

Пучинская М. В.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА В ПРАКТИКЕ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ

*Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра патологической анатомии, 1-я кафедра хирургических болезней*

Поражения различных органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) (поджелудочной железы (ПЖЖ), большого дуоденального сосочка (БДС), желчного пузыря (ЖП) проксимального (ПрОХ) и терминального отделов холедоха (ТОХ)) являются одними из самых частых в практике общехирургических стационаров. В большинстве случаев причиной их являются воспалительные заболевания. В то же время у относительно небольшого числа пациентов отмечается опухолевое поражение органов этой зоны, которое зачастую бывает сложно диагностировать из-за сходства симптомов различных по своей природе заболеваний БПДЗ. Так, одним из частых проявлений опухолей БПДЗ является механическая желтуха (МЖ), по поводу которой пациенты обычно госпитализируются в общехирургические стационары по месту жительства, где необходимо дообследование пациентов, в том числе с использованием современных методов медицинской визуализации, и проведение вмешательств для ликвидации билиарной гипертензии.

Наиболее частыми опухолями БПДЗ являются поражения ПЖЖ [5] и внепеченочных желчных протоков [2, 3]. В связи с длительным бессимптомным течением они часто выявляются на поздних стадиях, что существенно затрудняет их радикальное лечение и ведет к низкой выживаемости пациентов. Кроме того, у многих пациентов состояние осложняется наличием у них МЖ опухолевого генеза [4], в связи с чем перед применением специальных методов лечения необходимо выполнение билиарной

декомпрессии. Арсенал методов, применяемых с этой целью, в настоящее время достаточно широк и включает как открытые вмешательства, так и малоинвазивные процедуры [1]. Выбор конкретной методики определяется многими факторами, в том числе локализацией опухоли, уровнем билирубина, тяжестью состояния пациента и наличием у него сопутствующей патологии, технической возможностью выполнения процедуры в конкретном стационаре. Следует отметить, что билиарная декомпрессия часто проводится в условиях хирургических (не онкологических) стационаров, что делает проблему опухолей БПДЗ актуальной не только для онкологов, но и для хирургов общего профиля.

Материалы и методы

На базе 1-го хирургического (экстренного) отделения 10-й городской клинической больницы Минска по «Журналам регистрации пациентов» был произведен поиск пациентов с заключительным клиническим диагнозом опухолей органов БПДЗ, проходивших лечение в 2007–2011 годах. Отметим, что поскольку не во всех случаях была получена верификация злокачественной природы опухоли, в настоящее исследование были включены пациенты с формулировками «опухоль», «новообразование», «рак» в диагнозе. Впоследствии были более подробно проанализированы данные историй болезни этих пациентов. Последующее специальное лечение пациентов анализировалось на основании выписок из медицинской документации на базе Минского городского клинического онкологического диспансера (МГКОД). Статистическая обработка полученных результатов выполнялась в программах Microsoft Excel и Statistica 6.0 (StatSoft. Inc) с использованием методов описательной статистики.

Результаты и обсуждение

За указанный период в отделении было пролечено 14 810 пациентов, причем пациенты с опухолями БПДЗ госпитализировались 105 раз, что составило 0,709 %. В то же время среди пациентов, поступавших в отделение с указанием на МЖ в диагнозе при направлении, пациентов с опухолями БПДЗ было 29,05 %, то есть более чем в четверти случаев выявлялись опухолевые поражения. 59 % пациентов составляли женщины и 41 % — мужчины. Медиана возраста пациентов на момент госпитализации составила 68,5 (от 41 до 92) лет.

В структуре опухолей БПДЗ лидировали: поражение ПЖЖ — 56,19 %, опухоли БДС составляли 9,52 %, желудка с прогрессированием и метастатическим поражением лимфоузлов гепатодуоденальной связки — 7,62 %, ПрОХ и ЖП — по 6,67 %, ТОХ — 4,76 %. У 3 (2,86 %) пациентов диагностировано поражение холедоха без уточнения уровня поражения, в 2 (1,90 %) случаях отмечено поражение БПДЗ без дополнительных уточнений, также у 2 (1,90 %) пациентов причиной МЖ стала опухоль ободочной кишки с распространением на гепатодуоденальную связку.

Более подробно нами были проанализированы данные историй болезни 51 пациента. Наиболее характерным изменением лабораторных показателей у пациентов было повышение уровней общего (медиана — 168,6; от 8,0 до 798,4 мкмоль/л) и прямого (медиана — 119,0; от 4,1 до 318,3 мкмоль/л) билирубина, а также связанное с явлениями МЖ нарушение функций печени, проявлявшееся в повышении уровней аланинаминотрансферазы (АЛТ) (медиана — 110 Ед/л; от 4 до 643 Ед/л) и аспарагинаминотрансферазы (АСТ) (медиана — 87,5 Ед/л; от 17 до 377 Ед/л).

Для уточнения причины МЖ применялись различные методы медицинской визуализации, наиболее часто ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП) и компьютерная томография (КТ) ОБП. Отметим, что практически во всех случаях выявление признаков опухоли при КТ являлось основанием для выставления такого диагноза; напротив, если при КТ признаков опухоли или дополнительного объемного образования органов БПДЗ не выявлялось, диагноз опухолевого поражения обычно не выставлялся. Диагностическая ценность УЗИ была ниже. Так, первичная опухоль визуализировалась лишь в 43,14 % случаев, у 66,67 % пациентов отмечено расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков. В целом УЗИ ОБП хорошо выявляло косвенные признаки билиарной гипертензии, однако установить ее опухолевую этиологию могло не всегда.

Пациентам с гипербилирубинемией в хирургическом стационаре проводилось лечение, направленное на ликвидацию препятствия для оттока желчи. Для этого выполнялись как открытые, так и миниинвазивные вмешательства. Наиболее часто использовались открытые операции с наложением различных видов билиодигестивных анастомозов ($n = 14$, 29,17 %), стентирование холедоха выполнялось в 8 (16,67 %) случаях, чрезкожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) — в 6 (12,5 %). 8 (16,67 %) пациентам в связи с низким уровнем билирубина (преимущественно при опухолях ЖП) вмешательства не требовались, еще в 5 (10,42 %) случаях вмешательства по различным причинам (в том числе отказ пациента и перевод его в другое лечебное учреждение) не проводились. Лишь в 1 (2,08 %) случае была выполнена радикальная операция (панкреатодуоденальная резекция — ПДР), которая, однако, проводилась по поводу псевдотуморозного панкреатита, но после гистологического исследования материала был выявлен рак ПЖЖ.

Последующее лечение на базе МГКОД было возможно оценить лишь для 54 пациентов. В связи с большой распространенностью опухолевого процесса на момент установления диагноза специальное лечение не было показано 24 (44,44 %) пациентам. В 12 (22,22 %) случаях проводилась паллиативная химиотерапия, наиболее часто фторурацилом в монорежиме. Отметим, что 8 (14,81 %) пациентам, которым в хирургическом отделении выставлялся диагноз опухолевого поражения БПДЗ, в МГКОД после пунк-

ции образования под УЗИ-контролем на основании отсутствия в пунктате опухолевых клеток диагноз злокачественного поражения снимался, и они впоследствии в МГКОД не наблюдались.

Выводы:

1. Опухолевое поражение органов БПДЗ встречается у 0,709 % всех пациентов отделения экстренной хирургии.
2. Наиболее часто отмечается поражаются ПЖЖ, БДС, а также распространенный рак желудка.
3. Наибольшую ценность для установления диагноза опухоли имеют данные КТ ОБП.
4. Наиболее часто для билиарной декомпрессии использовались различные виды открытых вмешательств.
5. В связи с распространенностью опухолевого процесса в 44,44 % случаев специальное лечение пациентам не было показано, а наиболее частым видом специального лечения была паллиативная химиотерапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Земляной, В. П. Билиарная декомпрессия при механической желтухе опухолевого генеза / В. П. Земляной, С. Л. Непомнящая, А. К. Рыбкин // Практическая онкология. 2004. №. 2. С. 85–93.
2. *Biliary Tract Cancers* / P. C. de Groen [et al.] // NEJM. 1999. Vol. 341. P. 1368–1378.
3. *Eckel, F. Biliary cancer : ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up* / F. Eckel, T. Brunner, S. Jelic // Ann. Oncol. 2011. Vol. 22 (Suppl. 6). P. vi40–vi44.
4. *Fate of patients with obstructive jaundice* / E. Bjornsson [et al.] // J. Hosp. Med. 2008. Vol. 3(2). P. 117–123.
5. *Pancreatic cancer : ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up* / S. Cascinu [et al.] / Ann. Oncol. 2010. Vol. 21 (Suppl. 5). P. v55–v58.

Puchinskaya M. V.

Obstructive jaundice due to tumors in surgical practice

The study evaluates the frequency of obstructive jaundice due to biliopancreatoduodenal tumors in general surgery department. It was shown that such tumors are seen in 0,709 % of all in-patients. Tumors of the pancreas were the most frequent. The level of bilirubin was rather high and some other abnormalities in blood biochemistry could be seen, all of them being non-specific for malignant disease. Tumors as a reason of jaundice was visualized by computed tomography and to a lesser extent by ultrasound examination. Different types of biliary decompression were used, open procedures being the most frequent. As in many cases advanced tumors were diagnosed, 44,44 % of patients had only symptomatic treatment and 22,22 % — palliative chemotherapy. New approaches need to be work out for earlier diagnosis and better treatment of biliopancreatoduodenal tumors.