

Сравнение эффективности методик чрескожной чреспеченочной холангиостомии в лечении больных механической желтухой опухолевого генеза

А.Д.Ковалевский, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения, МУ ГКБ №14, г. Екатеринбург
 М.И.Прудков, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургии ФПК и ПП ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия», доктор медицинских наук, Главный хирург Уральского федерального округа, г. Екатеринбург

Comparison of techniques efficiency in percutaneous transhepatic cholangiostomy in the treatment of patients with tumor disease complicated by obstructive jaundice

A.D.Kovalevskiy, M.I.Prudkov

Резюме

Представлен опыт лечения 106 пациентов, страдавших механической желтухой в результате злокачественных новообразований билиопанкреатодуоденальной зоны, прооперированных в объеме чрескожной чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС) за период с 01.01.2005г. по 31.12.2007г. на базе хирургических отделений МУ ГКБ № 14 и СОКБ №1. Выделено 2 группы: в первой ЧЧХС выполняли под рентгеноскопическим контролем с установкой дренажа малого диаметра (40 человек), во второй применяли ультразвукографическое наведение для выполнения первичной пункции, устанавливали дренаж диаметром 9 или 12 F (66 человек). Все больные имели полный блок желчеотведения с различным уровнем обтурации протоковой системы. Группы сопоставимы по основным показателям, влияющим на эффективность и успешность ЧЧХС. Полученные результаты свидетельствуют, что во второй группе купирование явлений механической желтухи и печеночно-клеточной недостаточности произошло в 1,8 раза быстрее ($p < 0,001$) к 10 суткам послеоперационного периода. Абдоминальные осложнения преобладали в первой группе 23 (57,5%), во второй – 20 (30,3%). Положительный результат лечения достигнут у 65% пациентов 1 группы и у 75,8% во второй. Летальность в обеих группах сопоставима – 17,5% в первой и 19,7% во второй.

Ключевые слова: чрескожная чреспеченочная холангиостомия, механическая желтуха, опухоли желчных путей.

Resume

The experience of treatment of 106 patients is presented below. The patients suffered from mechanical jaundice as a result of malignant biliopancreatoduodenal area tumors and were operated with transcuteaneous transhepatic cholangiostomy within the period of time from 01.01.2005 to 31.12.2007 on the basis of surgical departments of municipal clinical hospital No 14 and Sverdlovsk regional clinical hospital No 1 of Ekaterinburg.

There were 2 groups: in the first one transcuteaneous transhepatic cholangiostomy was performed under the roentgen control with placing of a small diameter drainage (40 patients); in the second group ultrasonographic orientation was performed to make the primary puncture and a 9,12 F diameter drainage was installed (66 patients). All the patients had a full bile-lead block with different bile system obturation level.

The groups are comparable in the main indices influencing the efficiency and success of transcuteaneous transhepatic cholangiostomy. The obtained results are indicative of the fact that in the second group the cupping of manifestations of mechanical jaundice and hepatic-cell insufficiency took place 1.8 times faster ($P < 0.001$) to the 10th day of postoperative period. Abdominal complications predominated in the first group – 23 (57.5%), in the second one – 20 (30.3%) respectively. The positive result was achieved in 65% of the first group patients and in 75.8% - of the second. Lethality in both groups are comparable as follows: 17.5% in the first group and 19.7% in the second.

Key words: transcuteaneous transhepatic cholangiostomy, mechanical jaundice, bile ducts tumors.

Введение

Лечение пациентов с механической желтухой, вызванной опухолевыми стриктурами желчевыводящих путей по настоящее время остается актуальной хирургической проблемой (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8)

Злокачественные опухоли панкреатодуоденальной зоны составляют до 15% всех опухолей желудочно-кишечного тракта и имеют тенденцию к росту заболеваемости. (1,5). В 75-95% случаев они сопровождаются развитием синдрома механической желтухи, что свидетельствует о запущенности и распространенности процесса. (3, 4).

Первичной задачей в лечении этой группы больных является выполнение более ранней и максимально щадящей декомпрессии желчных путей и подготовка паци-

Ответственный за ведение переписки:
 Ковалевский Алексей Дмитриевич alexkov@olymrus.ru
 620219, г. Екатеринбург, ул. Репна, 3 УГМА

ентов к радикальному или паллиативному оперативному лечению или к проведению химиотерапии. (2, 3, 5, 8). Однако, даже при своевременной разгрузке больных от механической желтухи, выполнение радикальной операции возможно только в 5-23% случаев, а летальность после абдоминальных операций составляет по данным различных авторов от 10 до 68%, а в случаях развития внутрипечочного холестаза – 50-75%. (4, 5, 7).

Наиболее благоприятным способом декомпрессии желчных путей является чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС). (2, 3, 5)

Но, несмотря на распространенность ЧЧХС, число осложнений операции колеблется в пределах 4,2-50%, летальность составляет от 2,6 до 16,6%, причем летальность, обусловленная общими осложнениями – прогрессированием печеночно-почечной недостаточности, геморрагическими осложнениями достигает 21,3%. (2, 3, 4, 5, 6).

Ряд авторов считают, что выполнение первичной реканализации чревато развитием гемобилии на фоне кровотечения из опухолевой ткани, травмированной при проведении дренажа (2, 3, 4), другие же не исключают проведение первичного наружно-внутреннего дренажа (5).

Целью нашей работы явилось сравнение методики ЧЧХС под рентгеноскопическим контролем с установкой дренажа малого диаметра и методики с использованием УЗИ-наведения для первичной пункции и установкой дренажа большого диаметра, выполнением первичного наружно-внутреннего дренирования.

Материалы и методы

В настоящее исследование включены 106 человек, страдавших механической желтухой в результате злокачественных новообразований билиопанкреатодуоденаль-

ной зоны, прооперированных в объеме ЧЧХС за период с 01.01.2005г. по 31.12.2007г. на базе хирургических отделений МУ ГКБ № 14 и СОКБ №1.

Первую группу составили 40 больных, ЧЧХС которым выполняли под рентгеноскопическим контролем по стандартной методике с установкой дренажа диаметром 6F.

У 38 (95%) больных чрескожная чреспеченочная холангиостомия установлена в правые печеночные протоки. В 1 (2,5%) случае выполнено дренирование левых печеночных протоков и еще в 1 (2,5%) – выполнено раздельное дренирование правых и левых печеночных протоков. На 39 (97,5%) операциях дистальный конец дренажа установлен в печеночных протоках выше уровня обструкции и в 1 (2,5%) случае выполнена первичная реканализация опухоли с проведением реканализирующего дренажа.

Вторую группу составили 66 пациентов, прооперированных с использованием комбинированного ультразвукового и рентгеноскопического контроля и установкой дренажа большого диаметра - 9 или 12 F.

ЧЧХС справа выполнена 63 (95,5%) пациентам, слева – 2 (3%) и с двух сторон 1 (1,5%) больному. Дренаж диаметром 9F установлен в 55 (83,3%) наблюдениях, 12F – в 11 (16,7%). У 31 (47%) пациента выполнена первичная реканализация опухоли, из них наружно-внутренний дренаж диаметром 12F установлен в 25 (37,9%) случаях и еще в 6 (9,1%) оставлен реканализирующий проводник и дренаж проведен в отсроченном периоде.

Все больные имели полный блок желчеотведения с различным уровнем обтурации протоковой системы, локализация опухолевого процесса представлена в таблице 1.

Таблица 1. Локализация опухолевого процесса.

Локализация опухолевого процесса, вызвавшего механическую желтуху	1 группа больных, n=40	2 группа больных, n=66	Всего больных (100%), n=106
Дистальный блок:	16 (40%)	41 (62,1%)	57 (53,8%)
Рак головки поджелудочной железы	9 (22,5%)	34 (51,5%)	43 (40,6%)
Рак БСДК	5 (12,5%)	3 (4,5%)	8 (7,5%)
Рак терминального отдела холедоха	2 (5%)	4 (6,1%)	6 (5,7%)
Проксимальный блок:	24 (60%)	25 (37,9%)	49 (46,2%)
Рак общего печеночного протока	12 (30%)	10 (15,2%)	22 (20,75%)
Рак желчного пузыря с прорастанием в ГДС	-	1 (1,5%)	1 (0,95%)
Рак желудка	-	1 (1,5%)	1 (0,95%)
Метастатическое поражение гепатодуоденальной связки	1 (2,5%)	6 (9,1%)	7 (6,6%)
Рак зоны бифуркации общего печеночного протока (Клацкин)	11 (27,5%)	6 (9,1%)	17 (16%)
Рак неуточненной локализации	-	1 (1,5%)	1 (0,95%)

В обеих группах был выявлен тяжелый контингент больных. Тяжесть состояния была обусловлена:

1. Возрастными изменениями (средний возраст $64,2 \pm 1,03$ года)
2. Соответствующим багажом сопутствующей патологии (в среднем приходилось 2,12 заболевания на 1 больного);
3. Наличием злокачественной опухоли в запущенных стадиях развития заболевания (20,7% пациентов в 3 стадии и 70,8% - в 4 стадии онкологического процесса);
4. Окклюзией печеночных протоков с клиническими проявлениями механической желтухи и холангита: иктеричность кожи и склер, потемнение мочи, осветле-

ние кала (92,4% больных), абдоминальный болевой синдром (46,2%), гипертермия (12,3%), выраженное расширение печеночных протоков у 96,2% пациентов (в среднем $14,07 \pm 0,49$ мм);

5. Изменением лабораторных показателей: лейкоцитоз (количество лейкоцитов составило в среднем $8,52 \pm 0,17 \times 10^9$ в 9/л), анемия (уровень гемоглобина крови составил $110,55 \pm 1,4$ г/л), гипербилирубинемия (среднее содержание билирубина составило $252,87 \pm 16,4$ мкмоль/л, в том числе прямой фракции $164,94 \pm 10,9$ мкмоль/л), повышение активности ферментов в крови (АСТ $120,7 \pm 6,89$ ед/л и АЛТ $111,5 \pm 7,91$ ед/л).

Таблица 2. Характеристика параметров, влияющих на эффективность ЧЧХС.

Характеристика параметров, влияющих на эффективность ЧЧХС.	1 группа больных, n=40	2 группа больных, n=66	Всего больных (100%), n=106
Возрастная структура	$62,26 \pm 1,46$	$66,77 \pm 1,37$	$64,2 \pm 1,03$
Проявления механической желтухи и холангита	36 (90%)	62 (93,9%)	98 (92,4%)
Стадии онкологического процесса:			
• I и II стадии			
• III стадия	3 (7,5%)	6 (9,1%)	9 (8,5%)
• IV стадия	13 (32,5%)	9 (13,6%)	22 (20,7%)
	24 (60%)	51 (77,3%)	75 (70,8%)
Содержание билирубина	$256,1 \pm 23,5$	$261,39 \pm 21,6$	$252,87 \pm 16,4$
-из них прямой фракции	$166,91 \pm 18,26$	$161,87 \pm 14,56$	$164,94 \pm 10,9$
Уровень амилазы в крови	$23,91 \pm 2,22$	$25,29 \pm 1,21$	$25,55 \pm 1,15$
Степень эктазии печеночных протоков.	$13,81 \pm 0,72$	$14,3 \pm 0,7$	$14,07 \pm 0,49$

Диаграмма 1. Динамика показателей дебита желчи.

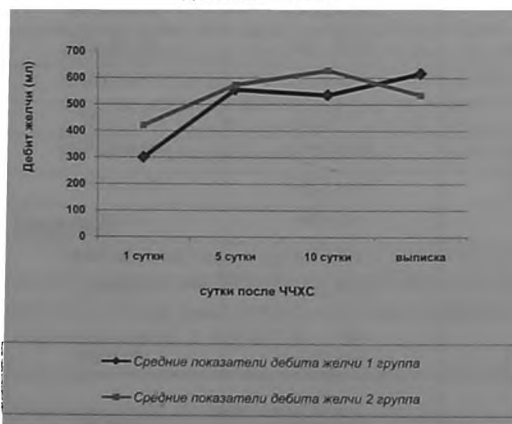


Диаграмма 2. Динамика показателей билирубина в крови.

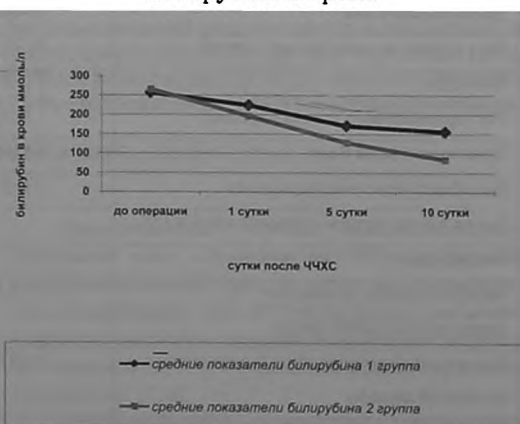


Таблица 3. Виды абдоминальных послеоперационных осложнений

Вид послеоперационного осложнения	Количество больных, n=40	Количество больных, n=66
Общие:	2 (5%)	12 (18%)
Геморрагические осложнения:		
- Кровотечение из прорастающей в ДПК опухоли		1 (1,5%)
- Острая язва желудка с кровотечением		1 (1,5%)
- Геморрагический гастрит с кровотечением	1 (2,5%)	1 (1,5%)
- Острая язва тощей кишки с профузным кровотечением		1 (1,5%)
Декомпенсированный стеноз на уровне ДПК (сдавление опухолью)		2 (3%)
Эмпиема плевры, экссудативный плеврит		3 (4,5%)
Острая пневмония	1 (2,5%)	1 (1,5%)
ГЭЛА		1 (1,5%)
Острый аппендицит		1 (1,5%)
Абдоминальные:	23 (57,5%)	20 (30,3%)
Дислокация дренажа в брюшную полость	9 (22,5%)	8 (12,1%)
Прогрессирование печеночно-клеточной недостаточности, в том числе с признаками манифестации холангита.	9 (22,5%)	7 (10,6%)
Кровотечение в брюшную полость из прокола печени, гемоперитонеум.	2 (5%)	-
Желчный перитонит вследствие подтекания желчи мимо дренажа.	1 (2,5%)	1 (1,5%)
Шоковая реакция на фоне создания гиперпрессии во время выполнения ЧЧХС.	2 (5%)	2 (3%)
Острый обтурационный холецистит	-	1 (1,5%)
Очаговый панкреонекроз на фоне стояния реканализирующего дренажа	-	1 (1,5%)

что свидетельствовало о наличии у больных явлений печеночно-клеточной недостаточности;

6. Поздними сроками поступления в стационар (76,4% пациентов госпитализировались в сроки более 7 суток, средний срок заболевания до поступления составлял 29,375±2,1 суток).

В целом обе группы оказались сопоставимы по большинству параметров, влияющих на эффективность ЧЧХС и риск возможных осложнений - по возрастной структуре, клиническим проявлениям механической желтухи и холангита, стадии онкологического процесса, уровню билирубина и амилазы в крови, степени эктазии печеночных протоков (таблица 2).

Результаты и обсуждение

Течение послеоперационного периода оценивали на 1, 5 и 10 сутки по 12 показателям, но статистическая достоверность получена только по двум из них: по дебиту желчи и изменению уровня билирубина в крови.

Полученные данные представлены на диаграммах 1 и 2.

Дебит желчи во второй группе только в 1 сутки в 1,4 раза превышал аналогичные показатели в первой группе ($p<0,01$), после чего значимой разницы получено не было. Возможно, это связано с тем, что во второй группе к 5 и 10 суткам после операции большинству больных было выполнено наружно-внутреннее дренирование, что уменьшает наружный дебит желчи.

Динамика билирубина в послеоперационном периоде представлена на диаграмме 2. Из полученных данных видно, что, имея практически одинаковые средние показатели билирубина в обеих группах при

поступлении 256,1+23,5ммоль/л в первой группе и 264,8+18,9ммоль/л во второй, к 5 суткам показатели билирубина во второй группе стали в 1,3 раза меньше, чем в первой (171,1+14,7 и 127,8+10 ммоль/л) ($p<0,05$), а к 10 суткам разница в уровне билирубина составила 1,8 (155,9+4,8 и 83,9+6,9 ммоль/л) ($p<0,001$). Следовательно, при дренаже большего диаметра явления механической желтухи, а следовательно и печеночно-клеточной недостаточности купируются быстрее, что позволяет в более короткие сроки подготовить больного к следующему этапу лечения.

Осложнения послеоперационного периода представлены в таблице 3.

Из представленной таблицы видно, что в 1 группе преобладали абдоминальные осложнения - 23 (57,5%) в первой группе и 20 (30,3%) во второй. Общих осложнений послеоперационного периода отмечено больше во второй группе - 12 (18%) против 2 (5%). Вероятно это связано с тем, что общие осложнения развивались в отдаленные сроки после операции, а срок пребывания больных во второй группе выше, чем в первой - 31,2 и 12,9 койко-дня соответственно.

В результате проведенного лечения у 26 (65%) пациентов 1 группы достигнут отчетливый положительный результат в виде снижения уровня механической желтухи и купирования явлений печеночно-клеточной недостаточности и обтурационного холангита. У 7 (17,5%) больных несмотря на наличие функционирующего дренажа и проведение адекватной терапии положительной динамики не отмечали, больные выписаны на симптоматическую терапию по месту жительства.

Еще 7 (17,5%) пациентов умерли на фоне развившихся у них тяжелых осложнений.

Во второй группе с улучшением выписаны 50 (75,8%) больных. 22 (33,3%) из них было выполнено эндопротезирование гепатикохоледоха в течение данной госпитализации. С отрицательной динамикой выписано 3 (4,5%) пациента, это были больные с прогрессирующей печеночно-клеточной недостаточностью на фоне сегментации печеночных протоков. Летальный исход зафиксирован в 13 (19,7%) наблюдениях.

Выводы

1. При ЧЧХС с установкой дренажа большого диаметра отмечалось сокращение сроков купирования механической желтухи и печеночно-клеточной недостаточности, что позволило в более короткие сроки подготовить

больного к второму этапу лечения – радикальной операции или противоопухолевой химиотерапии.

2. Применение методики ЧЧХС с ультразвуковым наведением снижает риск геморрагических внутрибрюшных осложнений, так как подразумевает единственный прокол капсулы печени для пункции печеночного протока.

3. Проведение первичных реканализирующих дренажей диаметром 12F только в одном случае привело к развитию очагового панкреонекроза, купированного консервативными мероприятиями, явлений гемобилинии отмечено не было. Вместе с тем реканализация опухоли позволяла предотвратить такое серьезное осложнение, как дислокация дренажа в брюшную полость. Восстановление естественного пассажа желчи с первых суток облегчало течение послеоперационного периода. ■

Литература:

1. Долгушин Б.И., Патютко Ю.И., Нечипай А.М., Кукушкин А.В. Антеградные эндобилиарные вмешательства в онкологии. М «Практическая медицина». 2005г. 176с.
2. Козлов А.В., Таразов П.Г., Гранов Д.А., и соавт. Методы интервенционной радиологии у больных раком печени и желчных протоков, осложненным механической желтухой. Анналы хирургической гепатологии 2004; Т.9,№1, С.10-19
3. Ившин В.Г., Лукичев О.Д. Малоинвазивные методы декомпрессии желчных путей у больных механической желтухой. Тула, «Гриф и К» 2003г. 182с.
4. Касатюк В.Ф., Кит О.И., Трифанов Д.С. Опыт чрескожных желчеотводящих вмешательств у пациентов с механической желтухой опухолевой этиологии. Сибирский онкологический журнал 2008г. №4 с51-54.
5. Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Долгушин Б.И., и соавт. Желчеотведение при механической желтухе опухолевого происхождения. Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва IV российская онкологическая конференция, Резолюция.
6. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Чевочкин А.Ю. Хирургическое лечение опухолевой обструкции печеночных протоков и области их слияния. Очаговые поражения печени и гилосные опухоли печеночных протоков: материалы 2-ой конференции хирургов-гепатологов-Кинов, 1994.- С. 166-167.
7. Hatfield A R W. Palliation of malignant obstructive jaundice - surgery or stent. Gut 1990; 31: 1339-1340.
8. Diamond T, Parks R W. Perioperative management of obstructive jaundice. Britain Journal of Surgery 1997; 82: 147 - 148.