литных нарушений и синдромной терапии нарушений систем жизнеобеспечения. Критерием, определяющим сроки операции, была длительность острого периода. При перитоните сокращали продолжительность предоперационной подготовки, увеличивая её интенсивность.

При локализации опухоли в правой половине ободочной кишки её удаляли и накладывали межкишечный анастомоз. При локализации опухоли дистальнее левого изгиба ободочной кишки и до прямой кишки удаляли опухоль и накладывали разгрузочную стому. Декомпрессия выполнялась в зависимости от диаметра кишки посредством назогастроинтестинального зонда, либо на операционном столе, либо в минимально короткие сроки после операции через стому. При перитоните проводили программные санации брюшной полости.

После операции проводили коррекцию нарушений систем жизнеобеспечения на основании системного подхода. Антибактериальную терапию корректировали по данным чувствительности микрофлоры, поскольку менее 50% пациентов не были чувствительны к эмпирически назначенной терапии.

Летальность в группе оперированных по поводу рака ободочной кишки за 2017 год составила 13,5%. При наличии у них острой кишечной непроходимости летальность составила 23,8%. Причиной неблагоприятных исходов лечения пациентов с острой кишечной непроходимостью вследствие обтурации опухолью остаётся декомпенсация процессов адаптации и прогрессирование полиорганной недостаточности.

РОЛЬ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА

ЧЕРНИКОВА Е.Н., КУРУШКИНА Н.А., НЕДОЛУЖКО И.Ю., ШИШИН К.В.
Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова, Москва
e.chernikova@mknc.ru

Актуальность. На современном этапе эндоскопическое стентирование является паллиативным методом лечения, направленным на улучшение качества жизни за счет уменьшения степени дисфагии у неоперабельных пациентов с распространенными формами рака пищевода.

Материалы и методы. В исследование включено 30 пациентов, которым с июля 2016 года по октябрь 2017 года выполнено стентирование пищевода. Показаниями для эндоскопического стентирования были нерезектабельность первичной опухоли и тяжелый соматический статус больного. Средний возраст пациентов – 68 лет (от 39 лет до 91 года). Все пациенты предъявляли жалобы на дисфагию 3 и 4 степени. Из 20 пациентов у 4 (20%) была критическая дисфагия. Жалобы на загрудинные боли, регургитацию, изжогу, гиперсаливацию предъявляли 11 (55%) пациентов. Опухоли пищевода с распространением на кардиальный отдел желудка были у 18 (90%) пациентов. Непроходимость пищевода, обусловленная его сдавлением извне новообразованием легкого и средостения, имела место у 2 (10%) пациентов представленной группы. Линейная протяженность стенозирующих опухолей пищевода варьировала от 2 до 12 см. Всем пациентам исследуемой группы установлены частично покрытые нитиноловые самораскрывающиеся стенты Ultraflex компании «Boston Scientific» с проксимальным и дистальным типом раскрытия.

Результаты. Интраоперационных осложнений не было. В день операции всем пациентам разрешали прием прозрачных жидкостей, в дальнейшем – прием полутвердой пищи. Средний койко-день составил 4. У 1-го пациента с новообразованием кардиоэзофагеального перехода в первые сутки после установки стента появились жалобы на рвоту кофейной гущей. При контрольной ЭГДС выявлен надрыв интрамуральной части опухоли кардиального отдела желудка с признаками продолжающегося кровотечения, которое было остановлено с помощью гемостатического порошка «Endoclot»; рецидива кровотечения не было. У 2-х пациентов через 1 и 3 месяца (соответственно) после установки стентов появились жалобы на дисфагию 3 степени, при эндоскопическом исследовании было выявлено разрастание грануляционной ткани по проксимальному краю стента, в обоих наблюдениях выполнена аргоноплазменная коагуляция грануляций с положительным эффектом в виде разрешения явлений дисфагии. 2-м пациентам потребовалось рестентирование по типу «стент-в стент», в связи с дистальной миграцией стента (у одного) и прорастания стента опухолью (у другого). У 1-го из наблюдаемых в динамике пациентов через 6 месяцев после установки стента появились жалобы на дисфагию 4 степени, по результатам эндоскопического исследования выявлена рубцовая стриктура пищевода проксимальнее верхнего края стента, что потребовало проведения эндоскопического бужирования. У 1-го из пациентов через 3 месяца после стентирования выявлен свищевой ход в бронхиальное «дерево» по проксимальному краю пищеводного стента, что потребовало повторного стентирования. Общее число осложнений, потребовавших эндоскопической реинтервенции, составило 20%. Протокол послеоперационного ведения и наблюдения пациентов включал назначение пожизненной антисекреторной терапии, мониторирование качества жизни пациентов по телефону через 14 дней, 1, 3 и 6 месяцев (уточнение степени дисфагии, оценка интенсивности боли за грудиной, регургитации, изжоги). В случае предъявления соответствующих жалоб, пациентам выполнялись контрольные эндоскопические и рентгенологические исследования. За период наблюдения умерли 12 пациентов (60%), в связи с прогрессированием основного заболевания.

Заключение: Эндоскопическое стентирование пищевода установкой саморасширяющихся стентов является эффективным способом оказания паллиативной помощи больным со стенозирующими формами нерезектабельного рака пищевода, позволяющим повысить качество их жизни восстановлением способности питания естественным путём. Нежелательные побочные эффекты стентирования (миграция стента, отсроченное рестенозирование за счет прорастания опухоли, разрастания грануляционной ткани

и др.) успешно контролируются и устраняются эндоскопическим способом.

ХОЛАНГИОЦЕЛЛЮЛЯРНЫЙ РАК (КЛАССИФИКАЦИЯ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ)

ЧЖАО А.В.
НИМЦ хирургии им. А.В. Вишневского, Москва
chzhao@ixv.ru

Холангиокарцинома – это опухоль, исходящая из эпителия желчных протоков, которая, в зависимости от локализации, подразделяется на внутрипеченочную, перипортальную или воротную (опухоль Клатскина) и дистальную.

Холангиокарционама (ХЦК) – редкая злокачественная опухоль, так, в США ежегодно диагностируется 5000–6000 новых случаев заболевания, что составляет 3% от всех опухолей желудочно-кишечного тракта и 10%-15% от всех первичных злокачественных заболеваний печени. При этом внутрипеченочные, воротные и дистальные составляют соответственно 10%, 50% и 40% от всех ХЦК. Заболеваемость внутрипеченочной ХЦР составляет 0,85 на 100000, рак внепеченочных желчных протоков развивается с частотой 0,8–1,2 на 100000.

Факторами риска ХЦК являются:

1. Первичный склерозирующий холангит
2. Кисты холедоха
3. Паразитарные инфекции (Opisthorchis viverrini or sinensis)
4. Воспалительные заболевания кишечника
5. Гепатотоксические препараты и токсины
6. Билиарные циррозы
7. Холелитиаз
8. Аденома и папилломатоз желчных протоков
9. Алкогольная болезнь печени
10. Сахарный диабет
11. Тиреотоксикоз
12. Хронический панкреатит
13. Ожирение
14. Неалкогольный стеатогепатит
15. Гепатиты В и С
16. Курение

Сипмтоматика ХЦК неспецифична, часто появляется на поздних стадиях заболевания, при этом наиболее часто возникает механическая желтуха (84%), кожный зуд, боли в правом подреберье (30%), лихорадка (10%).

ХЦК классифицируется по стадиям на основании TNM, при этом каждая форма ХЦК имеет свою классификацию, отражающую возможность выполнения радикальной операции либо ее отсутствие, связанную с билатеральным вовлечением желчных протоков 2 порядка, либо массивным билатеральным или контралатеральным вовлечением ветвей печеночной артерии и воротной вены, а также региональных лимфатических узлов и метастазов в отдаленные органы. При внутрипеченочной холангиокарциноме выделяют узловой, инфильтративный и узловой-инфильтративные варианты опухоли, при воротной хаолангиокарциноме (Klatskin tumor), в зависимости от ее распространения на долевые желчные протоки I порядка, различают I, II, IIIa, IIIb и IV типы по Bismuth-Corlette.

Диагностика. Специфические диагностические тесты отсутствуют, СА 19–9 имеет диагностическую ценность при изучении в динамике у пациентов в группах риска, например, при первично склерозирующем холангите, а также при диспансерном наблюдении после радикальных операций. Превышение уровня 100 ед/л с чувствительностью 89% и специфичностью 86% может свидетельствовать о наличии холангиокарциномы. Трехфазная КТ имеет чувствительность 90–100%, диагностическую точность 60–80%, МРТ-МРХГ соответственно 88% и 88%, ЭндоУЗИ-78%, внутрипротоковая биопсия – 90%, ПЭТ-КТ- 90%, диагностическая лапароскопия – 50%, последнюю рекомендуется выполнять при сомнениях в резектабельности опухоли с целью снижения частоты эксплоративных лапаротомий.

Биопсия необходима лишь при распространенном процессе для уточнения диагноза перед химиотерапией. Как правило, биопсия свидетельствует об аденокарциноме панкреатобилиарной природы (CK-7+, CK20, CDX2) или имеет картину низкодифференцированной аденокарциномы без специфических поверхностных маркеров.

Следует подчеркнуть, что все пациенты с очагами печени требуют детального, всестороннего обследования для исключения метастатического поражения, а также выявления отдаленных метастазов, для чего обязательны СКТ грудной клетки, брюшной полости, малого таза, эндоскопическое исследование верхних и нижних отделов ЖКТ, маммография и гинекологическое обследование.

Лечение. При отсутствии отдаленных метастазов, в том числе и в периаортальные, перикавальные и лимфатические узлы чревного ствола, единственным вариантом лечения становится резекция печени и внепеченочных желчных протоков. Вариант резекции печени зависит от локализации опухоли и ее отношении к трубчатым структурам печени, а также необходимости достижения R0 края. При воротной холангиокарциноме до сих пор дискутируется вопрос о необходимости во всех случаях выполнения резекции I сегмента печени и бифуркации воротной вены. Лимфаденэктомия имеет лишь диагностическое значение и не влияет на отдаленные результаты. В этой связи имеет смысл удаление подозрительных лимфатических узлов. Послеоперационная летальность в специализированных центрах не превышает 3%, а частота осложнений – 38%.

Трансплантация печени при ХЦК выполняется редко ввиду плохих отдаленных результатов и раннего рецидива заболевания. В 10% случаев при трансплантации печени по поводу первично склерозирующего холангита выявляется инсидентальная холангиокарцинома. Соблюдение протокола Мейо позволяет достичь 82% 5-летней продолжительности жизни у строго отобранных пациентов с воротной ХЦК (опухоль Klatskin).

Необходимость декомпрессии желчных путей перед оперативным вмешательством при механической желтухе