

8<sup>th</sup> International youth conference

**“Perspectives of science and education”**

29<sup>th</sup> March 2019

**New York  
2019**

**ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ  
ВНАСЛІДОК БЛАСТОМАТОЗНОГО УРАЖЕННЯ  
ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ**

**ГОНЧАРОВА Н.М.**

*доктор медичних наук, доцент,*

*професор кафедри хірургії №2*

*Харківський національний медичний університет*

*м Харків, Україна*

**ЧЕСНАКОВА Д.Д.**

*Харківський національний медичний університет*

*м Харків, Україна*

**МІЗІК А.О.**

*Харківський національний медичний університет*

*м Харків, Україна*

**Актуальність.** На сьогоднішній день лікування механічної жовтяниці пухлинної етіології залишається досить актуальною проблемою для медичної спільноти, а саме для хірургів загального профілю. В результаті тривалого безсимптомного перебігу злоякісного процесу в гепатопанкреатодуоденальній ділянці (ГПДД) першим проявом хвороби в більшості випадків стає синдром механічної жовтяниці [1]. Прогресуюча механічна жовтяниця стрімко пригнічує метаболічну, дезінтоксикаційну та інші життєво важливі функції печінки, що призводить до таких ускладнень як гнійний холангіт, біліарний цироз печінки і біліарний панкреатит, множинні холангіогенні абсцеси печінки, печінково-ниркова недостатність і розвитку синдрому системної запальної відповіді [2].

Рання діагностика злоякісного пухлинного процесу гепатобіліарної системи має сприятливий прогноз, знижує ризик розвитку ускладнень і рівня

летальності. Крім того, своєчасне підтвердження патологічного процесу визначає вибір тактики лікування і подальший успіх хірургічного втручання. Початковим етапом в процесі лікування є негайна ліквідація жовтяниці шляхом біліарної декомпресії хірургічним шляхом або різними методами дренування жовчних протоків [3,4]. В даний час основним методом для відновлення біліарного пасажу є транспапілярне ендпротезування жовчних протоків, проте в разі неможливості встановлення ендпротеза хірургам доводиться вдаватися до альтернативних методів дренування [4,6].

Саме вибір методу дренування є актуальним завданням сучасної панкреатобіліарної ендоскопії та визначає перспективу і успіх лікування бластоматозної жовтяниці і надалі безпосередньо етіологічне лікування шляхом проведення радикальної операції [5,7].

**Матеріали та методи.** Представлена ретроспективна оцінка 130 історій хвороби пацієнтів хірургічного профілю Харківської обласної клінічної лікарні у віці від 48 до 79 років (середній вік – 62,5 року) в період з квітня 2014 до грудня 2018 року. З них 87 – чоловіків і 43 – жінок. Всі пацієнти надходили в клініку з синдромом механічної жовтяниці, крім того, супутніми скаргами були свербіж шкіри, що виник задовго до розвитку жовтяниці, а також дискомфорт або біль у правому підребер'ї. Під час госпіталізації було проведено біохімічний аналіз крові з визначенням концентрації загального білірубіну в сироватці крові, яка склала від 32,4 до 318,3 мкмоль/л. Тривалість жовтяниці у різних пацієнтів становила від кількох днів до 2-3 місяців. У 37 випадках (28,5%) механічна жовтяниця ускладнилася гнійним холангітом, а в 3 випадках (2,3%) було діагностовано множинні холангіогенні абсцеси печінки. При надходженні в хірургічне відділення з анамнезу попередній діагноз був відомий у 56 (43%) хворих, іншим 74 (57%) пацієнтам діагноз був встановлений шляхом диференціальної і топічної діагностики з використанням ультразвукового дослідження (УЗД), мультиспіральної комп'ютерної томографії (МСКТ), ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ), магнітно-

резонансної томографії (МРТ), черезпечінкової холангіографії (ЧХГ) під ультразвуковим спостереженням і лапароскопії.

В ході проведеної діагностики встановлена наступна локалізація пухлинного процесу: пухлина головки підшлункової залози – у 83 (63,8%) хворих, пухлина великого сосочка дванадцятипалої кишки в 12 (9,2%) випадках, бластоматозного ураження гепатикохоledоху – у 4 (3,1%) пацієнтів, ураження жовчного міхура – у 11 (8,5%) хворих, пухлина Klatskin – у 13 (10%) пацієнтів і метастатичне поширення пухлинного процесу на ворота печінки – у 7 (5,4%) хворих.

З метою лабораторного підтвердження наявності пухлинного процесу були проведені наступні біохімічні дослідження крові: онкомаркери – раково-ембріональний антиген (РЕА), підшлункової залози і жовчного міхура (СА 19-9; СА 50), фактор некрозу пухлин ( $\alpha$ -TNF),  $\alpha$ - фетопротеїн (АФП).

В ході аналізу історій хвороби пацієнтів було виділено кілька методів біліарної декомпресії, а саме ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) з транспапілярним ендопротезуванням жовчних протоків; ЕПСТ з ендоскопічним назобіліарним дренажуванням; холецистостомія під контролем УЗД; черезшкірна черезпечінкова холангіостомія (ЧЧХС); різні види гастробіліарних анастомозів (холецистосюноанастомоз, холедоходуоденоанастомоз, гепатикосюноанастомоз).

**Результати та їх обговорення.** Вибір способу лікування безпосередньо залежав від рівня обструкції. Виділяли такі види рівня обструкції за локалізацією: дистальний – у 95 (73,1%) пацієнтів, стеноз середньої частини гепатикохоledоху – у 28 (21,5%) хворих і проксимальний рівень обструкції – у 7 (5,4%) пацієнтів.

Механічна жовтяниця в результаті бластоматозного ураження жовчних протоків є небезпечним синдромом, так як високий рівень білірубінемії чинить токсичний вплив на всі біохімічні процеси організму. Крім того, виконання радикальних операцій з приводу пухлинного процесу на висоті жовтяниці неможливо, тому що це призводить до підвищення ризику виникнення

післяопераційних ускладнень і летальності. З огляду на все вищесказане, першим етапом лікування була невідкладна біліарна декомпресія з використанням сучасних методів дренивання.

«Золотим стандартом» декомпресії біліарного тракту на сьогоднішній день є транспапілярне ендопротезування. Даний метод є малоінвазивним із використанням стентів з різних матеріалів, форми і діаметра. З урахуванням характеру захворювання та результатів інструментальних методів дослідження ендопротезування було показано 118 (90,8%) пацієнтам але в 9 (7,6%) випадках процедура була безуспішна в зв'язку з надмірно високим і ущільненим блоком гепатикохоledоху. Найбільш ефективно ендопротезування спостерігалось в групі пацієнтів зі стенозом в середній частині гепатикохоledоху.

Підготовчим етапом установки ендопротезу була реканалізація жовчних протоків шляхом проведення ЕПСТ, бужування стенозованих ділянок пухлинним процесом жовчних протоків і застосування балонної дилатації. Перераховані процедури були виконані з метою полегшення встановлення і фіксації стенту в місці обструкції більшості пацієнтів. У 54 (45,8%) випадках першим етапом лікування було проведено назобіліарне дренивання, що дозволило збільшити термін роботи стенту в середньому на 1,5-2 місяці.

Вибір біліарного стенту проводився з урахуванням індивідуальних особливостей захворювання, рівня обтураційного блоку і результатів ретроградної холангіографії [8]. Перевагу віддавали нітіноловим стентам середнього діаметру 8-9 Fr, які забезпечували тривалий біліарний пасаж (до 386 діб), мали здатність до розширення після проведення ендопротезування; ризик неправильного розташування стенту був відсутній завдяки наявності рентгенконтрастних міток на обох кінцях, а також вони були атравматичними та ризик їх перегинів і міграції був мінімальний.

У випадках безуспішного ендопротезування, яке спостерігалось в 9 (7,6%) випадках, пацієнтам показано виконання холецистостомії під контролем УЗД, у 7 (5,9%) з яких дане втручання було остаточним методом зовнішнього

жовчевідведення. У 2 (1,7%) випадках з 9 виникла дислокація дренажу з жовчепідтіканням і розвитком перитоніту з летальним результатом.

Ефективність результатів ендопротезування у пацієнтів оцінювалася за рівнем білірубінемії в найближчі 3 доби: зниження рівня загального білірубіну на 25% від початкового значення при надходженні спостерігається у 84% пацієнтів, а також поліпшення загального стану в післяопераційному періоді і зникнення інтоксикаційних та диспепсичних проявів. У більшості випадків транспапілярне ендопротезування було остаточним варіантом паліативного лікування без подальшого виконання радикальної операції щодо злоякісного новоутворення.

Раннім варіантом ускладнення стентування була міграція ендопротезу в просвіт гепатикохоledoху, що було відзначено у 2 (1,8%) пацієнтів, а також міграція в просвіт кишки – у 5 (4,6%) хворих. Розвиток перерахованих вище ускладнень був пов'язаний з невірним підбором діаметру або конфігурації ендопротезу. Пізнім варіантом ускладнення (через 4-7 місяців), яке спостерігалось у 34 (31,2%) пацієнтів була непрохідність ендопротезу, що легко коригувалося шляхом його механічного очищення, після чого стент функціонував протягом кількох місяців. У 3 (2,8%) випадках після розвитку пізніх ускладнень з непрохідністю стенту у пацієнтів було виконано накладання холедоходуоденоанастомозів.

У 7 (5,4%) пацієнтів з метастатичним ураженням воріт печінки були відразу проведені ЧЧХС через високий рівень обструкції і очевидною неможливістю установки стентів. Даний метод пункційного дренивання був підготовчим етапом пацієнта до виконання радикальної операції, а в деяких випадках був способом поліпшення якості життя некурабельних пацієнтів.

У 5 випадках хворим було показано виконання паліативних втручань з накладанням холецистоєюноанастомозів у 2 (1,54%) пацієнтів; і гепатикоєюноанастомозів у 3 (2,3%) хворих для підвищення якості життя. У післяопераційному періоді в результаті виникнення кровотечі померло 2

пацієнта через неспроможність гепатикоентероанастомозів (летальність склала 1,54%).

**Висновки.** Ефективним способом усунення бластоматозної жовтяниці було транспапілярне ендопротезування жовчних протоків, яке дозволяло досить швидко провести декомпресію біліарного тракту і уникнути серйозних ускладнень, а також підготувати пацієнта до виконання радикальної операції з приводу наявності злоякісного новоутворення. У деяких випадках стентування було паліативним втручанням, яке дозволяло тимчасово поліпшити якість життя пацієнтів завдяки ліквідації інтоксикаційного синдрому і запобіганню розвитку таких ускладнень, як холангіт і множинні холангіогенні абсцеси печінки. Вибір методу хірургічного втручання безпосередньо залежав від локалізації обструкції жовчних протоків бластоматозним ураженням.

#### Використана література.

1. Лікування хворих на механічну жовтяницю / А.Н. Айдеміров, Н.Г. Шахназарян, А.З. Вафин, А.М. Шахназарян // *Аннали хірургічної гепатології*. – 2015. – №20 (4). – С. 62-67.
2. Хрустальова М.В. Ендоскопічне дуоденобіліарне дренивання в лікуванні пухлинних стенозів панкреатобіліарної зони / М.В. Хрустальова, Д.Г. Шатверян, Е.А. Годжелло // *Клінічна та експериментальна хірургія*. – 2014. – № 5. – С.90-98.
3. Вибір способу дренивання жовчних проток при лікуванні хворих на злоякісні захворювання гепатопанкреатодуоденальної зони, ускладнених механічною жовтяницею / І.А. Криворучко, В.В. Бойко, Н.М. Тесленко, Н.М. Гончарова // *Сучасний науковий вісник*. – 2013. – №17(156). – С.13-18.
4. Комплексне лікування холангіоцелюлярного раку, ускладненого механічною жовтяницею / А.М. Тищенко, Ю.В. Авдосєв, Н.Н. Брицька, О.Ю. Лаврентєва // *Український журнал хірургії*. – 2017. – №1(32). – С. 23-26.

5. Хирургическая тактика при опухолях проксимальных желчных протоков / Ф.Г. Назиров, М.М. Акбаров, А.И. Икрамов, А.А. Омон // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. – 2010. – №5 (2). – С. 33-37.

6. Тавобиллов М.М. Выбор способа декомпрессии желчных протоков в лечении больных механической желтухой опухолевого генеза / М.М. Тавобиллов // Российский медико-биологический вестник им. Академика И. П. Павлова. – 2016. – №24 (1). – С. 68-74.

7. Охотников О.И. Антеградное черезпеченочное эндобилиарное гибридное стентирование при опухолевой механической желтухе / О.И. Охотников, М.В. Яковлева, А.П. Калущий // Российский онкологический журнал. – 2016. – №21(1-2). – С.44-46.

8. Применение саморасширяющихся нитиноловых стентов при механической желтухе опухолевого генеза / Ю.Л. Шевченко, А.Е. Карпов, П.С. Ветшев [и др] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2014. – №2. – С.30-31.

9. Cancer Statistics, 2008 / A. Jemal, R. Siegel, E. Ward, Y. Hao [at al] // CA Cancer J Clin. – 2008. – №58. – P. 71-96.

10. Lee T.H. Technical tips and issues of biliary stenting, focusing on malignant hilar obstruction / T.H. Lee // Clinical Endoscopy. – 2013. – №46 (3). – P. 260-266.

11. Миниинвазивные вмешательства в лечении механической желтухи опухолевой этиологии / М.А. Сейсембаев, Д.С. Токсанбаев, Н.К. Садыков [и др] // Вестник хирургии Казахстана. – 2015. – №4. – С.20-24.