



О. Ю. Лаврентьева

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
им. В. Г. Зайцева НАМН
Украины», г. Харьков

© Лаврентьева О. Ю.

ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ РАДИОЛОГИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Резюме. В статье приводятся результаты лечения 247 больных с механической желтухой опухолевого генеза. Благодаря выполнению наружного чрескожного чреспеченочного холангиодренирования с последующим стентированием желчных протоков и внутриартериальной химиоэмболизации опухолевых сосудов удалось существенно снизить уровень билирубина, добиться стабилизации процесса, что в конечном итоге позволило выполнить радикальное оперативное лечение.

Ключевые слова: механическая желтуха, чрескожное чреспеченочное холангиодренирование, химиоэмболизация опухолевых сосудов.

Введение

Лечение больных с механической желтухой опухолевого генеза остается актуальной проблемой в ургентной хирургии. Несмотря на многочисленные публикации, ряд вопросов, касающихся диагностики и лечения механической желтухи, остается окончательно нерешенным [1, 2].

Так, у больных со злокачественными новообразованиями гепатопанкреатодуоденальной зоны, механическая желтуха часто является первым признаком имеющейся патологии, которая одновременно свидетельствует о крайней форме запущенности заболевания, и, в большинстве случаев, об инкурабельности процесса [3].

По данным разных авторов, летальность от печеночной недостаточности после операций, выполненных на фоне длительно существующей желчной гипертензии, достигает 30 %, что во многом объясняется несоответствием между функциональными резервами печени и тяжестью оперативного вмешательства. Это диктует необходимость выполнения на первом этапе декомпрессии желчных путей для восстановления функции печени и нормализации гемостаза [4, 5].

Правильность выбора тактики ведения и объема оперативного вмешательства больных с данной патологией остается актуальной проблемой из-за отсутствия четких критериев и алгоритмов лечения.

Материалы и методы исследований

В исследование включены 247 больных, которые находились на лечении в клинике ГУ «ИОНХ им. В. Т. Зайцева НАМНУ» с опухолями гепатопанкреатобилиарной зоны, осложненными механической желтухой. Мужчин было 132 (54,3 %), женщин – 115 (46,6 %). У 17 (6,8 %) из них ранее радикально оперированы в связи с рецидивом механической желту-

хи, вызванной стриктурой билиодигестивного анастомоза, 230 (93,2 %) больных поступили впервые выявленным опухолевым поражением гепатопанкреатобилиарной зоны, осложненным механической желтухой.

По нозологическим единицам больные распределены следующим образом: рак головки поджелудочной железы – у 116 (46,9 %), хиллярная холангиокарцинома – у 46 (18,6 %), рак желчного пузыря – у 30 (12,1 %), гепатоцеллюлярный рак печени – у 10 (4,04 %), метастатический рак печени – у 45 (18,2 %).

У 247 больных первым этапом произведено чрескожное чреспеченочное холангиодренирование (ЧЧХД): наружное – у 123 (49,7 %), наружно-внутреннее – 100 (40,4 %), раздельное холангиодренирование – у 24 (9,7 %).

После чрескожного чреспеченочного холангиодренирования вторым этапом у 112 (45,3 %) больных произведено оперативное вмешательство – радикальные у 57 (23,0 %) и паллиативные у 55 (22,2 %). У 37 (14,9 %) больных произведено стентирование холедоха с последующей системной химиотерапией, стентирование холедоха с внутриартериальной химиоэмболизацией опухолевых сосудов у 24 (8,0 %). После ЧЧХД были выписаны из стационара 74 (29,0 %) неоперабельных пациентов с функционирующим холангиодренажем для проведения системной химиотерапии и симптоматического лечения.

Результаты исследований и их обсуждение

К началу XXI века хирургическая гепатология потерпела существенные изменения за счет развития новых технологий и внедрения в практику высокоинформативных методов диагностики и лечения. За счет этого значительно расширился арсенал лечебно-диагностических манипуляций у больных с механической желтухой опухолевого генеза. Выбор метода декомпрессии в значительной мере от-

ражає різні можливості лікувальних закладів. В клініці ГУ «ІОНХ ім. В. Т. Зайцева НАМНУ» перевагу надають антеградним ендобіліарним втручанням. Ендобіліарні втручання в клініці інституту застосовують з 2004 року.

Після ЧЧХД рівень білірубину знизився з $(512,8 \pm 38,1)$ до $(147,6 \pm 38,1)$ ммоль/л. В наступному відмічено зниження білірубину до $(81,3 \pm 24,6)$ ммоль/л.

Враховуючи характер патології, вік хворих (59,8 % старші 60 років) і супутню патологію, обсяг ендобіліарних втручань в перші роки їх застосування обмежувалися тільки ЧЧХД, після чого пацієнти виписувалися зі стаціонару для системної терапії і симптоматичного лікування. Середня тривалість перебування таких пацієнтів в стаціонарі становить 3-4 дні. У 61 хворого було виконано стентування холедоха або стриктури біліодигестивного анастомоза – тривалість перебування таких хворих в стаціонарі становила 7-10 днів.

Вважається, що на фоні гострої затягнутої механічної жовтухи раптове і повне відновлення відтоку жовчі небезпечно прогресуванням печеночної недостаточності. В одному спостереженні через тижень після ЧЧХД з стентуванням холедоха розвилася печеночна недостаточність з летальним результатом (дебіт жовчі в добу становив 1200 мл). Для уникнення подібних ускладнень ми застосовуємо дозовану декомпресію шляхом перекриття дренажного катетера і припинення відтоку жовчі через дренаж на 2-4 години 1-2 рази в добу при дебіті жовчі більше 500 мл в добу. Дану процедуру ми застосували у 21 пацієнта – ні одного випадку прогресування гострої печеночної недостаточності не відмічено.

З розвитком ендобіліарних і ангіографічних катетерних технологій стало можливим безпосередньо впливати на пато-

логічний вогнище шляхом проведення внутріартеріальної хіміоемболізації.

Внутріартеріальна хіміоемболізація була виконана 24 хворим, що дозволило домогтися стабілізації процесу, або домогтися зменшення в розмірах пухлики і в наступному виконати радикальні оперативні втручання (рис.).

Вдосконалення методик чреспеченочного дренажу значно знизив частоту післяопераційних ускладнень. Одним з найбільш важких ускладнень після ЧЧХД є холангіт, який пов'язаний в першу чергу з застоючими явищами в усьому біліарному системі (при неадекватному догляді за дренажем), або, в окремих її відділах, при неадекватному дренажу.

Серед наших хворих гострий холангіт розвилася у 6 (2,4 %) в віддаленому періоді після ЧЧХД, і була пов'язана з неправильним доглядом у 4 хворих і з неадекватним дренажем у 2 хворих. В першому випадку консервативна терапія з позитивним результатом, во другому випадку – додатковий дренаж лівого долового протока під контролем УЗД з позитивним результатом.

Велику групу ускладнень становлять геморагічні ускладнення, такі як зовнішнє кровотікання по дренажу в просвіт шлунково-кишкового тракту, вентральну порожнину. Такі ускладнення проявляються в теченні декількох годин або перших днів після ЧЧХД і пов'язані з комбінованими факторами пошкодження судин печінки і порушенням згортливої системи крові. Серед наших хворих кровотікання в вентральну порожнину з летальним результатом розвилася у одного хворого і пов'язано з пошкодженням правої гілки воротної вени. Тяжкість стану і похилому віку не дозволили виконати порожнинну операцію, консервативна терапія без ефекту. Кровотікання по холангіодренажу зовнішньо відмічено у 5 хворих, що вимагало про-



Рис. Внутріартеріальна хіміоемболізація



ведения эндоваскулярного вмешательства — эмболизации поврежденных печеночных артерий с положительным результатом.

Желчеистечение в брюшную полость — также одно из серьезных осложнений ЧЧХД. Одной из причин подтекания желчи является сохраняющаяся билиарная гипертензия вследствие неадекватного функционирования дренажа. Наиболее часто такая ситуация наблюдается при поражении опухолью правого и левого печеночных протоков в месте их впадения в холедох. У этих пациентов для адекватного дренирования необходимо выполнять раздельное ЧЧХД обоих печеночных протоков. В нашем наблюдении раздельное чрескожное чреспеченочное холангиодренирование было выполнено у 24 (9,7 %) больных с опухолевым поражением гепатопанкреатобилиарной зоны, осложненным механической желтухой.

Подтекание желчи наружу отмечено у 3 пациентов — произведена замена холангиодренажа на дренаж более крупного диаметра. У 2 больных произошла поломка холангиодренажа — произведено повторное ЧЧХД.

Подтекание желчи в брюшную полость (желчный перитонит) нами было отмечено у 2 больных, по поводу чего производились ургентные оперативные вмешательства.

К легким осложнениям ЧЧХД относятся боли в правом подреберье, рвота, дислокация катетера или эндопротеза, пневмоторакс и другие. Среди наших пациентов боли в правом подреберье, связанные с установкой холангиодренажа, отмечены у 44 (17,8 %) больных. Консервативная терапия у всех оказалась эффективной. Реактивный правосторонний плеврит отмечен у 3 (1,2 %) больных, потребовавший пункции плевральной полости. Консервативная терапия — с положительным результатом.

Дислокация (смещение) дренажа — также одно из достаточно частых осложнений ЧЧХД,

требующая повторной манипуляции дренирования. Дислокация холангиодренажа нами отмечена у 39 (15,7 %) пациентов в разные сроки после ЧЧХД (от 2 дней до 1,5 месяцев). Всем больным было произведено повторное холангиодренирование. У 2 (0,8 %) больных повторное ЧЧХД было выполнено в связи с поломкой наружного холангиодренажа.

Еще у 17 (6,8 %) больных в связи с рецидивом механической желтухи в отдаленном периоде после эндобилиарных вмешательств в связи с нарушением проходимости стента, у 9 (3,6 %) из них выполнена чрескожная чреспеченочная дилатация, у 2 (0,8 %) — повторное стентирование холедоха и у 3 (1,2 %) — чрескожная дилатация БДА. У 3 (1,2 %) больных наложены БДА (умер 1).

Всего у 247 больных было выполнено 552 рентгенохирургических вмешательств, из них 460 эндобилиарных вмешательств (с учетом первичных и повторных вмешательств) и 92 рентгенэндоваскулярных вмешательства.

Осложнения после ЧЧХД развились у 81 (32,7 %) больного. Умерло в раннем после ЧЧХД периоде 4 (1,6 %) больных. Причина смерти: острый инфаркт миокарда — у одного, острая печеночная недостаточность — у 2, внутрибрюшное кровотечение — у 1. Среди 98 (39,6 %) оперированных больных в раннем послеоперационном периоде умерло 15 (15 %) вследствие прогрессирования печеночной недостаточности.

Выводы

Применение эндобилиарных вмешательств в комплексном хирургическом лечении больных с опухолями гепатопанкреатобилиарной зоны, осложненной механической желтухой позволило снизить уровень билирубина, добиться стабилизации процесса и произвести в последующем у 57 (23,2 %) больных радикальное хирургическое лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдосьев Ю. В. Методы интервенционной радиологии в комплексном лечении различных заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны, осложненные механической желтухой / Ю. В. Авдосьев // Променева диагностика, променева терапия — 2013. — № 3—4. — С. 38—45.
2. Гаджакаева А. И., Билиарный тракт и «быстрая декомпрессия»: пути решения проблемы / А. Гаджакаева, Р. Меджидов // Альманах института хирургии имени А. В. Вишневского. — 2010. — Т. 5— № 1.— 328 с.
3. Гальперин Э. И. Руководство по хирургии желчных путей / Э. Гальперин, П. Ветшев. — М. : Видар, 2006. — 559 с.
4. Патютко Ю. И. Протоковый рак головки поджелудочной железы: есть ли успех в лечении? / Ю. Патютко // Анналы хирургической гематологии. — 2008. — Т. 13, № 4. — С. 10—18.
5. Kim J. H. Clinical feasibility and usefulness of CT fluoroscopy-guided percutaneous transhepatic biliary drainage in emergency patients with acute obstructive cholangitis / H. J. Kim // Korean. J. radiol. — 2009.—N 10 (2). — P. 144—149.



ІНТЕРВЕНЦІЙНА
РАДІОЛОГІЯ У ЛІКУВАННІ
ХВОРИХ З МЕХАНІЧНОЮ
ЖОВТЯНИЦЕЮ
ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

О. Ю. Лаврентьєва

Резюме. У статті наведено результати лікування 247 хворих з механічною жовтяницею пухлинного генезу. Завдяки виконанню зовнішнього черезшкірного черезпечінкового холангіодренування з подальшим стентуванням жовчних проток та внутрішньоартеріальної хіміоемболізації пухлинних судин вдалося значно знизити рівень білірубіну, домогтися стабілізації процесу, що в кінцевому підсумку дозволило виконати радикальні хірургічні втручання.

Ключові слова: механічна жовтяниця, черезшкірне черезпечінкове холангіодренування, внутрішньоартеріальна хіміоемболізація пухлинних судин.

INTERVENTIONAL
RADIOLOGY IN THE
TREATMENT OF PATIENTS
WITH OBSTRUCTIVE
JAUNDICE OF TUMOR
GENESIS

О. Ю. Lavrentieva

Summary. The article presents results of treatment of 247 patients with obstructive jaundice of tumor genesis. Thanks of the external percutaneous transhepatic cholangiodrainage followed by stenting of the bile duct and arterial chemoembolization of tumor vessels it was possible to decrease the bilirubin level, to stabilize condition of patient that allow to perform radical surgery.

Key words: obstructive jaundice, percutaneous endobiliary invention, chemoembolization of tumor vessels.