

# СУЧАСНІ ПІДХОДИ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ЗПУХЛИНАМИ ЗАГАЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ

*Копчак В. М., Дувалко О. В., Хомяк І. В., Копчак К. В*

*Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О. О. Шалімова м. Київ*

Радикальні оперативні втручання виконані 73(44%) хворим. Паліативні втручання виконані у 93(56%) пацієнтів. Післяопераційні ускладнення розвинулись у 36 хворих (21,7%). Факторами впливу на розвиток ранніх післяопераційних та летальних ускладнень є супутня серцево-судинна патологія, гнійний холангіт та печінкова недостатність. Проведене дослідження, дало нам можливість рекомендувати виконання передопераційної біліарної декомпресії даному контингенту хворих. Загальна післяопераційна летальність склала 6,0 %.

Віддалені результати вивчені у 39% хворих (64 пацієнти). Після радикальних операцій: 1-, 3-, та 5-річне виживання склало 95, 42 та 35%, відповідно, медіана виживання склала 26 місяців. Після паліативних операцій – 1 рік вижило – 41% оперованих хворих, медіана виживання склала 11 міс.

**Ключові слова:** пухлини загальної жовчної протоки, хірургічне лікування, віддалені результати.

Лікування пухлин загальної жовчної протоки (ЗЖП) є актуальною проблемою сучасної хірургії. Незважаючи на постійний пошук можливостей для комбінованого лікування новоутворень даної області, хірургічне видалення пухлини є єдиним ефективним методом боротьби з даною патологією. Радикальне видалення пухлини з лімфаденектомією дає можливість збільшити якість і тривалість життя хворих, проте в 56–88% [1, 2, 3, 7] випадків, хворі звертаються в пізні терміни хвороби, коли пухлина розповсюджується за межі протоки з ураженням сусідніх органів. Хірургічна допомога в таких випадках є паліативною, що дає можливість продовжити життя хворого від 4 до 18 місяців [3, 6].

Не зважаючи на досягнуті успіхи сучасної медицини і на сьогоднішній день залишається багато невирішених питань. Летальність після радикальних операцій, виконаних на фоні тривалої жовтяниці, складає 19–59%, після паліативних втручань 17–35% [1, 4, 7]. Основною причиною незадовільних найближчих результатів є прогресуюча печінкова недостатність, що складає від 25 до 83% серед причин летальних випадків [4, 5].

## Мета роботи

Покращення безпосередніх та віддалених результатів лікування хворих з пухлинами загальної жовчної протоки.

Матеріали і методи

У основу роботи покладені спостереження і аналіз даних комплексного обстеження і хірургічного лікування 166 хворих з пухлинами за-

гальної жовчної протоки, які знаходилися на лікуванні в Національному інституті хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова за період з 1997 по 2010 рр.

Вік хворих варіював від 27 до 82 років і в середньому склав 60+10,5 років. Незначно переважали чоловіки 89(53,6%), жінок було 77(46,4%). Досліджували найближчі післяопераційні результати (летальність, наявність післяопераційних ускладнень) і віддалені результати. Виживання хворих досліджували по методу Каплан-Майєра.

Всі хворі обстежені по розробленій схемі. Основними методами інструментального обстеження ми вважаємо ультразвукове дослідження, дуплексне сканування, комп'ютерну томографію, магнітно-резонансну панкреатикохолангіографію, ендоскопічну ретроградну панкреатикохолангіографію, черезшкірну чрезпечінкову холангіографію, ангіографію, лапароскопію, інтраопераційне УЗ дослідження. Проведення комплексного обстеження з використанням розробленого алгоритму дозволило вірно встановити діагноз у 97,6% хворих.

Механічну жовтяницю відмічено у 152(91,6%) хворих, тривалість якої до госпіталізації в клініку склала від 7 діб до 5 місяців. Оперативному лікуванню піддані всі пацієнти. Радикальні оперативні втручання виконані 73(44%) хворим. Паліативні втручання виконані у 93(56%) пацієнтів.

В своїй роботі ми користувались міжнародною класифікацією пухлин за системою TNM 7-е видання 2009 року.

Розподіл хворих по стадіях захворювання представлені в таблиці.

**Результати та обговорення**

Резекцію ЗЖП з пухлиною виконано у 42 хворих.

Показаннями для виконання резекцій на сьогоднішній день вважаємо пухлину центрального відділу ЗЖП без проростання голівки підшлункової залози, дванадцятипалої кишки та без метастазів в лімфатичні вузли 13 та 17 груп, видалення яких можливо тільки при виконанні панкреатодуоденальної резекції, а також відсутність інвазії пухлини в артеріальні судини, або поєднання артеріальної та венозної інвазії. Обов'язковим вважаємо вивчення дистального та проксимального краю стінки загальної жовчної протоки на наявність злоякісних клітин – на так звану «чистоту зрізу» та жирову клітковину печінково-дванадцятипалої зв'язки з лімфатичними вузлами інтраопераційно. При позитивному результаті виконуємо ререзекцію протоків до здорових тканин. Нами розроблений стандартний об'єм лімфаденектомії при резекції пухлини центрального відділу ЗЖП. Обов'язковим вважаємо видалення 8, 9 та 12 груп лімфовузлів (рис. 1).

Різноманітні варіанти панкреатодуоденальних резекцій (ПДР) виконали у 31 хворого. Показаннями для виконання ПДР на сьогоднішній день вважаємо пухлину центрального відділу ЗЖП з проростанням голівки підшлункової залози, дванадцятипалої кишки з метастазами в лімфатичні вузли 13 та 17 груп, або пухлину інтрапанкреатичного відділу ЗЖП, а також відсутність інвазії пухлини в артеріальні судини, або поєднання артеріальної та венозної інвазії. Інвазія пухлини в ворітну вену не є протипоказом до виконання резекції. Венозні резекції виконано у 6 хворих.

Актуальним залишається питання необхідного об'єму лімфодисекції у пацієнтів з пухлинами загальної жовчної протоки, для підвищення радикалізму операції без збільшення рівня післяопераційних ускладнень ми застосовуємо модифіковану розширену ретроперитонеальну лімфаденектомію основною відмінністю якої від радикальної лімфаденектомії є збереження нервових сплетень по ходу лівого півкола верхньої брижової артерії (рис. 2).

Використання даної методики не приводить до стійкої післяопераційної діареї. При виконанні ретроперитонеальної лімфаденектомії ми використовуємо модифікований транслатеральний підхід (translateral retroperitoneal approach) який забезпечує ідеальний доступ до заочеревинного простору, а також значно полегшує дисекцію зони верхніх брижових судин. Модифікована розширена ретроперитонеальна лімфаденектомія виконана у 8 пацієнтів з пухлинами загальної жовчної протоки, яка у всіх хворих приводила до вираженої лімфореї, що вимагало корекції консервативної інтенсивної терапії в ранньому

**Таблиця 1**

**Розподіл хворих по стадіях захворювання**

Стадія	TNM	n	%
IA	T1N0-xM0-x	2	1,2
IB	T2N0-xM0-x	16	9,6
IIA	T3N0-xM0-x	22	13,3
IIB	T1-3N 1M0-x	58	34,9
III	T4N0-1M0-x	15	9,1
IV	T1-4N0-xM1	53	31,9

**Таблиця 2**

**Характер оперативних втручань у хворих з пухлинами ЗЖП**

Вид операції	Кількість хворих	Процент
Резекція холедоха	42	25,3%
Панкреатодуоденальна резекція	31	18,7%
Гепатикоеюностомія	27	16,3%
Холедоходуоденостомія	18	10,8%
Холецистоєюностомія	13	7,8%
Реканалізація пухлини з зовнішнім дрениванням протоків	23	13,8%
ЧЧХС	9	5,4%
Ендоскопічне стентування	3	1,8%
Всього	166	100

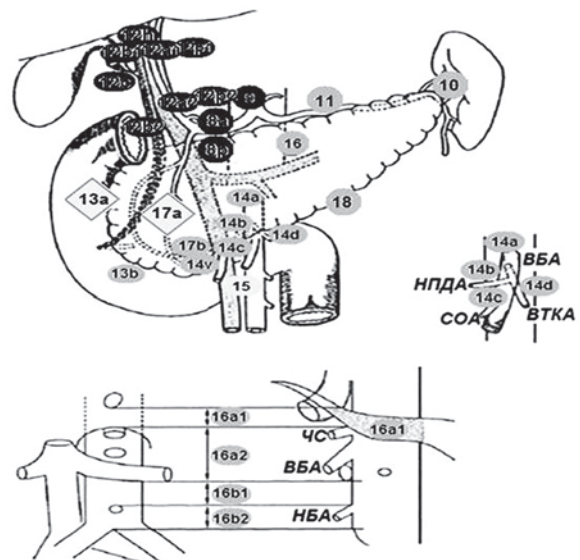


Рис. 1. Схема обсягу лімфаденектомії при резекції пухлин ЗЖП. Темним кольором позначено групи лімфатичних вузлів, що видаляються, сірим – решта лімфатичних вузлів гепатопанкреатодуоденальної зони

післяопераційному періоді і збільшенню тривалості дренивання черевної порожнини, в середньому, біля 2-х тижнів. При цьому достовірного підвищення летальності і рівня п/о ускладнень ми не спостерігали.

З ціллю зменшення інтраопераційної крововтрати ми розробили модифіковану методику мобілізації панкреатодуоденального комплексу, при якій в першу чергу перев'язуються гастродуоденальна і нижня панкреатодуоденальна артерії, а всі подальші етапи мобілізації виконуються після цього (рис. 3). Застосування цього методу супроводжувалося рівнями інтраопераційної крововтрати в розмірі від 80 до 200 мл, що, було значно нижче за середні рівні крововтрати при виконанні стандартної ПДР.

За наявності діагностованої злоякісної пухлини ЗЖП, що є нерезектабельною, лікувальна тактика спрямована на максимальне усунення проявів патологічного процесу, що з одного боку покращує якість життя хворих за рахунок ліквідації патологічних симптомів захворювання, а з іншого боку позбавляє хворого таких загрозли-

вих життю станів, як печінкова недостатність, а пізніше і поліорганна недостатність викликана біліарним блоком.

В роботі використовували два різновиди паліативних маніпуляцій – відкриті та мініінвазивні. Окрему увагу слід приділити мініінвазивним оперативним втручанням, що застосовувались із паліативною метою. Основну частину мініінвазивних операцій, з метою біліарної декомпресії, проводили як перший етап оперативного лікування для підготовки до відкритого оперативного втручання у хворих з печінковою недостатністю, холангітом, і, як наслідок, високим ризиком розвитку післяопераційних ускладнень. Мініінвазивні паліативні оперативні втручання застосовувались як остаточні тільки у випадках діагностування задоволеної форми нерезектабельного раку з високою імовірністю швидкого настання летального виходу (наявність канцероматозу, значної кількості віддалених метастазів, пухлинної інтоксикації, загально тяжкого стану хворого).

Післяопераційні ускладнення розвинулись у 36 хворих (21,7%) представлені в таблиці 3.

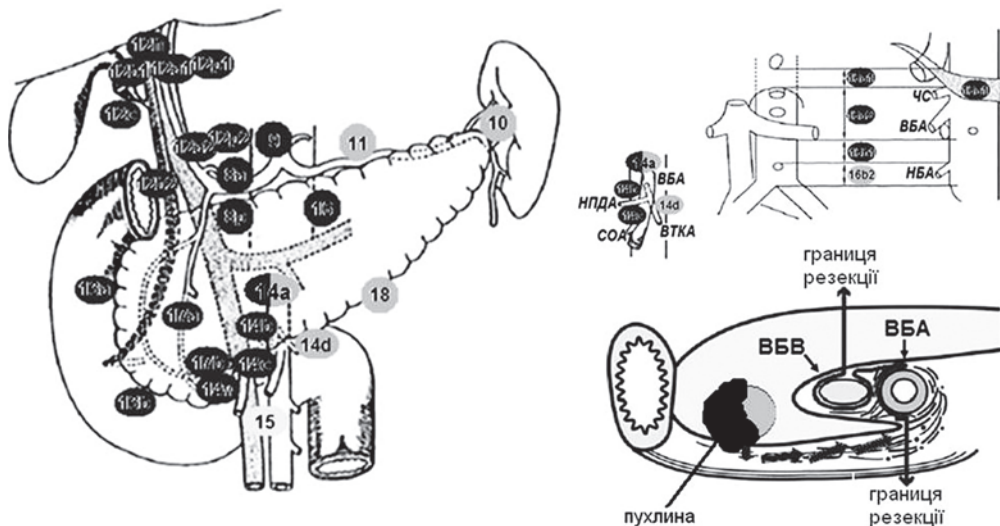


Рис. 2. Схема обсягу лімфаденектомії при модифікованій радикальній ПДР. Темним кольором позначено групи лімфатичних вузлів, що видаляються, сірим – решта лімфатичних вузлів гепатопанкреатодуоденальної зони

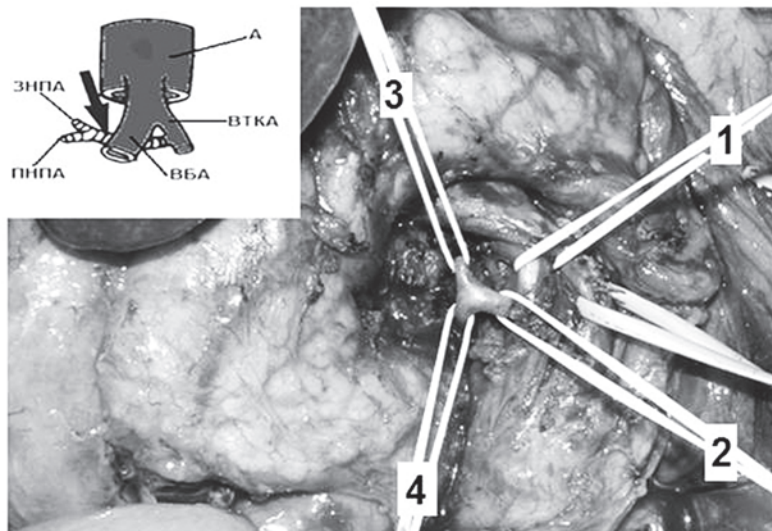


Рис. 3. Панкреатодуоденальна резекція з селективною перев'язкою нижньої панкреатодуоденальної артерії. На сірій трималці – верхня брижова вена, на білій трималці: № 1 – верхня брижова артерія, на білій трималці; № 2 – панкреатодуоденосюнальний ствол, на білій трималці; № 3 – нижня панкреатодуоденальна артерія, на білій трималці; № 4 – верхня тонкокишкова артерія



Із 166 прооперованих хворих померло 10(6,0%), що склало так звану госпітальну летальність. Проведення порівняння летальності в групах хворих після радикальних та паліативних операцій показало відсутність статистично достовірної різниці між цими показниками.

Нами проаналізовано вплив 13-и факторів на розвиток ранніх післяопераційних ускладнень. При цьому достовірно виявлено вплив супутньої серцево-судинної патології на розвиток ранніх післяопераційних ускладнень. А наявність гнійного холангіту та печінкової недостатності на розвиток летальних ускладнень. Проведене дослідження, дало нам можливість рекомендувати виконання передопераційної біліарної декомпресії даному контингенту хворих.

Оцінку віддалених результатів проводили на основі відповідей онкологічних диспансерів, повторних звернень та анкетування хворих. Віддалені результати вивчені у 39% хворих (64 па-

цієнти). Виживання обчислювали за допомогою процедури Каплана-Майєра. Статистичний аналіз за допомогою лог-ранкового критерію показав статистично достовірну різницю виживання хворих після радикальних та паліативних операційних втручань. Також, нами було виявлено статистично достовірну різницю виживання хворих в залежності від стадії пухлинного процесу. Це, дало нам змогу стверджувати, що основний вплив на виживання хворих мають стадія захворювання та тип оперативного втручання (радикальне чи паліативне).

При порівнянні виживання хворих після резекцій ЗЖП та ПДР статистично достовірної різниці ми не виявили. Після радикальних операцій: 1-, 3-, та 5-річне виживання склало 95, 42 та 35%, відповідно, медіана виживання склала 26 місяців. Після паліативних операцій – 1 рік вижило – 41% оперованих хворих, медіана виживання склала 11 міс.

Таблиця 2

## Характер оперативних втручань у хворих з пухлинами ЗЖП

Оперативне втручання	Кількість операцій	Кількість ускладнень	Летальні випадки
Радикальні оперативні втручання			
– ПДР	31	9(29,0%)	1(3,2%)
– резекція холедоха з пухлиною	42	7(16,7%)	2(4,8%)
Паліативні оперативні втручання			
– Гепатикоеюностомія	27	6(22,2%)	3(11,1%)
– Холедоходуоденостомія	22	2(9,1%)	
– Холецистоеюностомія	15	4(26,7%)	1(6,7%)
– Зовнішнє дренування жовчних проток	31	7(22,6%)	3(9,7%)
Мініінвазивні втручання	30	8(26,7%)	
Всього	198	43(21,7%)	10(5,1%)

Таблиця 4

## Фактори ризику розвитку ранніх післяопераційних ускладнень (по x2)

фактор	Значення x2	різниця
Стать	3,14	НД
Вік	0,002	НД
Супутня патологія	0,49	НД
Патологія СС системи *	5,84	P < 0,05
Вид операції (радикальна, паліативна)	0,62	НД
Гіпербілірубінемія	0,38	НД
АлАТ	2,32	НД
АсАТ	1,28	НД
Лейкоцити	0,001	НД
Декомпресія	0,26	НД
Тривалість жовтяниці	0,84	НД
Гнійний холангіт **	21,26	P < 0,001
Печінкова недостатність **	10,08	P < 0,01

\*Підвищує ризик розвитку ускладнень (P < 0,05)

\*\*Підвищує ризик летальності (P < 0,01)

## Висновки

1. Впровадження обґрунтованої хірургічної тактики лікування хворих з пухлинами ЗЖП, використання сучасної оперативної техніки дозволило нам підвищити кількість радикальних оперативних втручань на 23,2% (з 32,1% до 55,3%).

2. Фактором що впливає на розвиток ранніх післяопераційних ускладнень є супутня серцево-судинна патологія, а гнійний холангіт та печінкова недостатність є факторами розвитку леталь-

них ускладнень. Проведене дослідження, дає можливість рекомендувати виконання передопераційної біліарної декомпресії даному контингенту хворих.

3. Віддалені результати показали, що радикальні оперативні втручання дають можливість п'ятирічного виживання у 35% хворих з пухлинами ЗЖП.

4. У хворих з IV ст. (T1-4N1M1) пухлини перевагу слід віддавати мініінвазивним методикам декомпресії.

## Література

1. Патютко Ю. И. Подлужный Д. В., Котельников А. Г. Хирургическое лечение рака внепеченочных желчных протоков. // Пленум правления ассоциации хирургов и гепатологов России и стран СНГ. – Минск, 2011. – С. 74–75.
2. Ebata T, Nagino M, Nishio H, Igami T, Yokoyama Y, Nimura Y. Pancreatic and duodenal invasion in distal bile duct cancer: paradox in the tumor classification of the American Joint Committee on Cancer. *World J Surg.* 2007 Oct; 31(10):2008–15
3. B. E. Van Beers Diagnosis of cholangiocarcinoma. *HPB*, 2008; 10: 87–93
4. DeOliveira ML, Cunningham SC, Cameron JL, Kamangar F, Winter JM, Lillemoe KD, et al. Cholangiocarcinoma: 31-year experience with 564 patients at a single institution. *Ann Surg* 2007; 245:755–762.
5. Miyazaki M. General remarks on general rules for surgical and pathological studies on cancer of the biliary tract / M. Miyazaki, F. Kimura, H. Shimizu [et al.] // *Nihon Rinsho*. – 2006. – Vol. 64, № 1. – P. 385–388.
6. Wataru Kimura Strategies for the treatment of invasive ductal carcinoma of the pancreas and how to achieve zero mortality for pancreaticoduodenectomy. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* (2008) 15:270–277.
7. Yasuji Seyama, Masatoshi Makuuchi . Current surgical treatment for bile duct cancer. *World J Gastroenterol.* 2007 March 14; 13(10): 1505–1515.

## Summary

We have analyzed results of complex diagnostics and surgical treatment of 166 patients with common bile duct (CBD) tumors, treated in the Institute of Surgery and Transplantology in the period 1997–2010 years. Radical surgical resections were performed in 73(44%) patients. Palliative interventions were performed in 93(56%) patients. Postoperative complications developed in 36 patients (21.7%). Factors influencing the development of early postoperative complications and death were concomitant cardiovascular pathology, suppurative cholangitis and liver failure. The results allowed us to recommend the implementation of preoperative biliary decompression in these patients. Overall postoperative mortality was 6.0%. Long-term results were studied in 39% patients (64 patients). After radical operations: 1-, 3- and 5-year survival was 95, 42 and 35%, respectively, median survival was 26 months. After palliative operations – 1 year-survival was 41% of patients, the median survival was 11 months

**Keywords:** common bile duct tumors, surgical treatment, long-term results.