Транспапиллярное дуоденобилиарное и чрескожное дренирование для восстановления желчеоттока при механической желтухе, обусловленной поражением головки поджелудочной железы.

Криворучко И.А. (1), Тесленко С.Н. (1), Гербали О.Ю. (2), Тесленко Н.Н (1), Шадрин О.В. (3)

Харьков (1, 3), Симферополь (2)

Харьковский национальный медицинский университет (1),Крымский государственный медицинский университет (2), Областная клиническая больница, Харьков (3)

В последнее время в лечении больных с механической желтухой различной этиологии все чаще предпочтение отдается малоинвазивным, в том числе и эндоскопическим способам восстановления желчеоттока как самостоятельным лечебным процедурам, так и этапным, предшествующим выполнению лапароскопических или традиционных операций, а также способами, корригирующими ранние и поздние осложнения последних. Целью исследования была оценка эффективности транспапиллярного и чрескожного восстановления желчеоттока при механической желтухе опухолевой и неопухолевой этиологии, обусловленной поражением головки поджелудочной железы. Материалы и методы. Минимально инвазивные методы восстановления желчеоттока при механической желтухе были предприняты у 134 больных обоего пола в возрасте от 37 до 92 лет, которые были оперированы в 2011-2014 гг. Рак головки поджелудочной железы (ПЖ) был у 103 (76,9%), хронический панкреатит (ХП) − у 31 (23,1%). Кроме общих клинических методов исследования крови и мочи, биохимического исследования, анализа коагулограммы, большинству больных выполнялось исследование онкомаркеров (РЭА, СА 19-9, СА 15-3) в зависимости от полученных данных УЗИ, СКТ (c/без контрастирования), ФГДС, ЭРХПГ, МРТ. Предпочтение при формировании холецистостомы у больных со злокачественной желтухой отдавали видиолапароскопии, при которой имелась возможность не только выполнить дренирование желчных путей, но и провести диагностические манипуляции. Транспапиллярное стентирование выполняли с помощью пластиковых стентов после предварительной папиллосфинктеротомии и в большинстве случаев при первичном дренировании устанавливали один крупнокалиберный стент (10-12 Fr). Также декомпрессию билиарной системы осуществляли под контролем УЗИ или из мини-доступа в правом подреберье под местной анестезией с использованием катетера Фолея и, особенно у больных, перенесших ранее оперативные вмешательства на верхнем этаже брюшной полости. Результаты исследования. Острую желтуху наблюдали у 47 (35,1%), острую затянувшуюся у 29 (21,6%) и хроническую у 58 (43.1%) больных. Уровень общего билирубина у всех больных был в среднем 245,7±89,2 мкмоль/л (от 88,2 до 618,4). Первичное транспапиллярное желчеотведение выполняли как при злокачественной, так и при доброкачественной желтухах. Этот вид желчеотвеедения был успешным у 58 (80,6%) из 72 пациентов (62 – c бластоматозной обструкцией, 10 – с хроническим панкреатитом и наличием воспалительной массы в головке железы). Неудачи стентирования в большинстве случаев были связаны с высоким и протяженным поражением желчного протока или распространением опухолевого процесса на стенку двенадцатиперстной кишки, в связи с чем 14 больным была наложена холецистостома: под контролем видиолапароскопии – у 10, из мини-доступа в правом подреберье – у 4. Осложнения были отмечены у 7 (12,1%) из 58 пациентов: в 3 случаях – острый панкреатит, в 4 – кровотечение после ЭПСТ. Ни одно из осложнений не потребовало хирургического вмешательства и не привело к летальному исходу. После снижения уровня билирубина менее 60 мкмоль/л 26 больным были выполнили ГПДР по Уипплу (R0) при раке головки ПЖ (20 больных) и при псевдотуморозном ХП (6 больных); 18 – дуоденосохраняющую резекцию головки при ХП; у 12 – симптоматические операции, в том числе у 3 – с помощью видиолапароскопии. У 16 пациентов с распространенным бластоматозным процессом радикальных хирургических вмешательств не проводилось и декопрессия билиарной системы с помощью перечисленных выше методов явилось окончательным способом восстановления желчеоттока, позволившим отказаться от выполнения паллиативного хирургического вмешательства. Видиолапароскопическую холецистостомию выполнили у 45 больных с бластоматозной и 8 – с доброкачественной желтухой. Из числа этих пациентов выполнить ГПДР по Уипплу (R0) удалось у 16, дуоденосохраняющую резекцию головки поджелудочной железы – у 8 больных, у 12 выполнены симптоматические вмешательства (у 2 – с помощью видиолапароскопии) и 9 больных не были оперированы из-за распространенности ракового процесса. Холецистостомию под контролем УЗИ выполнили у 27 больных (20 – с раком головки ПЖ, 7 – с ХП). Осложнения возникли у 7 (25,9%) больных в виде дислокации катетера в свободную брюшную полость без развития рапространенного перитонита, потребовавшее выполнения видиолапароскопии и повторного наложения холецистостомы. Из 20 больных с бластоматозной желтухой ГПДР (R0) была выполнена 6 пациентам. Из 7 больных ХП у 5 были выполнены дуоденосохраняющие резекции головки, у 1 – ГПДР по Уипплу и у 1 – ПДР по Транверзо-Лонгмайру. Послеоперационная летальность составила 1,9% при раке головке ПЖ, при оперативном лечении ХП летальных исходов не было. Выводы. Малоинвазивные методы восстановления желчеоттока при механической желтухе, обусловленной поражением головки ПЖ, являются эффективными в качестве самостоятельных лечебных процедур, этапных, предшествующие выполнению лапаротомных операций, а также способами, корригирующими ранние и поздние осложнения последних.