

# МИНИИНАЗИВНИ ДРЕНАЖНИ ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ ПАНКРЕАСЕН ДУКТАЛЕН АДЕНОКАРЦИНОМ – ЕХОЕНДОСКОПСКИ БИЛИАРЕН ДРЕНАЖ И ДУОДЕНАЛНО СТЕНТИРАНЕ

•-р Петко Карагъзов, дм, FASGE

Кафедра по интервенционална гастроендоскопия,  
Аджибадем Сити Клиник, УМБАЛ Tokuda, София

## ОБЗОР

Статията е литературен обзор на техническите и клинични параметри за приложение на ехоендоскопския билиарен дренаж и дуоденалното стентиране при пациенти с панкреасен дуктalen аденокарцином (ПДАК). Детайлно се разглеждат всички разновидности на дренажните процедури, терапевтичната им ефективност, свързаните с тях усложнения и предимствата им пред традиционните подходи. Правят се изводи за стандартизирането на въвеждането на интервенционните алгоритми при ПДАК.

### I. Ехоендоскопски билиарен дренаж

Ендоскопската ретроградна холангиокреатография (ЕРХПГ) със стентиране е интервенция на избор при пациенти с билиарна обструкция, осигурявайки успешен дренаж при 90-97% от случаите. Усложнението не надвишава 10%.<sup>1-3</sup> В някои ситуации ендоспазмална стеноза, туморна инфильтрация или запепила на Vater, хирургично променена анастомоза. Високостепенна стеноза на общия (дължен канал) ЕРХПГ е неуспешна или технически невъзможна. Алтернативи в тези случаи са хирургичен дренаж или перкутанен билиарен дренаж (ПТБД). Въпреки високия клинически успех (над 95%), ПТБД е свързана

на с висок морталитет. Усложненията достигат 30%: кървене, инфекции, дислокация на дренажа, билиарен перитонит, външни фистули, хидро/пневмоторакс, метастазиране по хода на тракта и др.<sup>3,4</sup> Освен това, при множествени чернодробни метастази, асцит и екстремен обезитет процедурата е контраиндцирана или технически не може да бъде извършена. По правило ПТБД е свързана с влошаване на качеството на живот (КиЖ).<sup>5</sup> Хирургичният билиарен дренаж при палиативни ситуации, от своя страна, е свързан с неприемливо висок морбидитет и морталитет (съответно 35-50% и 10-15%).<sup>6</sup> Въвеждането на линеарния ехоендоскоп направи възможно извършването на редица интервенции, една от които е ехоендоскоп-

„радикален обем”, без да увеличава риска от усложнения и смъртност в ранния следоперативен период.

**Ключови думи:** панкреатичен карцином; механичен иктер; предоперативно билиарно дрениране; ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография; дуоденохемипанкреатектомия

## Въведение

Един от най-агресивните тумори при човека е панкреатичният карцином (ПК) и в този аспект R0 панкреатичната резекция е единственият радикален и потенционално куративен метод. За съжаление този метод е възможен едва при 5% - 25% от пациентите при вече поставена диагноза [5,6,10,14,17,18].

Сериозен проблем в панкреатичната резекционна хирургия са все още високия постоперативен специфичен морбидитет [5,15-18]. Докато смъртността през последните 2 десетилетия е спаднала от 20% на 1-5%, те за същия период от време компликациите остават без промяна и „стряскащо” високи - 40-60% [1,11,19,22]. Много са патогенетичните фактори за развитието на специфичните усложнения и хипербилирубинемията е един от водещите [3,4,7-9,13,20]. Днес е прието, че интензивният иктер (общ билирубин  $\geq 350 \text{ } \mu\text{mol/L}$ ) е от една страна контраиндикация, а от друга - сериозен рисков фактор от специфични усложнения след всяка дуоденохемипанкреатектомия (ДХПЕ) [10,14]. В миналото този фактор и бил преодоляван хирургично (налиативен вътрешен by-pass или външен билиарен дренаж). Повишеният постоперативен риск при иктеричните болни е наблюдаван още през 1935 год. от Allen O. Whipple [23]. По тази причина Whipple предлага дуоденохемипанкреатектомията (ДХПЕ) да се извърши двуетапно – на първи етап осигуряване на билиарния пасаж посредством cholecystogastrostomia и на втори етап – радикалната интервенция.

Напоследък все по-често в полза на „голямата хирургия” идва ендоскопската ретроградна холангио-панкреатография (ЕРХПГ = ERCP) със стентиране на билиарното дърво – т.нар. предоперативно билиарно дрениране (preoperative biliary drainage = PBD) [10,14].

## Цел

Анализ на ранните следоперативни резултати след ДХПЕ в случаи със и случаите без предоперативна ЕРХПГ.

## Материал и методи

Проучването и беше едноцентрово, ретроспективно, рандомизирано. От всички случаи на ДХПЕ (типична процедура по Whipple или модификация по Traverso-Longmire), оперирани в Клиниката по чернодробно-жълчна, панкреатична и обща хирургия, МБАЛ „Токуда Болница София”, избрахме общо 75 болни, което представляваше цялата

## Абстракт

Дивертикулът на хранопровода представлява ограничено разширение на лumen на хранопровода във вид на сляпо завършващо торбовидно издуване на стената му. Среща се по-често при мъжете на възраст между 45-70 години. Класифицират се спрямо няколко основни признака: механизъм на образуване, локализация и дебелина.

Дивертикулът на Zanker (ДЦ) е рядко разстройство на хранопровода, който възниква в резултат на лоша координация между контракциите на горния езофагеален сфинктер и фарингеалните мускули. Лечението на ДЦ може да бъде хирургично и ендоскопско. Към момента няма рандомизирани опити, които да установят превъзходството на един от двата метода.

За да докажем ролята на ендоскопското лечение при ДЦ представяме два клинични случая:

Първият е на 60- годишен мъж, който постъпи в нашето лечебно заведение с оплакване от дисфагия и кашлица непосредствено след прием на храна. От Компютърната томография (КТ) на гръден кош и последващата горна ендоскопия се потвърди диагнозата дивертикул на хранопровода. Проведе се комбинирано ендоскопско и хирургично лечение - ригидна перорална дивертикулостомия под директна визуализация с помощта на видео- медиастинископ и гастроскоп.

Представяме втори клиничен случай на 66 годишен мъж, който постъпи в нашето лечебно заведение с оплакване от болки , дисконфорт зад гръдената кост и регургитация на храна от трахеостомна канюла, поставена след продължителна апаратна вентилация по повод кардиохирургична операция. От проведения КТ на гръден кош се установи дивертикул на хранопровода. На първи етап се извърши сваляне на трахеостомната канюла и поставяне на нутритивна перкутанна ендоскопска гастростома. При повторна хоспитализация след около 2 месеца се проведе ендоскопска флексибилна дивертикулостомия.

Пероралната дивертикулостомия е минимално инвазивна и ефективна алтернативна терапевтична опция с оглед намалената заболеваемост и смъртност, скъсеният болничен престой, минимални условия за компликации и бързо възстановяване на пациента. Техниката изисква специализирано ендоскопско оборудване и познания за употребата му.

**К. Драганов, П. Карагъзов, А. Петреска, Д. Русенов, И. Тишков, В. Маринов, Д. Пенчев, Н. Кътев, Л. Ел-Тал, С. Лавчев, Г. Ченгалова, Р. Гайдарски.** Ятрогенни лезии на жълчните пътища- какво е общото и различното между теорията и реалността? *Сборник доклади от XVI Национален Конгрес по Хирургия, Број 1/2018; 69-75 ISSN 2603-4034*

## **Абстракт**

Ятрогенните лезии (ЯЛ) на жълчни пътища (ЖП) имат различна клинична, лабораторна и инструментална характеристика в зависимост от механизма на предизвикване, локализацията им и времето на разпознаване. По данни на различни автори ЯЛ на ЖП категорично са приоритет на лапароскопската холецистектомия (ЛХ) - честотата им варира съответно от 0.1% - 0.6%. По-често ЯЛ на ЕХЖП се причиняват в центрове с малък/среден обем на дейност. Най-честата причина за възникването са: анатомичните вариации в триъгълника на Calot и lig. hepatoduodenale, острото възпаление, предходните лапаротомии, мъжкият пол и напредналата възраст, липсата на достатъчно лапароскопски опит и и не на последно място стремежът за „завършване на интервенцията лапароскопски на всяка цена“. Съществуват множество класификации - над 10 на брой – Bimuth-Corlette, McMahon, Stewart-Way, Strasberg (най-често използвана), Hannover, Mattox, Gouma-Overtorp и Siewert и др. Последните две класификации са сравнително лесно приложими от практическа гледна точка. При наличие на ЯЛ на ЖП павилното поведение се определя от няколко фактора: вид на лезията (билиагрия, стеноза, екстирпация на главен билиарен канал), локализацията и анатомичната характеристика на лезита, общото състояние на пациента и времевия интервал - от момента на увреждането до момента на диагностицирането. За да споделим нашият опит в диагностиката и лечението на пациенти с ЯЛ на ЕХЖП в интервала 2009-2018г проведохме ретроспективно едноцентрово проучване, в което включихме 27 случая с ЯЛ на ЕХЖП след ЛХ, диагностицирани в нашето лечебно заведение, лекувани ендоскопски и оперативно. Събрахме информация относно генезата на лезията, времето на установяване, проявите, тежестта, поведението според типа на увредата по Strasberg, ранните и късните резултати. Шестима от пациентите бяха с ЯЛ, настъпили като усложнение от оперативни интервенции проведени в нашето лечебно заведение: при двама от тях лезиите се разпознаха интраоперативно и се извърши конверсия с билио-дигестивна анастомоза, а при останалите четирима лезиите се овладяха с провеждане на ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография и станиране на ЕХЖП. Останалите 21 пациента бяха насочени от други лечебни заведения - при тях се проведе оперативно лечение. В хода на проведеното проучване не сме регистрирали ранен следоперативен морталитет, специфични усложнения настъпиха при 4 пациента, който се овладяха консервативно и рецидивиращи холангити установихме при 3-ма от пациентите.

## **Хроничен панкреатит, Д-р Веселин Маринов, д.м. Монографичен труд**

Авторски колектив: Проф д-р Галина Кирова, Д-р Радин Цонев, Д-р Петко Карагъзов,  
Д-р Лъчезар Лозанов, Д-р Веселина Колева, Изд. Симолини , 2018 ISBN 978-619-7265-  
51-4

### **Глава IX Диагностични и терапевтични ендоскопски методи при хроничен панкреатит. П. Карагъзов, И. Тишков, И. Боева**

#### **Абстракт**

Хроничният панкреатит (ХП) е комплексно фибро-инфламаторно заболяване, характеризиращо се с панкреасно възпаление и фиброза, причиняващи необратими промени в паренхима и дуктулната система на жлезата. Морфологичните промени при ХП могат да бъдат оценени посредством различни инвазивни и неинвазивни методи, като : трансабдоминална ехография,компютърна ехография ( КТ), магнитно-резонансна томография ( МРТ), ендоскопска ехография (ЕУЗ) и ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография ( ЕРХПГ). Недостатъкът на неинвазивните диагностични методи са ниската им чувствителност при дискретни промени, характерни за ранните стапи на заболяването.

Ендоскопският ултразвук е най-чувствителният метод за ранна и комплексна оценка на морфологичните промени настъпили при хроничния панкреатит.Методът притежава добра предиктивна стойност за наличие на панкреасно заболяване преди клиничната му манифестация. Диагнозата се поставя на базата на количествени и качествени критерии, описващи настъпилите промени в паренхима и дукталната система на жлезата.

Възможността за Доплерово изследване и провеждане на цитологично/хистологично изследване (EUS-FNA/FNB) го прави предпочитан метод при диагностиката ХП.

С помощта на ендоскопският ултразвук с контрастно усиливане се осигурява оценка на перфузионните характеристики на дадена зона, а чрез ЕУЗ еластографията се определя пътността на панкреасния паренхим. Други алтернативи на метода са интранадукталният ултразвук и ЕУЗ със секретинова стимулация, който допълват диагностичната му точност.

Съвременното ендоскопско лечение на хроничния панкреатит значително подобрява качеството на живот на пациентите, намалява заболяемостта и смъртността.

Ендоскопската терапия при ХП включва дезобструкция на главния панкреасен канал, настъпила в резултат на стриктури или конкременти,блокада на плексус целиакус и дренаж на псевдокисти. Екстракорпоралната литотрипсия (ESWL) е успешно използван метод,чиято цел е фрагментация на големи конкременти( над 5мм).ESWL последвана от ЕРХПГ, папило-сфинктеротомия и клирънс на панкреасния канал е все по-често използвана техника при менежирането на хроничния квалифициращ панкреатит.Алтернатива на ESWL са интранадукталната лазерна и електорхидравлична литотрипсия.

Стриктурите на общия панкреасен канал се наблюдават при 50% от пациентите с ХП.

Ендоскопското лечение включва селективна панкреасна сфинктеротомия, дилатация и протезиране на д. панкреатикус.

Хроничният и острят панкреатит се усложняват с възникване на псевдокисти до 20 % от случаите. До 50% от кистите намаляват по размер спонтанно в рамките на няколко седмици, докато тези които са симптоматични, прогресивно увеличават размера си или са свързани с усложнения изискват провеждане на дренажни процедури. Съществуват две основни техники за ендоскопско дрениране на псевдокистите на панкреаса : транспапиларен и трансмурален. Методът е с над 90% технически успех, а съществуващите процедурата усложнения са около 10-15%.

Ендоскопското третиране на абдоминалната болка включва блокада на плексус целиакус. Този вид лечение се възприема като лечение на втора линия и се провежда при хронична болка, която не отговаря на други форми на лечение.

## **Хроничен панкреатит, Д-р Веселин Маринов, д.м. Монографичен труд**

**Авторски колектив: Проф д-р Галина Кирова, Д-р Радин Цонев, Д-р Петко Карагъзов, Д-р Лъчезар Лозанов, Д-р Веселина Колева, Изд. Симолини , 2018 ISBN 978-619-7265-51-4**

**Глава XI Типични, специфични форми на хроничен панкреатит и усложнения. В. Маринов, Р. Цонев, Л. Лозанов, П. Карагъзов, Г. Кирова, В. Колева, И. Тишков, К. Иванов, И. Боева.**

### **Абстракт**

Под термина специфични форми на хроничен панкреатит разбираме съчетание от етиологични фактори с характерна патогенеза, определени патоморфологични промени в панкреаса и съответната им честота.

Най-често срещаната форма на заболяването е алкохолният хроничен панкреатит- честотата му варира между 32.6 и 95% в икономически развитите страни. Засяга се основно мъжкия пол във възрастовата група 40-59 год. Клиничната картина е хетерогенна и включва: абдоминална болка, редукция на тегло, прогресиращо развитие на ендокринна и езокринна недостатъчност. За да докажем тежестта на заболяването, представяме два клинични случая на мъже, съответно на 43 и 66 години, който постъпиха в нашето болнично заведение с оплакване от силно изразена абдоминална болка. От проведените образни изследвания се установяват промени в паренхима и дукталната система на жлезата, характерни за хроничен панкреатит. При пациентите се проведе оперативно лечение, което доведе до редукция на болковата симптоматика. Друга форма на хронично увреждане на панкреаса е автоимунния панкреатит (АИП) - рядко заболяване с честота приблизително 4-6%, засяга по-често възрастни пациенти. Автоимунният панкреатит се презентира с безболков иктер, по-рядко се наблюдава типичната за ХП клинична картина. Характерно за заболяването е повишаване на серумните нива на IgG4, което се открива при около 86% от пациентите. Лечението на АИП включва приложение на кортикоステроиди- приблизително при 90% от случаите се постига дълготрайна ремисия.

По-редки форми на хроничният панкреатит са идиопатичния, херидитарния и панкреатит дължащ се на обструкция на дукталната система на жлезата.

Усложненията, който настъпват в хода на заболяването могат да бъдат полиморфни, с характерна клинична изява и различен диагностично-терапевтичен подход. .

Псевдокистите са най-честото усложнение при хроничния панкреатит- честотата им при алкохолния ХП достига около 59-78%. На консенсусна конференция в Атланта през 1992г. е въведена класификация на псевдокистите, спрямо която те се делят на четири основни групи. Клиничната картина и терапевтичният подход се определят от тяхната големина, локализация, давност на появата им и настъпилите усложнения.

Представяме няколко клинични случая на пациенти, които постъпиха в нашето лечебно заведение с типични оплаквания от епигастрална болка, гадене, повръщане, фебрилитет и езокринна недостатъчност. От проведените образни изследвания се установиха промени в паренхима и дукталната система на жлезата характерни за хроничен паренкреатит и псевдокисти. При пациентите се проведе оперативно лечение.

По-редки усложнения, който могат да настъпят в хода на ХП са тромбоза на венаlienalis, псевдоаневризми, hemosuccus pancreaticus и панкреато-плеврална фистула. Те се характеризират с типична клинична картина, а терапевтичният подход се определя от тежестта им и общото състояние на пациента.