

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО И ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БЛАСТОМАТОЗНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

В.И. МАЛЯРЧУК, Ф.В. БАЗИЛЕВИЧ, А.Г. ФЁДОРОВ, С.В. ДАВЫДОВА

Кафедра хирургии РУДН. Ул. Миклухо-Маклая, д.8, Москва, Россия, 117198.

Медицинский факультет

Проанализированы результаты лечения 120 больных с опухолями панкреатобилиарной области, осложнёнными механической желтухой. Первой группе больных (n=60) выполнены хирургические вмешательства (билиодигестивные анастомозы, трансхоледохоальное протезирование желчных протоков), у второй группы (n=60) предпринята попытка эндоскопического лечения (транспапиллярное эндопротезирование). Проведён сравнительный анализ результатов хирургического и эндоскопического методов дренирования желчных протоков при их опухолевой обструкции; оценены осложнения, послеоперационная летальность и среднее количество койко-дней, проведённых больными в стационаре.

Актуальность проблемы.

Лечение больных с опухолями панкреатобилиарной области представляет сложную проблему современной хирургии. Первым проявлением заболевания в большинстве случаев становится механическая желтуха. Лечение в такой ситуации является в основном паллиативным и направлено на разрешение желтухи. Билиарная декомпрессия может быть достигнута как хирургическим способом (наложение билиодигестивного анастомоза), так и малоинвазивными методами дренирования желчных протоков (чрескожным чреспечёночным либо эндоскопическим доступом). Наиболее широкое распространение в последние годы получили эндоскопические методы дренирования, основным из которых является метод транспапиллярного эндопротезирования желчных протоков. Проведённые в разных странах исследования выявили преимущества эндоскопических вмешательств по сравнению с хирургическими операциями вследствие более низкого процента осложнений и летальности.

Таблица 1

Результаты хирургического и эндоскопического методов дренирования желчных протоков при опухолях панкреатобилиарной области по данным различных авторов

Метод дренирования	Количество больных		Эффективность метода		Осложнения		Летальность	
	хирургия	эндо скопия	хирургия	эндо скопия	хирургия	эндо скопия	хирургия	эндо скопия
Маады А.С., 2002	32	172	100%	73,8%	28,1%	15,1%	15,6%	12,8%
Shepherd H.A. et al., 1988	25	23	92%	82%	56%	30%	20%	9%
Andersen J.R. et al., 1989	25	25	88%	96%	20%	36%	24%	20%
Dowsett J.F. et al., 1989	62	65	94%	94%	50%	23%	15%	6%
Smith A.C. et al., 1994	103	101	92%	92%	29%	11%	15%	8%
Prat F. et al., 1996		101				11,9%		2,9%
Doglietto G.B. et al., 2000		93				13%		4%
Schwarz A. et al., 2000 (обзор результатов мультицентровых исследований)			95%	90%	26-40%	11-36%	15-31%	8-20%

Материал и методы.

Проанализированы результаты лечения 120 больных с бластоматозной механической желтухой за период с декабря 1995 по март 2003 гг. в хирургической клинике Российского университета дружбы народов на базе ГКБ № 64 г. Москвы.

В период с декабря 1995 по май 2001 гг. хирургические вмешательства выполнены у 60 больных с опухолями панкреатобилиарной области. Мужчин – 21, женщин – 39 в возрасте от 46 до 88 лет (средний возраст – 69,8 лет). Локализация опухоли: головка поджелудочной железы – 44, большой дуоденальный сосочек – 4, гепатикохоledох – 7, ворота печени – 4, опухоль желчного пузыря с прорастанием в холедох – 1. У всех больных имела место механическая желтуха, уровень общего билирубина колебался от 35,6 до 968,3 мкмоль/л, составляя в среднем 248 мкмоль/л. Диагноз установлен при ультразвуковом исследовании с использованием разработанной на кафедре методики осмотра органов панкреатобилиарной области. Всем больным выполнено хирургическое вмешательство с попыткой дренирования желчных протоков методом наложения одного из видов билиодигестивного анастомоза или выполнения транскоledохеального протезирования.

Эндоскопическое дренирование желчных протоков при опухолях панкреатобилиарной области выполняется в хирургической клинике РУДН с 2000 года.

В период с апреля 2000 по март 2003 гг. эндоскопические транспапиллярные вмешательства выполнены у 60 больных с опухолевой обструкцией желчных протоков. Мужчин – 18, женщин – 42 в возрасте от 42 до 93 лет (средний возраст – 70,1 лет). Локализация опухоли: головка поджелудочной железы – 21, большой дуоденальный сосочек – 9, гепатикохоledох – 17, желчный пузырь – 6 (с прорастанием в холедох – 3, в область ворот печени – 3), ворота печени (опухоль Клацкина) – 6, сдавление метастазами ворот печени – 1. Уровень билирубинемии колебался от 65 до 1013 мкмоль/л, составляя в среднем 364,5 мкмоль/л.

Эндоскопические вмешательства производили с использованием дуоденоскопов JF-1T-30, TJF-10 (Olympus® Corp.), инструментария фирмы Olympus® Corp. и Wilson-Cook® Medical Inc.

Сопутствующая патология в виде юкстапипиллярных дивертикулов выявлена в трёх случаях (парапипиллярные дивертикулы – 2, интрадивертикулярное расположение папиллы – 1). Признаки стеноза папиллы обнаружены у 12 человек. Эндоскопические признаки холангита выявлены в 15 случаях (фибринозный холангит – 9, гнойный холангит – 6).

Всем больным было выполнено эндоскопическое вмешательство с попыткой дренирования желчных протоков. Желчные протоки протезировались пластиковыми стентами фирмы Wilson-Cook (Soehendra-Tannenbaum®, Cotton-Leung®) а также стентами собственного изготовления 8-12Fr.

Результаты и обсуждение.

Хирургическое вмешательство (n – 60) завершено успешным дренированием желчных протоков у 58 человек, у двух больных не удалось наложить ни один из видов билиодигестивного анастомоза из-за выраженной распространённости процесса и невозможности выделить желчные пути из опухолевого конгломерата. Эффективность метода, таким образом, составила 96,7%.

Виды выполненных вмешательств (n – 60): холецистогастроанастомоз (29), холецистодуоденоанастомоз (1), холецистоэнтероанастомоз с энтероэнтероанастомозом (6), холедоходуоденоанастомоз (3), холедохэнтероанастомоз с энтероэнтероанастомозом (2), гепатикоэнтероанастомоз с отключением приводящей петли по Эппу и энтероэнтероанастомозом (13), транскоledохеальное протезирование желчных протоков (4), эксплоративная лапаротомия (2).

В послеоперационном периоде осложнения наблюдались в 17 случаях (28,3%). Характер осложнений представлен в табл. 2.

Таблица 2

Послеоперационные осложнения при хирургических вмешательствах (n – 17).

Виды послеоперационных осложнений	Количество больных
Несостоятельность билиодигестивного анастомоза	6
Несостоятельность шва двенадцатиперстной кишки	1
Панкреонекроз, забрюшинная флегмона	1
Кровотечение из области анастомоза	3
Холемическое кровотечение из раны брюшной стенки	1
Кровотечение из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки	3
Преходящее ОНМК	1
Тромбозмембрия мелких ветвей лёгочной артерии	1
Всего	17

Несостоятельность билиодигестивного анастомоза наблюдалась у 6 больных. В 5 случаях имела место несостоятельность гепатикозентероанастомоза с развитием желчного перитонита, все больные оперированы повторно, в 4 случаях с летальным исходом. В одном случае несостоятельности холедохозентероанастомоза с формированием подпечёночного абсцесса выполнено эхо-контролируемое дренирование абсцесса с благоприятным исходом.

В случае трансхоледохеального протезирования желчных протоков при опухолевом поражении ворот печени во время выделения общего печёночного протока произошло повреждение стенки двенадцатиперстной кишки. В послеоперационном периоде наблюдалась несостоятельность шва двенадцатиперстной кишки с развитием перитонита, больной оперирован повторно с летальным исходом. В одном случае протезирования холедоха пластиковым протезом в послеоперационном периоде развился панкреонекроз с массивной забрюшинной флегмоной с летальным исходом на фоне гнойной интоксикации.

В трёх случаях имело место кровотечение из области холецистоэнтеро- (1) и холецистогастроанастомозов, в одном случае больная оперирована повторно с летальным исходом. У трёх больных послеоперационный период осложнился кровотечением из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Все пролечены консервативно. Один больной с рецидивом профузного кровотечения умер.

В послеоперационном периоде в сроки от 2 до 26 дней умерли 16 человек (летальность – 26,7%). Причины летальных исходов представлены в табл. 3.

Таблица 3

Причины летальных исходов в послеоперационном периоде (n - 16).

Причины смерти	Количество больных
Несостоятельность гепатикозентероанастомоза с развитием желчного перитонита	4
Несостоятельность шва двенадцатиперстной кишки	1
Панкреонекроз, забрюшинная флегмона, гнойная интоксикация	1
Активное кровотечение из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки	1
Печёночно-почечная недостаточность, раковая интоксикация	7
Острый трансмуральный инфаркт миокарда	1
Тромбозмембрия лёгочной артерии	1
Всего	16

Время, проведённое больными в стационаре, составило в среднем 26 койко-дней.

При эндоскопических вмешательствах (п – 60) адекватного дренирования удалось достичь в 52 случаях. В 51 случае выполнено транспапиллярное эндопротезирование желчных протоков, в одном случае опухоли большого дуоденального сосочка вмешательство завершилось эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), что оказалось достаточным для адекватного восстановления желчеоттока. Эффективность эндоскопического метода составила 86,7%.

В желчные протоки устанавливались один (47) или два (3) стента, в двух случаях опухоли Клацкина выполнено билатеральное эндопротезирование долевых протоков. У 6 человек вмешательство было выполнено в два этапа, в одном случае потребовалось три этапа. Сопутствующие вмешательства: ЭПСТ (32), надсекающая папиллотомия (6), супрапапиллярная холедоходуоденостомия (1), вирсунготомия (4).

Эндоскопическое вмешательство оказалось неудачным у 8 человек (13,3%). Причинами неудачи послужили:

- невозможность канюляции папиллы - 2;
- невозможность провести проводник выше уровня опухолевой обструкции из-за выраженной извитости стриктуры или анатомических особенностей - 3;
- невозможность завести стент из-за деформации терминального отдела холедоха вследствие парапапиллярного дивертикула - 1;
- высокий блок при опухоли ворот печени с протяженной стриктурой обоих долевых протоков - 1;
- развитие осложнения во время вмешательства (ретродуоденальная перфорация) - 1;
- отсутствие необходимых инструментов.

Осложнения развились у 6 больных (10%). Характер осложнений после эндоскопических вмешательств представлен в табл. 4.

Кровотечение в отсроченном периоде после ЭПСТ имело место у двух больных. В одном случае был выполнен эндоскопический инъекционный гемостаз, кровотечение было остановлено, однако у больной развился острый панкреатит, панкреонекроз. Больная умерла на 20-е сутки после эндопротезирования при явлениях нарастающей раковой интоксикации, желтуха к моменту смерти существенно уменьшилась. Во втором случае эндоскопический гемостаз оказался неэффективным, при рецидиве кровотечения больная была оперирована с благоприятным исходом.



Рис. 1. Холангиограмма при опухоли гепатикохоледоха

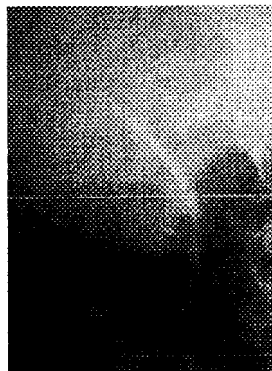


Рис. 2. Состояние после эндопротезирования



Рис. 3. Холангиограмма при опухоли ворот печени

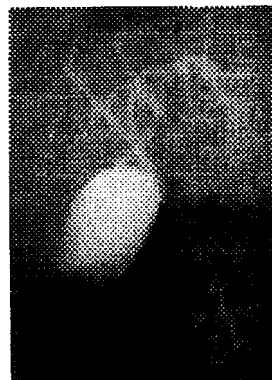


Рис. 4. Билатеральное эндопротезирование

Таблица 4

Виды осложнений эндоскопических вмешательств (n – 6)

Виды осложнений	Количество больных
Кровотечение из рассечённой папиллы	2
Ретродуоденальная перфорация при ЭПСТ	1
Разрыв желудка в области привратника	1
Острый панкреатит	1
Миграция стента в просвет холедоха	1
Всего	6

Ретродуоденальная перфорация выявлена при папиллосфинктеротомии, больной экстренно оперирован, выполнена лапаротомия, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства, назоинтестинальная интубация. Смерть наступила на 7-е сутки после операции. Разрыв желудка в области привратника развился у пожилой больной 86 лет с явлениями атрофии слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки после продолжительного вмешательства (баротравма). Больная оперирована через 8 часов после выполнения эндопротезирования с благоприятным исходом.

Больная с острым панкреатитом пролечена консервативно с благоприятным исходом. Миграция стента в просвет холедоха потребовала повторного вмешательства и смены эндопротеза.

В послеоперационном периоде в сроки от 7 до 20 суток умерли 4 человека (летальность – 6,7%). Причинами смерти стали ретродуоденальная перфорация (1), острая сердечно-сосудистая недостаточность (1) и печёчно-почечная недостаточность, раковая интоксикация (2).

Из 52 человек, которым было выполнено адекватное эндоскопическое дренирование желчных протоков, 7 человек были в последующем оперированы. В четырёх случаях выполнена панкреатогастродуоденальная резекция, в трёх случаях наложен билиодигестивный анастомоз. У 45 больных транспапиллярное эндопротезирование желчных протоков явилось окончательным методом паллиативного лечения.

Время, проведённое больными в стационаре, составило в среднем 18 койко-дней.

Сравнительные результаты хирургического и эндоскопического методов дренирования желчных протоков при их опухолевой обструкции приведены в табл. 5.

Таблица 5

Результаты хирургического и эндоскопического методов лечения (n – 120)

Показатель	Хирургическое дренирование	Эндоскопическое дренирование
Количество больных	60	60
Эффективность метода	96,7%	86,7%
Осложнения	28,3%	10%
Летальность	26,7%	6,7%
Среднее количество койко-дней	26	18

Выводы.

Таким образом, полученные нами результаты позволяют заключить, что эндоскопические транспапиллярные вмешательства при опухолевой обструкции желчных протоков являются высокоэффективным методом билиарной декомпрессии. Степень эффективности вмешательства может быть более высокой при условии наличия полного комплекса необходимого эндоскопического оборудования и инструментов. Эндоскопический метод дренирования желчных протоков имеет безусловные преимущества перед хирургическим, позволяя снизить послеоперационные осложнения и летальность, а также время пребывания больного в стационаре. Эндоскопическое транспапиллярное протезирование желчных протоков может быть рекомендовано в качестве окончательного паллиативного метода лечения больных при неоперабельных опухолях панкреатобилиарной области.

Литература

1. Маады А.С. Обоснование применения эндоскопических способов дренирования желчных путей при злокачественных новообразованиях органов панкреатобилиарной зоны, осложнённых механической желтухой: -Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., 2002.
2. Andersen J.R., Sorensen S.M., Kruse A., et al. Randomized trial of endoscopic endoprosthesis versus operative bypass in malignant obstructive jaundice// *Gut*. - 1989. - N 30. - P. 1132-1135.
3. Doglietto G.B., Alfieri S., Pacelli F., Mutignani M., Costamagna G., Carriero C., Di Giorgio A., Papa V. Extrahepatic bile duct carcinoma: a western experience with 118 consecutive patients// *Hepatogastroenterology*. - 2000. - N 32. - P. 349-54.
4. Dowsett J.F., Russell R.C.G., Hatfield S.R.W., et al. Malignant obstructive jaundice: a prospective randomized trial of surgery vs. endoscopic stenting// *Gastroenterology*. - 1989. - N 96. - P. A128.
5. Prat F., Chapat O., Ponchon T., Fritsch J., Choury A. D., Pelletier G., et al. Endoscopic palliation of malignant biliary strictures: Results of a prospective randomized study// *Endoscopy*. - 1996. - N 8. - P. 37.
6. Schwarz A., Beger H.G. Biliary and gastric bypass or stenting in nonresectable periampullary cancer: analysis on the basis of controlled trials// *Int J Pancreatol*. - 2000. - 27. - N1. - P. 51-8.
7. Shepherd H.A., Royle G., Ross A.P., et al. Endoscopic biliary endoprosthesis in the palliation of malignant obstruction of the distal common bile duct: a randomized trial// *Br J Surg*. - 1988 - N 75. - P. 1166-1168.
8. Smith A.C., Dowsett J.F., Russell R.C., et al. Randomized trial of endoscopic stenting versus surgical bypass in malignant low bile duct obstruction// *Lancet*. - 1994. - N 344. - P. 1655-1660.

SURGICAL VERSUS ENDOSCOPIC PALLIATION FOR MALIGNANT OBSTRUCTIVE JAUNDICE

V.I. MALYARCHUK, F.V. BAZILEVICH, A.G. FEDOROV, S.V. DAVYDOVA

Department of Surgery PFUR. *Miklukho-Maklaya str. 8, Moscow, Russia, 117198.*

Medical Department.

Results of treatment of 120 patients with malignant obstructive jaundice are analyzed. The first group of patients (n=60) underwent surgical interventions (biliary bypass or transcholedochal stenting); in the second group (n=60) an attempt of transpapillary stenting was performed. Results of surgical and endoscopic methods of draining are analyzed; morbidity and mortality rates are compared.