненных механической желтухой. Хирургия 2011 ; 2: 25
12. Старков Ю.Г., Солоднина Е.Н., Шишин К.В. Эндосонография в диагностике заболеваний органов гепатопанкреатобилиарной зоны. Хирургия 2009; 6: 10