

МІСЦЕ ЧЕРЕЗШКІРНОЇ ХОЛАНГІОСТОМІЇ ПРИ ЗЛОЯКІСНІЙ ЖОВТЯНИЦІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Скиба В.В.^{1,3,4}, Іванько О.В.^{1,3,4}, Гоман А.В.^{3,4}, Палиця Р.Я.², Лисиця В.В.^{3,4}, Аль-Ламі Саад Хумуд Хассан³

1. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
2. Національний військово-медичний клінічний центр "Головний військовий клінічний госпіталь"
3. ПВНЗ «Київський медичний університет»,
4. КНП «Київська міська клінічна лікарня №1».

Вступ

Найчастішими причинами злоякісної жовтяниці є холангіокарцинома, рак підшлункової залози, дванадцятипалої кишки, жовчного міхура або первинні чи вторинні злоякісні утворення печінки, метастази в лімфовузли гепатодуоденальної зв'язки. У більшості таких пацієнтів діагноз встановлюється на пізній стадії, що робить неможливим радикальні втручання. Жовчна обструкція погіршує якість життя, призводить до тяжкого свербіння, холангіту та печінкової недостатності. Пацієнтам, яким не показане радикальне втручання, ліквідація біліарної обструкції покращує якість та тривалість життя. Крім того, нормалізація відтоку жовчі та функції печінки дає змогу проводити паліативну хіміотерапію, що підвищує виживання при місцево розвинених і метастатичних раках підшлункової залози та жовчних проток.

Варіанти виконання біліарного дренивання включають відкриті та рідше лапароскопічні хірургічні білідигестивні анастомози, ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ) зі стентуванням або черезшкірну черезпечінкову холангіостомію (ЧЧХС).

Варіанти вибору методу будуть залежати від того, чи буде пацієнт операбельний і від рівня біліарного блоку. ЧЧХС забезпечує зовнішнє і внутрішнє (стентування) дронування жовчних протокі і є основним методом ліквідації обструкції жовчовивідних шляхів при злоякісних ураженнях вище рівня загальної печінкової протоки, або коли при ЕРХПГ не вдалося

усунути більш дистальну обструкцію.

Мета

Оцінити переваги та недоліки черезшкірного дронування жовчних проток у паліативних хворих з механічною жовтяницею.

Матеріали та методи

Черезшкірні черезпечінкові дронування проведені протягом січня 2020 р - серпня 2021 р. Дані про хворих отримані з медичної інформаційної системи лікарні. Критеріями включення пацієнтів до цього дослідження були злоякісне захворювання та рівень білірубину ≥ 56 мкмоль/л у плазмі. Крім стандартних обстежень всім хворим проведена комп'ютерна томографія з контрастуванням. Процедури ЧЧХС були виконані під загальним знеболенням чи місцевою анестезією, в залежності від стану хворого та рівня больового порогу. Усі включені пацієнти мали захворювання IV стадії і отримували паліативне лікування без радикального оперативного втручання. У 9 пацієнтів попередньо була виконана успішна чи неуспішна ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія. Черезшкірні холангіостомії проводили за методикою Сельдінгера під контролем УЗД, як на лівій долі печінки, так і на правій. Використовували метод вільної руки, без застосування направляючої насадки на УЗ-датчик. Позиціонування дренажа

виконували за даними УЗД. Рентгеноскопію для виконання холангіостомії не використовували. При необхідності, контролювали положення дренажа при фістулографії. При роз'єднанні пухлиною розвилки дольових та секторальних проток (високий рівень блоку) встановлювали 2 або 3 дренажа одночасно, або послідовно, якщо зберігалися явища холангіту. Здебільшого, при правобічному доступі дренаж проходив через плевральний синус. Використовували дренажі 9-10 F, що мали якірний замок для кращої фіксації завитка (pigtail) в протоках з метою запобігання дислокації. Всі хворі отримували антибактеріальну терапію. При явищах холангіту виконували бактеріологічний посів жовчі та визначення чутливості до антибіотиків. При явищах коагулопатії (ПТІ < 60%) передопераційно переливали свіжозаморожену плазму, досягаючи рівня ПТІ > 60-70%.

По можливості, після зовнішнього дренивання виконували зовнішньо-внутрішнє дренивання або антеградне ендобіліарне стентування після зменшення явищ печінкової недостатності та холангіту, стабілізації стану хворого. При наявності холангіту дренаж промивали щодня фізіологічним розчином. Для знеболення після втручання застосовували ненаркотичні анальгетики.

Результати та обговорення

Черезшкірне дренивання жовчних проток при механічній жовтяниці злоякісного характеру було виконано у 68 пацієнтів (37 чоловіків, 31 жінка). Середній вік становив 68 років (діапазон, 33–91 рік). 57 (83,8%) пацієнтів продовжили лікування із залишковим зовнішнім дренажем, в той час як 11 (16,2%) хворим встановлені зовнішньо-внутрішні дренажі або ендобіліарні стенти.

За результатами дослідження, жовчна обструкція була позапечінковою у 12 пацієнтів (17,6%), внутрішньопечінковою у 31 пацієнтів (45,6%), а комбіновані поза- та внутрішньопечінкові у 25 пацієнтів (36,8%).

Початковим симптомом у 62 пацієнтів (91,2%) була жовтяниця. Середнє значення білірубіну у плазмі крові до дренивання становило 256 мкмоль/л (діапазон, 60–655). Протягом першого тижня після дренивання, рівень білірубіну знизився до 175 мкмоль/л (діапазон, 25–511), а через 14 днів після втручання відмічено зниження до 109 мкмоль/л (діапазон, 19–421).

У більшості пацієнтів рівень білірубіну суттєво зменшився, але лише у 16 пацієнтів (23,5%) це зменшення досягло рівня нижче 52 ммоль/л (подвійне верхнє контрольне значення). Загалом 6 з цих пацієнтів отримували паліативну хіміотерапію після дренивання та зниження білірубіну. 47 (69,1%) пацієнтів мали значення білірубіну вище, ніж 52 ммоль/л після дренивання. Значення білірубіну не корелювало зі свербінням або тривалістю життя.

Найчастішими ускладненнями були холангіт, печінково-ниркова недостатність, больовий синдром, місцевий дискомфорт та підтікання жовчі навколо дренажу. Не було відмічено плевритів чи білотораксів, не дивлячись на встановлення частини дренажів справа через плевральний синус. Опіодні анальгетики не застосовували для післяопераційного знеболення.

У 2 (2,9%) пацієнтів спостерігали дислокацію дренажів, одна з них померла. У 4 (5,9%) пацієнтів - перегин/переломлення дренажу, що потребувало їх заміни на більш жорсткі.

У 19 пацієнтів не було задокументовано ускладнень (27,9%). Рання смертність серед паліативних пацієнтів після дренивання була відносно високою. Протягом 14 днів померло 9 пацієнтів (13,2%), а через 3 місяці 48% (n = 32) померло через злякисне захворювання або холангіт.

Вважається, що дренивання жовчних проток може покращити імунну функцію, покращити перетравлення їжі, а також зменшити ризик холангіту у пацієнтів з біліарною обструкцією. Однак, як було показано в експериментах на тваринах, ендотоксемія часто зберігається після зовнішнього біліарного дренивання. В останньому систематичному огляді щодо стентування при неоперабельних злякисних пухлинах панкреатобіліарної зони, ендоскопічне стентування порівнювали з зовнішнім дрениванням. Було зроблено висновок, що зовнішнє дренивання асоціюється з кращими показниками відтоку жовчі та нижчою частотою холангіту. При ендобіліарному стентуванні відмічалася нижча частота кровотечі, але загалом не було різниці в загальній кількості ускладнень. Однак більшість публікацій повідомляють, що ендоскопічний підхід є оптимальним, особливо при дистальній обструкції.

Наші та інші дослідження показують значне зниження рівня білірубину плазми крові протягом першого тижня після зовнішнього дренивання. Свербіння часто не відповідає пропорції білірубину в сироватці крові та його патогенез недостатньо зрозумілий. Інтенсивність свербіння зменшилася у половини наших пацієнтів після зовнішнього дренивання, але кореляція між свербінням та рівнем білірубину слабка. Ми згодні з іншими авторами, що жовтяниця з рівнем білірубину до 100 мкмоль/л сама по собі не повинна бути показом до паліативного дренивання, за винятком випадків, коли метою є підготовка пацієнта до хіміотерапії,

оскільки зовнішні дренажі вимагають догляду та коригування способу життя. З іншого боку, якщо показом до дренивання є полегшення свербіння, дренивання навіть одного сегмента печінки може полегшити симптоми.

На основі багатоваріантного аналізу були показані наступні незалежні предиктори ускладнень після зовнішнього дренивання - низький рівень альбуміну, білірубін вище, ніж 300 ммоль/л, високий рівень лейкоцитів, низький гемоглобін, високий С-реактивний білок.

Для холестазу характерно зниження ефективності виведення бактерій і підвищена сприйнятливість до сепсису. Холангіт часто виникає після маніпуляції на жовчних протоках при їх обструкції, внаслідок прямого або кишкового інфікування. Повідомляється, що близько половини пацієнтів з обструкцією жовчовивідних шляхів мають позитивні посіви жовчі та біліарна інфекція є основним фактором ризику після зовнішнього дренивання.

Тому профілактичні антибіотики широкого спектру дії повинні бути рекомендовані всім пацієнтам при холангіостомії. Зовнішнє дренивання є найбільш успішним у пацієнтів з обструкцією жовчної протоки нижче впадіння міхурової протоки. З іншого боку, ендоскопічне стентування металевими стентами вважається кращим в цих випадках, оскільки пацієнт оминає незручності зовнішнього біліарного дренажа.

За даними нещодавнього порівняння черезшкірного черезпечінкового стентування жовчних проток з ендоскопічним стентуванням при неоперабельних злоякісних пухлинах, не було суттєвої різниці в ефективності біліарного дренивання або часу виживаності, при цьому група черезшкірних втручань мала суттєво менші фінансові витрати.

Частота ранніх ускладнень була нижчою у групі черезшкірних втручань, при цьому частота пізніх ускладнень не відрізнялася.

Висновки

На даний момент, черезшкірний доступ продовжує відігравати важливу роль у ліквідації біліарної обструкції злоякісного генезу, особливо при високих рівнях блоку (тип II – IV за Бісмут).