

ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ ПУТЕМ АНТЕГРАДНОГО ЭНДОБИЛИАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

В. В. Бойко, Ю. В. Авдосьев, А. Л. Сочнева, Р. М. Смачило, Н. Ф. Мижирицкая

Харьковский национальный медицинский университет,
Институт общей и неотложной хирургии имени В. Т. Зайцева НАМН Украины, г. Харьков

PALLIATIVE TREATMENT OF CHOLANGIOCARCINOMA, USING ANTEGRADE ENDOBILIARY INTERVENTIONS

V. V. Boyko, Yu. V. Avdosyev, A. L. Sochneva, R. M. Smachilo, N. F. Mizhirska

Kharkov National Medical University,
Institute of General and Urgent Surgery named after V. T. Zaytsev, Kharkov

Проблема лечения холангиокарциномы, несмотря на стремительное развитие гепатобилиарной хирургии, является актуальной. Диагностика таких опухолей затруднена в связи с длительным латентным периодом, ранним возникновением обтурационной желтухи, являющейся ведущим симптомом заболевания. К моменту ее появления резецировать опухоль возможно не более чем у 5–10% больных [1].

Тесное соседство жизненно важных органов, магистральных сосудов, быстро вовлекаемых в опухолевый инфильтрат, основная причина отказа от выполнения радикального хирургического вмешательства. При выявлении нерезектабельной холангиокарциномы и неоперабельном состоянии больных методом выбора лечения является ЧЧХД при возможности применения его наружно–внутреннего варианта либо стентирования желчевыводящих путей. По данным литературы, стентирование показано 50–90% больных [2]. Выполнение антеградных эндобилиарных вмешательств приоритетно у пациентов, которым на основании результатов обследования установлена неоперабельность опухолевого процесса.

Цель исследования: оценка результатов применения антеградных эндобилиарных вмешательств в качестве паллиативного лечения у больных по поводу нерезектабельной холангиокарциномы.

Реферат

Проанализирован опыт паллиативного лечения больных по поводу холангиокарциномы. В клинике в период с 2010 по 2016 г. у 41 больного по поводу нерезектабельной холангиокарциномы выполнены антеградные эндобилиарные вмешательства. Единственным этапом лечения обтурационной желтухи (ОЖ) было чрезкожное чреспеченочное холангиодренирование (ЧЧХД), осуществлено у 21 (51,2%) больного, у 14 (34,1%) — дополнено антеградным билиарным стентированием, у 6 (14,6%) — произведено раздельное дренирование правого и левого печеночных протоков. Осложнения после ЧЧХД возникли у 26,9% больных. Летальность составила 7,4%. Антеградные эндобилиарные вмешательства, учитывая их малотравматичность и возможность применения у тяжело больных, могут быть методом выбора паллиативного лечения холангиокарциномы.

Ключевые слова: холангиокарцинома; обтурационная желтуха; хирургическое лечение; антеградные эндобилиарные вмешательства.

Abstract

Experience of palliative treatment of patients, suffering cholangiocarcinoma, was analyzed. In the clinic in 2010 — 2016 yrs period the antegrade endobiliary interventions were performed in 41 patients, suffering nonresectable cholangiocarcinoma. As the only one stage of treatment for obturation jaundice a transcuteaneous transhepatic cholangiodrainage (TTCH) was accomplished in 21 (51.2%) patients, in 14 (34.1%) — with additional antegrade biliary stenting, and in 6 (14.6%) — a separate drainage of right and left hepatic ducts. In 26.9% patients the complications of TTCH had occurred. Lethality have constituted 7.4%. Antegrade endobiliary interventions, taking into account their small traumaticity and possibility of application in severely ill patients, may constitute the method of palliative treatment for cholangiocarcinoma.

Keywords: cholangiocarcinoma; obturation jaundice; surgical treatment; antegrade endobiliary interventions.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 41 больного по поводу нерезектабельной холангиокарциномы в клинике в период с 2010 по 2016 г. Возраст больных от 38 до 84 лет, в среднем 67,4 года.

Мужчин было 17 (41,5%), женщин — 24 (58,5%). После госпитализации у всех больных выявлена ОЖ, уровень общего билирубина от 84,9 до 687 мкмоль/л, в среднем 300,2 мкмоль/л. Длительность ОЖ опре-

деляли по классификации Е. В. Смирнова [3].

Локализацию воротной холангиокарциномы определяли по классификации Bismuth — Corlette [4]. Опухоль I типа отмечена у 4 (9,7%) больных, II типа — у 7 (17,1%), IIIA типа — у 5 (12,2%), IIIB типа — у 8 (19,5%), IV типа — у 9 (22%). Опухоли дистальных отделов желчевыводящих путей наблюдали у 8 (19,5%) больных.

Всем больным первым этапом осуществлено ЧЧХД. Единственным

этапом лечения ОЖ оно было у 21 (51,2%) больного, у 14 (34,2%) — дополнено антеградным билиарным стентированием. У 6 (14,6%) больных по поводу холангиокарциномы IV типа выполнено раздельное дренирование правого и левого печеночных протоков.

Статистическая обработка результатов проведена на персональном компьютере с помощью стандартного пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2010.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Первично реканализировать опухоль и установить наружно—внутренний дренаж удалось у 23 (56,1%) больных, у 18 (43,9%) — выполнено только наружное ЧЧХД, у 14 (34,2%) — наружно—внутреннее ЧЧХД дополнено стентированием желчных протоков. У 6 (14,6%) больных по поводу холангиокарциномы IV типа (по Bismuth—Corlette) при разобщении долевого желчного протока осуществлено раздельное ЧЧХД под рентгенотелевизионным и ультразвуковым контролем.

При выполнении наружного дренирования у 14 (34,2%) больных осуществляли реинфузию желчи в пищеварительный канал путем ее введения внутрь. В зависимости от наличия холангита, песка и замазки в желчи дренажи промывали 10 — 20 мл изотонического раствора натрия хлорида. Дренажи заменяли через каждые 2 — 3 мес в связи с их инкрустацией солями желчных кислот.

Стентирование желчных протоков выполняли через 6 — 14 сут после наружно—внутреннего ЧЧХД. С его помощью удалось значительно улучшить качество жизни больных. Эндопротезирование осуществляли после декомпрессии желчевыводящих путей и устранения признаков холангита. Осложнения после ЧЧХД возникли у 11 (26,9%) больных. Непосредственно после выполнения ЧЧХД все пациенты живы. От острой сердечно—сосудистой и печеночной недостаточности умерли 3 (7,4%) больных.

Основными преимуществами ЧЧХД по сравнению со стандартными желчеотводящими вмешательствами были мининвазивность, меньшая частота противопоказаний, что особенно важно на высоте холемии, а также отсутствие требований к специальной предоперационной подготовке. Несмотря на все преимущества, ЧЧХД нередко требует проведения многократных пункций. Это чревато возникновением кровотечения из паренхимы печени и гемобилии. Летальность при этом составляет 2,5 — 9,5% [5].

В наших наблюдениях после ЧЧХД гемобилия возникла у 3 (7,4%) больных. У 2 (4,9%) из них осуществлена эмболизация поврежденных ветвей правой печеночной артерии, у 1 (2,45%) — консервативная гемостатическая терапия. Осложнений в виде кровотечения из паренхимы печени не было.

По данным литературы, при дренировании левого долевого протока повышается риск миграции холангиодренажа в связи с большей подвижностью левой доли печени [6]. В наших наблюдениях миграция дренажа после ЧЧХД левого долевого протока отмечена у 2 (4,9%) больных, правого — у 3 (7,4%). Все мигрировавшие дренажи заменены, в последующем установленные в более корректную позицию, они продолжали функционировать и осуществлять билиарную декомпрессию.

Помимо дислокации, одним из недостатков наружного ЧЧХД является утрата желчи. Больным при установлении на длительный период наружного дренажа осуществляли реинфузию желчи в пищеварительный канал. Разрешить эту проблему возможно путем установления наружно—внутреннего дренажа под рентгенконтролем. Его недостатками считают невозможность адекватной санации желчевыводящих путей и оценки объема выделяемой желчи. Наружно—внутренний дренаж является проводником для инфицирования желчевыводящих путей и возникновения холангита, обусловленного рефлюксом в них содержимого кишечника [7]. В на-

ших наблюдениях холангит после наружно—внутреннего ЧЧХД возник у 3 (7,4%) больных. Для профилактики холангита предпочтительно устанавливать дренаж небольшого диаметра (7 — 8 F), а также наладить адекватный пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку. Осложнения и ухудшение качества жизни больных, обусловленные наружным и наружно—внутренним ЧЧХД, потребовали разработки способов мининвазивного внутреннего дренирования желчевыводящих путей. Устранение осложнений, связанных с применением наружного и наружно—внутреннего ЧЧХД, ухудшение качества жизни больных и утрата желчи обусловили необходимость разработки способа мининвазивного внутреннего дренирования — эндобилиарного стентирования.

Из металлических эндопротезов широко используют стенты с памятью формы, выполненные из нитинола. Такие стенты самостоятельно поддерживают заданный диаметр после раскрытия [8]. Стенты, лишённые свойства "саморасширения", после установки раскрываются путем раздувания встроенного в них баллона—катетера. Основными преимуществами саморасширяющихся стентов являются атравматичность их установления благодаря небольшому диаметру доставочного устройства и возможность стента принять форму желчного протока. Саморасширяющиеся стенты установлены у 14 (34,2%) больных, все — после наружно—внутреннего ЧЧХД. По данным контрольной холангиографии, после установления в адекватной позиции и дилатации стента удаляли дренаж. Появление нитиновых стентов с внутренним полиуретановым или силиконовым покрытием позволило продлить сроки их функционирования. Эндопротезы такой модификации предотвращают прорезывание и прорастание опухолевой или грануляционной ткани в ячейки стента. При сравнении результатов применения покрытых и непокрытых стентов при холангиокарциноме дистальных отделов желчевыводящих путей от-

мечено уменьшение частоты повторных процедур при применении стентов с покрытием [8]. Наиболее частым осложнением при установке покрытых стентов являются обтурация пузырного протока и возникновение острого холецистита. В наших наблюдениях острый холецистит после установки покрытого стента возник у 2 (4,9%) больных, у 1 (2,45%) — устранен с помощью чрескожной чреспеченочной холецистостомии, у другого — выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Наиболее тяжелым осложнением при установлении покрытых стентов по поводу дистального поражения желчевыводящих путей является возникновение острого деструктивного панкреатита вследствие обтурации протока поджелудочной железы [9]. В нашем исследовании острого деструктивного панкреатита у больных не было.

По поводу обструкции, локализованной в области конfluence общего печеночного протока и распространявшейся на долевые печеночные протоки, у 1 (2,45%) больного осуществлено раздельное стентирование правого и левого пе-

ченочных протоков двумя эндопротезами.

Дискуссия по поводу выбора способа профилактики панкреатита продолжается. Исследователи считают, что предварительное выполнение эндоскопической папилосфинктеротомии необходимо для предупреждения возникновения панкреатита, с другой стороны, это чревато миграцией стента в просвет двенадцатиперстной кишки [10]. Возможность антеградной установки стента исключает необходимость вмешательства на большом соочке двенадцатиперстной кишки и позволяет избежать рефлюкс—холангита и миграции стента. Недостатком способа является плохое раскрытие дистального сегмента стента. Самораскрывающиеся нитиловые стенты самостоятельно поддерживают заданный диаметр в сроки до 5 сут после их установления. Если по данным контрольной холангиографии определяют неадекватное расправление стента, целесообразно выполнить баллонную дилатацию, которая гарантирует его полное расправление и адекватное функционирование. Нами баллон-

ная дилатация недорасправленного стента выполнена у 2 (4,9%) больных. Уже во время вмешательства определяли его эффективное функционирование. Однако, учитывая травматизацию стенки желчного протока и риск возникновения гемобилии, мы старались избегать баллонной дилатации.

Таким образом, антеградные эндобилиарные вмешательства обеспечивают широкие возможности миниинвазивного лечения больных по поводу холангиокарциномы. При выборе метода дренирования необходимо учитывать локализацию холангиокарциномы, ее распространенность, состояние больного. Эндобилиарное стентирование является эффективным методом внутреннего желчеотведения у больных при холангиокарциноме в качестве паллиативного лечения. Выполнение антеградных миниинвазивных вмешательств сопряжено с возникновением жизнеугрожающих осложнений, что требует современного технического обеспечения и опыта выполнения таких вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приоритетные направления в лечении больных с механической желтухой / Ю. Л. Шевченко, П. С. Ветшев, Ю. М. Стойко [и др.] // *Анналы хирург. гепатологии*. — 2011. — Т. 16, № 3. — С. 9 — 16.
2. Kuang D. Hilar cholangiocarcinoma: Pathology and tumor biology / D. Kuang, G. Wang // *Front. Med. China*. — 2010. — N 4. — P. 371 — 377.
3. Смирнов Е. В. Хирургические операции на желчных путях / Е. В. Смирнов. — Л.: Гос. изд.—во мед. литературы, 1974. — 238 с.
4. Bismuth H. Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver / H. Bismuth, M. B. Corlette // *Surg. Gynec. Obstet.* — 1975. — Vol. 140. — P. 170 — 178.
5. Эндобилиарная интервенционная онкорadiология / Б. И. Долгушин, М. В. Авалиани, Ю. В. Буйденко [и др.]; под ред. Б. И. Долгушина. — М.: Мед. информ. агентство, 2004. — 322 с.
6. Кулезнева Ю. В. Тактика антеградной билиарной декомпрессии при механической желтухе опухолевого генеза / Ю. В. Кулезнева, Р. Е. Израилов, В. И. Капустин // *Вестн. Нац. мед.—хирург. центра им. Н. И. Пирогова*. — 2010. — Т. 2. — С. 24 — 28.
7. Борисова Н. А. Эндобилиарные методы коррекции механической желтухи: руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей / Н. А. Борисова, А. Е. Борисов, А. В. Кареев; под ред. А. Е. Борисова. — СПб.: Скифия, 2003. — Т. 2. — С. 254 — 281.
8. Plastic or metal stent for malignant stricture of the common bile duct? Results of a randomized prospective study / M. Kaassis, J. Boyer, R. Dumas [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* — 2003. — Vol. 57. — P. 178 — 182.
9. Risk factors of cholecystitis after metal stent placement in malignant biliary obstruction / K. T. Suk, H. S. Kim, J. W. Kim [et al.] // *Ibid.* — 2006. — Vol. 4. — P. 876 — 881.
10. Al—Bahrani A. Z. Acute pancreatitis in under—recognized risk of percutaneous transhepatic distal bile intervention / A. Z. Al—Bahrani, A. Holt, A. M. Hamade // *HPB*. — 2006. — Vol. 8, N 6. — P. 446 — 450.

