

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ХОЛАНГИОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА

КАРМАЗАНОВСКИЙ Г.Г.

НИИЦ хирургии им. А.В. Вишневского, Москва

karmazanovsky@ixv.ru

Холангиоцеллюлярный рак (ХЦР) является второй по частоте злокачественной первичной опухолью, поражающей протоковую систему печени и внепеченочные протоки. Выделяют периферическую форму, которую чаще всего необходимо дифференцировать с гепатоцеллюлярным раком и метастатическим поражением, рак проксимальных отделов магистральных желчных путей (так называемую опухоль Клатскина), а также опухолевое поражение средней и дистальной части общего желчного протока, известного как рак терминального отдела холедоха, требующего дифференциации с другими причинами обструкции желчных путей на этом уровне.

Вопросы, решаемые при помощи лучевых методов, можно подразделить на следующие этапы:

— оценка уровня блока желчных путей: при периферической форме ХЦР чаще доминирующим признаком является визуализация очагового образования в печени, дистальнее локализации которого могут быть видны умеренно или выражено расширенные сегментарные желчные протоки; при раке конfluence желчных протоков лучевые методы (особенно магнитно-резонансная холангиография и Т2ВИ) позволяют оценить не только уровень блока, но и тип опухоли по Бисмуту-Корлетту.

— вид поражения желчных путей: доброкачественные очаговые образования печени и стенозы желчных протоков наиболее достоверно можно выявить при контрастном усилении (опухоль максимально контрастируется в артериальную и венозную фазы, а соединительная ткань — в отсроченную), или на диффузионно-взвешенных изображениях — при высоком b-факторе яркий сигнал обусловлен высокой целлюлярностью опухолевой ткани, что позволяет не только выявить опухоль, но и оценить степень ее распространения вдоль протока и на окружающие органы и ткани. При локализации рака желчного пузыря в его шейке или в пузырьном протоке распространение опухолевой ткани на область ворот затрудняет дифференциальную диагностику с I типом опухоли Клатскина.

Инвазия в ветви воротной вены приводит к резко выраженному уменьшению сечения вены и атрофии доли печени. Инвазию ветви печеночной артерии выявить сложнее, однако помогает оценка признака «артериализации» кровотока, когда перераспределение кровотока приводит к расширению ветвей непораженных сегментов.

Достоинством МСКТ и МРТ диагностики является отсутствие прямого контрастирования желчных путей, что исключает риск инфицирования желчи. Недостатком таких исследований является лишь констатация фактов при полном отсутствии возможности лечебных манипуляций.

ПРИКЛАДНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРАВОЙ ЖЕЛУДОЧНО-САЛЬНИКОВОЙ ВЕНЫ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГАСТРЭКТОМИИ

КОВАЛЕНКО Н.А., ГАЙВОРОНСКИЙ И.В., БАХОВАДИНОВА Ш.Б., ПЕЛИПАСЬ Ю.В., АМЕЛИНА И.Д.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Минобороны РФ, Санкт-Петербург

kburjuy@gmail.com

Актуальность. Изучались анатомические варианты впадения правой желудочно-сальниковой вены с целью совершенствования знаний относительно лимфаденэктомии шестой группы лимфатических узлов при лапароскопической гастрэктомии. Лимфатические узлы, расположенные в инфрапилорической области головки поджелудочной железы, относятся к лимфатическим узлам шестой группы, которая выделена Японской ассоциацией рака желудка как область вдоль первой ветви правой желудочно-сальниковой артерии до соединения правой желудочно-сальниковой вены и передней верхней поджелудочно-двенадцатиперстной вены. Метастазы в лимфатических узлах шестой группы встречаются с частотой от 26 до 34%. Таким образом, лимфатические узлы шестой группы должны быть удалены во время радикальной гастрэктомии, а их локализация связана с анатомией правой желудочно-сальниковой вены.

Цель исследования: изучить вариантную анатомию правой желудочно-сальниковой вены с целью предоперационного определения локализации лимфатических узлов шестой группы при лапароскопической гастрэктомии.

Материал и методы. Использованы архивные данные многофазной спиральной компьютерно-томографической ангиографии в портальной фазе. Выполнялась постпроцессорная обработка данных исследований с использованием трёхмерных изображений для изучения вариантов слияния правой желудочно-сальниковой вены. Изучены и проанализированы данные МСКТА 100 пациентов. Возраст пациентов варьировал от 35 до 70 лет.

Результаты. Выявлено шесть вариантов слияния правой желудочно-сальниковой вены: вариант 1 (слияние с передней верхней поджелудочно-двенадцатиперстной веной, с участием ободочной вены), вариант 2 (слияние с передней верхней поджелудочно-двенадцатиперстной веной, без участия ободочной вены), вариант 3 (слияние с передней верхней поджелудочно-двенадцатиперстной веной с участием верхней правой ободочной вены и правой ободочной вены), вариант 4 (слияние со стволом передней верхней поджелудочно-двенадцатиперстной веной и ободочной вены), вариант 5 (слияние с ободочной веной без участия передней верхней поджелудочно-двенадцатиперстной веной) и вариант 6 (самостоятельное впадение правой желудочно-сальниковой вены в верхнюю брыжеечную вену). Пятьдесят три случая (53%) были классифицированы как вариант 1, семнадцать случаев (17%) были классифицированы как вариант 2, одиннадцать случаев (11%) отнесены к варианту 3, пять случаев (5%) — к варианту 4, девять слу-

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 ХОЛАНГИОКАРЦИНОМой

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 конfluenceм — 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-cadherin, 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 \geq 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