

А. В. ПРОХОРОВ, В. Е. ПАПОК

ОПУХОЛЬ КЛАТСКАЯ

Минск БГМУ 2015

УДК 616.364-006 (075.8)

ББК 55.6 я73

П84

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 17.09.2014 г., протокол № 1

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., чл.-кор. Национальной академии наук Беларуси, ректор Белорусской медицинской академии последипломного образования Ю. Е. Демидчик; канд. мед. наук, доц. 2-й каф. хирургических болезней Белорусского государственного медицинского университета А. В. Большов

Прохоров, А. В.

П84 Опухоль Клатскина : учеб.-метод. пособие / А. В. Прохоров, В. Е. Папок. – Минск : БГМУ, 2015. – 16 с.

ISBN 978-985-567-234-1.

Изложены основные вопросы эпидемиологии, канцерогенеза, диагностики и принципов лечения опухоли Клатскина.

Предназначено для студентов 5-го курса лечебного факультета по дисциплине «Онкология».

УДК 616.364-006 (075.8)

ББК 55.6 я73

Учебное издание

Прохоров Александр Викторович

Папок Виталий Евгеньевич

ОПУХОЛЬ КЛАТСКИНА

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. В. Прохоров

Редактор Ю. В. Киселева

Компьютерная верстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 18.09.14. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 0,93. Уч.-изд. л. 0,72. Тираж 60 экз. Заказ 332.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск

ISBN 978-985-567-234-1

© Прохоров А. В., Папок В. Е., 2015

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2015

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Тема занятия: Гепатопанкреатодуоденальные опухоли.

Общее время занятий: 5 ч.

В структуре онкологической заболеваемости на долю холангиоцеллюлярного рака приходится 1–2 % всех новообразований, при этом опухоль Клатскина (опухоль проксимальных желчных протоков) составляет 10–26 %. Клиническое течение опухоли не имеет характерных признаков, часто маскируется симптомами доброкачественных воспалительных заболеваний билиарного тракта (хронический холецистит, холелитиаз и др.), что ведет к диагностическим ошибкам и поздней верификации. Опухоль имеет очень высокий потенциал злокачественности, быстро приводит к поражению внутрипеченочных желчных протоков и часто диагностируется в запущенных стадиях, когда хирургическое лечение становится невозможным. Поэтому получение знаний о природе заболевания, клинических проявлениях, основных принципах диагностики, лечения и профилактики составляет основу практического занятия.

Цель занятия: изучить эпидемиологию, канцерогенез, современные аспекты клиники, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения, профилактики опухолей проксимальных желчных протоков и диспансеризации пациентов с данным заболеванием.

Задачи:

- закрепить знания об анатомии, топографии и физиологии билиарного тракта;
- ознакомиться с эпидемиологией и канцерогенезом опухолей проксимальных желчных протоков;
- освоить классификацию опухолей проксимальных желчных протоков;
- научиться распознавать симптомы опухолевого поражения проксимального билиарного тракта;
- изучить алгоритм, способы и методы инструментальной диагностики;
- изучить основные методы лечения пациентов с раком проксимальных желчных протоков;
- изучить основные принципы диспансеризации пациентов с опухолями проксимальных желчных протоков;
- изучить основные принципы профилактики.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения темы студент должен повторить разделы теоретических дисциплин и знать:

- из нормальной анатомии и гистологии: анатомическое и гистологическое строение внутри- и внепеченочных желчных протоков;

– топографической анатомии: топографическое положение внепеченочных желчных протоков и их отношение к важным анатомическим структурам гепатопанкреатодуоденальной зоны;

– нормальной физиологии: функциональные особенности печени, роль органа в метаболизме;

– внутренних болезней: клинику, диагностику и лечение основных неопухолевых заболеваний желчевыносящей системы.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Особенности гистологического строения печени, кровоснабжение, пути лимфооттока и возможные источники метастатического поражения печени.

2. Анатомия печени, желчевыносящих протоков и их связь со смежными анатомическими структурами гепатопанкреатодуоденальной зоны.

3. Гистологические характеристики опухолей печени и особенности холангиоцеллюлярного рака.

4. Неопухолевые воспалительные заболевания желчевыводящих путей.

5. Методы диагностики, используемые при заболеваниях печени и желчевыводящих протоков.

6. Возможные хирургические доступы, используемые в хирургии печени.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Этиология и патогенез опухолей проксимальных желчных протоков, известные факторы риска, предопухолевые заболевания. Заболеваемость в мире и Республике Беларусь.

2. Принципы классификации рака проксимальных желчных протоков по системе TNM.

3. Принципы хирургической классификации Bismuth–Corlette.

4. Клинические проявления опухоли Клатскина.

5. Алгоритм и методы диагностики.

6. Основные принципы и методы лечения опухоли Клатскина.

Задания для самостоятельной работы. Для полного усвоения темы студенту необходимо повторить учебный материал из смежных дисциплин. Затем нужно ознакомиться с учебным материалом издания. Для того чтобы изучение темы было более осознанным, студенту рекомендуется вести записи вопросов и замечаний, которые впоследствии можно выяснить в ходе дальнейшей самостоятельной работы с дополнительной литературой или на консультации с преподавателем. Решение ситуационных задач, используемых в качестве самоконтроля, позволит не только адекватно оценить собственные знания, но и покажет преподавателю уровень освоения студентом учебного материала.

Завершающим этапом в работе над темой служат контрольные вопросы, ответив на которые студент может успешно подготовиться к текущему контролю по дисциплине «Онкология».

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Опухоль Клатскина относится к холангиоцеллюлярному раку. Она, как правило, поражает зону бифуркации правого и левого печеночных протоков. Холангиоцеллюлярный рак — это злокачественная опухоль, исходящая из эпителия желчных протоков. По локализации холангиоцеллюлярный рак подразделяют на внутри- и внепеченочный. Внутрипеченочное расположение опухоли встречается в 10–25 % случаев. При внепеченочной локализации выделяют поражение в области ворот печени (опухоль Клатскина) и дистальные опухоли, расположенные между бифуркацией желчных протоков и верхней границей поджелудочной железы. Область бифуркации поражается в 20 % случаев, правый и левый печеночные протоки — в 10 %, проксимальная часть общего желчного протока — в 30 % и дистальная часть холедоха — в 20–25 %. В 5 % случаев наблюдается мультифокальный рост. В целом рак проксимальных желчных протоков составляет 10–26 % всех злокачественных опухолей желчных протоков.

ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

Первая резекция печеночных протоков с билатеральным гепатикоэнтероанастомозом была выполнена G. Brown в 1954 г. S. Mistilis и L. Schiff в 1963 г. сообщили об успешной левосторонней гемигепатэктомии и резекции желчных путей при воротной холангиокарциноме с распространением на левые печеночные протоки. Первая правосторонняя гемигепатэктомия и резекция проксимальных протоков выполнена в 1964 г. J. K. Qwattelbaum. Однако большой погиб на 3-и сутки от сердечной недостаточности.

Успешная правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией проксимальных желчных протоков выполнена в 1969 г. A. D. Bird с анастомозом левого протока на петле по Ру. Первая трансплантация печени по поводу воротной карциномы была выполнена в 1976 г. J. G. Fortner.

Первое крупное исследование рака проксимальных желчных протоков с изучением патоморфоза опухоли было проведено и опубликовано американским патологоанатомом G. Klatskin в 1965 г. Архив его наблюдений составил 13 случаев заболевания.

ЭТИОЛОГИЯ И КАНЦЕРОГЕНЕЗ

У большинства пациентов холангиоцеллюлярный рак развивается без очевидных этиологических факторов. В то же время частота возникновения опухоли увеличивается у пациентов с неспецифическим язвенным колитом, синдромом Кароли, при заражении *Clonorchis sinensis* и *Opisthorchis viverrini*, а также при к-1-антитрипсин дефиците, билиарном циррозе, врожденном фиброзе и поликистозе печени. К факторам риска развития холангиокарци-

номы относятся: первичный склерозирующий холангит, холедохо- и гепатолитиаз, билиодигестивные анастомозы, аденомы гепатикохоледоха, контакт с радиоактивным диоксидом тория. Потенциальными факторами риска для внутривнутрипеченочной холангиокарциномы являются гепатит С, ВИЧ, цирроз печени, сахарный диабет.

О генетических изменениях, приводящих к развитию холангиокарциномы, известно очень мало. Роль генов-супрессоров пока не ясна. Тем не менее, установлено, что в 70 % случаев при холангиокарциноме обнаруживается дефект экспрессии белка p53 либо за счет мутации, либо в связи с избыточной экспрессией продукта гена mdm-2. Имеются достоверные данные, что контакт с афлотоксином приводит к специфической трансверсии в 249 кодоне гена p53, ведущей к замещению серина аргинином в белке гена p53.

Наиболее изученным онкогеном является K-ras. Мутации, активирующие белок K-ras, обнаруживаются в 100 % случаев. Кроме того, наблюдается мутация гена c-myc и изменения гена c-erbB-2.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Опухоль Клатскина, как правило, небольших размеров и локализуется в области бифуркации правого и левого печеночных протоков. Рост опухоли инфильтративный, распространяется по ходу желчных протоков. Холангиокарцинома может быть представлена несколькими морфологическими типами — аденокарциномой ацинарного, тубулярного, трабекулярного, альвеолярного и папиллярного типа. Опухоли, как правило, имеют хорошо выраженную фиброзную строму и склонны к склерозированию.

По характеру роста, независимо от локализации, холангиокарциному разделяют на четыре типа: инфильтративный, полиповидный, экзофитный и смешанный. В 90–95 % случаев опухоль представлена аденокарциномой с различной степенью дифференцировки. Реже встречаются аденосквамозные, плоскоклеточные, перстневидноклеточные, муцинозные и анапластические карциномы.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Холангиоцеллюлярный рак — относительно редкое заболевание, встречающееся с частотой менее 2 % от всех злокачественных новообразований. Частота выявления холангиокарциномы составляет 1–2 человека на 100 000 населения. В странах Юго-Восточной Азии заболеваемость выше и связана с хронической эндемической паразитарной инфекцией печени. В Японии заболеваемость составляет 5,5 на 100 000, в Израиле — 7,3 на 100 000 населения. Средний возраст больных составляет 55–67 лет.

Несколько чаще холангиоллюлярный рак встречается у мужчин — 57–61 %. В последние 30 лет отмечается рост частоты выявления данного вида опухоли у лиц старше 45 лет. Это связано как с ростом заболеваемости, так и с улучшением диагностики.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Учитывая особенности роста, для опухоли Клатскина экспертами ВОЗ разработана отдельная классификация TNM. При этом к хиларным холангиокарциномам относят опухоли, локализующиеся во внепеченочном билиарном дереве проксимальнее основания пузырного протока, т. е. выше зоны его слияния с общим печеночным протоком. Регионарными лимфатическими узлами являются воротные и перихоледохиальные узлы в печеночно-дуоденальной связке.

Классификация TNM:

T — первичная опухоль.

Tx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

T0 — первичная опухоль не определяется.

Tis — рак in situ.

T1 — опухоль ограничена желчным протоком, с распространением на мышечный слой или фиброзную ткань.

T2a — опухоль распространяется за пределы стенки желчного протока на окружающую жировую ткань.

T2b — инвазия опухоли в прилегающую печеночную паренхиму.

T3 — опухоль поражает унилатеральные ветви портальной вены или печеночной артерии.

T4 — опухоль поражает главную портальную вену или ее ветви билатерально, или общую печеночную артерию, или билатерально билиарные радикалы второго порядка, или унилатерально билиарные радикалы второго порядка с вовлечением контрлатеральной портальной вены или печеночной артерии.

N — регионарные лимфатические узлы.

Nx — регионарные лимфатические узлы невозможно оценить.

N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 — метастазы в регионарных лимфатических узлах (включая узлы, расположенные вдоль пузырного протока, общего желчного протока, общей печеночной артерии и портальной вены).

M — отдаленные метастазы.

M0 — без отдаленных метастазов.

M1 — отдаленные метастазы.

Учитывая особенности патоморфоза опухоли с нередким распространением опухолевого процесса на внутripеченочные протоки, для характери-

стики воротных холангиокарцином была разработана и используется **классификация Bismuth–Corlette**, позволяющая дифференцировать локализацию опухоли, ее распространенность и определить тактику хирургического, паллиативного или симптоматического лечения. Согласно этой классификации выделяют четыре типа поражения (рис. 1):

- тип I — опухолевое поражение захватывает зону между бифуркацией протоков и местом впадения пузырного протока в общий печеночный проток;
- тип II — опухолевое поражение захватывает зону бифуркации;
- тип IIIa — опухолевое поражение захватывает зону бифуркации с распространением процесса на правый печеночный проток;
- тип IIIb — опухолевое поражение захватывает зону бифуркации с распространением процесса на левый печеночный проток;
- тип IV — опухолевое поражение захватывает зону бифуркации с распространением процесса на правый и левый печеночные протоки.

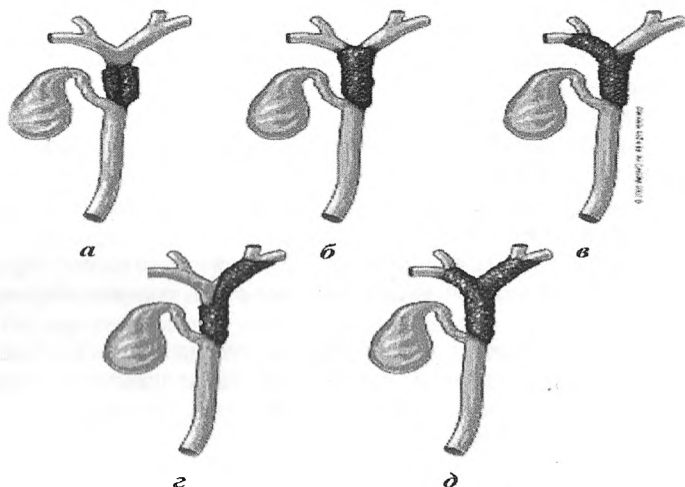


Рис. 1. Классификация опухолей внепеченочных желчных протоков:
а — тип I; б — тип II; в — тип IIIa; г — тип IIIb; д — тип IV

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина опухоли Клатскина обуславливается обструкцией желчных протоков, что проявляется синдромом механической желтухи. Появление признаков желтухи зависит от локализации опухоли. Чем выше расположена опухоль, тем больше ее размеры, и появление желтухи наступает в более поздние сроки. При опухоли Клатскина механическая желтуха разви-

вается на фоне относительного благополучия и не сопровождается болевыми ощущениями.

В преджелтушный период могут выявляться неспецифические симптомы: желудочный дискомфорт, чувство тяжести в правом подреберье, горечь во рту, периодические запоры и поносы, урчание в животе. Однако эти симптомы, чаще всего, не позволяют заподозрить данное заболевание. Появление болевого синдрома связано с присоединением вторичной инфекции на фоне внутривеночной билиарной гипертензии и с развитием холангита, для которого характерна классическая клиническая картина: потрясающие ознобы, лихорадка, боли в правой подреберной области. Клинические признаки механической желтухи проявляются интенсивным желтушным окрашиванием склер и кожных покровов, обесцвечиванием стула, потемнением мочи («цвет пива»), кожным зудом, особенно в ночное время. На конечностях, брюшной и грудной стенках визуализируются следы расчесов.

Запущенные формы заболевания проявляются симптомами билиарной печеночной недостаточности, раковой интоксикации, ноющими постоянными болями в правом подреберье, недомоганием, усталостью, потерей массы тела.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика опухоли Клатскина включает в себя лабораторную, неинвазивную и инвазивную инструментальную диагностику.

Лабораторная диагностика базируется на определении показателей, характерных для холестаза и цитолиза: гипербилирубинемия, повышение АлТ, АсТ и ЩФ. Развитие обтурационной желтухи вначале приводит к повышению уровня билирубина за счет прямой (связанной) фракции. При дальнейшем прогрессировании синдрома и развитии билиарного гепатита происходит выравнивание обеих фракций билирубина и повышение уровня трансаминаз и щелочной фосфатазы. Появление лабораторных признаков билиарного гепатита является настораживающим симптомом, свидетельствующим о развитии печеночной недостаточности. Это может спровоцировать дефицит жирорастворимых витаминов, гипо- и диспротеинемию, нарушение синтеза факторов свертывания крови, что проявляется гипокоагуляцией и, как следствие, кровотечением.

В моче обнаруживаются в большом количестве желчные пигменты и отсутствие уробилина. Кал приобретает серый цвет с отсутствием в нем стеркобилина.

Диагностическое и прогностическое значение имеет определение опухолевых маркеров — альфа-фетопротейна, СЕА и СА 19-9. Одновременное определение СЕА и СА 19-9 повышает точность исследования до 86 %.

Неинвазивная диагностика включает в себя ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, цветное доплеровское картирование, спиральную КТ с

внутривенозным болюсным усилением, возможно с 3D-реконструкцией изображения, МРТ.

ФГДС позволяет получить ряд косвенных признаков опухоли Клатскина (отсутствие желчи в просвете двенадцатиперстной кишки) и провести дифференциальную диагностику с опухолями, исходящими из желудка, двенадцатиперстной кишки, фатерова соска. При муцинозных опухолях, вырабатывающих слизь, с помощью ФГДС можно обнаружить ее поступление из холедоха в просвет двенадцатиперстной кишки.

Чувствительность **УЗИ** составляет 88–95 %. Эхографическими признаками опухоли проксимальных желчных протоков являются: расширение внутрипеченочных протоков, отсутствие дилатации и признаков стриктуры холедоха, спавшийся желчный пузырь. Опухоль, как правило, выявляется как образование в области ворот печени, в зоне слияния долевых печеночных протоков, имеет нечеткие границы, неровные контуры, преимущественно изо- или гиперэхогенной структуры. При цветном доплеровском картировании сосуды в опухоли не определяются. При распространении опухоли на сосуды печеночно-двенадцатиперстной связки можно установить экстравазальную компрессию собственно печеночной артерии и воротной вены с признаками портальной гипертензии, асцит. **УЗИ** может выявить также признаки цирроза, наличие холангиогенных внутрипеченочных абсцессов, а также метастазы опухоли проксимальных желчных протоков.

При **КТ** определяются те же признаки опухоли, что при **УЗИ**, а также дополнительный косвенный признак — атрофия одной из долей печени, свидетельствующий о прорастании опухоли правой или левой ветви воротной вены. **КТ** позволяет установить уровень билиарного блока, при болюсном усилении визуализировать опухолевые массы и предположительно оценить резектабельность опухоли. **КТ**, как правило, дает больше информации до дренирования желчных протоков, так как декомпрессия не позволяет точно установить уровень билиарного блока. Как и **УЗИ**, **КТ** дает возможность определить диаметр внутрипеченочных сегментарных желчных протоков (5 мм и более), визуализировать нерасширенный холедох, спавшийся желчный пузырь, исключить объемные образования в области головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха, наличие конкрементов в наружных желчных протоках, визуализировать увеличенные лимфатические узлы печеночно-двенадцатиперстной связки, подтвердить или исключить наличие холангиогенных абсцессов. **КТ** необходима при планировании объема хирургического вмешательства, а именно — для расчета объема всей паренхимы печени и остающейся после объемной резекции. При наличии механической желтухи объем печени увеличивается и составляет в среднем 2500–3700 см³. Критическим объемом остающейся паренхимы является 20 %, а при наличии цирроза — не менее 30 %.

МРТ с холангиопанкреатографией является высокоинформативным методом, который дает возможность четко визуализировать опухоль,

протоковую систему печени и сосудистые структуры печеночно-двенадцатиперстной связки и ворот печени.

Позитронно-эмиссионная томография позволяет провести дооперационное стадирование опухоли, и ее чувствительность достигает 90 %. Учитывая высокую стоимость исследования, ее выполнение целесообразно при подозрении на регионарное или отдаленное метастазирование.

Инвазивные методы. Необходимым «золотым стандартом» в диагностике опухолей проксимальных желчных протоков является **чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ)**, которая используется главным образом для определения проксимального уровня поражения и обструкции желчных протоков (рис. 2).



Рис. 2. Полная опухолевая обструкция ниже слияния долевых печеночных протоков (указано стрелкой) при опухоли Клатскина (холангиограмма)

ЧЧХГ, как правило, завершается **чрескожной чреспеченочной холангиостомией**, позволяющей провести превентивную декомпрессию билиарного тракта перед возможной радикальной операцией. Чувствительность данного метода достигает 100 %.

Возможно использование **прямой чрескожной чреспеченочной холангиоскопии**, позволяющей не только провести визуальный осмотр опухоли, но и выполнить браш- или щипковую биопсию ткани опухоли для морфологического исследования и подтверждения диагноза.

Для морфологической верификации диагноза используется **пункционная биопсия** под контролем УЗИ, КТ или МРТ.

Ретроградная эндоскопическая холангиопанкреатография (РЭХПГ) является дополнительным методом в диагностике, и в случае подтверждения диагноза при УЗИ, КТ и ЧЧХГ от нее можно отказаться. РЭХПГ позволяет

нам только определить дистальный уровень обтурации и при отсутствии декомпрессии часто приводит к развитию или усугублению холангита.

Для оценки инвазии опухоли в сосудистые структуры печеночно-двенадцатиперстной связки (печеночная артерия, воротная вена) можно использовать *целиакографию, селективную печеночную ангиографию, портографию*. Данные методы могут выявить компрессию сосудов, их девиацию и тромбоз.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Рак проксимальных желчных протоков следует дифференцировать с первичным склерозирующим холангитом, доброкачественными стриктурами гепатикохоледоха, синдромом Мириizzi, метастатическим поражением ворот печени, раком желчного пузыря, холелитиазом.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение опухоли Клатскина, как и большинства опухолей желудочно-кишечного тракта, комплексное, включающее хирургическое вмешательство, лекарственную и лучевую терапию. Хирургический метод лечения является основным. К сожалению, до настоящего времени лечение данной опухоли малоэффективно. Операбельными считаются менее 20 % пациентов. На операбельность опухоли влияет ее локализация, распространение на правый и левый печеночные протоки, инвазия в сосуды печеночно-двенадцатиперстной связки, осложнения холестаза, состояние и объем контрлатеральной доли печени.

Наиболее благоприятным вариантом для хирургического лечения являются I и II типы поражения по Bismuth—Corlette, при котором возможно выполнение резекции гепатикохоледоха с наложением бигепатикоюноанастомоза.

При IIIa и IIIb типах возможно выполнение право- или левосторонней гемигепатэктомии. При IV типе, как правило, может выполняться только симптоматическая чрескожная чреспеченочная холангиостомия или стентирование для наружного отведения желчи. В некоторых случаях возможно выполнение стентирования при эндоскопии.

Из-за очень высокого потенциала злокачественности и быстрого прогрессирования болезни пересадка печени может быть выполнена в крайних случаях при нерезектабельности опухоли, недостаточности функции печени и отсутствии регионарного и отдаленного метастазирования.

Лучевая и химиотерапия часто используется в комбинированном лечении холангиокарциномы. Применение его у пациентов с нерезектабельными опухолями повышает средние сроки жизни до 16 месяцев. Применение хи-

миотерапии в неоадьювантном или адьювантном режиме не оказывает существенного влияния на результаты лечения. Однако в целом продолжительность жизни при использовании химиотерапии увеличивается на 3–6 месяцев. Из химиопрепаратов в лечении может использоваться 5-фторурацил, митоминин, метотрексат, этопозид, доксорубинин, цисплатин. Наиболее перспективной является комбинация гемцитабина и цисплатина.

ПРОГНОЗ

При опухоли Клатскина пациенты без лечения умирают в течение 4–6 месяцев. Радикальность локальных резекционных вмешательств достигает 25–27 % при этом 1-, 2- и 5-летняя выживаемость составляет 76, 30 и 7 % соответственно. Выполнение гемигепатэктомии значительно повысило радикальность лечения до 50–67 %, при этом 1-, 3- и 5-летняя выживаемость составляет 61–83 %, 35–40 % и 22–28 % соответственно. Послеоперационная летальность после таких объемов операций колеблется от 3,5 до 15 %.

ПРОФИЛАКТИКА

Учитывая то, что факторами риска опухолей проксимальных желчных протоков являются желчнокаменная болезнь, холедохо- и гепатолитиаз, аденомы гепатикохоледоха, контакт с радиоактивным диоксидом тория, необходима своевременная хирургическая и медикаментозная санация в случаях хронического калькулезного холецистита, холедохолитиаза, доброкачественных опухолей, паразитарных инфекций. Кроме этого, следует избегать контакта с источниками радиоактивного излучения. Так как потенциальными факторами риска для внутрпеченочной холангиокарциномы являются также гепатит С, ВИЧ, цирроз печени, сахарный диабет, первичный склерозирующий холангит, необходима диспансеризация пациентов с регулярным УЗИ, КТ/МРТ-исследованиями, мониторингом уровня опухолевых маркеров (альфа-фетопротейн, СА 19-9, СЕА). Любые объемные поражения гепатопанкреатодуоденальной зоны требуют углубленного обследования пациентов.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Пациент, 60 лет, поступил в онкохирургическое отделение по направлению поликлиники с диагнозом «Рак поджелудочной железы? Механическая желтуха». При УЗИ в проекции ворот печени определено опухолевое образование без четких контуров 3,5 см в диаметре. Холедох четко не визуализируется, желчный пузырь не увеличен. Расширены внутривенные желчные протоки. Головка поджелудочной железы 25 см, тело 20 см, хвост 15 см.

Каковы возможные причины механической желтухи? Составьте план обследования для уточнения диагноза.

2. У пациентки 56 лет при комплексном обследовании установлен диагноз «Опухоль Клатскина T3N1M0, IV тип по Bismuth–Corlette. Механическая желтуха».

Составьте план лечения.

3. Пациентка, 58 лет, поступила в онкохирургическое отделение с диагнозом «Опухоль Клатскина». При УЗИ определяется гепатомегалия, расширение внутривенных желчных протоков, гепатикохоледох до 1,5 см, желчный пузырь 120 × 85 мм без конкрементов, поджелудочная железа уплотнена, головка 35 мм, тело — 18 мм, хвост — 12 мм. Вирсунгов проток 0,9 см. При ФГДС желчи в просвете двенадцатиперстной кишки нет, имеется изъязвление ее медиальной стенки.

Согласны ли вы с диагнозом? Какие методы диагностики следует дополнительно использовать для подтверждения или исключения данного диагноза?

ОТВЕТЫ

1. Основными возможными причинами желтухи являются желчнокаменная болезнь и опухоль. Учитывая возраст пациента, наличие опухолевидного образования в проекции ворот печени, отсутствие четкой визуализации холедоха, спавшийся желчный пузырь и расширение внутривенных протоков вероятнее всего речь может идти об опухоли Клатскина. В план обследования необходимо включить: общеклинические исследования, УЗИ и КТ органов брюшной полости, определение уровня опухолевых маркеров (альфа-фетопротеин, СЕА и СА 19-9), ФГДС, МРТ ОБП, ЧЧХГ, пункционную биопсию под контролем УЗИ.

2. IV тип опухоли Клатскина по Bismuth–Corlette подразумевает распространение опухолевого процесса на правый и левый печеночные протоки. В таком случае невозможно выполнить радикальное хирургическое вмешательство. С симптоматической целью возможна чрескожная чреспеченочная холангиостомия или стентирование для наружного отведения желчи. В после-

дующем при удовлетворительном состоянии пациентки проводится химио- и лучевая терапия.

3. В данном случае диагноз «Опухоль Клатскина» представляется сомнительным. Скорее всего, блок находится ниже уровня впадения пузырного протока. На это указывает наличие увеличенного желчного пузыря и расширенного гепатикохоледоха. Для уточнения диагноза необходимо выполнить общеклинические исследования, КТ органов брюшной полости, определение уровня опухолевых маркеров (альфа-фетопротеин, СЕА и СА 19-9), МРТ органов брюшной полости, ЧЧХГ, РЭХПГ с биопсией.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Онкология* : учеб. пособие / Н. Н. Антоненкова [и др.] ; под общ. ред. И. В. Залуцкого. Минск : Выш. шк., 2007. 703 с.

Дополнительная

2. *Патютко, Ю. И.* Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны / Ю. И. Патютко, А. Г. Котельникова. Минск : Медицина, 2007. 448 с.

3. *Онкология.* Национальное руководство / под ред. В. И. Чиссова, М. И. Давыдова. ГЭОТАР-Медиа, 2008. 1072 с.

4. *Атлас онкологических операций* / под ред. В. И. Чиссова, А. Х. Трахтенберга, А. И. Пачеса. ГЭОТАР-Медиа, 2008. 632 с.