

9. МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Механическая желтуха опухолевого генеза (МЖ, синдром механической желтухи) – угрожающее жизни состояние, развивающееся вследствие нарушения естественного пассажа желчи из печени по внутри- и внепеченочным желчным протокам в двенадцатиперстную кишку, проявляющееся комплексом симптомов; возникает вследствие первичных или метастатических опухолей органов гепатопанкреатобилиарной зоны.

Коды по МКБ-10: C17.0, C22.0, C22.1, C23.0, C24.0, C24.8, C25.0, C78.7; K83.0, K83.1.

Классификация

1. По уровню блока желчных протоков:

«Высокий» блок – сегментарные, долевые желчные протоки, конгломерат долевых желчных протоков, общий печеночный проток (ОПП).

«Низкий» блок – общий желчный проток (ОЖП), терминальный отдел общего желчного протока, большой сосочек двенадцатиперстной кишки (БСДК).

2. По тяжести механической желтухи по Э.И. Гальперину (2014 г.) (QR-код 1).



3. Классификация Bismuth-Corlette (для рака проксимальных желчных протоков) (QR-код 2).



Причины, наиболее часто вызывающие синдром МЖ опухолевого генеза, вследствие «высокого» блока: 1. Первичные опухоли печени: холангиокарцинома (внутрипеченочная и воротная). 2. Метастатические опухоли печени и лимфоузлов печеночно-печеночно-двенадцатиперстной связки. 3. Рак желчного пузыря.

МЖ вследствие «низкого» блока: 1. Злокачественные опухоли головки поджелудочной железы. 2. Злокачественные опухоли общего желчного протока ОЖП и его терминального отдела. 3. Злокачественные опухоли БСДК. 4. Рак двенадцатиперстной кишки.

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением билирубина и его фракций, амилазы, АЛТ и АСТ, щелочной фосфатазы, ГГТП, глюкозы, мочевины, креатинина, коагулограмма; УЗИ брюшной полости, ЭГДС.

Дополнительные исследования: определение группы крови, Rh-фактор, онкомаркеры (СА 19–9, АФП, РЭА); МСКТ брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием, МРТ/МРХПГ, дуоденоскопия с осмотром БСДК, эндосонография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатиография (ЭРХПГ), эндоскопическая холедохоскопия системой «SpyGlass DS», чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ), ПЭТ/КТ.

ЭРХПГ и ЧЧХГ не являются самостоятельными диагностическими методами, применяются только при декомпрессии желчных протоков.

Лечебная тактика

Общие принципы лечения синдрома МЖ заключаются в восстановлении оттока желчи, ликвидации явлений холестаза, а также в профилактике и лечении осложнений МЖ.

Пациентам проводится комплексная консервативная терапия, которая одновременно может служить и предоперационной подготовкой. Консервативное лечение у пациентов с МЖ необходимо осуществлять параллельно с лечебно-диагностическими мероприятиями, которые должны быть непродолжительными и преследовать цель стабилизации общего состояния пациента путем нормализации системы гемостаза, нарушений органных функций, подготовки к операции или минимально инвазивным методам билиарной декомпрессии и устранения МЖ.

Принципиально важным является контроль диуреза и водно-электролитного баланса с целью своевременной диагностики печеночно-почечной недостаточности и адекватности инфузионной терапии. У всех пациентов с МЖ рекомендуется осуществлять полноценную сбалансированную нутритивную поддержку.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического ис-

следования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Хирургическая тактика при МЖ опухолевого генеза определяется в зависимости от уровня блока желчных протоков, тяжести МЖ, наличия холангита, органной дисфункции и общего состояния пациента.

При гнойном холангите рекомендуется выполнить декомпрессию в течение первых 6–24 часов с момента поступления. Пациентам с диагнозом МЖ средней и тяжелой степени декомпрессия показана в течение 24–48 часов после поступления в стационар и проведения интенсивной предоперационной подготовки.

Пациентам с МЖ опухолевого генеза легкой степени и отсутствием явлений холангита билиарная декомпрессия не проводится. Исключение составляют пациенты, которым показана: 1) противоопухолевая лекарственная терапия; 2) хирургическое лечение в объеме обширной резекции; 3) эмболизация ветвей воротной вены перед обширной резекцией печени. Этим пациентам билиарное дренирование выполняется по умолчанию независимо от степени тяжести желтухи.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, коморбидных заболеваний. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Виды и способы оперативного лечения

Пациентам с МЖ опухолевого генеза средней и тяжелой степени при «низком» блоке желчных протоков рекомендуется применение ретроградного способа декомпрессии – РХПГ, ЭПСТ, билиодуоденальное стентирование пластиковым стентом. При наличии холангита целесообразна установка назобилиарного зонда. При невозможности выполнения ретроградного вмешательства рекомендуется антеградная декомпрессия желчных протоков – чрескожная чреспеченочная холангиостомия.

В случае «высокого» блока желчного протока рекомендуется отдать предпочтение антеградному способу декомпрессии желчных протоков под УЗ- и рентген-контролем.

При технической возможности рекомендуется проведение холангиостомического дренажа ниже опухолевого препятствия, для минимизации наружных потерь желчи (наружно-внутреннее дренирование). При невозможности наружно-внутреннего дренирования рекомендуется устанавливать холангиостомический дренаж в супрастенотическую позицию. В такой ситуации целесообразно возвращение потерь желчи пациенту посредством установленного назогастрального либо назоинтестинального зонда.

Ретроградный способ билиарной декомпрессии в случаях «высокого» блока может быть рекомендован только при I и II типах воротной холангиокарциномы по классификации Bismuth-Corlette при условии выполнения дренирования специалистом экспертного уровня.



Классификация Bismuth-Corlette

При декомпрессии применяются пластиковые либо покрытые и непокрытые нитиновые стенты. Пластиковые стенты рекомендуется применять преимущественно при планируемом временном ретроградном способе декомпрессии, сроком от одного до полутора месяцев.

Показаниями к использованию нитиновых стентов служат нерезектабельная опухоль и тяжелые коморбидные заболевания, которые не позволяют выполнить радикальную операцию. Имплантация нитинового стента должна проводиться строго после морфологической верификации диагноза и решения онкологического консилиума.

Непокрытые нитиновые стенты устанавливаются на длительный период как окончательный этап лечения, независимо от уровня блока. Покрытые нитиновые стенты устанавливаются при необходимости декомпрессии желчных протоков при дистальном уровне билиарной обструкции. Выбор способа стентирования

и вида стента обсуждается коллегиально с учетом перспектив и варианта радикального лечения, наличия необходимого материального и технического оснащения и необходимого опыта соответствующих специалистов.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение.

В послеоперационном периоде проводятся респираторная и нутритивная поддержка, инфузионная, антибактериальная, антикоагулянтная и антисекреторная терапия, психоэмоциональная коррекция. По показаниям проводится лабораторный и инструментальный мониторинг для оценки состояния и выявления осложнений.

При невозможности выполнения декомпрессии ЖВП по технической или иной причине рекомендуется в срочном порядке перевести пациента в специализированную хирургическую клинику.

При подтверждении впервые выявленного злокачественного новообразования в обязательном порядке заполняется форма 090/у (извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО). При необходимости осуществляется консультация с профильным онкологическим стационаром с использованием телемедицинских технологий. При выписке пациент направляется в учреждение амбулаторной онкологической помощи согласно действующим нормативным приказам Министерства здравоохранения РФ и региональных территориальных программ.