

инфузию в печеночную артерию не проводили.

Вопрос: Что эффективнее – механическая или химиоэмболизация опухолей печени?

Ответ: Более эффективна химиоэмболизация, поскольку она обеспечивает цитотоксическое и ишемическое воздействие на опухолевую ткань.

Вопрос: Что понимается под «объективно определяемым ответом» регионарной химиотерапии?

Ответ: Уменьшение размеров опухолевых узлов (по данным ультразвуковой (УЗКТ) и/или резонансной компьютерной (РКТ) томографии и снижение уровня специфических маркеров.

Вопрос: Есть ли собственный опыт химиоэмболизации воротной вены при опухолях печени?

Ответ: Нет. Мы применяем только артериальную химиоэмболизацию, в том числе и при метастазах.

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ

от 24.02.2009 г.

Председатель – профессор Ю.Д. Волинский

ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЕ ЭНДОБИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ

ДОКЛАД

С.А.Капранов, А.А.Хачатуров

*Кафедра факультетской хирургии лечебного факультета
ПНИЛ внутрисердечных и контрастных методов
рентгеновских исследований ГОУ ВПО РГМУ Росздрава
Россия, Москва*

За период с 01.01.2003 по 08.10.2008 год чреспеченочные эндобилиарные вмешательства были проведены 147 больным от 32 до 91 года (средний возраст – 59,3 года) с механической желтухой (МЖ) опухолевой этиологии. Длительность заболевания колебалась от 4 до 43 дней (в среднем – 22,5 дня) с уровнем билирубинемии от 32,9 до 734,3 (в среднем – 293,1) мкмоль/л. Причины МЖ у 48 (32,7%) больных – рак головки поджелудочной железы, у 99 (67,3%) пациентов – опухоли ворот печени. Ранее 56 (38,1%) больных перенесли различные операции на органах брюшной полости, причем 30 из них – на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны.

В 93 (63,3%) случаях завершающим вмешательством было паллиативное стентирование желчных протоков, в 54 (36,7%) наблюдениях – наружно-внутреннее дренирование, из которых 35 больным оно избрано в качестве окончательного этапа лечения, а 19 пациентам – как мера предоперационной подготовки.

Для чреспеченочного эндобилиарного стентирования использовали различные модели металлических саморасширяющихся или бал-

лонорасширяемых стентов, имеющих диаметр открытия от 8 до 10 мм, длину – от 60 до 120 мм и смонтированных на доставляющем устройстве диаметром 5–7 Fr (1,65–2,31 мм). У 26 (27,96%) больных, перенесших стентирование желчных протоков, было применено одноэтапное эндобилиарное вмешательство. Из них у 18 пациентов оно было завершено контрольным дренированием желчных протоков, а у остальных – пломбировкой пункционного канала непосредственно после вмешательства.

У 67 (72,04%) больных протокол эндобилиарного стентирования был двухступенчатым. В качестве первого этапа применялось наружно-внутреннее желчеотведение, а спустя 3–14 дней (в среднем – 8,3 дня) – эндопротезирование гепатикохоледоха.

В 84 (90,3%) наблюдениях стентированию желчных протоков предшествовала баллонная дилатация, у 9 пациентов имплантация стента осуществлялась без предварительного бужирования. В 71 (76,3%) случае произведена постдилатация имплантированного стента.

При паллиативном наружно-внутреннем дренировании длительность госпитализации составила в среднем 8–29 дней (в среднем – 18,7 дня), продолжительность жизни после выписки из стационара – от одного до 9 месяцев (в среднем – 5,1 месяца). У 9 пациентов в связи с явлениями рецидива МЖ или холангита потребовалась амбулаторная замена дренажной трубки.

При одномоментном стентировании длительность госпитализации составила в среднем 11,3 дня. Из 26 больных 22 (84,6%) пациента выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии после купирования симптомов МЖ. Продолжительность их жизни после стентирования составила от одного до 36 месяцев (в среднем – 14,5 месяца).

4 (15,4%) больных умерли на госпитальном этапе из-за нарастания печеночно-почечной недостаточности крайней степени на фоне выраженной билирубинемии (< 520 мкмоль/л), что было связано с поздними сроками госпитализации.

Осложнения одномоментного эндобилиарного стентирования в виде гемобилии отмечены у 4 пациентов, что скорее всего связано не с самой процедурой имплантации стента, а с проведением пре- или постдилатации, приводящей к травматизации и контактной кровоточивости инфильтрированной опухолью слизистой холедоха.

При двухэтапном стентировании на госпитальном этапе у 8 (11,9%) больных был констатирован летальный исход, связанный с нарастанием полиорганной недостаточности, раковой кахексии либо с осложнениями стентирования (гемобилия, желчно-венозная фистула, ранняя окклюзия стента).

59 (88,1%) пациентов выписаны из стационара. Длительность госпитализации у них составила в среднем 23,6 дня. Продолжительность жизни в отдаленном периоде – от 0,5 до 23 (в среднем – 9,7 месяца) месяцев. Из них у 6 больных в сроки от месяца до 1,5 года потребовались дополнительные эндобилиарные вмешательства, связанные с повторным возникновением МЖ, по причине прорастания опухоли через ячейки стента либо роста опухоли выше проксимальной границы протеза.

С нашей точки зрения, при паллиативном лечении пациентов с поздними стадиями опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненными МЖ, оптимальный протокол чреспеченочных эндобилиарных вмешательств, адаптированный к тяжести холемии и печеночно-почечной недостаточности, предполагает предпочтительное одномоментное или двухэтапное стентирование гепатикохоледоха, и лишь при их невозможности – длительное наружно-внутреннее дренирование желчных протоков.

ТАКТИКА АНТЕГРАДНОГО ЖЕЛЧЕОТВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Ю.В. Кулезнева¹, Р.Е. Израилов¹, В.И. Капустин²

¹ МГСМУ, кафедра факультетской хирургии № 2, Россия, Москва, ²ГКБ № 68, Россия, Москва

Своевременная и адекватная билиарная декомпрессия у больных с механической желтухой (МЖ) – проблема весьма актуальная для всех стационаров скорой помощи и большинства лечебно-диагностических центров. При этом во многих ситуациях метод выбора – чрескожное чреспеченочное желчеотведение. При выборе тактики антеградного желчеотведения возникает целый ряд вопросов, которые приходится решать индивидуально в каждом случае.

1. Нужна ли предоперационная билиарная декомпрессия, если больному можно выполнить радикальную операцию?
2. Какой вариант антеградной декомпрессии выбрать?
3. Как осуществлять антеградное стентирование – одномоментно или двухэтапно?
4. Стентировать или нет перед предстоящей операцией?
5. Как устанавливать стент: пре- или транспапиллярно?