

Транспапиллярное эндопротезирование при злокачественной билиарной обструкции

А.Г. Фёдоров, С.В. Давыдова, Н.А. Маркина

Кафедра факультетской хирургии Российского университета дружбы народов, Москва

Проанализированы результаты 280 вмешательств у 164 пациентов с опухолевой билиарной обструкцией. У 4 пациентов адекватное дренирование достигнуто выполнением ЭПСТ, остальным 160 предпринята попытка эндопротезирования. Транспапиллярное стентирование удалось осуществить у 137 пациентов (85,6%): в 95 случаях (из 103) при дистальной блокаде (92,2%) и в 42 случаях (из 57) при проксимальной (73,7%). Осложнения отмечены у 14 пациентов (8,5%). В послеоперационном периоде умерло 9 (5,5%) пациентов.

ВВЕДЕНИЕ

Механическая желтуха — общая и наиболее частая причина госпитализации больных с опухолями органов билиопанкреатодуоденальной области.

Зачастую из-за поздней обращаемости пациентов, тяжелого исходного состояния больных с механической желтухой, радикальная операция невыполнима, в связи с чем осуществляются различные паллиативные вмешательства.

Перед врачом встает задача выбора метода оптимального желчеотведения для улучшения качества жизни больного и для предотвращения осложнений, которыми грозит длительная билиарная обструкция.

С тех пор, как Nib Soehendra в 1979 г. при помощи гастроскопа с боковой оптикой впервые выполнил стентирование холедоха, используя ангиографический катетер 7 Fr «pigtail», эндоскопия сделала большой шаг вперед. Развитие эндоскопической техники и инструментария существенно расширило возмож-

ности транспапиллярных вмешательств, что позволило им во многих случаях стать альтернативой хирургическому лечению [1-5].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В период с апреля 2000 г. по декабрь 2006 г. в хирургической клинике Российского университета дружбы народов на базе городской клинической больницы № 64 г. Москвы было выполнено 280 вмешательств у 164 пациентов с опухолевой билиарной обструкцией.

Эндоскопические вмешательства производили с использованием дуоденоскопов Olympus TJF-10, Pentax FD-34W, Pentax FD-34V с инструментальным каналом 4,2 мм. Желчные протоки протезировали пластиковыми стентами фирмы Wilson-Cook® — Soehendra-Tannenbaum™ (TTSO) (рис. 1), Cotton-Leung® (CLBS) (рис. 2) и PBS, а также стентами собственного изготовления диаметром 8-12 Fr. Для установки пластиковых эндопротезов использовали систему доставки стентов OASIS™ (Wilson-Cook®) (рис. 3).



Рис. 1.

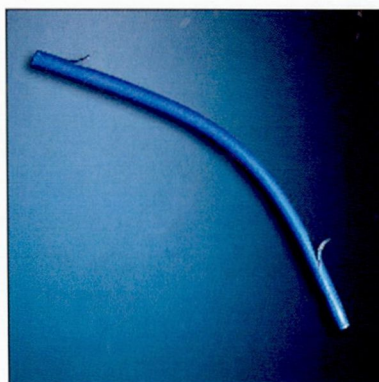


Рис. 2.

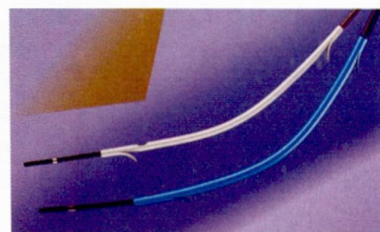


Рис. 3.

В пяти случаях у пациентов с опухолью головки поджелудочной железы выполнили эндопротезирование нитиноловыми саморасширяющимися стентами: Zilver® Stent (2) (Wilson-Cook®) (рис. 4), HANAROSTENT™ – non-covered (1) (рис. 5), SHIM-HANAROSTENT™ – covered (2) (рис. 6) (M.I.Tech, Korea).

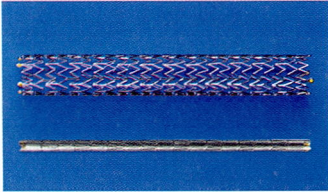


Рис. 4.

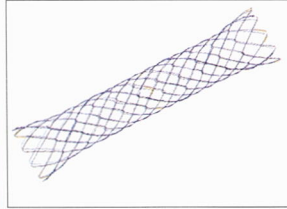


Рис. 5.

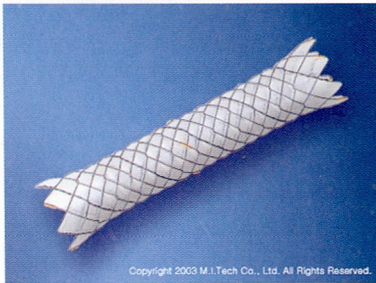


Рис. 6.

Для эндопротезирования применяли струны-проводники фирмы Wilson-Cook®. В начале освоения методики использовали стандартный металлический плетёный проводник THSF-35-400. С 2002 г. предпочтение было отдано нитиноловым проводникам METRO™ с диэлектрическим гидрофильным покрытием диаметром 0,021", 0,025" и 0,035" (рис. 7), при этом

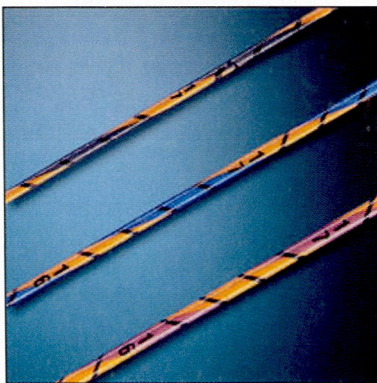


Рис. 7.

наиболее широкое применение в нашей работе нашли струны диаметром 0,025". Использование струн-проводников для поддержания селективной канюляции холедоха существенно облегчило работу при наличии юктапапиллярных дивертикулов, деформации двенадцатиперстной кишки при вовлечении её в опухолевый процесс, при девиации протока, что повысило эффективность и снизило травматичность вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Причинами нарушения желчеоттока у 164 пациентов со злокачественным поражением билиопанкреатодуоденальной области явились: опухоль головки поджелудочной железы (73), опухоль общего печеночного протока (8), опухоль большого сосочка двенадцатиперстной кишки (21), опухоль холедоха (23), опухоль ворот печени (22), опухоль желчного пузыря с прорастанием в гепатикохоледох или ворота печени (10), метастатическое поражение ворот печени (2) и сдавление гепатикохоледоха лимфатическими узлами гепатодуоденальной связки (5). Дистальный уровень блокады при этом наблюдали в 107 случаях (65,2%), проксимальный – в 57 (34,8%) случаях. Мужчин было 62, женщин – 102 в возрасте от 42 до 93 лет, средний возраст $70,4 \pm 11,8$ лет.

У 19 пациентов в различные сроки перед эндопротезированием были выполнены те или иные дренирующие операции (преимущественно в других стационарах): холецистостомия – 8 (в том числе 5 под эхоконтролем), холецистоэнтероанастомоз – 3, холецистогастроанастомоз – 2, наружная гепатикостомия – 2, наружное дренирование гепатикохоледоха по Керу и Вишневскому – 4.

Уровень билирубинемии в исследуемой группе колебался от 8,4 до 1013,9 мкмоль/л. Всем 164 пациентам предпринята попытка транспапиллярного дренирования желчных протоков.

Четырем пациентам с опухолью большого сосочка двенадцатиперстной кишки выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) оказалось достаточным для адекватного билиарного дренирования.

Остальным 160 пациентам предпринята попытка эндоскопического протезирования. Транспапиллярное стентирование удалось осуществить у 137 пациентов (85,6%): в 95 случаях (из 103) при дистальной билиарной блокаде (92,2%) (рис. 8, 9) и в 42 случаях (из 57) при проксимальной блокаде (73,7%) (рис. 10, 11).

При установке стента в качестве предварительных вмешательств были выполнены: ЭПСТ – 74, супрапапиллярная холедоходуоденостомия – 1, вирсунготомия – 6. Предварительная ЭПСТ перед эндопротезированием проводилась для облегчения дальнейших манипуляций при папиллостенозе, при опухолях большого сосочка двенадцатиперстной кишки, опухолевой деформации папиллы и терминального отдела холедоха, а также в ряде случаев при постановке крупнокалиберных (11,5–12 Fr) или нескольких стентов.

У 27 пациентов для селективной катетеризации холедоха была использована струна-проводник. Применение проводника позволило использовать методику

10 лет успеха на европейском рынке, впервые в России!

**Нитиноловые саморасширяющиеся стенты —
гарантия нового качества жизни пациентам с
непроходимостью пищеварительного тракта и
трахеобронхиального дерева.**

CHOOSTENT™, HANAROSTENT™ — временные и постоянные стенты с покрытием, предназначенные для лечения обструкции различной этиологии на всех уровнях пищевода, кишечника, билиарных путей, трахеи и бронхов.

Уникальные характеристики стентов:

- Сегментарное строение с антимиграционным и антиукорачивающим механизмом.
- Имитация нормального просвета пищевода.
- Оборудованы устройством для репозиции и удаления.
- Атравматичная и надежная конструкция фиксации стента к окружающим тканям.
- Антирефлюксный встроенный клапан.
- Золотые Ro-контрастные метки на 3-х уровнях (на концах и в центре).

Всегда на складе в Москве!



Эксклюзивный дистрибьютор M.I.Tech в России

ЗАО «ШАГ», 119002 Москва, Карманицкий пер., 9,

Арбат Бизнес Центр, офис 501А

Телефон: (495) 956-1309

Факс: (495) 956-1310



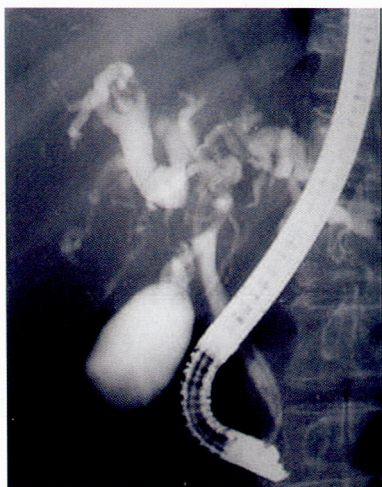


Рис. 8.

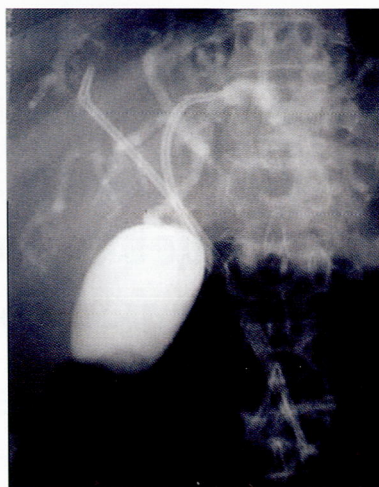


Рис. 9.



Рис. 10.

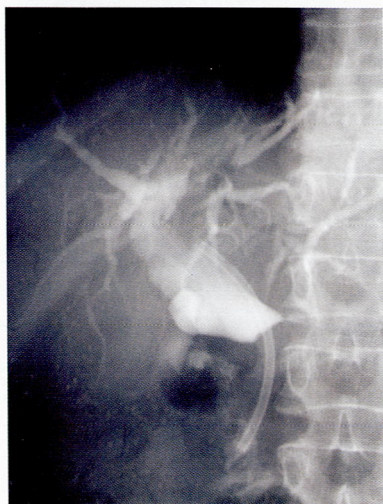


Рис. 11.

однократной селективной катетеризации холедоха. При этом выполнение ЭПСТ, смена инструментов в процессе работы, постановка эндопротезов осуществлялись по струне без удаления последней из просвета протока. У 12 пациентов из-за невозможности селективной катетеризации холедоха проводник устанавливали в главный панкреатический проток в качестве «обтуратора», что облегчало последующую катетеризацию желчного протока.

Эндоскопическое вмешательство не удалось завершить дренированием желчных протоков у 23 пациентов (14,0%) (9 пациентов с дистальной блокадой, 14 пациентов с проксимальной блокадой). Причины неудач были следующие: не удалась селективная канюляция холедоха (6); не удалось завести проводник выше уровня окклюзии (8); нитиновый проводник заведен выше уровня окклюзии, однако по струне не удалось провести катетер из-за выраженной ригидности стриктуры (3); не удалось завести стент выше

уровня окклюзии (4); развитие осложнения во время вмешательства (ретродуоденальная перфорация при ЭПСТ – 1). В одном случае у пациентки с опухолью Клацкина при холангиографии была выявлена окклюзия обоих долевого протоков и сдавление сегментарных протоков метастазами печени, в связи с чем попытка эндопротезирования не производилась ввиду нецелесообразности.

Из 137 пациентов с успешным эндоскопическим билиарным дренированием 12 были в последующем оперированы. В 8 случаях выполнено радикальное хирургическое лечение (панкреатодуоденальная резекция – 6, панкреатэктомия – 1, трансдуоденальная папиллэктомия – 1), в 4 случаях сформирован билиодигестивный анастомоз. У 125 пациентов эндоскопическое транспапиллярное дренирование явилось окончательным методом паллиативного лечения.

Осложнения, связанные с проведением эндоскопических вмешательств, отмечены у 14 пациентов (8,5%). Структура осложнений представлена в таблице 1.

Кровотечение развилось у 4 пациентов с нарушениями в системе свертывания крови на фоне тяжелой механической желтухи при уровне билирубинемии выше 300 мкмоль/л. Трем пациентам был выполнен эндоскопический гемостаз. В одном случае из-за неэффективности консервативных мероприятий больная была экстренно оперирована с благоприятным исходом.

Острый панкреатит развился у трех пациентов, при этом в одном случае имел место тяжелый панкреонекроз, носивший молниеносный характер с летальным исходом через сутки после эндоскопического вмешательства.

Неадекватное дренирование в условиях бактериальной обсемененности стало провоцирующим фактором раз-

Таблица 1. Структура осложнений после эндоскопических вмешательств

	Дистальная блокада	Проксимальная блокада	Всего
Всего больных	107	57	164
Кровотечение из области ЭПСТ	3	1	4
Ретродуоденальная перфорация при ЭПСТ	–	1 (1)*	1
Синдром Мэллори-Вейса	1	–	1
Острый панкреатит, панкреонекроз	2	1 (1)*	3
Острый холангит	–	4	4
Разрыв стенки желудка (баротравма).	–	1	1
Всего осложнений	6 (5,6%)	8 (14,0%)	14 (8,5%)

* в скобках отмечены летальные исходы.

вития холангита у 4 пациентов с проксимальной билиарной блокадой при введении контрастного вещества в долевой проток, который в последующем не был дренирован; в двух случаях при этом потребовалась экстренное повторное вмешательство для установки второго стента в контрлатеральный недренируемый проток.

Одно вмешательство осложнилось разрывом стенки желудка 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.

В послеоперационном периоде умерло 9 (5,5%) пациентов. Структура летальности представлена в таблице 2.

Основными причинами дисфункции пластиковых стентов в сроки от 14 до 230 суток после первичного эндопротезирования явились окклюзия и/или миграция стента с развитием желтухи и/или холангита, по поводу чего было выполнено 72 смены стента у 41 пациента. Замена стента выполнялась от одного до пяти раз у каждого пациента. При этом у 5 пациентов с опухолью головки поджелудочной железы после предварительной дилатации опухолевой стриктуры выполнено эндопротезирование нитиноловыми стентами Zilver Stent (2) (Wilson-Cook®), HANAROSTENT™ (1) (рис.12), SHIM-HANAROSTENT™(2) (рис.13) (M.I.Tech,Korea).

Таблица 2. Структура летальности после эндоскопических вмешательств

	Дистальная блокада	Проксимальная блокада	Всего
Всего больных	107	57	164
Ретродуоденальная перфорация	–	1	1
Панкреонекроз	–	1	1
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	1	–	1
Печёчно-почечная недостаточность, раковая интоксикация	2	4	6
Всего летальных исходов	3 (2,8%)	6 (10,5%)	9 (5,5%)

В двух случаях смерть была вызвана осложнениями ЭПСТ. В остальных случаях, несмотря на эффективное дренирование желчных протоков, смерть наступила при явлениях печёчно-почечной недостаточности и нарастающей раковой интоксикации у тяжелой категории больных с 3-4 недельной желтухой и IV стадией онкологического заболевания.

У одного пациента через 9 месяцев наступила окклюзия нитинолового стента ZILBS-8-6 за счет прорастания опухоли через ячейки эндопротеза, в связи с чем была выполнена установка пластикового стента (TTSO-10-7) в просвет нитинолового («stent-in-stent») (рис. 14). В последующем замена эндопротеза была произведена дважды (через 3 и 3,5 месяца).

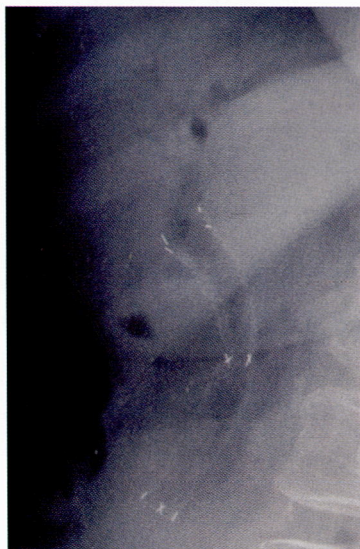


Рис. 12.

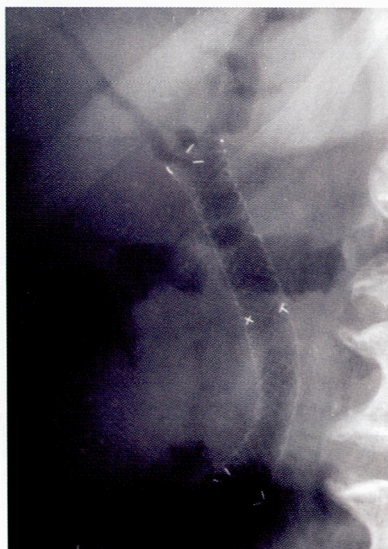


Рис. 13.



Рис. 14.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наш опыт позволяет заключить, что транспапиллярное эндопротезирование желчных протоков является эффективным методом билиарной декомпрессии и может быть рекомендовано в качестве окончательного паллиативного метода лечения при механической желтухе у больных с нерезектабельными опухолями билиопанкреатодуоденальной области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Панцырев Ю.М., Шаповальянц С.Г., Орлов С.Ю., Мыльников А.Г., Будзинский С.А. Возможности эндоскопического билиодуоденального протезирования в лечении окклюзионных поражений внепечёночных желчных протоков// Тезисы конференции «Щадящие методы лечения в хирургии». – М., 2003. – с. 76-83.

2. Соколов А.А., Перминова Г.И., Кингсен Н.А., Рыжкова Л.В., Курдюков С.А. Диагностические и лечебные транспапиллярные вмешательства при опухолевой обструкции желчных протоков// Альманах эндоскопии. – 2002. – № 1. – с. 109-117.

3. Kubota Y. Endoscopic management of biliary strictures// Digestive endoscopy 2004; 16 (Suppl.): S39-S42.

4. Maguchi H., Takahashi K., Katanuma A. Endoscopic management of biliary and pancreatic duct strictures// Digestive endoscopy 2004; 16 (Suppl.): S34-S38.

5. Seitz U., Soehendra N. Which stents do we need? The case for plastic stents// Endoscopy – 1998; 30 (Suppl. 2): A242-A246.

КОНТАКТЫ

Фёдоров Александр Георгиевич, к.м.н.
117292 Москва, ул. Вавилова, д. 61,
городская клиническая больница № 64
Тел. 135-91-92. E-mail: endosurg@mail.ru

ЮБИЛЕЙНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

31 мая 2007 года

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной хирургии №1

Научно-исследовательский институт пульмонологии

Глубокоуважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в Юбилейной научно-практической конференции, посвященной 110-летию Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова и 40-летию Научно-исследовательского института пульмонологии

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ, ОНКОЛОГИИ И БРОНХОЛОГИИ

Место проведения: СПб, ул. Рентгена, 12 тел. 499-68-26