

ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

ДУТКА Яромир Романович

УДК: 616.362.1+616.367)-006.6-07-089

**ПУХЛИНИ ПОЗАПЕЧІНКОВИХ ЖОВЧНИХ ПРОТОК:
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ
І ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ**

14.01.03 – хірургія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Тернопіль – 2005

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького МОЗ України.

Науковий керівник: академік АМН України,

доктор медичних наук, професор **Павловський Михайло Петрович**,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького МОЗ України,
завідувач кафедри факультетської хірургії

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Дзюбановський Ігор Якович**,

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України,
завідувач кафедри хірургії факультету післядипломної освіти

доктор медичних наук, професор **Копчак Володимир Михайлович**,

Інститут хірургії та трансплантології АМН України, завідувач відділу хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчних проток

Провідна установа: Київська медична академія післядипломної освіти

Імені П.Л. Шупика МОЗ України,
Кафедра хірургії і проктології

Захист відбудеться 27 травня 2005 р. о 12.00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 58.601.01 у Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1).

З дисертацією можна ознайомитися у науковій бібліотеці Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (46001, м. Тернопіль, вул. Руська, 12).

Автореферат розісланий 19 квітня 2005 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради

Боднар Я.Я.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. За останні десятиріччя збільшилася кількість хворих на первинні злоякісні новотвори позапечінкових жовчних проток [Бескосный А.А., 1996, Седов А.П. и др., 1998, Vadala G. et al., 1998, Дронов О.І., 2003].

Пухлини цієї локалізації є складними для діагностики, вибору тактики і методу хірургічного лікування та продовжують залишатися однією з найскладніших проблем біліарної хірургії. Хіміотерапевтичне і променеве лікування має допоміжне значення, паліативні операції не дозволяють досягнути тривалого покращання, а радикальні операції супроводжуються значною агресією, що призводить до високої післяопераційної летальності [Чупрій К.Л., 2000, Седов А.П. и др., 1998, Santoro E. et al., 1999, Tarcoveanu E. et al., 1999]. Це вказує на необхідність подальшого вивчення проблеми.

Раніше рак позапечінкових жовчних проток вважали рідкісним захворюванням, але сьогодні його набагато частіше розглядають як причину обструкційної жовтяниці. Пухлини ПЖП становлять 20% від загальної кількості пухлин гепатобіліарної системи [Krawczyk M., 2001].

Пухлини позапечінкових жовчних проток виявляють у пацієнтів різного віку, проте найчастіше – у віці 50-70 років. За джерелами літератури, рак жовчних проток трапляється дещо частіше у чоловіків, ніж у жінок. У групі підвищеного ризику знаходяться хворі на стенозний холангіт, з кістами загальної жовчної протоки і каменями у жовчних протоках [Callery M.P. et al., 1998].

Пухлини цієї локалізації трапляються близько 1 на 100000 населення у рік, що становить 0,2–1% усіх злоякісних пухлин. Домінуючим варіантом морфологічної будови пухлин позапечінкових жовчних проток є холангіокарциноми різного ступеня диференціювання. Вони займають 85,8 – 95% усіх видів раку жовчних шляхів. Пухлини жовчних проток поширюються місцево і через лімфатичні судини, також бувають гематогенні метастази [Callery M.P. et al., 1998]. Інформаційність сучасних інструментальних методів діагностики пухлин позапечінкових жовчних проток становить 56–95%, що пов'язано з їх локалізацією, а також з особливостями клінічного перебігу – тривала невиразність клінічних ознак внаслідок повільного росту і пізнього метастазування пухлини [Дяченко В.В., 1997, Шалимов А.А. и др., 2001, Ничитайло М.Ю. і ін., 2001]. Основним методом, що дає шанс навилікування хворих на рак позапечінкових жовчних проток, є видалення пухлини, доповнене лімфаденектомією [Шалимов А.А. и др., 2001, Копчак В.М. і ін., 1998]. Обов'язковим є енергійне лікування холангіту в передопераційному періоді, корекція метаболічних порушень і змін у системі зсідання крові.

Обсяг операції залежить від локалізації пухлини, ступеня її розповсюдження – місцевого та регіонального [Данилов М.В. и др., 1997, Iwatsuki S. et al., 1998]. Пухлини, що локалізуються в

середньому (20%) і дистальному (35%) відділі позапечінкових жовчних проток краще піддаються лікуванню, ніж ракові вузли, що розміщені у ділянці правої та лівої печінкових проток (45%), включно з варіантом локалізації у ділянці воріт печінки (вузол Кляцкіна) [Callery MP. et al., 1998]. Пухлинами Г.Кляцкіна (G.Klatskin,1965) почали називати невеликі аденокарциноми печінкових проток, розташовані на їх біфуркації у воротах печінки, які відносно повільно ростуть і пізно метастазують. Багатоголишеві дифузні форми раку (5%), а також пухлини, що уражають дрібні внутріпечінкові жовчні протоки, характеризуються найгіршим прогнозом [Callery MP. et al., 1998].

У зв'язку зі своєрідністю клінічних виявів і пізньою діагностикою дотепер інтенсивно випрацьовані переважно паліативні методи їх лікування, в основному спрямовані на “реканалізацію” пухлини [Hoopen-Neumann H. et al.,1999]. Проте, ці методи є недостатніми, оскільки забезпечують тимчасове покращання якості і продовження життя пацієнта. Середній термін виживання хворих, яким неможливо видалити пухлину, не перевищує 6-7 місяців, натомість після радикального втручання показник п'ятилітнього виживання хворих на рак ПЖП становить 8–43% [Liu CL., 1998, Spiezia S., 1999].

В останні роки, завдяки покращанню діагностики – ультрасонографія, комп'ютерна томографія, ендоскопічна ретроградна холангіографія, тощо створили можливість виявити на більш ранніх стадіях пухлини позапечінкових жовчних проток. Це дає підстави для розвитку й удосконалення радикальних методів їх лікування [Седов А.П., Callery MP., Iwatsuki S., 1998].

Отож, актуальність проблеми полягає у зростанні захворюваності на пухлини цієї локалізації, у відсутності лабораторних і клінічних критеріїв, які істотно вказували б на специфічні ознаки досліджуваної патології, у пізній та складній діагностиці, вдосконаленні техніки операційних втручань та методів хірургічного лікування пацієнтів з пухлинами позапечінкових жовчних проток.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана у відповідності з планом науково-дослідної роботи Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького і є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри факультетської хірургії “Поліорганна недостатність в абдомінальній та ендокринній хірургії” (Державна реєстрація теми № 0100U002266). У її виконанні автором проведено дослідження стосовно діагностики і лікування холангіту при пухлинній обструкції жовчних проток.

Мета дослідження. Підвищити точність діагностики пухлин позапечінкових жовчних проток створенням раціональної схеми обстеження пацієнтів, а також опрацювати ефективні методи лікування хворих з огляду на вік та загальний стан локалізацію і стадії пухлинного процесу.

Завдання дослідження:

1. Випрацювати діагностичні критерії пухлин позапечінкових жовчних проток – клінічні, лабораторні, сонографічні, холангіографічні, морфологічні, тощо.
2. Покращати виявлення пухлин позапечінкових жовчних проток з допомогою вироблення раціонального діагностичного алгоритму для цих пацієнтів, зваживши на сучасні діагностичні можливості.
3. Удосконалити методи і техніку хірургічних втручань, визначити оптимальний обсяг операцій у пацієнтів з пухлинами позапечінкових жовчних проток і запропонувати комплексну схему лікування цих хворих.
4. Вивчити віддалені результати лікування хворих та порівняти терміни їх виживання після різних видів радикальних і паліативних операцій, а також внутрішньоартерійної поліхіміотерапії.

Об'єкт дослідження. Хворі на пухлини позапечінкових жовчних проток.

Предмет дослідження. Особливості клінічного перебігу, діагностики та хірургічного лікування у пацієнтів із пухлинами позапечінкових жовчних проток, оцінка ефективності різних методів лікування.

Методи дослідження. Аналіз ретроспективного і проспективного клінічного матеріалу для систематизації цієї нозології згідно із опрацьованими критеріями; визначення діагностичної програми для покращання виявлення пухлин позапечінкових жовчних проток з огляду на наступні складові: фізикальне обстеження хворих, загальноклінічні та біохімічні лабораторні дослідження, ультрасонографія, комп'ютерна томографія, рентгенологічне обстеження, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатикографія, черезшкірна черезпечінкова холангіографія; порівняльна характеристика і оцінка ефективності різних методів лікування пацієнтів з пухлинами цієї локалізації для оптимізації лікувальної тактики.

Наукова новизна одержаних результатів. Визначено клінічно-лабораторні, сонографічні, рентгенологічні та морфологічні критерії, притаманні пухлинам позапечінкових жовчних проток у залежності від локалізації. Доведено можливості та вивчено діагностичну цінність різних методів обстеження, на підставі чого вперше обґрунтовано алгоритм діагностики для цих хворих.

Удосконалено та запроваджено диференційований вибір лікувальної тактики, визначено технічні аспекти і показання до операцій та малоінвазійних хірургічних втручань, проведено порівняльний аналіз ефективності різних методів лікування хворих на підставі вивчення віддалених результатів лікування. За матеріалами дисертації вперше опрацьовано комплексну схему лікування пацієнтів з пухлинами позапечінкових жовчних проток.

Практичне значення одержаних результатів. Ґрунтуючись на виконаних дослідженнях визначено домінуючі клінічно-лабораторні, сонографічні, рентгенологічні ознаки пухлин

позапечінкових жовчних проток. Отримані висліди дозволять підвищити точність діагностики у хворих на пухлини цієї локалізації, знизити кількість необґрунтованих відмов від операцій і частоту діагностичних лапаротомій, створити умови для адекватного лікування пацієнтів.

Аналіз ефективності різних видів операційних втручань та внутрішньоартерійної поліхіміотерапії дозволив диференціювати та індивідуалізувати вибір оптимальної тактики у хворих на рак позапечінкових жовчних проток і при цьому зменшити кількість ускладнень і летальність, що пов'язані із печінковою недостатністю і виконанням операцій, покращити якість і продовжити життя хворих на пухлини жовчних проток.

Результати дослідження впроваджено у роботу хірургічних відділень Львівської обласної клінічної лікарні.

Особистий внесок здобувача. Дисертант самостійно здійснив інформаційно-патентний пошук, аналітичний огляд літератури за темою дисертації, визначив мету і завдання дослідження, сформував анкету для аналізу клінічного матеріалу. Опанував необхідні методи обстеження пацієнтів з пухлинами позапечінкових жовчних проток, безпосередньо виконував або брав участь в операційних втручаннях та малоінвазійних маніпуляціях. Провів статистичне обчислення матеріалу, узагальнив результати діагностики і лікування хворих, обґрунтував висновки.

Співавторство інших дослідників у друкованих працях, опублікованих за матеріалами дисертації, полягає у їх консультаційній допомозі й участі у діагностичному і лікувальному процесах.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації оприлюднено на: ІХ Конгресі світової федерації українських лікарських товариств – СФУЛТ (Луганськ, вересень 2002р.); науково-практичній конференції “Перспективи розвитку торакальної і абдомінальної хірургії”, присвяченій 100-річчю професора К.Т. Овнатяна (Донецьк, жовтень 2002р.); засіданні наукового товариства хірургів Львівської області (вересень 2002р.); засіданнях кафедри факультетської хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (березень 2003р., квітень 2004р., жовтень 2004р.); міжнародній науково-практичній конференції “Невирішені і спірні питання хірургії гепатопанкреатобіліарної зони”, присвяченій 100-річчю заснування кафедри факультетської хірургії ОДМУ (Одеса, червень 2003р.).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 6 наукових праць, з-поміж них 5 статей, одна з яких огляд літератури, у фахових виданнях, рекомендованих ВАК України і одна робота – у збірнику матеріалів СФУЛТ.

Структура і обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається зі вступу, шести розділів, висновків, списку використаних джерел (237 найменувань) і додатку. Праця викладена на 170 сторінках та ілюстрована 19 таблицями і 36 рисунками. Бібліографічний опис літературних джерел, ілюстрації та додатки викладено на 32 сторінках.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріал і методи досліджень. У підставу роботи покладено клінічний аналіз результатів діагностики і лікування 195 хворих на пухлини позапечінкових жовчних проток (ПЖП) – 96 (49,2%) чоловіків у віці $61,6 \pm 9,7$ року і 99 (50,8%) жінок віком $62,7 \pm 9,5$ року (основна група) та 20 хворих на жовчнокам'яну хворобу, ускладнену холедохолітіазом та механічною жовтяницею (контрольна група). Хворі у 1991-2003рр. проходили стаціонарне лікування у II-ому та III-ому хірургічних відділеннях Львівської обласної клінічної лікарні – клінічна база кафедри факультетської хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

При написанні роботи використано класифікацію пухлин ПЖП Callery MP, Meyers WC (1998), за якою до пухлин ПЖП ми віднесли: пухлини проксимальної частини ПЖП – права і ліва печінкові протоки та місце утворення ними спільної – 81 (41,5%) хворих; пухлини середньої частини ПЖП – від початку спільної печінкової протоки до початку ретродуоденального відділу спільної жовчної протоки – 50 (25,6%) хворих і пухлини ретродуоденального відділу холедоха і великого сосочка дванадцятипалої кишки (Фатера) – дистальна локалізація – 64 (32,8%) хворих.

За останні 12 років простежується збільшення надходження у клініку хворих на рак ПЖП. Від 1991 до 2003 року кількість хворих з цією патологією у клініці зросла у кілька разів.

Тільки 33 (16,9%) хворих госпіталізовано в клініку за спрямуванням поліклініки. Більшість пацієнтів раніше лікували у різних інфекційних і хірургічних стаціонарах. Той факт, що частину хворих на пухлини ПЖП довший час після появи жовтяниці лікували не у хірургічному відділенні, зокрема в інфекційній лікарні, свідчить про складність діагностики цієї патології.

Обстеження полягало у з'ясуванні скарг пацієнтів, анамнезу захворювання та життя. Середній термін від появи перших ознак захворювання і до визначення діагнозу у хворих на пухлини ПЖП становив від 4 до 148 днів (у середньому $20,3 \pm 16,8$ днів). Об'єктивний огляд хворих передбачав застосування традиційних методів – аускультатії, перкусії, пальпації та ін.

Із лабораторних показників визначали рівень гемоглобіну, кількість еритроцитів і лейкоцитів, лейкоцитну формулу, швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ), загальний білок, білірубін (прямий та непрямий), глюкозу, креатинін, сечовину, концентрацію натрію і калію у сироватці крові, активність аланінамінотрансферази (АлАТ), аспартатамінотрансферази (АсАТ) та лужної фосфатази (ЛФ), коагулограму, загальний аналіз сечі.

У пацієнтів основної та контрольної групи ми застосовували такі інструментальні методи обстеження: ультрасонографію (УСГ), ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатикографію (ЕРХПГ), черезшкірну черезпечінкову холангіографію (ЧЧХГ), комп'ютерну томографію (КТ), рентгенологічне обстеження.

Оперовано 145 (74,4%) хворих на пухлини ПЖП, із них радикальні втручання виконано у 21,9%. Вибір методу операції визначали за загальним станом і віком хворого, локалізацією пухлини, ступенем її розповсюдженості, тривалістю жовтяниці, вираженістю печінково-ниркової недостатності та супровідної патології. Аналіз лікувальної тактики передбачав вивчення ефективності різних видів операцій і внутрішньоартерійної поліхіміотерапії (ВАПХТ).

Два і більше разів у клініці лікували 17 (8,7%) пацієнтів з пухлинами ПЖП. Причинами повторної госпіталізації були: виконання другого радикального етапу операційного втручання, проведення курсів ВАПХТ, накладання паліативних обхідних анастомозів.

У контрольній групі операції здійснено 18 (90,0%) пацієнтам.

Для встановлення остаточного клінічно-морфологічного діагнозу виконували гістологічне дослідження операційного і біопсійного матеріалу, дослідження пунктату та експрес-цитологію, які проводили у 75 (38,5%) хворих на рак ПЖП й у 15 (75,0%) – контрольної групи.

Віддалені результати хірургічного лікування через 1 – 6 років після операції вивчено у 126 (68,9%) пацієнтів основної групи (48 – з пухлинами проксимальної частини ПЖП, 33 – середньої частини ПЖП та 45 – дистальної частини ПЖП) та 19 (95,0%) контрольної.

Статистичне обчислення показників проводили з допомогою стандартних комп'ютерних програм (Statistica v5.5a for Windows) методом варіаційної статистики Fisher-Student з визначення середнього арифметичного (\bar{X}), стандартного відхилення середнього арифметичного (SD), коефіцієнта достовірності (p), аналіз виживання хворих з допомогою кривих Каплан-Меєра.

Результати досліджень. Клінічні симптоми пухлин ПЖП є подібними до ознак інших захворювань гепатобіліарної системи, яких супроводжує механічна жовтяниця. Початок захворювання визначається неспецифічними для цієї патології скаргами: загальна слабкість, втомлюваність, похудіння, погіршення самопочуття. Раннім симптомом є дискомфорт у правій підреберній ділянці, який, зазвичай, дає відчуття важкості. Тому, хворі переважно звертаються за медичною допомогою при виникненні жовтяниці.

Основними клінічними ознаками пухлин ПЖП були: стійка наростаюча жовтяниця – 179 (91,8%), загальна слабкість – 129 (66,2%), біль у правому підребер'ї та епігастрію різної інтенсивності – 113 (57,9%), свербіння шкіри – 84 (43,1%), диспепсія – 68 (34,9%), похудіння на 5-12кг – 51 (26,2%), підвищення температури тіла та лихоманка, що свідчили про приєднання холангіту – 38 (19,5%) хворих.

У контрольній групі жовтяницю відзначено у всіх хворих, біль у правому підребер'ї та епігастрію стверджено у 18 (90,0%), гіпертермія – у 7 (35,0%) пацієнтів, а на загальну слабкість, свербіння шкіри, диспепсію і похудіння хворі скаржилися менше – 11 (55,0%), 6 (30,0%) і 2 (10,0%) відповідно.

При фізикальному обстеженні визначали болючість при пальпації у правому підребер'ї – 102 (52,3%) пацієнтів з пухлинами ПЖП, гепатомегалію – 49 (25,1%), асцит – 21 (10,8%) та пухлиноподібний утвір – 7 (3,6%).

Найчастіше у загальному аналізі крові у хворих на пухлини ПЖП трапляються такі зміни: підвищення ШОЕ – у 125 (64,1%), зниження показників гемоглобіну – у 79 (40,5%), лейкоцитоз із зсувом лейкоцитної формули вліво або без нього – у 30 (15,4%), причому частіше підвищення ШОЕ і анемія були у хворих на пухлину дистальної частини ПЖП, а лейкоцитоз частіше спостерігали у хворих на пухлини з проксимальною локалізацією.

У контрольній групі відсоток пацієнтів з анемією був нижчим, ніж в основній і становив 35,0%, проте ми відзначили відносно більшу кількість хворих з лейкоцитозом і підвищеною ШОЕ – 40,0 і 85,0% відповідно.

Із біохімічних показників у хворих на пухлини ПЖП у сироватці крові траплялися підвищення рівня білірубіну з переважанням прямої фракції – 179 (91,8%), ЛФ – 170 (87,2%), АсАТ – 141 (72,3%), АлАТ – 158 (81,0%), креатиніну і сечовини – 13 (6,7%). Частіше зміни у біохімічному аналізі крові траплялися у пацієнтів з пухлинами проксимальної частини ПЖП, найменший відсоток хворих зі змінами біохімічних показників представляли хворі на рак ПЖП дистальної локалізації. Ознаки поліорганної дисфункції визначено у 74 (37,9%) пацієнтів основної групи.

У пацієнтів контрольної групи стверджено підвищення рівня білірубіну – у всіх хворих, ЛФ та АлАТ – у 18 (90,0%), АсАТ – у 13 (65,0%), креатиніну і сечовини – у 1 (5,0%).

Інструментальні методи дослідження у хворих основної і контрольної групи починали з УСГ, яку проведено у всіх пацієнтів. Чутливість методу УСГ становила 77,4%.

На УСГ діагностовано пухлину проксимальної частини ПЖП у 63 (41,7%) хворих. Пухлина Кляцкіна на УСГ – це розширені внутріпечінкові жовчні ходи і нез'єднання через пухлинний утвір правої і лівої проток у місці утворення спільної печінкової протоки нерозширений холедох і жовчний міхур, що спався.

Пухлину середньої частини ПЖП сонографічно діагностовано у 38 (25,2%) пацієнтів. Ультрасонографічними ознаками пухлини у них були: розширені жовчні протоки вище пухлинного блоку, відсутність спільної жовчної протоки, застійний жовчний міхур.

Пухлину дистальної частини стверджено у 50 (33,1%) пацієнтів. У них виявлено розширений холедох, збільшений і напружений жовчний міхур, розширені внутріпечінкові жовчні протоки.

Для диференційної діагностики доброякісної і злоякісної природи об'єкту блокування проток у 4 (2,6%) хворих виконали прицільну тонкоголкову аспіраційну біопсію під ультразвуковим контролем з терміновим цитологічним дослідженням матеріалу.

Дифузні форми холангіокарциноми печінкових проток діагностовано на УСГ у 98 (64,9%) хворих, вузлові – у 53 (35,1%). Із них 48,3% утворень були ізоехогенними, 28,5% – гіперехогенними і 23,2% – гіпоехогенними.

За результатами УСГ, метастази у печінці візуалізовано у 19 (12,6%) хворих на пухлини ПЖП, що становить 70,4% загальної кількості пацієнтів із метастазами у печінці.

Конкременти у жовчному міхурі знайдено у 19 (12,6%) хворих, яким на УСГ поставлено діагноз пухлини ПЖП.

У контрольній групі конкременти у жовчному міхурі та холедоку візуалізовано у 17 (85,0%) пацієнтів, розширені жовчні протоки при УСГ виявлено у 18 (90,0%) хворих.

Якщо результат ультразвукового обстеження непереконливий і були сумніви у діагностиці – ми виконували КТ, яка забезпечує виявлення пухлини та оточуючих структур іноді краще, ніж УСГ. Цей метод застосовано у 14 (7,2%) пацієнтів з пухлинами ПЖП. Інформаційність КТ для ствердження рівня біліарної обструкції, спричиненої холангіокарциномою, становила 92,9%. Стадію пухлинного ураження точно визначили методом КТ у 11 (84,6%) пацієнтів з пухлинами ПЖП. Крім того, метод КТ дозволив ідентифікувати невеликі вузли (1 – 1,5 см у діаметрі), розширення з точністю до 1мм панкреатичної та жовчної проток, виявити незначні зміни жовчних проток.

У контрольній групі КТ застосовано у одного (5,0%) хворого.

З допомогою методу ЕРХПГ ми встановлювали у хворих на пухлини ПЖП точний рівень і причину обструкції жовчних шляхів, визначали межі пухлинного ураження, уточнювали розповсюдження пухлини у стінці жовчної протоки. Крім того, цей метод дає можливість проводити лікувальні маніпуляції на жовчних протоках – ендоскопічне стентування (ЕС) жовчних проток та папілосфінктеротомію (ЕПСТ).

ЕРХПГ застосовано у 37 (19,0%) пацієнтів, серед них у 7 (18,9%) хворих на пухлину проксимального відділу ПЖП, у 9 (24,3%) – середнього і у 21 (56,8%) – дистального. Цю маніпуляцію ми проводили з допомогою фіброволокнистого гастродуоденоскопа Olympus JF – 1T10 з боковою оптикою під контролем рентгенівського апарата. При ураженні пухлиною фатерового соска у 15 (71,4%) пацієнтів цей метод дозволив візуалізувати пухлину, оцінити ступінь ураження і взяти матеріал для гістологічного дослідження.

Діагноз пухлини різних відділів ПЖП стверджено цим методом у 32 хворих. Чутливість методу ЕРХПГ становила 86,5%.

ЕПСТ проведено у 19 (51,4%) пацієнтів. ЕС здійснено 7 (18,9%) хворим: у трьох хворих на рак дистальної частини ПЖП цю маніпуляцію було проведено з метою приготування хворого до подальшого радикального операційного втручання; в інших чотирьох пацієнтів з пухлинами проксимальної частини ПЖП це було кінцевим паліативним втручанням.

У контрольній групі ретроградне обстеження проведено у 9 (45,0%) хворих, із них у 7 (77,8%) контрастовано розширені жовчні протоки вище місця перешкоди, виявлено блокуючі конкременти, мікрохоледохолітиаз.

Для уточнення протяжності пухлинної стриктури, ступеня ураження жовчних проток перед їх дрениванням у 5 (2,6%) хворих на пухлини ПЖП ми виконували черезшкірну черезпечінкову холангіографію (ЧЧХГ). Діагноз раку ПЖП підтверджено цим методом у 4 (80,0%). У двох пацієнтів з пухлиною дистальної частини ПЖП першим етапом виконано черезшкірну черезпечінкову холецистостомію, у подальшому, їм проведено радикальні операції. У інших трьох хворих на пухлини проксимальної і середньої частини ПЖП виконано зовнішню черезшкірну черезпечінкову холангіостомію правої або лівої печінкової протоки, в одного ця маніпуляція була кінцевим втручанням.

У контрольній групі хворих не проводили ЧЧХГ з холангіостомією.

Застосування малоінвазійних методів лікування – ЕС, ЕПСТ і ЧЧХГ з холангіостомією для дренивання жовчних проток дозволило зменшити кількість ускладнень на 10,2%.

У 75 (38,5%) хворих на рак ПЖП для остаточного встановлення діагнозу проводили морфологічні методи дослідження – гістологічне обстеження біопсійного та операційного матеріалу, дослідження пунктату, експрес-цитологію. Морфологічно діагноз пухлини ПЖП підтверджено у 56 (28,7%) пацієнтів у 91,1% з них – гістологічно.

При гістологічній верифікації діагнозу раку ПЖП стверджено, що у 43 (84,3%) хворих була аденокарцинома різного ступеня диференціації, у 5 (9,8%) – папілярна аденокарцинома, у 2 (3,9%) – недиференційований рак. В одного (2,0%) хворого стверджено низькодиференційований аденогенний рак у поєднанні зі саркомоподібною трансформацією строми пухлини.

У контрольній групі хворих морфологічне дослідження проводилося у 15 (75,0%) хворих.

На підставі детального аналізу діагностичної цінності різних методів дослідження для покращання виявлення цієї патології розроблено діагностичний алгоритм обстеження пацієнтів з пухлинами ПЖП (рис.1).

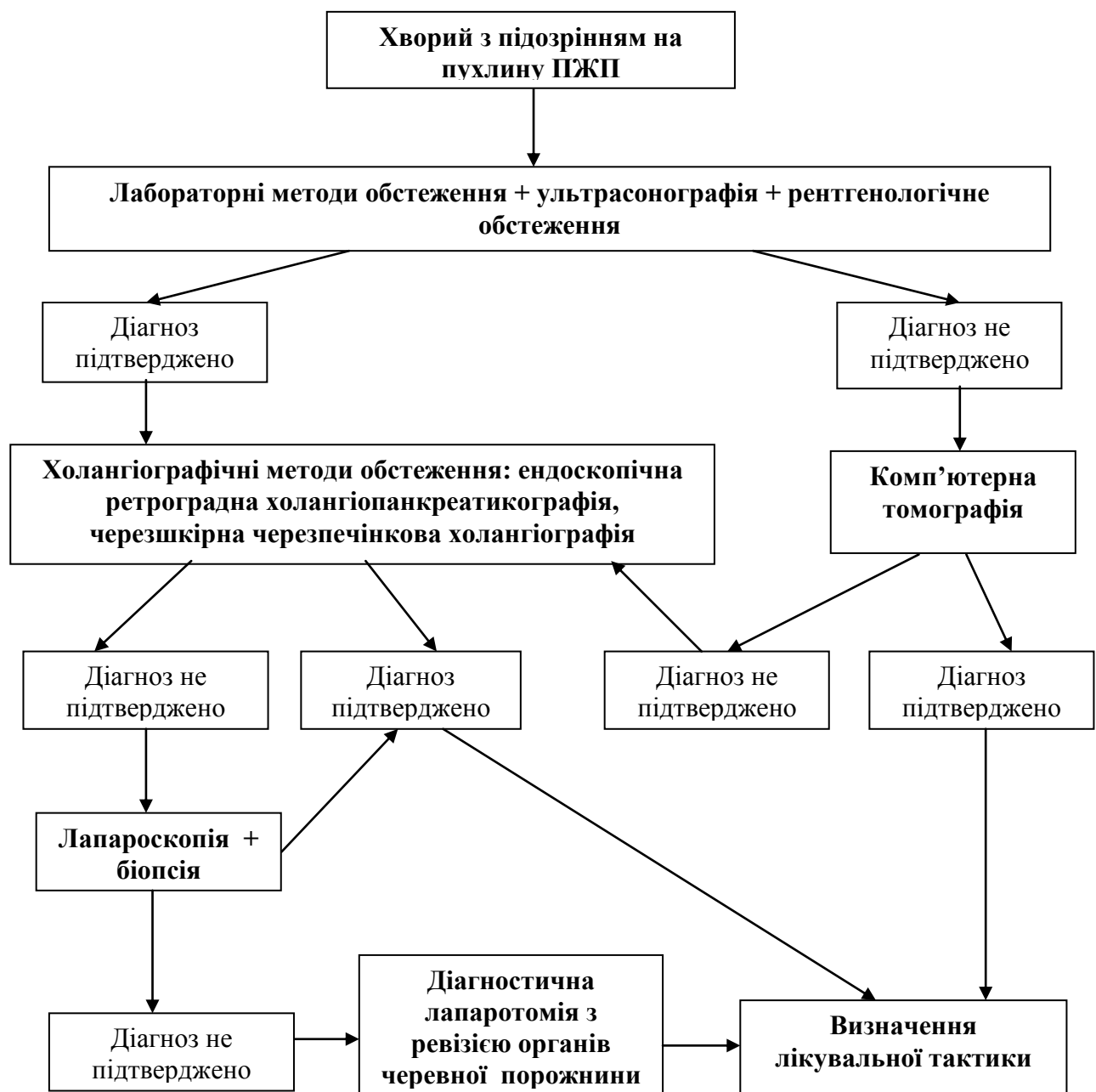


Рис.1. Діагностичний алгоритм для хворих з пухлинами ПЖП.

Завдяки використанню запропонованого алгоритму правильний діагноз перед операцією встановлено у 92,3% пацієнтів основної групи. У контрольній групі правильний діагноз встановлено у 19 (95,0%) хворих.

Хірургічне лікування проведено у 145 (74,4%) хворих на рак ПЖП. Вибір методу операції визначали за загальним станом і віком хворого, локалізацією пухлини, ступенем її розповсюдженості, тривалістю жовтяниці, вираженістю печінково-ниркової недостатності та характером супровідної патології.

Суттєву роль у цих хворих ми відводили консервативній терапії та передопераційному приготуванню, яке було спрямоване на нормалізацію гомеостазу, створення функціональних резервів для життєво важливих органів, лікування ускладнень і супровідної патології. Лікування залучало інфузійну детоксикаційну терапію в адекватній кількості, антибактерійні препарати – цефалоспоринові антибіотики (рефлін, кефзол 3г на добу, зіноцеф 2г на добу, цефотаксим, цефтріаксон 3г на добу, цефобід 2г на добу), фторхінолони (цифран 400мг, ципринол 400-600мг, занозин 400мг на добу) у комбінації з метрогілом 1,5г на добу, гепатопротектори (гепабене, карсил, есенціале), гормонотерапію (гідрокортизон, преднізолон, дексаметазон), симптоматичне лікування.

У цих пацієнтів проведено 146 операційних втручань: 56 (38,4%) – при проксимальній локалізації пухлини, 36 (24,7%) – при середній і 54 (37,0%) – при дистальній. Проведено 21,9% радикальних і 66,4% паліативних операцій. У 7,5% хворих виконано ВАПХТ. Експлораційну лапаротомію перенесло 4,1% пацієнтів з пухлинами цієї локалізації. У одного (0,7%) пацієнта з пухлиною дистальної частини холедоха виконано дві операції: холедохостомію та другим етапом – панкреатодуоденальну резекцію.

Оперовано 18 (90,0%) хворих контрольної групи. У цих хворих здійснено холедохолітоекстракцію, білідигестивне або зовнішнє дренивання жовчних проток.

Радикальну операцію з приводу пухлини ПЖП різної локалізації виконано у 32 (21,9%) хворих. Вибір методу радикального втручання залежав від локалізації пухлини, анатомічних особливостей, стадії процесу, попередніх операцій на жовчних протоках.

Радикальні операції ми провели у 7 (21,9%) хворих **на пухлини проксимальної частини ПЖП (пухлини Кляцкіна)** (T₁₋₃N₀₋₁M₀). Показник резекційності для раку цієї локалізації становив 12,5%.

У 5 (71,4%) пацієнтів з пухлинами проксимальної частини ПЖП виконано холецистектомію, резекцію жовчних проток із пухлиною з видаленням лімфатичних вузлів гепатодуоденальної зв'язки та бігепатикоєюностомію на виключеній за Ру петлі тонкої кишки. В одної (14,3%) пацієнтки підчас операції після холецистектомії та резекції пухлини знайдено третю протоку з квадратної частки печінки, у зв'язку із тим після резекції жовчних проток з пухлиною сформували тригепатикоєюностомію на виключеній за Ру петлі кишки. Ще одному (14,3%) хворому провели холецистектомію, роз'єднання холедоходуоденоанастомозу, дуоденорафію, резекції жовчних проток з пухлиною, гепатикоєюно-, гастроентеро- та ентероентеростомію за Брауном.

Ускладнення після цих операцій виникло у 3 (42,9%) хворих. У двох із них розвинулася неспроможність швів бігепатикоєюноанастомозу, яка призвела до розлитого фібриново-гнійного

перитоніту. В одної пацієнтки післяопераційний період ускладнився декомпенсованою печінковою недостатністю.

Причиною смерті 2 хворих був розлитий фібриново-гнійний перитоніт і декомпенсована печінкова недостатність.

Радикально оперовано 9 (28,1%) пацієнтів із пухлинами середньої частини ПЖП (T₁₋₃N₀₋₁M₀). Із них 8 (88,9%) оперовано відкритим методом і в однієї (11,1%) хворої застосовано лапароскопічну техніку. Показник резекційності у хворих на пухлини цієї локалізації дорівнював 25,0%.

У 6 (75,0%) із них ми виконали холецистектомію, резекцію гепатикохоледоха з пухлиною зі збереженням онкологічної межі та гепатикодуоденостомію “кінець до боку”. В одного (12,5%) хворого, у зв’язку з поширенням пухлини у проксимальному напрямку після холецистектомії і резекції жовчних проток з пухлиною проведено бігепатикодуоденостомію. У іншого (12,5%) пацієнта, з огляду на високе впадіння міхурової протоки у загальну жовчну, невеликі розміри пухлини (0,5 × 1 см), її внутрішньопротокове розміщення, після резекції холедоха з пухлиною ми провели холедоходуоденостомію “кінець до боку”.

Ускладнення після цих операцій розвинулися у одного (12,5%) пацієнта, в якого у післяопераційному періоді виникла декомпенсована печінкова недостатність.

В однієї (11,1%) пацієнтки проведено діагностичну лапароскопію, лапароскопічну холецистектомію, холедохотомію, лапароскопічну резекцію гепатикохоледоха та зовнішнє дренажування жовчних проток.

При ревізії черевної порожнини у хворої виявлено розлитий жовчний перитоніт, жовчний міхур із флегмонозно-гангренозним запаленням із конкрементами середнього розміру, у ділянці впадіння протоки жовчного міхура – щільний пухлинний утвір загальної жовчної протоки до 1,5см у діаметрі, який не розповсюджується на суміжні органи і магістральні судини, жовчні протоки проксимальніше пухлини поширені, відсутні метастази у лімфатичні вузли, печінку та інші органи. Виконано типову холецистектомію від шийки. На відстані 1см від верхнього краю пухлинного утвору виконано холедохотомію, отримано гнійну жовч білого кольору і густої консистенції, яку евакуйовано, видалено пухлину з оточуючих тканин. Проведено резекцію холедоха з пухлиною зі збереженням онкологічної межі. Дистальний кінець холедоха кліповано й у проксимальний заведено і фіксовано рентгеноконтрастну дренажну трубку, яку виведено назовні. У цієї хворої не відмічено ускладнень.

Після радикальних втручань з приводу пухлин середньої частини ПЖП один пацієнт помер від декомпенсованої печінкової недостатності.

Із приводу пухлин ПЖП дистальної локалізації радикально оперовано 16 (50,0%) хворих. У 11 (68,8%) із них проведено панкреатодуоденальну резекцію (ПДР), у інших 5 (31,3%) –

трансдуоденальну папілектомію з холецистектомією. Показник резекційності у пацієнтів з пухлинами цієї локалізації дорівнював 29,6%.

ПДР у пацієнтів з пухлинами папіли і ретродуоденального відділу холедоха ($T_{1-3}N_{0-1}M_0$), ми виконували, приділяючи особливу увагу її реконструкційному етапові. Велике значення надавали сегменту кишки, який використовується для послідовного накладання панкреатикоєюностомії, холедохоєюностомії, гастроентеростомії “кінець до боку”. Цей сегмент повинен бути достатньо мобілізованим, мати надійне кровопостачання. У дистальний відділ панкреатичної протоки проводили і фіксували лігатурою до його стінки силіконовий катетер, довжиною до 15-20 см з численними боковими отворами, який пізніше вводили у просвіт порожньої кишки. Дренування панкреатичної протоки “схованим” дренажем забезпечує зменшення гіпертензії у ділянці анастомозу та запобігає неспроможності швів панкреатоєюноанастомозу. Іноді дренажну трубку із панкреатичної протоки, як й із печінкової протоки, через кишку та контрапертуру у правій боковій черевній стінці виводили назовні на кілька перших післяопераційних днів.

Ускладнення після ПДР трапилися у 4 (36,4%) пацієнтів. У 3 (75,0%) післяопераційний період ускладнився неспроможністю швів – у одного пацієнта виникла тонкокишкова норичя, інший мав у післяопераційному періоді жовчну норичю, у третього хворого розвинувся жовчний перитоніт. У одного (25,0%) хворого на пухлину дистального відділу холедоха виникла гостра печінкова недостатність. Летальність після ПДР у хворих на пухлини ПЖП становила 9,1%.

Трансдуоденальну папілектомію з холецистектомією виконано у 5 (31,3%) пацієнтів з пухлинами папіли $T_{ins-1}N_0M_0$.

Ускладнення після цієї операції: у одного (20,0%) хворого розвинувся гострий гнійно-некротичний панкреатит, фібриновий перитоніт і від наростаючої інтоксикації пацієнт помер.

Паліативні операції ми проводили у пацієнтів з дифузним поширенням пухлинного процесу або з новотвором, що місцево унеможлиблює резекцію при одночасно малому операційному ризику. Ці втручання ми виконали у 97 (66,9%) хворих: у 39 (40,2%) були пухлини проксимальної частини жовчних проток, у 22 (22,7%) – середньої та у 36 (37,1%) – дистальної. Вибір методу операції у хворих на рак ПЖП залежав від загального стану, віку, супровідної патології, локалізації і розповсюдження пухлини, умов для тої чи іншої операції у конкретного пацієнта.

У 39 (40,2%) хворих на рак ПЖП, при неможливості видалити пухлину і при локалізації процесу в дистальному відділі загальної жовчної протоки та у ділянці папіли, накладено різні варіанти **білідигестивного анастомозу**: холедоходуоденоанастомоз, гепатикодуоденоанастомоз, бігепатикодуодено- та бігепатикоєюноанастомоз і холецистогастроанастомоз.

У 28 (28,9%) пацієнтів здійснено **реканалізацію пухлини і накладення “схованого” дренажу** з численними боковими отворами через місце звуження протоки пухлиною. Встановлювали хлорвінілові рентгеноконтрастні стенти з великим діаметром (4,5 мм і >).

Ендопротезування виконали у 21 (75,0%) хворого з проксимальною локалізацією пухлини ПЖП, у 7 (25,0%) – із середньою. У 22 хворих на пухлини частини ПЖП після розбужування дренажну трубку введено у праву печінкову протоку, у 3 – у ліву. Інші 3 пацієнти перенесли дренивання обох печінкових проток розщепленою або окремими дренажними трубками. Стенти у всіх хворих встановлювали так, щоб дистальний кінець трубки не виходив за межі сфінктера печінково-підшлункової ампули, що запобігає закиданню вмісту ДПК у жовчні протоки і виникненню у них холангіту.

У одного (1,0%) хворого на пухлину у ділянці злиття печінкових проток і переважним ураженням лівої печінкової протоки проведено реканалізацію та **стентування лівої печінкової протоки та анастомоз правої печінкової протоки** із виключеною за Ру петлею тонкої кишки.

Зовнішнє дренивання жовчних проток із розбужуванням пухлини застосовано у 27 (27,8%) пацієнтів. Цю операцію виконали у 14 (51,9%) пацієнтів з пухлинами проксимальної частини ПЖП, у 10 (37,0%) – з пухлинами середньої частини ПЖП й у 3 (11,1%) – з пухлинами дистальної частини ПЖП.

У 2 (2,1%) пацієнтів внаслідок проростання раковою пухлиною ДПК здійснено: антрумектомію, гастроентеростомію “бік до боку” в одного і гастроентеростомію “бік до боку” та ентероентеростомію за Брауном – у іншого.

Ускладнення після паліативних операцій виникли у 13 (13,4%) пацієнтів. У 4 із них у післяопераційному періоді виникла кровотеча із поліорганною недостатністю, по 3 – мали жовчну норичу і печінкову недостатність, 2 – внутрішньочеревну кровотечу та один – гнійні ускладнення – гнійний холангіт, множинні абсцеси печінки і двобічну бронхопневмонію. Післяопераційна смертність становила 6,2%.

ВАПХТ після катетеризації печінкової артерії або черевного стовбура за Сельдінгером застосовували 11 (7,6%) хворим через 4 – 6 тижнів після операції і нормалізації загальноклінічних та біохімічних лабораторних показників – зникнення ознак поліорганної недостатності.

Для ВАПХТ у 7 (63,6%) хворих застосовували 5-фторурацил (10-15мг/кг один раз на добу) і по двоє (18,2%) отримували 5-фторурацил у поєднанні з доксорубіцином (30мг/м²) та 5-фторурацил із цисплатином (20мг/м²), які вводили за допомогою інфузатора через агіографічний катетер протягом 3-5 діб. Всього цим пацієнтам провели від одного до чотирьох курсів лікування хіміопрепаратами. Протипоказаннями до ВАПХТ у хворих на пухлини ПЖП були: поліорганна недостатність, гіпербілірубінемія > 80ммоль/л, наявність метастазів у віддалених органах, важкий стан пацієнта, зумовлений супровідною патологією.

На підставі ретельного аналізу ефективності різних методів лікування пацієнтів з пухлинами цієї локалізації розроблено схему лікування хворих на рак ПЖП, яка містила чотири етапи (рис.2).

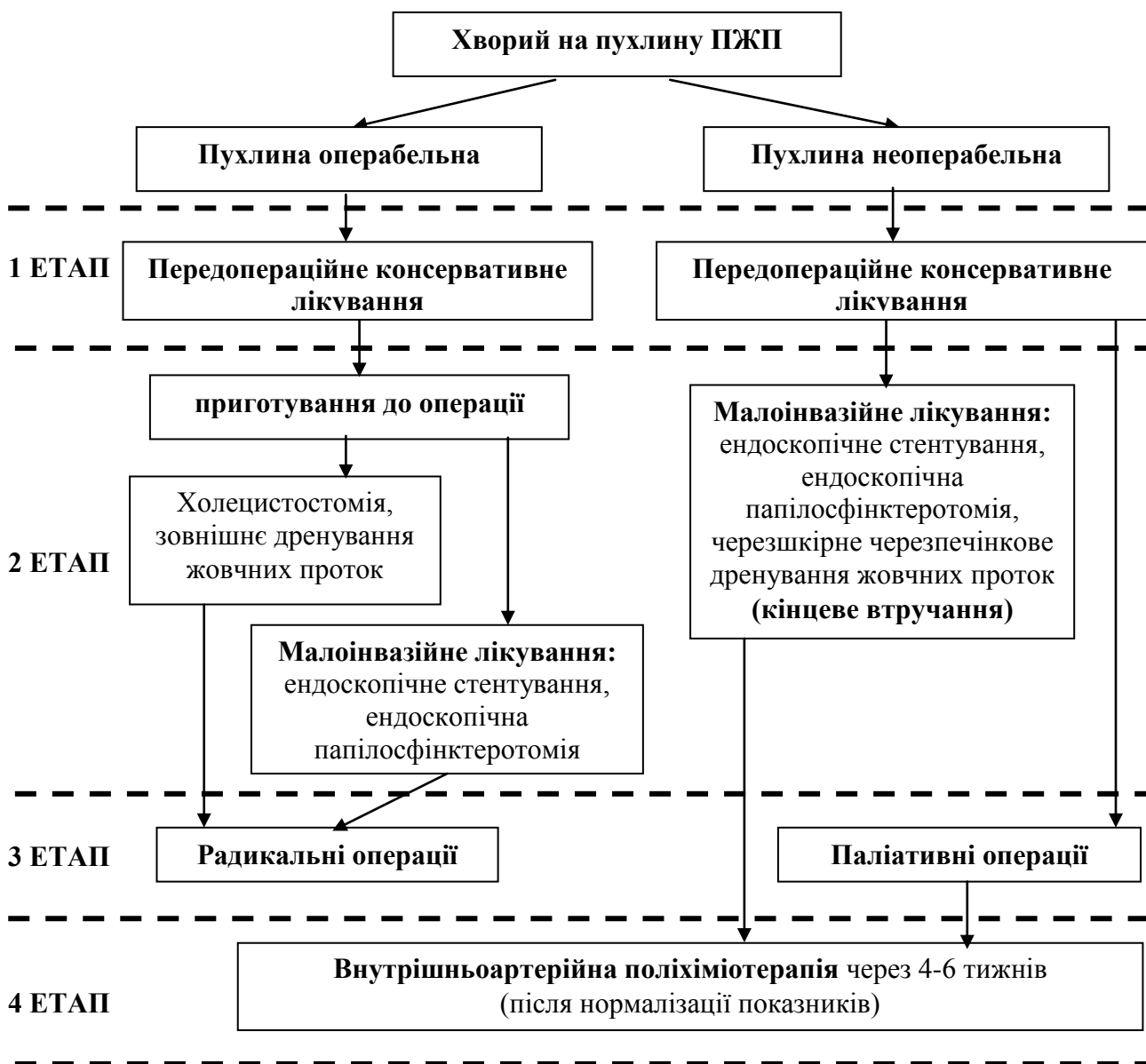


Рис. 2. Схема лікування хворих на пухлини ПЖП

Віддалені результати вивчено у 126 (68,8%) пацієнтів, яких виписали з клініки. Однорічне виживання після радикальних операцій стверджено у 20 (83,3%), трирічне – у 9 (37,5%), п’ятирічне – у 3 (12,5%) хворих на пухлини ПЖП.

Термін виживання пацієнтів із пухлинами дистальної частини ПЖП знаходився у межах від 11 до 76 місяців, середній – $32,3 \pm 16,3$ місяця. Одно-, три- та п’ятирічне виживання після радикальних операцій у них дорівнювало відповідно 83,3%, 41,6% та 16,7%. Пацієнти із пухлиною середньої третини жовчних проток жили після радикальних операцій від 10 до 62 місяців, у середньому – $32,1 \pm 10,6$ місяця. Одно-, три-, та п’ятирічне виживання у цих хворих становило відповідно 85,7%, 42,9% і 14,3%. Термін виживання хворих на пухлини проксимальної частини ПЖП (пухлини Кляцкіна) після радикальних операцій був у межах від 9 до 50 місяців, середній –

24,8 ± 8,1 місяця. Більше року жило 80,0% оперованих, три роки і більше – 20,0%, більше п'яти років не жив ніхто із обстежених пацієнтів з пухлинами цієї локалізації.

Серед хворих, які перенесли паліативні втручання, зокрема після накладання біліодигестивних анастомозів, середній термін виживання становив 14,3 ± 4,8 місяця, після накладання схованих дренажів жовчних проток – 9,2 ± 3,7 місяців, після зовнішнього дренивання – 5,6 ± 1,8 місяця; пацієнт після стентування лівої печінкової протоки та анастомозу правої печінкової протоки із виключеною за Ру петлею тонкої кишки прожив після втручання 18 місяців.

Середній термін виживання хворих після ВАПХТ дорівнював 15,3 ± 4,0 місяця, причому однорічне їх виживання становило 63,6%.

ВИСНОВКИ

У дисертації узагальнено і запропоновано нові напрямки вирішення актуальних питань діагностики та лікування хворих на пухлини позапечінкових жовчних проток, опрацьовано і впроваджено діагностичний алгоритм і схему лікування для цієї групи хворих.

1. Пухлини позапечінкових жовчних проток займають особливе місце серед захворювань біліарної системи, за останній час простежується збільшення надходження хворих на рак цієї локалізації: за нашими спостереженнями за останні 12 років кількість хворих зросла приблизно у 7 разів.
2. Клінічна картина пухлин позапечінкових жовчних проток характеризується подібністю до інших захворювань гепатобіліарної системи, жодний із симптомів не є патогномонічним для верифікації діагнозу, а тільки націлює на нього та визначає напрямок подальшого обстеження хворого. Застосування лабораторних обстежень дозволяє виявити такі ускладнення пухлин жовчних проток, як механічна жовтяниця, анемія, холангіт, печінково-ниркова недостатність, а також супровідні захворювання і впливає на вибір оптимальної хірургічної тактики.
3. Основними методами діагностики пухлин позапечінкових жовчних проток є ультразвукографія, комп'ютерна томографія та холангіографічні методи. Чутливість ультразвукографії у виявленні раку цієї локалізації становить у середньому 77,4% (при проксимальній локалізації 77,8%, при середній – 76,0%, при дистальній – 78,1%); чутливість комп'ютерної томографії досягає 100,0%; чутливість ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатикографії – 86,5%; чутливість черезшкірної черезпечінкової холангіографії – 80,0%.
4. Малоінвазійні методи лікування – ендоскопічне стентування, ендоскопічна папілосфінктеротомія із меншим ризиком для пацієнта можуть замінити паліативне

хірургічне втручання у хворих на пухлини позапечінкових жовчних проток, що не підлягають резекції.

5. Радикальним хірургічним втручанням у хворих на пухлини проксимальної частини позапечінкових жовчних проток є резекція жовчних проток із пухлиною, доповнена видаленням лімфатичних вузлів гепатодуоденальної зв'язки та формуванням білідигестивного анастомозу на "схованих дренажах". У пацієнтів із локалізацією раку у середній частині протоки виконують резекцію гепатикохоledoха з пухлиною і білідигестивний анастомоз. При пухлинах дистальної локалізації радикальним втручанням є панкреатодуоденальна резекція. В окремих випадках при пухлинах папіли T_{INS-1}N₀M₀ виконують трансдуоденальну папілектомію.
6. У окремих пацієнтів з пухлинами середньої частини позапечінкових жовчних проток можна застосовувати лапароскопічну техніку операції – резекцію протоки з пухлиною і білідигестивний анастомоз.
7. Ступінь резекційності пухлини позапечінкових жовчних проток збільшується одночасно із віддаленістю раку від воріт печінки, складаючи 12,5% у хворих з проксимальною локалізацією, 25,0% – у хворих з середньою локалізацією і 29,6% - з дистальною локалізацією пухлини.
8. Показаннями до паліативних втручань у хворих на рак позапечінкових жовчних проток є проростання пухлиною ворітної вени, віддалені метастази, поширення пухлини на сегментні протоки печінки, важка супровідна патологія.
9. У хворих на нерезекційні пухлини позапечінкових жовчних проток доцільно стосувати паліативне хірургічне лікування, доповнювати його ВАПХТ, що підвищує показник однорічного виживання пацієнтів до 63,6%.
10. Опрацьовані діагностичний алгоритм і комплексна схема лікувальної тактики у пацієнтів з пухлинами позапечінкових жовчних проток довели свою клінічну ефективність і створили передумови для покращання виявлення і вибору адекватної лікувальної тактики при цій патології.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ НАУКОВИХ ПРАЦЬ

1. Дутка Я.Р., Павловський М.П. Діагностика і хірургічне лікування новотворів проксимальних відділів жовчних проток (пухлин Кляцкіна) // Acta Medica Leopoliensia. – 2002. – Т.8. – №1. – С.95-97. Автор самостійно здійснив інформаційно-патентний пошук і написав аналітичний огляд літератури, де висвітлив можливості різних методів діагностики пухлин ПЖП, критично проаналізував методи лікування хворих і визначив нерозв'язані проблеми.

2. Павловський М.П., Дутка Я.Р. Особливості клініки, діагностики та лікування пухлин позапечінкових жовчних проток // Acta Medica Leopoliensia. – 2002. – Т.8. – №2. – С.43-45. Автор брав участь у діагностичному пошуку і лікувальному процесі більшості пацієнтів на пухлини ПЖП, опанував методи діагностики і лікування цих хворих. Самостійно набрав і узагальнив клінічний матеріал, описав результати, вивчив можливості методів діагностики та лікувальну цінність різних видів операційних втручань, обґрунтував висновки.
3. Дутка Я.Р., Чикайло А.Т., Шахова Т.І., Павловський М.П. Особливості хірургічного лікування хворих з пухлинами позапечінкових жовчних проток // IX Конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств: Тези доповідей. – Луганськ, 2002. – С.403. Автор брав участь у діагностичному пошуку і операціях більшості пацієнтів на пухлини ПЖП. Самостійно набрав і узагальнив клінічний матеріал, описав результати, вивчив технічні аспекти різних видів паліативних і радикальних операцій.
4. Павловський М.П., Дутка Я.Р., Шахова Т.І., Вишневецький В.І. Відновлюючі та реконструктивні операції при злоякісних ураженнях позапечінкових жовчних проток // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2002. – Т.3. – №2. – С.207-209. Автор брав участь у діагностичному пошуку і операціях більшості пацієнтів на пухлини ПЖП. Самостійно набрав і узагальнив клінічний матеріал, описав результати і обґрунтував висновки.
5. Павловський М.П., Дутка Я.Р., Іванків Т.М. Застосування внутріартеріальної поліхіміотерапії у пацієнтів з пухлинами позапечінкових жовчних проток // Вісник морської медицини. – 2003. – №2. – С.249-250. Автор брав участь в обстеженні пацієнтів, постановці внутрішньоартеріальних катетерів і лікувальному процесі. Самостійно набрав і узагальнив клінічний матеріал, обґрунтував висновки, вивчив безпосередні і віддалені результати лікування хворих на пухлини ПЖП після проведення ВАПХТ.
6. Дутка Я.Р. Оцінка віддалених результатів лікування хворих з пухлинами позапечінкових жовчних проток // Практична медицина. – 2003. – Т.9. – №5. – С.72-74.

АНОТАЦІЯ

Дутка Я.Р. Пухлини позапечінкових жовчних проток: сучасні аспекти діагностики і хірургічного лікування. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія. – Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, 2004.

Дисертація присвячена актуальним проблемам діагностики та хірургічного лікування пухлин позапечінкових жовчних проток (ПЖП).

Комплексне вивчення результатів клінічних, фізикальних, лабораторних, інструментальних, морфологічних досліджень здійснено у 195 хворих на пухлини ПЖП. На підставі аналізу клінічного матеріалу запропоновано алгоритм верифікації захворювання.

Опрацьовано ефективні і раціональні методи лікування хворих з огляду на вік та загальний стан, локалізацію і стадії пухлинного процесу. У лікувальній тактиці визначено показання до застосування малоінвазивних і операційних методів, а також внутрішньоартерійної хіміотерапії. Досягнені результати дозволили диференціювати та індивідуалізувати вибір оптимальної тактики у хворих на рак ПЖП і при цьому зменшити кількість ускладнень і летальність. Запропоновано схему лікувальної тактики у пацієнтів з пухлинами ПЖП.

Проаналізовано віддалені результати лікування хворих на пухлини ПЖП, при цьому порівнювали ефективність різних видів операційних втручань та внутрішньоартерійної поліхіміотерапії (ВАПХТ).

Ключові слова: пухлини позапечінкових жовчних проток, діагностика, хірургічне лікування.

АННОТАЦІЯ

Дутка Я.Р. *Опухоли внепеченочных желчных протоков: современные аспекты диагностики и хирургического лечения.* – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. – Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Львов, 2004.

Диссертация посвящена актуальным проблемам диагностики и хирургического лечения больных с опухолями внепеченочных желчных протоков (ВЖП).

Совершено комплексное изучение результатов клинических, физикальных, лабораторных, инструментальных, морфологических исследований у 195 больных с опухолями ВЖП. Установлены и изучены диагностические критерии рака ВЖП разной локализации. Показана диагностическая ценность и возможности ультрасонографии, компьютерной томографии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатикографии, чрезкожной чрезпеченочной холангиографии, рентгенологического и морфологического исследования при выявлении опухолей этой локализации.

На основании тщательного анализа клинического материала предложен алгоритм верификации заболевания, который пригоден к использованию в общехирургической клинике.

Благодаря применению диагностического алгоритма правильный диагноз до операции установлен у 92,3% пациентов с опухолями ВЖП.

Хирургическое лечение проведено у 145 (74,4%) больных. Из них опухоли проксимального отдела ВЖП были у 56 (38,6%), среднего – у 36 (24,8%) и дистального – у 53 (36,6%) пациентов. Радикальные операции выполнены у 21,9% пациентов. При проведении паллиативных операций отдавали предпочтение внутреннему дренированию желчных путей.

Предложены эффективные и рациональные методы лечения больных с опухолями ВЖП исходя из возраста и общего состояния, локализации и стадии опухолевого процесса. В лечебной тактике определены показания к применению малоинвазивных, лапароскопических и операционных методов, а также внутриартериальной химиотерапии.

Достигнутые результаты позволили дифференцировать и индивидуализировать выбор оптимальной тактики у больных с опухолями ВЖП и при этом уменьшить количество осложнений и летальность. На основании полученных данных предложена комплексная схема лечебной тактики, которая состояла из четырех этапов. Первый этап включал консервативное лечение – подготовку больных к операции. Вторым этапом проводили дренирование билиарного дерева, которое было направлено на подготовку к радикальной операции или было окончательным вмешательством у пациентов с нерезектабельным раком ВЖП. Предпочтение отдавали малоинвазивному лечению, что позволило сократить частоту осложнений на 10,2%. На третьем этапе лечения проводили операционные вмешательства. Четвертый этап лечения включал внутриартериальную полихимиотерапию (ВАПХТ) у больных с опухолями ВЖП после нормализации общего состояния пациента и лабораторных показателей спустя 4 – 6 недель после палиативных операций.

У пациентов с опухолями ВЖП изучали сроки выживания после проведения разных видов хирургического лечения. Отдаленные результаты изучены у 126 (68,8%) пациентов. Проанализировано отдаленные результаты лечения больных с опухолями ВЖП, при этом сравнивали эффективность радикальных и паллиативных оперативных вмешательств, ВАПХТ и качество жизни пациентов.

По результатам исследования однолетнее выживание после радикальных операций отмечено у 83,3%, трехлетнее – у 37,5%, пятилетнее – у 12,5% пациентов с опухолями ВЖП. Средний термин выживания составил $32,3 \pm 16,3$ месяца у больных с опухолями дистальной части ВЖП; $32,1 \pm 10,6$ месяца у больных с опухолями средней части ВЖП и $24,8 \pm 8,1$ месяца у больных с опухолями проксимальной части ВЖП. У больных, которым выполнили паллиативные операции, самый высокий термин выживания отмечен после билиодигестивных анастомозов.

У больных с нерезектабельными формами рака ВЖП доказана рациональность дополнения хирургического лечения ВАПХТ. Применение ВАПХТ позволило увеличить однолетнее выживание пациентов на 14,5%.

Ключевые слова: опухоли внепеченочных желчных протоков, диагностика, хирургическое лечение.

SUMMARY

Dutka Ya.R. *Tumors of extrahepatic bile ducts: current aspects of diagnosis and surgical treatment.* – Manuscript.

Dissertation for the scientific degree of candidate of medical sciences by speciality 14.01.03 – surgery. – Danylo Halytskyi National Medical University of Lviv, Lviv, 2004.

Dissertation is dedicated to the research of emerging problems of diagnosis and surgical treatment for tumors of the extrahepatic bile ducts (EHBD).

Complex investigation of the results of clinical, physical, laboratory, and morphological studies have been conducted in 195 patients with EHBD tumors. On the basis of analysis of the clinical material, schedule for the verification of the disease has been suggested.

Efficient methods of management have been elaborated in regard to the patients' age, general health status, location and stages of the tumor processes. In the tactics of treatment, indications for the employment of non-invasive methods and intra-arterial chemotherapy methods have been determined. Obtained results permitted to differentiate and individualize the election of optimal tactics in patients with cancer of EHBD, decreasing at that incidence of complications and mortality rate. The schedule of curative tactics in patients with EHBD tumors has been worked out.

Remote results of treatment in patients with EHBD tumors have been analyzed, efficiency of various operative interventions and intraarterial polychemotherapy (IAPCT) have been compared.

Key words: tumors of extrahepatic bile ducts, diagnosis, surgical treatment.