

УДК: 616.361–006–089.12–089.87

РЕЗЕКЦІЙНІ ТА БІЛІОДЕКОМПРЕСИВНІ ТРАНСПАПІЛЯРНІ ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ ПЕРІАМПУЛЯРНИХ ПУХЛИН

М. Ю. Ничитайло, П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, В. П. Шкарбан
Національний інститут хірургії і трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

RESECTIONAL AND BILIODECOMPRESSIVE TRANSPAPILLARY INTERVENTIONS FOR PERIAMPULLAR TUMORS

M. Yu. Nichitaylo, P. V. Ogorodnik, A. G. Deynychenko, V. P. Shkarban
Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, Kyiv

Рак органів панкреатобіліарної зони становить 12 — 20% в структурі злоякісних новоутворень травної системи [1, 2]. Виділяють рак підшлункової залози (ПЗ), дистального відділу спільної жовчної протоки (СЖП), новоутворення ВСДК.

Радикальні хірургічні втручання можливо виконати лише у 15 — 30% хворих, незважаючи на прогрес анестезіологічного забезпечення та хірургічної техніки, їх результати незадовільні [3 — 5]. Як наслідок, у більшості хворих проводять лише симптоматичне лікування.

У теперішній час не викликає сумнівів необхідність усунення у таких хворих обтураційної жовтяниці та холангіту до операції, проте, вибір методу, його тривалість та строки виконання оперативного втручання не визначені [4, 5].

Розробка сучасних дуоденоскопів та новітніх інструментів значно розширила лікувальні можливості транспапільярних ендоскопічних втручань з приводу новоутворень ВСДК, це стало поштовхом до пошуку та впровадження ефективних резекційних та біліодекомпресивних технологій з використанням ендоскопічного доступу.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати ендоскопічного лікування 1327 хворих з приводу пухлин періампулярної зони у відділі лапароскопічної хірургії та холелітіазу за період з 2005 по 2015 р. Пухлини ПЗ діагностовані у 714 пацієнтів, рак ВСДК — у 427, аде-

Реферат

Проаналізовані результати лікування 1327 хворих з приводу пухлин періампулярної зони у відділі лапароскопічної хірургії та холелітіазу в період з 2005 по 2015 р. Супрапапільярна холедоходуоденостомія (СПХДС) виконана у 245 пацієнтів, ендоскопічна папілектомія — у 36, локальна резекція великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК) — в 11, аденомектомія — у 28, ендобіліарне стентування з використанням пластикових стентів — у 523, біліарне ендопротезування з застосуванням нітинолових стентів — у 484. Ускладнення після ендоскопічних втручань виникли в 11,5% хворих.

Ключові слова: спільна жовчна протока; великий сосочок дванадцятипалої кишки; періампулярні пухлини; транспапільярні втручання; біліарне стентування.

Abstract

Results of treatment of 1327 patients, suffering tumors of periampullar zone, in Department of Laparoscopic Surgery and Cholelithiasis in 2005 — 2015 yrs, were analyzed. Suprapapillary choledochoduodenostomy was performed in 245 patients, endoscopic papillectomy — in 36, local resection of duodenal papilla magna — in 11, adenomectomy — in 28, endobiliary stenting, using plastic stents — in 523, biliary endoprosthesis, using nitinol stents — in 484. Complications after endoscopic interventions have occurred in 11.5% of patients.

Keywords: common biliary duct; duodenal papilla magna; periampullar tumors; transpapillary interventions; biliary stenting.

нома ВСДК — у 66, новоутворення дистального відділу СЖП — у 120. Жінок було 612, чоловіків — 715. Вік пацієнтів у середньому ($63,5 \pm 10,44$) року.

Крім загальноклінічних досліджень, всім пацієнтам проводили ультразвукове дослідження (УЗД) за показаннями — комп'ютерну томографію (КТ), магніторезонансну панкреатикохолангіографію (МРПХГ), транспапільярну холедохофіброскопію та ендоскопію.

Ендоскопічні транспапільярні втручання (ЕТПВ) виконували в рентгеноопераційній з використанням дуоденоскопів JF—1T 20, JF—1T 40, TJF—1T 10, TJF — 160 VR Olympus під контролем рентгенівської установки APELEM EVO—R (Франція). Застосовували папілотомі та ендоскопічні петлі ("Olympus", Японія,

Boston Scientific, США), електрохірургічний блок Olympus та аргоноплазмовий коагулятор "ЭКОНТ 0701". Для реканалізації ділянок пухлинного стенозу використовували гнучкі гідрофільні провідники (Jagwire Boston Scientific, США); для дилатації зони звуження жовчних проток — балонні дилататори В—400N—0830 ("Olympus", Японія) або CRE (Boston Scientific, США).

Для біліарного стентування використовували стенти типу "pig tail" діаметром 8—10 Fr ("Olympus", Японія) або прямі стенти діаметром 8—10 Fr Advanix (Boston Scientific, США, NaviFlex RX Delivery System) та металічні стенти з пам'яттю форми Wallstent RX® Biliary Metal Stent RX Biliary System (Boston Scientific, США), X—Suit NIR® Biliary Metallic Stent (Olympus, Японія).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Основними симптомами злоякісної обструкції жовчних проток були прогресуюча обтураційна жовтяниця, свербіж шкіри, анорексія та симптоми пухлинної інтоксикації, вони виявлені у 87% хворих, у 5% — новоутворення ВСДК було діагностичною знахідкою під час ендоскопічного дослідження.

За даними УЗД, КТ, ендоУЗД та МРПХГ оцінювали локалізацію і розміри пухлини, її поширення на протокові системи, інвазію пухлиною суміжних органів та структур.

Ендоскопічні резекційні втручання виконані у 75 пацієнтів з приводу доброякісних та злоякісних новоутворень ВСДК. З доброякісних пухлин тубулярна аденома діагностована у 28 пацієнтів, вільчаста — у 17, змішана — у 21.

Показаннями до виконання ендоскопічних резекційних втручань з приводу доброякісних пухлин ВСДК були:

- діаметр пухлини менше 3 см;
- відсутність ендоскопічних ознак злоякісного росту (ерозія пухлини, розпад, кровоточивість під час інструментальної пальпації, щільна консистенція, інфільтрація стінки дванадцятипалої кишки;
- відсутність внутрішньопротокового поширення пухлини за даними МРПХГ та ендоУЗД;
- доброякісний характер пухлини за даними біопсії.

Нами розроблена і запропонована класифікація ендоскопічних резекційних втручань з приводу доброякісних пухлин ВСДК.

1. Одномоментна тотальна папілєктомія (рис. 1).
2. Фрагментарна тотальна папілєктомія.
3. Локальна резекція ВСДК.
4. Аденомектомія.

Відповідно до запропонованої класифікації, тотальна одномоментна папілєктомія виконана у 15 хворих, фрагментарна тотальна папілєктомія — у 12, локальна резекція ВСДК — в 11, аденомектомія — у 28. Ендоскопічна папілєктомія з приводу злоякісних новоутворень ВСДК виконана у 9 хворих.

Ендоскопічні втручання виконували у пацієнтів з приводу аденокарциноми ВСДК в стадії T1 за умови її високої диференціації та наявності протипоказань до здійснення стандартної радикальної хірургічної операції (вік старше 80 років, тяжкі супутні захворювання).

Ендоскопічні біліодекомпресивні втручання виконані у 418 хворих з приводу пухлин ВСДК.

Як діагностичний та лікувальний метод при пухлинах ВСДК СПХДС виконана у 245 хворих (рис. 2).

У 137 пацієнтів при переході неопластичного процесу на дистальний відділ СЖП СПХДС виявилася безуспішною, доповнена ендобіліарним стентуванням з використанням пластикових стентів. У 252 хворих біліодекомпресивні ЕТПВ з приводу пухлин ВСДК виконані як перший етап підготовки до радикального хірургічного втручання. У 36 хворих за нерезектабельного раку ВСДК проведено ендопротезування жовчних проток з використанням нітинолових ендопротезів як завершальний етап хірургічного лікування.

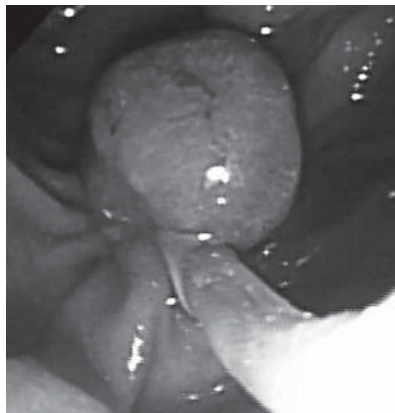


Рис. 1.
Ендоскопічна одномоментна папілєктомія.



Рис. 2.
СПХДС.

Ендобіліарне стентування з застосуванням тefлонових ендопротезів здійснено у 386 пацієнтів з приводу новоутворень ПЗ та дистального відділу СЖП. З них у 295 (76,4%) хворих стенти встановлені як перший етап хірургічного лікування, у 91 — як завершальний паліативний метод відновлення жовчовідтоку. З метою зменшення ризику виникнення інфекційних ускладнень всім хворим перед операцією призначали гепатотропні антибактеріальні препарати, продовжували вводити протягом 3—5 днів після операції. У міру накопичення клінічного досвіду у 285 хворих успішно застосований спосіб безконтрастного стентування жовчних проток, оснований на детальному аналізі результатів УЗД та МРПХГ. При необхідності проведення МРПХГ перед контрастуванням жовчних проток з метою зниження тиску в них та попередження септичних ускладнень здійснювали аспірацію жовчі. В останні роки для забезпечення адекватного дренивання жовчних проток за наявності пухлин ПЗ та дистального відділу СЖП застосовуємо лише прямі стенти діаметром 10 F, довжиною не менше 9 см, а також ендопротези модифікації double—pigtail аналогічного діаметра.

Стентування жовчних проток з застосуванням нітинолових ендопротезів здійснено у 448 хворих з приводу раку органів періампулярної зони. Перевагами нітинолових стентів є їх більший діаметр (8 — 10 мм) у порівнянні з пластиковими, що значно збільшує тривалість їх функціонування, суттєво покращує якість життя пацієнта за поширених форм пухлин, дозволяє зменшити кількість необхідних ендоскопічних маніпуляцій в умовах рентгенопращійної.

Оскільки у середньому тривалість життя хворих за інкурабельної злоякісної обструкції жовчних проток не перевищує 1 рік, встановлення нітинолових ендопротезів у більшості з них забезпечує подальше функціонування.

Нітинолові стенти з поліуретановим покриттям використані у 305 хворих з пухлинами ПЗ та дисталь-



Рис 3.
Ендокліпування судини
після ЕТПВ.

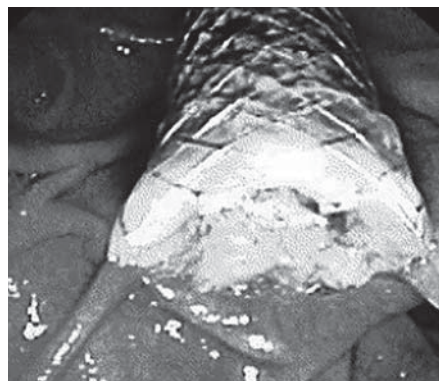


Рис 4.
Обтурація нітинолового ендопротеза
біліарним складжем.



Рис 5.
Стан після ендоскопічної
папілектомії.

ного відділу СЖП, без покриття — у 143. У 12 хворих вкриті нітинолові стенти встановлені з метою декомпресії жовчних проток перед операцією як перший етап радикального хірургічного лікування. У 5 пацієнтів при раку ПЗ, симульганній непрохідності жовчних проток та дванадцятипалої кишки здійснене комбіноване стентування з використанням нітинолових протезів.

Ускладнення після ЕТПВ виникли у 152 (11,5%) хворих. Після резекційних втручань на ВСДК ускладнення спостерігали в 11 хворих: у 7 — кровотечу, у 3 — гострий панкреатит, в 1 — холангіт. Після виконання біліодекомпресивних втручань кровотеча виникла у 39 хворих, гострий панкреатит — у 41, ретроуденальна перфорація — у 3. Для припинення кровотечі в усіх хворих застосовані ендоскопічні технології: аргонно—плазмова коагуляція — у 17, обколонування зони кровотечі розчином етилового спирту — у 23, ендокліпуванням судини, що кровоточила — у 3 (рис. 3).

В одного пацієнта з приводу масивної кровотечі, що виникла на 2—гу добу після папілектомії, здійснено рентгеноендоваскулярну оклюзію панкреатодуоденальних артерій. Проксимальна й дистальна міграція тефлонових ендобіліарних стентів відзначена у 35 пацієнтів, рання обтурація ендопротезів — у 14.

Найбільш частими ускладненнями ендопротезування з використанням нітинолових стентів були:

1. Інтраопераційні:
 - проблеми розкриття стент—системи — у 2 пацієнтів
 - некоректне позиціонування стента — в 1.
2. Ускладнення раннього післяопераційного періоду:
 - гемобілія, що припинилась самостійно — у 2
 - гострий панкреатит — у 4
 - дистальна міграція вкритого стента — в 1
 - рання обтурація ендопротеза — у 3.

Віддалені результати ЕТПВ проаналізовані у 512 з 705 пацієнтів, у яких біліарна транспапілярна декомпресія була завершальним етапом паліативного хірургічного лікування з приводу поширених форм періампулярного раку. Тривалість життя після виконання СПХДС з приводу неоперабельного раку становила від 5 до 11 міс, у середньому 7,2 міс. У 27% хворих після виконання СПХДС з приводу рецидиву обтураційної жовтяниці виконані повторні ендоскопічні втручання (ендобіліарне стентування) з використанням пластикових та нітинолових протезів. Тривалість функціонування тефлонових ендобіліарних стентів при періампулярних пухлинах становила від 1,5 до 4,5 міс, у середньому 3,8 міс, що у 31% пацієнтів потребувало заміни стента. Частота функціонування нітинолових ендопротезів, встановлених на 100, 200 та 400 діб, становила відповідно 93, 71 і 49% — вкритих стентів та 84, 68 і

41% — неvkритих. Рецидив жовтяниці та холангіту внаслідок оклюзії нітинолового стента виник у 75 пацієнтів у строки 6 — 13 міс після його встановлення, що потребувало реканалізації просвіту ендопротеза або імплантації вкритого ендопротеза "stent in stent" (рис. 4).

Після виконання резекційних втручань контрольні огляди зони резекції проводили через кожні 3 міс — протягом першого року, далі — щороку. Рецидив захворювання в різні строки після резекційних втручань виник у 4 пацієнтів. Рецидивні розростання тканини пухлини висікали за допомогою ендоскопічної петлі або термальної абляції.

Рецидив аденокарциноми ВСДК виник у 3 пацієнтів в строки 5 — 9 міс після ендоскопічної папілектомії. Застосовували аргонно—плазмову фульгурацію рецидивної тканини з подальшою імплантацією нітинолового ендопротеза. У 5 пацієнтів у строки спостереження 1 — 1,5 року рецидивів захворювання не було (рис. 5).

Один хворий помер через 4 міс після ендоскопічної папілектомії внаслідок прогресування серцево—судинної недостатності.

ВИСНОВКИ

1. При доброякісних пухлинах ВСДК ендоскопічна папілектомія є ефективною альтернативою хірургічному лікуванню.

2. При злоякісних новоутвореннях ВСДК ендоскопічну папілекто-

мію слід застосовувати у пацієнтів за високого операційно—анестезіологічного ризику, не через її радикальність, а через меншу післяопераційну летальність та відносно сприятливі найближчі результати.

3. Ендоскопічна біліарна декомпресія з використанням пластикових та нітинолових ендопротезів є ефективним й безпечним завершальним методом хірургічного лікування хворих за інкурабельних форм періампулярного раку.

4. Більшість ускладнень ЕТПВ з приводу періампулярних пухлин є специфічними, піддаються ендоскопічній корекції та консервативному лікуванню.

ЛІТЕРАТУРА

1. Борисов А. Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей: в 2 т. / А. Е. Борисов. — СПб.: Скифия, 2003. — Т. 2. — 560 с.
2. Ничитайло М. Ю. Ендоскопічна папілектомія / М. Ю. Ничитайло, П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко // Acta Med. Leopold. — 2010. — Vol. 16, N 4. — P. 95 — 98.
3. Almadi M. A. Stenting in malignant biliary obstruction / M. A. Almadi, J. S. Barkun, A. N. Barkun // Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am. — 2015. — Vol. 25, N 4. — P. 691 — 711.
4. Baron T. H. ERCP / T. H. Baron, A. R. Kozarek, D. L. Car—Locke. — N. Y.: Saunders. — Elsevier, 2007. — 505 p.
5. Malignant biliary obstruction: the current role of interventional radiology / D. Tsetis, M. Krokidis, D. Negru, P. Prassopoulos // Ann. Gastroenterol. — 2016. — Vol. 29, N 1. — P. 33 — 36.

