

чаев (9%) — к варианту 5, а пять случаев (5%) были классифицированы как вариант 6.

Выводы. Варианты слияния правой желудочно-сальниковой вены имеют широкий топографо-анатомический диапазон. Были выделены шесть вариантов слияния. Таким образом, анатомия правой желудочно-сальниковой вены приобретает все большее значение в условиях популяризации лапароскопической радикальной гастрэктомии. Точное знание хирургической анатомии, преимущественно инфрапилорической зоны и головки поджелудочной железы, необходимо для радикальной лимфодиссекции и требуется во избежание кровотечения не только во время гастрэктомии, но и при операциях на гастроспленопанкреатодуоденальной зоне.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ

КОВАЛЕНКО Ю.А.

НИМЦ хирургии им. А.В. Вишневского, Москва
kovalenkoya77@gmail.com

Введение. В настоящее время наметилась отчетливая тенденция роста числа больных воротной холангиокарциномой, и в связи с неутешительными отдаленными результатами хирургического лечения этот тип рака является одной из ведущих причин летальности от первичных гепатобилиарных опухолей. 5-летняя выживаемость после резекции R0 не превышает 40%, а частота рецидивов может достигать 75%. Наряду с этим, выявление достоверных факторов прогноза является определяющим для составления систем прогноза заболевания.

Цель исследования. Оценка прогностических факторов и составление прогноза у пациентов с воротной холангиокарциномой.

Материалы и методы. За период с 2003 по 2016 гг. изучены результаты 93 резекций печени и желчных протоков, а также внутрипротоковой биопсии системы TurboHawk. Из них 84 пациентам выполнена резекция печени и желчных протоков (в том числе 11 пациентам выполнена дооперационная биопсия). Распределение пациентов по стадиям (TNM): I — 3 (3,6%), II — 21 (25%), IIIA — 14 (16,7%), IIIB — 25 (29,7%), IVA — 13 (15,5%), IVB — 8 (9,5%). Распределение пациентов по Bismuth-Corlette: I — 2 (2,4%), II — 4 (4,8%), IIIA — 12 (14,3%), IIIB — 18 (21,4%), IV — 48 (57,1%). Частота выявления морфологических факторов: микрососудистая (42,9%) и лимфососудистая (88,2%) инвазия, положительный край резекции (59,2%), периневральная инвазия (83,3%), наличие клеток в окружающей жировой клетчатке (92,3%), прорастание всей толщи стенок желчных протоков (83,3%), инфильтративная форма роста опухоли (88,9%). Резекции печени и желчных протоков представлены следующими вариантами: резекция желчных протоков с конfluence — 6 (7,1%), гемигепатэктомия — 50 (59,6%), расширенная гемигепатэктомия — 16 (19%), атипичная резекция S4,5 в сочетании с резекцией желчных

протоков — 12 (14,3%). Корреляционные связи изучены между S100P, Ki67, Vimentin, E-cadherin, N-cadherin, beta-cat, VEGF, TIMP1 and 2, MUC1, MUC2, MUC5AC, CK7, COX2, Mcl-1 и выживаемостью.

Результаты. 1-, 3-, 5-летняя выживаемость после хирургического лечения составила 78%, 31%, 23% соответственно. Регрессионный анализ показал статистически значимое влияние стадии заболевания и края резекции на выживаемость. При монофакторном анализе степень дифференцировки, край резекции, периневральная инвазия и инвазия стенки желчного протока с выходом за ее пределы были достоверно значимыми. При полифакторном анализе — лимфососудистая инвазия. Прогностические шкалы представляют собой кривую под площадью с балльной оценкой факторов. Плохой прогноз считается при выживаемости до 12 мес., умеренный — 12–24 мес., хороший ≥ 24 мес. Результаты прогноза оценены у 32 пациентов, имеющих полные морфологические и биомолекулярные данные. В зависимости от резектабельности опухоли, с учетом индивидуального прогноза выделены группы больных: первая группа — пациенты с резектабельной опухолью, но с плохим прогнозом (выживаемость менее 1 года) — на дооперационном этапе показана химиолучевая или фотодинамическая терапия. Вторая группа — пациенты с резектабельной опухолью и прогнозируемой выживаемостью от 1 до 2 лет — проведение внутрипротоковой лучевой или фотодинамической терапии после операции. Третья группа пациентов с хорошим прогнозом (выживаемость более 2 лет) — хирургическое лечение при подтверждении дооперационного прогноза радикальностью проведенной операции. Чувствительность шкал составила 96%, специфичность — 72,7%, прогностическая ценность — 79,4%.

Заключение. Комплексное использование клинико-морфологических и молекулярных факторов является главным при прогнозировании отдаленных результатов хирургического лечения. Составление прогноза в индивидуальном порядке способствует взвешенному подходу к выбору варианта хирургического лечения и обеспечивает максимально эффективное комбинированное лечение.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧЕОТТОКА РЕТРОГРАДНЫМ СПОСОБОМ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

МАРИНОВА Л.А., ЗУБОВА Н.В.

НИМЦ хирургии им. А.В. Вишневского, Москва
Lmarinova@bk.ru

Введение: Злокачественные поражения гепатопанкреатобилиарной зоны нередко сопровождаются механической желтухой, которая является грозным и даже фатальным осложнением данных заболеваний. В таких случаях необходима неотложная билиарная декомпрессия, которая выполняется либо с целью подготовки пациента к радикальному хирургическому вмешательству, либо в качестве окончательного метода лечения с паллиативной целью. Для миниинвазивного восстановления

желчеоттока используются антеградный и ретроградный способы. Каждый из них обладает своими достоинствами и ограничениями.

Цели исследования: Определить место эндоскопического способа билиарной декомпрессии в лечении пациентов с механической желтухой.

Материалы и методы: Определение эффективности и роли эндоскопического стентирования проводилось на основании анализа международных рекомендаций, изучения зарубежной и отечественной литературы, а также собственного опыта. В исследование включены 94 больных, обратившихся в НИИЦ хирургии им. А.В. Вишневского с 04.2017 г. по 04.2018 г. Из них: 43 пациента с дистальным билиарным блоком (рак головки поджелудочной железы, холангиокарцинома, рак БДС) и 51 пациент с проксимальным билиарным блоком (опухоль Клатскина, метастазы в лимфоузлы ворот печени, рак желчного пузыря).

У этой группы больных выполнено 100 ретроградных вмешательств:

- установка пластикового стента (гепатикохоледох) — 26
- установка металлического стента (гепатикохоледох) — 19
- установка металлического стента (унилатерально) — 5
- пластиковый стент + назобилиарный дренаж (билатерально) — 3
- 2 назобилиарных дренажа (билатерально) — 6
- 2 пластиковых стента (билатерально) — 24
- 2 металлических стента (билатерально, ипсилатерально) — 17

С целью предоперационного дренирования выполнялась установка назобилиарных дренажей и пластиковых стентов. При паллиативном вмешательстве в случае ожидаемой продолжительности жизни менее 3–4 месяцев имплантировали пластиковые стенты, в остальных ситуациях стремились к установке металлических стентов. В зависимости от уровня блока, использовали один или несколько стентов.

Результаты: Ретроградное вмешательство предпринято у 94 пациентов со злокачественной билиарной обструкцией. У всех пациентов стентирование выполнено в запланированном объеме. Таким образом, технический успех составил 100%. Клинический успех достигнут у 90 (95,7%) пациентов.

Летальность составила 3,2% (все пациенты с проксимальной злокачественной обструкцией вторичного генеза) и не была связана непосредственно с вмешательством. Смерть наступила от продолжающейся печеночной недостаточности на фоне 4-й стадии онкологического процесса.

Были отмечены следующие осложнения: панкреатит — 1 %, инфекционные — 8,5 %.

Заключение: Эндоскопическое дренирование является эффективным методом восстановления желчеоттока у больных механической желтухой. Успех этого сложного вмешательства предопределяется опытом специалиста, наличием соответствующего оснащения, а также грамотным ведением пациентов до и после процедуры.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХОЛАНГИОЦЕЛЛЮЛЯРНОМ РАКЕ

МАРИНОВА Л.А., ЗУБОВА Н.В.

НИИЦ хирургии им. А.В. Вишневского, Москва

Lmarinova@bk.ru.

Актуальность. Несмотря на значительные достижения медицины последних лет, лечение холангиоцеллюлярного рака по-прежнему представляет серьезные трудности.

На ранней стадии заболевание протекает бессимптомно и в связи с этим редко диагностируется. С течением времени развивается билиарная обструкция, что приводит к клиническим проявлениям, в первую очередь, к механической желтухе.

При невысокой гипербилирубинемии (менее 200 мкмоль/л) и отсутствии данных о сосудистой инвазии или метастазах может быть сразу же предпринята попытка радикального хирургического лечения. В остальных случаях требуется неотложная билиарная декомпрессия. Она может быть выполнена в качестве предоперационной подготовки или окончательного паллиативного дренирования желчных протоков. Для этих целей широко используются антеградный и ретроградный методы. Каждый из них обладает своими достоинствами и ограничениями.

Цели исследования. Изучить возможности эндоскопического метода дренирования желчных протоков при холангиоцеллюлярном раке.

Материалы и методы. С 04.2017 г. по 04.2018 г. в НИИЦ хирургии им. А.В. Вишневского было выполнено 27 эндоскопических вмешательств у 25 больных с холангиокарциномой:

- установка пластикового стента (гепатикохоледох) — 5
- установка металлического стента (гепатикохоледох) — 1
- пластиковый стент + назобилиарный дренаж (билатерально) — 3
- 2 назобилиарных дренажа (билатерально) — 6
- 2 пластиковых стента (билатерально) — 10
- 2 металлических стента (билатерально, ипсилатерально) — 2

В исследование включены 6 пациентов с дистальным блоком и 19 пациентов с проксимальным блоком (опухоль Клатскина).

Результаты. Ретроградное вмешательство предпринято у 25 пациентов с холангиокарциномой. У всех пациентов стентирование выполнено в запланированном объеме. Таким образом, технический успех составил 100%. Клинический успех достигнут у 24 (96%) пациентов. Не удалось добиться снижения желтухи у одной пациентки с первичным склерозирующим холангитом, циррозом печени и развившейся на этом фоне холангиокарциномой (больная направлена на трансплантацию печени).

Летальных исходов не было.

Отмечены следующие осложнения: панкреатит легкой степени тяжести — в 1-м случае (4%), холангит легкой и средней степени тяжести — в 2-х случаях (8%).