

УДК 616.37 – 006.6 – 06 + 616.36 – 008.5 – 089

МЕТОДЫ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ И СТЕНТИРОВАНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ РАКОМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.П. Захараи¹, М.Е. Ничитайло², Ю.М. Захараи¹, Е.В. Усова¹

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев¹

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова АМНУ, г. Киев²

Реферат. Наиболее частым и ранним симптомом при опухолевом поражении головки поджелудочной железы является механическая желтуха, которая вследствие холестаза, а также прогрессирования печеночной недостаточности существенно ухудшает состояние пациентов и результаты их лечения. Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с механической желтухой, обусловленной раком головки поджелудочной железы за счет широкого внедрения в клиническую практику миниинвазивных методов диагностики, билиарной декомпрессии и лечения. Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 105 больных с механической желтухой, обусловленной раком головки поджелудочной железы, находившихся на лечении на клинических базах кафедры и в Национальном институте хирургии и трансплантологии имени А.А. Шалимова в период с 2003 по 2007 год. Для постановки диагноза использовался разработанный в клинике диагностический алгоритм, который включал использование лабораторных, иммунологических, ультразвуковых (в т.ч. эндосонографии с пункционной биопсией), эндоскопических и рентгенологических методов исследования. При лечении больных с механической желтухой I-II степени отдавали предпочтение одномоментным радикальным хирургическим вмешательствам, а при механической желтухе II-III степени в случаях нерезектабельности опухоли – эндобилиарному стентированию. Полученные нами результаты лечения свидетельствуют, что эндобилиарное стентирование у больных с раком головки поджелудочной железы является высокоэффективным методом предоперационной билиарной декомпрессии и может использоваться как самостоятельный метод паллиативного лечения.

Ключевые слова: рак головки поджелудочной железы, механическая желтуха, миниинвазивные вмешательства.

Среди всех опухолевых заболеваний рак поджелудочной железы (ПЖ) занимает 13-е место [2]. По данным Комиссии по раку ПЖ при американском обществе хирургов заболеваемость раком ПЖ в США составляет 9 на 100 тыс. населения [10]. В Японии эта цифра составляет 10 на 100 тыс. населения, в Украине – 10,3 на 100 тыс. [6,12]. Среди причин смерти от злокачественных новообразований рак ПЖ занимает 4-5 место в странах Европы и в США и 6 место в Японии [10,11,12]. В Украине рак ПЖ является причиной смерти от злокачественных опухолей среди мужчин на 7-ом, а среди женщин на 9-ом месте [6].

Одной из основных причин послеопераци-

онной летальности больных раком головки ПЖ является прогрессирующая печеночная недостаточность [8]. Высокими остаются удельный вес послеоперационных осложнений (41,5%) и летальности (7,4%), которые обуславливают неудовлетворительные результаты хирургического лечения данной категории больных и необходимость тщательной предоперационной их подготовки с обязательным применением декомпрессивных миниинвазивных вмешательств [4,5]. Помимо указанных показателей к критериям эффективности лечения рака ПЖ относят качество и продолжительность жизни [2,9]. В последнее время с целью предоперационной декомпрессии, а в нерезектабельных случаях в качестве окончательного метода лечения все чаще используется эндобилиарное стентирование (ЭС) [1,2,3,7,13].

Цель исследования

Улучшение результатов лечения больных с механической желтухой (МЖ), обусловленной раком головки ПЖ за счет широкого внедрения в клиническую практику миниинвазивных методов диагностики, билиарной декомпрессии и лечения.

Материал и методы

Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 105 больных с МЖ, обусловленной раком головки ПЖ, находившихся на лечении на клинических базах кафедры и в отделе лапароскопической хирургии и холеликтаза Национального института хирургии и трансплантологии в период с 2003 по 2007 год. Средний возраст больных составил $52,1 \pm 3,4$ года. Мужчин было 63 (60%), женщин – 42 (40%). Средняя продолжительность периода желтухи до момента госпитализации в клинику составила $18,9 \pm 3,3$ дня.

Для определения стадии поражения опухолевым процессом головки ПЖ использовали TNM классификацию Международного Противоракового Союза (UICC 2002 г).

Для постановки диагноза использовали разработанный в клинике диагностический алгоритм, который включал обязательный анализ результатов объективного обследования пациентов (характер и выраженность болевого синдрома, кожный зуд, иктеричность склер и кож-

ных покровов, длительность периода желтухи), лабораторных данных (общего и биохимического анализов крови, анализа крови на глюкозу, коагулограммы, анализа мочи на диастазу, определения фекальной эластазы, бактериологического исследования желчи), иммунологических (тесты на онкомаркеры СА 19-9, СА 242, СЕА), ультразвуковых (с использованием эндоскопической ультрасонографии), эндоскопических (ФЭГДС, ЭРХПГ) и рентгенологических (КТ с болюсным усилением, МРТ) методов исследований. Скрининговым методом диагностики было УЗИ ОБП, которое выполнялось всем пациентам в первые 24 часа с момента госпитализации для определения предположительного характера желтухи, а также, в некоторых случаях, выявления уровня билиарного блока. При наличии трудностей в верификации диагноза больным в Центральном военном клиническом госпитале МО Украины проводилась эндоскопическая ультрасонография, которая позволяет визуализировать все отделы билиарного тракта, а также четко определить распространенность опухолевого процесса и выполнить прицельную пункционную биопсию опухоли головки ПЖ.

В лечении больных с МЖ I-II степени отдавали предпочтение одномоментным хирургическим вмешательствам – панкреатодуоденальной резекции (ПДР), при МЖ II-III степени считали необходимым обязательно предварительно проводить билиарную декомпрессию. При неоперабельности опухоли и протяженности стеноза до 2 см преимущество отдавали ЭС.

Качество жизни оценивали по шкале Karnofsky. Анализ выживаемости производили методом множительных оценок Каплана-Майера.

Результаты и обсуждение

У 43 (41%) пациентов диагноз рака головки ПЖ установлен на ранних (I-II) стадиях заболевания, III стадия заболевания диагностирована у 33 (31,4%) больных. Группу операбельных больных составили пациенты с I-II стадией заболевания и 19 пациентов с III стадией. У 47 (75,8%) из них имелась механическая желтуха II-III степени; им выполнены различные виды предоперационной декомпрессии: 19 (40,4%) больным выполнена чрескожная чреспеченочная холангистомия, 11 (23,4%) – чрескожная чреспеченочная холангистомия в сочетании с антеградным стентированием, 9 (19,1%) – холецистостомия под ультразвуковым (6) или лапароскопическим (3) контролем, 6 (12,8%) – чрезопухолевая папиллотомия с установкой эндобилиарного стента, 2 (4,3%) – эндоскопическая супрапапиллярная холедоходуоденостомия. ПДР у этой группы больных выполнялась на 10-12 сутки после выполненной деком-

прессии. У пациентов с III стадией заболевания ПДР была дополнена расширенной лимфаденэктомией. Группу неоперабельных больных составили 43 больных (41%): 14 пациентов с III стадией заболевания (13,3%), имеющие противопоказания к радикальному хирургическому вмешательству, а также 29 (27,6%) пациентов с IV стадией. Им выполнены паллиативные хирургические вмешательства: гепатикоюностомия – 24 (55,8%), холедохоюностомия – 4 (9,3%), холецистоюностомия – 4 (9,3%), а также миниинвазивная коррекция – эндобилиарное стентирование – 8 (18,6%) или наружное дренирование – 3 (7%). Всем больным, которым выполнены транспапиллярные вмешательства, проводилась профилактика острого панкреатита препаратом Сандостатин по общепринятой схеме.

Осложнения после миниинвазивных вмешательств возникли у 6 пациентов в виде подтекания желчи в брюшную полость – у 2 (3,5%) больных, острого панкреатита (после транспапиллярного стентирования) – у 2 (3,5%), прогрессирования печеночно-клеточной недостаточности – у 1 (1,7%), миграции стента – 1 (1,7%). Небольшого процента миграции стентов конструкции типа “pig tail” и “Tannenbaum” диаметром не менее 7 Fr и их адекватной длины, которая подбиралась по результатам первоначально выполненной ЭРХПГ.

Качество жизни пациентов с ЭС было выше, чем в группе с наружным желчеотведением на 18 и более баллов.

Кумулятивная 6, 12, 18 и 24 мес. выживаемость составила 89, 47, 36 и 12 % соответственно.

Выводы

1. Радикальным методом хирургического лечения рака головки ПЖ I-II стадии является одномоментная операция ПДР.

2. У пациентов с МЖ, обусловленной раком головки ПЖ III-IV стадии, приоритетной является двухэтапная тактика.

3. Одним из наиболее эффективных методов коррекции МЖ, обусловленной blastomatoznym поражением головки ПЖ, является ЭС. Оно применимо в качестве предоперационной декомпрессии при невозможности проведения одномоментного хирургического вмешательства, а также может являться окончательным методом лечения в нерезектабельных случаях.

4. ЭС имеет преимущества перед другими методами желчеотведения: оно способствует естественному пассажу желчи, отсутствует необходимость в постановке дренажа и вскрытии брюшной стенки. Эти факторы способствуют значительному (на 18 и более баллов) повышению качества жизни пациентов. При условии адекватного ведения больных, ЭС со-

проводиться низким (5,2%) процентом осложнений и отсутствием летальности.

МЕТОДИ БІЛІАРНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ ТА СТЕНТУВАННЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА МЕХАНІЧНУ ЖОВТЯНИЦЮ, ЗУМОВЛЕНУ РАКОМ ГОЛОВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

М.П. Захараш, М.Ю. Ничитайло, Ю.М. Захараш,
О.В. Усова

Реферат. Найчастішим та раннім симптомом при пухлинному ураженні головки підшлункової залози є механічна жовтяниця, яка внаслідок холестази, а також прогресування печінкової недостатності суттєво погіршує стан пацієнтів та результати їх лікування. Мета дослідження: покращання результатів лікування хворих на механічну жовтяницю, зумовлену раком головки підшлункової залози шляхом широкого впровадження в клінічну практику мініінвазивних методів діагностики, біліарної декомпресії та лікування. Нами проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 105 хворих на механічну жовтяницю, зумовлену раком головки підшлункової залози, що знаходились на лікуванні на клінічних базах кафедри та в Національному інституті хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова в період з 2003 по 2007 роки. Для встановлення діагнозу був використаний розроблений в клініці діагностичний алгоритм, який включав використання лабораторних, імунологічних, ультразвукових (в т.ч. ендосонографії з пункційною біопсією), ендоскопічних та рентгенологічних методів дослідження. При лікуванні хворих на механічну жовтяницю I-II ступеня надавалась перевага одноетапним радикальним хірургічним втручанням, а при механічній жовтяниці II-III ступеня у випадках нерезектабельності пухлини – ендобіліарному стентуванню. Отримані нами результати лікування свідчать, що ендобіліарне стентування у хворих на рак головки підшлункової залози є високоефективним методом передопераційної біліарної декомпресії та може використовуватись як самостійний метод паліативного лікування.

Ключові слова: рак головки підшлункової залози, механічна жовтяниця, мініінвазивні втручання.

METHODS OF BILIARY DECOMPRESSION AND STENTING IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH THE MECHANICAL JAUNDICE CAUSED BY CANCER OF HEAD OF PANCREAS

M.P. Zakharash, M.E. Nichitaylo, Yu.M. Zakharash,
E.V. Usova

Abstract. At the tumour defeat of head of pancreas a mechanical jaundice is the most frequent and early symptom, which afterwards cholestasis and also making progress of hepatic insufficiency is substantially worsened by the state of patients and results of their treatment. The aim of the research: improvement of results of treatment of patients with the mechanical jaundice, caused by the cancer of head of pancreas due to wide introduction into clinical practice of miniinvasive methods of diagnostics, biliary decompression and treatment. We performed the retrospective analysis of results of treatment 105 patients with the mechanical jaundice caused by the cancer of head of pancreas, being on treatment on the clinical bases of the department and at National Institute of Surgery and Transplantology by A.A. Shalimov in a

period from 2003 to 2007 year. To put the diagnosis the diagnostic algorithm developed in a clinic, and which included the use of laboratory, immunological, ultrasonic (including endoscopic ultrasonography with needle biopsy), endoscopic and roentgenologic methods of research, was used. At treatment of patients with a mechanical jaundice the I-II degrees we gave preference to one-stage radical surgical interventions, and at the mechanical jaundice of the II-III degree in cases of non-resectable tumor – to endobiliary stenting. The results, which we received during the treatment of these patients, gave us the possibility to say, that at patients with the cancer of head of pancreas there is endobiliary stenting the high-effective method of preoperative biliary decompression and can be used as independent method of palliative treatment.

Key words: cancer of head of pancreas, mechanical jaundice, miniinvasive interventions.

ЛИТЕРАТУРА

1. Захараш Ю.М. Діагностично-лікувальна тактика при механічній жовтяниці з використанням мініінвазивних та електрозварювальних технологій: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01.03 "Хірургія" / Ю.М. Захараш; Націон. ін-т хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова. – Київ, 2008. – 40 с.
2. Кубышкин В.А. Рак поджелудочной железы / В.А. Кубышкин, В.А. Вишневыский. – М.: ИД Медпрактика-М, 2003. – 386 с.
3. Ничитайло М.Е. Транспиллярные эндоскопические вмешательства в комплексном лечении больных с механической желтухой blastоматозного генеза / М.Е. Ничитайло, М.П. Захараш, П.В. Огородник, Ю.М. Захараш, Е.В. Усова // Ліки України. – 2008. – №2 (118). – С. 48–49.
4. Патютко Ю.И. Современные данные о возможностях хирургического лечения больных раком поджелудочной железы и периапулярной зоны / Ю.И. Патютко, А.Г. Котельников, В.Ю. Косырев [и соавт.] // Современная онкология. – 2000. – №1, Т.2. – С.12–15.
5. Патютко Ю.И. Хирургия рака билиопанкреатодуоденальной зоны / Ю.И. Патютко, А.Г. Котельников. – М.: ИД Медицина, 2007. – 448 с.
6. Федоренко З.П. Рак в Україні. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / З.П. Федоренко, Л.О. Гулак, Є.Л. Горох [та співавт.] // Бюл. Національного канцер-реєстру України. – 2004.
7. Brand B. Stent retriever for dilation of pancreatic and biliary strictures / B Brand, F Thonke, S Obytz, KF Binmoeller, V Rathod, N Soehendra [et al.] // Endoscopy. – 1999. – N. 31. – P. 142–145.
8. Huang JJ. Quality of life and outcomes after pancreatoduodenectomy / JJ Huang, CS Yeo, TA Sohn [et al.] // Ann. Surg. – 2000. – N. 23(6). – P. 890–898.
9. Ishikawa O. Surgical Technique, Curability and Postoperative Quality of life in an Extended Pancreatectomy for Adenocarcinoma of Pancreas / O. Ishikawa // Hepatogastroenterology. – 1996. – Vol.43, N.8. – P. 320–325.
10. Janes R.N. National patterns of care for pancreatic cancer / R.N. Janes, J.E. Niederhuber, J.S. Chmiel [et al.] // Annals of Surgery. – 1996. – Vol. 223. – P. 261.
11. Parkin D.M. Cancer burden in the year 2000: global picture / D.M. Parkin, F.I. Bray, S.S. Denesa // Eur J Cancer. – 2001. – N. 37.
12. Oya N. Chemoradiotherapy for pancreatic cancer: current status and perspectives / N. Oya // J Clin Oncol. – 2004. – N. 9. – P. 451–457.
13. Sandeep Lakhtakia. Endoscopic biliary stent placement using Soehendra stent retriever / Sandeep Lakhtakia, Rajesh Gupta, Mohan Ramchandani, D Santosh, G V Rao, D Nageshwar Reddy // Indian J Gastroenterol. – 2007. – N. 26. – P. 178–179.