

СТЕНТУВАННЯ БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ НІТІНОЛОВИМИ СТЕНТАМИ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНИХ ПУХЛИН ГОЛОВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНИХ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ І ДУОДЕНАЛЬНОЮ ОБСТРУКЦІЄЮ

*Безродний Б.Г., Колосович І.В., Слободяник В. П., Петренко О.М., Чемоданов П.В.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця кафедра хірургії №2*

Вступ

Для удосконалення вибору тактики і техніки паліативного хірургічного лікування хворих на нерезектабельний рак головки підшлункової залози (РГПЗ), ускладнений механічною жовтяницею та порушеннями евакуації зі шлунку проведено порівняльний аналіз ефективності відкритих хірургічних втручань із малоінвазивними ендоскопічними операціями, які передбачають стентування біліарної системи та дванадцятипалої кишки (ДПК) нітіноловими стентами.

Мета роботи

Покращити безпосередні результати паліативного хірургічного лікування хворих на нерезектабельний РГПЗ, ускладнений механічною жовтяницею і обструкцією ДПК, шляхом використання ендоскопічного стентування біліарної системи і ДПК.

Задачі дослідження

1. Удосконалити тактику хірургічного лікування хворих на нерезектабельний РГПЗ, ускладнений механічною жовтяницею і

прогресуючою обструкцією ДПК у випадках високого хірургічного та анестезіологічного ризику (фізичний статус пацієнтів градації ASA III).

2. Оцінити ефективність ендоскопічного стентування біліарної системи і ДПК нітіноловими стентами при лікуванні хворих на нерезектабельний РГПЗ, ускладнений механічною жовтяницею та порушеннями евакуації із шлунку у випадках високого хірургічного та анестезіологічного ризику (фізичний статус пацієнтів відповідав градації ASA III).

3. Шляхом порівняльного аналізу результатів відкритих та ендоскопічних методик хірургічного лікування хворих оцінити ефективність та визначити показання до застосування ендоскопічного стентування біліарної системи та ДПК саморозширювальними нітіноловими стентами.

Матеріали і методи. Проведено порівняльний аналіз результатів хірургічного лікування двох груп пацієнтів (11 хворих у першій і 22 - у другій), які проходили лікування у хірургічних клініках кафедри хірургії № 2 НМУ з приводу нерезектабельного РГПЗ, ускладненого механічною жовтяницею і обструкцією ДПК. Пацієнтам I (архівної) групи у зв'язку із високим ризиком хірургічного втручання виконували тільки білідигестивне шунтування шляхом відкритих хірургічних операцій, хворим II групи здійснювали двоетапне ендоскопічне біліо- та гастродигестивне шунтування нітіноловими стентами. Середній вік пацієнтів I групи складав $76,6 \pm 7,7$ років, II – $76,9 \pm 9,0$ років. При госпіталізації рівень гіпербілірубінемії у осіб I групи складав $238,2 \pm 18,3$ мкмоль/л, II групи – $216 \pm 19,3$ мкмоль/л. За основними клініко-біохімічними показниками групи порівняння були репрезентативними. Фізичний статус пацієнтів обох груп згідно класифікації Американського товариства анестезіологів відповідав градації ASA III. Діагноз РГПЗ

верифікувати відповідно до протоколу з лікування та діагностики РПЗ European Society For Medical Oncology, 2015,2019 і рекомендацій National Comprehensive Cancer Network 2015-2019. Всі хворі страждали на РГПЗ IV стадії, а за гістологічною структурою ракова пухлина у всіх пацієнтів ідентифікувалась як протокова аденокарцинома. Резектабельність пухлин ПЗ визначали на підставі зіставлень даних клінічних, лабораторних та променевих методів обстеження (мультidetекторна спіральна КТ, МРТ, ендоскопічна ультрасонографія) згідно рекомендацій NCCN, 2015-2019. З огляду до настанов ESMO (2015,2019) і NCCN (2015-2019) до дослідження були включені хворі, яким через генералізацію ракового процесу, проявів печінково-ниркової дисфункції, геморагічного синдрому, віку, холангіту, важкої супутньої патології, проведення неoad'ювантної хіміотерапії було протипоказано. Всі вони підлягали тільки паліативному симптоматическому хірургічного лікування з метою декомпресії біліарної системи та ліквідації порушень евакуації зі шлунку, які оцінювали за 4-х бальною шкалою медичного центру Мейо (Gastric Outlet Obstruction Scoring System, 2002). Згідно з цією класифікацією вираженість евакуаторних порушень у пацієнтів I підгрупи становила $1,75 \pm 0,5$ балів, II підгрупи - $1,7 \pm 0,6$ балів. Для стентування ДПК використовували стенти Hanarostent Duodenum/Pylorus NDSL20-140-230 виробництва Південної Кореї. Для стентування біліарної системи використовували нітінолові стенти Boston Scientific WallStent Biliary Uncovered 10mm-60mm виробництва США.

Результати та обговорення

Зважаючи на вкрай високий ризик відкритих хірургічних втручань хворим I (архівної) групи за терміновими показаннями (протягом 24-48 годин від

госпіталізації) здійснювали тільки білідигестивне шунтування, яке було виконано 5 пацієнтам у 2 етапи (на першому етапі зовнішня холангіостомія під контролем УЗД) і 6 – одноетапно, шляхом накладання різних видів білідигестивних анастомозів. При цьому питома вага післяопераційних ускладнень склала 72,7%, а летальність - 27,3%. У хворих 1 групи порушення евакуації із шлунку становили $1,75 \pm 0,5$ балів, однак з огляду на тяжкий загальний стан та прогресування метастатичного процесу нікому з них операцій гастродигестивного шунтування не виконували. Середня тривалість їх життя після корекції холестази склала $51,3 \pm 6,4$ днів при умові прогресування порушень евакуації із шлунку. Тому, актуальним є розробка і апробація малоінвазивних технологій, здатних замінити прямі хірургічні втручання на ендоскопічне білідигестивне, а за показаннями і гастродигестивне прроотезування з використанням нітінолових протезів.

Пацієнтам II групи корекція біліарної і дуоденальної обструкції здійснювалась ендоскопічно, за терміновими показниками (протягом 24-48 годин від моменту госпіталізації) і передбачала виконання на першому етапі транспапілярного стентування біліарної системи нітіноловими стентами з проведенням до порожньої кишки зонда для ентерального харчування. Через 7-15 днів інтенсивної терапії, що корегувала метаболічні порушення і холангіт, здійснювали стентування ДПК. Питома вага післяопераційних ускладнень у пацієнтів II групи склала 22,73% при відсутності летальності. Ендобіліарний стент забезпечував ефективну дренажну функцію жовчовивідних шляхів у 86,3% випадків. Холангіт, що діагностували у трьох хворих, був усунутий шляхом антибіотикотерапії з урахуванням результатів посівів жовчі на

чутливість мікрофлори до антибіотиків, санацією дренажу та інтенсивною терапією. Ендобіліарні стенти ефективно функціонували протягом решти життя хворих. Так, при початковій вираженості порушень евакуації зі шлунку в $1,7 \pm 0,6$ балів, після стентування їх рівень становив $2,6 \pm 0,5$ балів ($P < 0,001$), що свідчило про безумовне покращення евакуації із шлунку. Ступінь ефективності процедури була різною. Із 22 пацієнтів у 19 були ліквідовані дисфагічні і диспепсичні явища. У 3 осіб їх вираженість ставала меншою і ці хворі могли харчуватися перорально до смерті. При порівняльному аналізі термінів перебування у стаціонарі пацієнтів двох груп встановлено, що цей період становив відповідно $24,3 \pm 3,74$ і $8,4 \pm 0,94$ діб ($P < 0,001$), що свідчило про переваги ендоскопічного стентування біліарної системи і ДПК перед традиційним методиками хірургічним лікуванням хворих. Середня тривалість життя після хірургічної корекції у пацієнтів контрольної підгрупи становила $51,3 \pm 6,4$ днів, у хворих дослідної підгрупи – $59,1 \pm 7,14$ днів ($P \geq 0,05$). Як бачимо, різниця тривалості цих термінів статистично недостовірна, але менша кількість ускладнень і відсутність летальності при заміні традиційних відкритих шунтуючих хірургічних операцій на малоінвазивні ендоскопічні втручання із транспапілярним стентуванням нітіноловими стентами обтурованих жовчовивідних шляхів та дванадцятипалої кишки має безумовні переваги.

Висновки

1. Операцією вибору при хірургічному лікуванні хворих на нерезектабельний рак головки підшлункової залози, ускладнений механічною жовтяницею і порушенням евакуації зі шлунку з високим ризиком оперативного втручання (ASA III), є виконання ендоскопічного

протезування жовчних проток і ДПК саморозширювальними нітіноловими стентами

2. У хворих на нерезектабельний рак головки підшлункової залози, ускладнений механічною жовтяницею та порушеннями евакуації із шлунку з високим ризиком оперативного втручання (ASA III), ендоскопічне стентування біліарної системи і ДПК нітіноловими стентами, у порівнянні із відкритим хірургічним білідигестивним шунтуванням, супроводжується меншою частотою післяопераційних ускладнень (72,7% проти 22,73%, $p \leq 0,05$), летальністю (27,3% проти 0,0%) та зменшенням термінів перебування у стаціонарі ($24,3 \pm 3,74$ проти $8,4 \pm 0,94$, $p < 0,001$).

3. Ендоскопічне подвійне стентування поєднаної біліарної і дуоденальної обструкцій пухлиною головки підшлункової залози показане пацієнтам із розповсюдженими формами ракового процесу, коли термін життя хворих обмежений, а анестезіологічний і хірургічний ризики операцій вкрай високі.