

ОПЫТ ЧРЕСКОЖНЫХ ЖЕЛЧЕОТВОДЯЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

В.Ф. Касаткин, О.И. Кит, Д.С. Трифанов

ФГУ «РНИОИ Росмедтехнологий», г. Ростов-на-Дону

Проведена оценка эффективности методик чрескожного дренирования желчных протоков у 108 больных механической желтухой опухолевого генеза. В 96 случаях выполняли чрескожную чреспеченочную холангиостомию через правый боковой доступ, в 12 – дренировали левую долю печени через передний доступ. Наружно-внутреннее дренирование выполнено 42 пациентам. У 4 пациентов в послеоперационном периоде возникли кровотечения. В 4 случаях отмечена дислокация холангиостомического дренажа. Для предотвращения этого разработан способ фиксации дренажа в желчном протоке при чрескожном дренировании. При использовании данной методики осложнений, связанных с миграцией внутрипеченочного дренажа, не наблюдалось.

Ключевые слова: механическая желтуха, чрескожная чреспеченочная холангиостомия, осложнения.

EXPERIENCE IN TRANSCUTANEOUS BILIARY DRAINAGE FOR PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE OF TUMOR GENESIS

V.F. Kasatkin, O.I. Kit, D.S. Trifanov

Russian Research Institute of Medical Technologies, Rostov-na-Donu

This study was undertaken to estimate the efficacy of the technique of transcutaneous biliary drainage for 108 patients with mechanical jaundice of tumor genesis. Ninety-six patients underwent transcutaneous transhepatic cholangiostomy via right lateral access and 12 patients underwent drainage of the left lobe of the liver via anterior access. External-internal drainage was performed on 42 patients. Postoperative bleeding occurred in 4 patients. Cholangiostomic drainage dislocation was observed in 4 cases. The technique of drainage fixation in biliary duct during transcutaneous draining was designed. No complications related to intrahepatic drainage migration were observed using the above technique.

Key words: mechanical jaundice, transcutaneous transhepatic cholangiostomy, complications.

Лечение больных механической желтухой с первичным опухолевым и метастатическим поражением гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ) является одной из серьезных проблем современной онкологии [1, 2, 5]. Опухоли данной зоны даже при небольших размерах могут вовлекать в опухолевый процесс сразу несколько анатомических структур. Кроме того, при новообразованиях ГПДЗ механическая желтуха наблюдается в 75–95 % случаев [3, 4], которая в большинстве случаев является первым признаком заболевания и вместе с тем часто свидетельствует о его запущенности, а в большинстве случаев – об инкурабельности.

Радикальные и паллиативные хирургические вмешательства в условиях механической желтухи, холангита и печеночной недостаточности весьма рискованны и сопровождаются большой частотой послеоперационных осложнений и высокой летальностью, достигающей 50 % [2, 7]. В то же время при радикальных операциях,

выполняемых после устранения механической желтухи, послеоперационные осложнения наблюдаются значительно реже, также значительно ниже показатель послеоперационной летальности. Радикальные операции при опухолях органов ГПДЗ даже в специализированных клиниках выполняются нечасто и возможны лишь в 5–23 % случаев. У большинства больных оперативное вмешательство выполняется в паллиативном варианте либо как способ симптоматического лечения (формирование билиодигестивных анастомозов), а у 25–30 % больных ограничивается эксплоративной лапаротомией [1, 2, 6].

Таким образом, механическая желтуха, как ведущее и наиболее угрожающее жизни больного проявление опухолевого процесса ГПДЗ, требует проведения срочной декомпрессии билиарной системы. Процедура декомпрессии желчных путей должна отвечать ряду требований:

- быть эффективной и в кратчайшие сроки устранять холемию;
- быть малотравматичной и не сопровождаться развитием спаечного процесса в брюшной полости;
- сопровождаться низким уровнем осложнений и летальности.

В последние 10 лет широкое признание получили методы чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств как для временной декомпрессии желчных путей, так и в виде самостоятельного метода лечения. Эндобилиарные вмешательства удается осуществлять независимо от уровня и протяженности обтурации желчных путей. В пользу эндобилиарных вмешательств на желчных путях говорит и тот факт, что осложнения и летальность при них составляют 3–10 % [6].

Цель работы – оценить эффективность методики чрескожного дренирования желчных путей у больных механической желтухой опухолевого генеза, характер и количество осложнений.

За период с сентября 2004 по июль 2007 г. в торакоабдоминальном отделении Ростовского научно-исследовательского института онкологии выполнено 108 чрескожных желчеотводящих вмешательств под лучевым контролем. Возраст больных находился в диапазоне от 39 до 84 лет. Средняя длительность желтухи составила 34,2 дня, уровень билирубина крови колебался от 56,2 до 890 мкмоль/л (в среднем – 286,4 мкмоль/л). У 47 (43,5 %) больных выявлены отдаленные метастазы, раковая кахексия была у 13 (12 %) пациентов. Кроме того, в 23 (21,3 %) случаях механическая желтуха сопровождалась гнойным холангитом.

У всех больных пожилого и старческого возраста – 76 (70 %) пациентов – имелся ряд тяжелых сопутствующих заболеваний, поэтому оперативное лечение у них представляло большой риск. Структура сопутствующей патологии: артериальная гипертензия – у 57 пациентов (61,5 %), эмфизема легких – у 23 (24,8 %), сахарный диабет – у 14 (15,1 %), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – у 9 (9,7 %), цирроз печени – у 13 больных (14,2 %). Наиболее тяжелым оказался контингент, страдающий заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Все больные поступали в

среднетяжелом и тяжелом состоянии, что было обусловлено печеночно-почечной недостаточностью, длительностью желтухи, холемией, холангитом, а также стадией злокачественного заболевания. Показаниями к чрескожной холангистомии являлись:

- значительное (более 4–5 мм) расширение внутрипеченочных желчных протоков;
- наличие безопасной траектории пункции внутрипеченочных протоков.

К противопоказаниям выполнения чрескожных вмешательств мы относим:

- терминальное состояние больного;
- отсутствие безопасной траектории для введения иглы и дренажа;
- обширное опухолевое поражение печени с разобщением внутрипеченочных желчных протоков на уровне сегментарных ходов.

При подозрении на механическую желтуху ультразвуковое исследование проводилось в ближайшие часы от момента поступления пациента в хирургический стационар. Ультрасонография является обязательным методом диагностики и в большинстве случаев достаточным для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения больного с механической желтухой.

Учитывая тяжесть состояния больных и длительный период желтухи, мы старались выполнить наружное дренирование желчных путей в течение первых суток с момента поступления больного в стационар. После выполнения ультразвукового сканирования, проведения стандартных общеклинических исследований начинали подготовку больного к чрескожным вмешательствам, которая включала:

- подготовку желудочно-кишечного тракта;
- премедикацию перед вмешательством.

Все вмешательства выполнялись под сочетанным ультразвуковым и рентгеноскопическим контролем в рентгенооперационной. Пункция желчных протоков осуществляется под контролем ультразвука, а введение дренажной трубки – под контролем рентгенотелевидения. Использовали УЗИ аппарат Aloka SSD-630, оснащенный линейным пункционным датчиком UST-5018P 3,5 (Aloka), и рентгеновский аппарат с С-дугой Philips BV Pulsera.

Для пункции выбирали наиболее дилатированный участок сегментарного протока

правой либо левой доли печени. Пункцию протока стремились выполнить по максимально безопасной траектории (без пересечения трубчатых структур). Для чрескожного дренирования билиарной системы использовалось «Устройство для дренирования полостных образований Ившина», которое представляет собой иглу 18 G с подвижно установленными на ней наружной канюлей 14 G и дренажем. Для чрескожной холангиостомии всегда применяли прямые полиэтиленовые дренажи 12 Fr. Размеры наружной канюли и дренажа выбраны такими, что в собранном виде остается свободный участок иглы. В просвет иглы установлен мандрен. Устройство снабжено приспособлением для перемещения наружной канюли и дренажа по игле, выполненным в виде упорных пластин с ограничительным тросиком. Длина ограничительного тросика равна длине свободного участка иглы.

Дренирование осуществляли следующим образом. Под контролем ультразвукового сканирования на коже выбирали место оптимальной пункции желчного протока. Через разрез кожи проводили пункцию свободным участком иглы, при этом наружная канюля и дренаж оставались снаружи от кожных покровов больного. Удаляли мандрен и аспирировали небольшое количество желчи. В полость вводили контрастное вещество и гибкий металлический проводник. Удаляли датчик ультразвукового аппарата. С помощью упорной пластины фиксировали положение иглы, с помощью второй упорной пластины осуществляли поступательное движение наружной канюли и дренажа по игле на расстояние, равное длине ограничительного тросика. При этом происходило соскальзывание дистального конца дренажа с иглы на проводник. Затем проводили более глубокое введение дренажа в просвет желчного протока и удаление комплекса устройство-проводник. После рентгеноскопического контроля дренаж фиксировали к коже и подсоединяли удлинительную магистраль, мешок для сбора желчи.

Вмешательства выполнены по поводу рака головки поджелудочной железы у 74 пациентов, рака фатерова соска – у 11, рака желчных протоков – у 7, рака желчного пузыря – у 4, метастазов

рака желудка в ворота печени – у 4, метастазов колоректального рака в печень – у 8 больных. В 96 случаях выполняли чрескожную чреспеченочную холангиостомию через правый боковой доступ, в 12 – дренировали левую долю печени через передний доступ.

При полной окклюзии желчных протоков, невозможности проведения проводника ниже места обструкции выполняли наружное дренирование, устанавливали катетер над областью опухолевого блока. В случае проведения ангиографического проводника дистальнее зоны опухолевого стеноза никогда не выполняли одномоментное наружно-внутреннее дренирование в связи с опасностью кровотечения из опухоли на высоте механической желтухи. Однако во всех случаях оставляли проводник, введенный через место обтурации в двенадцатиперстную кишку. Это мероприятие не вызывало рефлюкс холангита, но позволяло избежать осложнений при наружно-внутреннем дренировании. На фоне проводимой после наружного дренирования интенсивной инфузионной, дезинтоксикационной антибактериальной терапии, коррекции водно-солевого баланса, кислотно-щелочного состояния желчные протоки освобождались от детрита, уменьшалась паратуморальная инфильтрация опухоли, снижался перифокальный отек фатерова соска и частично восстанавливался просвет желчных путей, что позволило через 7–10 дней произвести наружно-внутреннее дренирование 42 пациентам. Преимуществами наружно-внутреннего дренирования являются восстановление естественного оттока желчи и более надежная фиксация катетера в желчных путях.

В послеоперационном периоде мы наблюдали следующие осложнения: после дренирования у 4 пациентов возникли кровотечения, которые в 3 случаях купированы консервативно, 1 больная была оперирована и умерла от ДВС-синдрома после экстренной операции.

На этапах освоения методики возникли 4 случая дислокации холангиостомического дренажа. В 2 случаях дренаж установлен по свищевому ходу под контролем рентгенотелевидения. Двоих больных прооперировали по экстренным показаниям по поводу желчного пе-

ритонита, послеоперационный период протекал гладко. В связи с этим был разработан способ чрескожного дренирования желчных протоков, позволяющий добиться надежной фиксации дренажа в желчном протоке и доказана его эффективность (патент № 2310400, Бюл. № 32 от 20.11.07 «Способ катетеризации желчного протока»). После чрескожного дренирования желчных путей и установки катетера как можно ближе к зоне обструкции желчного дерева мы оценивали внутренний диаметр желчного протока в наиболее дистальной его части. В желчные протоки, через холангиостомический дренаж устанавливали якорное устройство, представляющее собой цилиндр, состоящий из стальной центральной части и мягких периферических частей. Диаметр цилиндра – 3 мм, длина зависит от диаметра желчного протока в зоне дистального конца дренажа. Якорное устройство имеет две нити: одна нить фиксируется к центру цилиндра, вторая – к одному из периферических концов дренажа. Через центральное отверстие дренажа якорное устройство проталкивается в желчный проток с помощью пункционной иглы, при этом нити от якорного устройства остаются снаружи. Выполнив рентгеновское исследование и убедившись, что якорь полностью находится в протоке, осуществляли подтягивание нити, фиксированной к центральной части якоря. Якорь устанавливается перпендикулярно длиннику дренажа и желчного протока. Выполнялась фиксация обеих нитей снаружи дренажа. Это обеспечивало надежную фиксацию дренажа в протоке и исключало возможность миграции дренажа. Фиксировали дренаж к коже. В случае необходимости изменения положения дренажа или его удаления извлекали фиксатор из протока, путем освобождения обеих нитей от фиксации ослабляли центральную нить,

немного проталкивали дренаж в протоке пункционной иглой под рентген контролем и, осуществляя легкую тракцию, за периферическую нить удаляли якорное устройство из просвета протока. Далее извлекали дренаж. В группе из 30 пациентов, у которых использовался данный механизм фиксации транспеченочного дренажа в желчном протоке, осложнений, связанных с изменением положения дренажа в протоке, миграцией дренажа из печени, не наблюдалось.

Таким образом, чрескожные эндобилиарные вмешательства значительно расширяют возможности комплексного лечения больных с механической желтухой. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия способствует ликвидации желтухи, интоксикации, явлений печеночно-почечной недостаточности, улучшению функций печени, создает благоприятные условия для проведения радикальных и паллиативных оперативных вмешательств, характеризуется низким числом осложнений и летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Долгушин Б.И., Косырев В.Ю., Синюкова Г.Т. и др. Комплексная диагностика опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны // Практическая онкология. 2004. Т. 5, № 2. С. 77–84.
2. Ивашин В.Г., Якунин А.Ю., Лукичев О.Д. Чрескожные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой. Тула, 2000. 312 с.
3. Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Долгушин Б.И. и др. Желчеотведение при механической желтухе опухолевого происхождения // Материалы IV Российской онкологической конференции. М., 2000.
4. Харченко В.П., Лютфалиев Т.А., Кунда М.А. Чрескожные чреспеченочные эндобилиарные декомпрессивные вмешательства при желтухе опухолевой этиологии // Медицинская радиология и радиационная безопасность. 2000. № 3. С. 60–67.
5. Kandarpa K., Aruny J.E. Handbook of Interventional Radiologic Procedures. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
6. Schoder M., Rossi P., Uflacker R. et al. Malignant biliary obstruction: treatment with PTFE-FEP-covered endoprosthesis initial technical and clinical experiences in a multicenter trial // Radiology. 2002. Vol. 225, № 1. P. 35–42.
7. Yee A.C., Ho C.S. Complications of percutaneous biliary drainage: benign vs malignant diseases // Am. J. Roentgenol. 1987. Vol. 148, № 6. P. 207–209.

Поступила 11.02.08