

и др.) успешно контролируются и устраняются эндоскопическим способом.

## ХОЛАНГИОЦЕЛЛЮЛЯРНЫЙ РАК (КЛАССИФИКАЦИЯ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ)

**ЧЖАО А.В.**

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

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

Холангиокарцинома (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 ХЦК 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

Симптоматика 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 узловую, инфильтративную и узловую-инфильтративную варианты

опухоли, при воротной холангиокарциноме (Klatskin tumor), в зависимости от ее распространения на доле-вые 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

до сих пор дискутируется. Считается достаточным дренирование 25% паренхимы печени. Антеградная, или ретроградная, декомпрессия показана при наличии холангита, гипербилирубинемии выше 200 мкмоль/л, тяжелом общем статусе пациента, требующего длительной подготовки к радикальной операции, либо при нерезектабельных опухолях или у неоперабельных больных — как окончательный вариант паллиативного лечения. Паллиативная декомпрессия предполагает постановку одного или нескольких пластиковых либо металлических стентов, что зависит от прогноза длительности жизни.

Билиарная декомпрессия остающейся части печени с эмболизацией воротной вены (PVE) контралатеральной доли показана при низком функциональном резерве и небольшом объеме (менее 40%) остающейся паренхимы печени. В этом случае радикальная операция выполняется через 3 недели после PVE и снижении уровня билирубина ниже 100 мкмоль/л.

При R1 и R2 резекции или позитивных лимфоузлах показана адьювантная химиолучевая терапия.

Неoadьювантная и адьювантная химиотерапия. Системная химиотерапия и трансартериальная химиоэмболизация (ТАХЭ) гемцитабин-цисплатином позволяет увеличить продолжительность жизни при нерезектабельных ХЦК до 9–11,7 мес.

Заключение. Перспективы лечения пациентов с холангиоцеллюлярной карциномой связаны с ранней диагностикой в группах высокого риска, изучением молекулярно-генетических факторов прогрессирования опухоли, выполнением R0 резекции, а также индивидуализированным подходом к выбору неoadьювантной и адьювантной терапии.

### Список литературы.

1. Вишневецкий В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А., Шевченко Т.В., Ионкин Д.А., Чжао А.В. Отдаленные результаты радикальных и условно радикальных резекций при воротной холангиокарциноме // *Анналы хирургической гепатологии*. 2013. Т. 18. № 2. С. 19–20.
2. Aljiffry M., Abdulelah A., Walsh M., Peltekian K., Alwayn I., Molinari M. // *Evidence-Based Approach to Cholangiocarcinoma: A Systematic Review of the Current Literature // Journal of the American College of Surgeons*.-2008. Vol. 208. N. 1. P. 134–147.
3. Brown K.M., Parmar A.D., and Geller.D.A. Intrahepatic Cholangiocarcinoma // *Surgical Oncology Clinics of North America*. 2014. Vol. 23. P. 231–246.
4. Brown K.M., and Geller.D.A. Proximal Biliary Tumors // *Surgical Oncology Clinics of North America*. 2014. Vol. 94. P. 311–323.
5. Masuoka H.C., Rosen C.B. Transplantation for Cholangiocarcinoma // *Clinics in Liver Disease*. 2011. Vol. 15. P. 699–715.
6. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practice Guidelines in Oncology. Hepatobiliary Cancer. www.nccn.org

### КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК (ОБОДОЧНАЯ КИШКА): ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ В 1993–2012 гг.

ХУТИЕВ Ц.С., БОСИЕВА А.Р., ХУТИЕВА Н.Ц., БЕСЛЕКОЕВ У.С.

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, Владикавказ

ms.bosieva@mail.ru

Актуальность. В России, как и во многих странах мира, наблюдается рост заболеваемости колоректальным раком. Рак ободочной кишки (РОК) в России занимает четвертое место после рака легкого, желудка и предстательной железы.

Цель исследования. Ретроспективный анализ состояния онкологической помощи больным РОК и пути ее совершенствования в Республике.

Материалы и методы. Формы №7, №35, № 5 (таблица № С51), таблицы 2 РН.

Результаты. За 20 лет в Республиканском онкологическом диспансере на лечение находился 1821 больной РОК в возрасте от 30 до 85 лет. Средний возраст — 67 лет. Мужчин — 769 (42,2%), женщин — 1052 (57,8%). Самый высокий процент — 17,8% — в возрастной группе 70–74 лет (мужчины — 21,5%, женщины — 14,2%). В структуре всех опухолей РОК составил 4,9%. По локализации опухоли: правая половина — 37,7%, поперечная ободочная кишка — 6,2%, левая половина — 56,1%. Городских жителей — 54,3%, сельских — 45,7%.

Стандартизованный показатель (мировой стандарт) заболеваемости РОК за весь период наблюдения составил в среднем 8,6 (мужчины — 9,6, женщины — 8,0) на 100 000 населения. Усредненный 10-летний показатель (2003–2012 гг.) — 9,5, по сравнению с 7,6 (1993–2002 гг.), вырос в 1,25 раза (мужчины — 10,7 и 8,4, вырос в 1,3 раза, женщины — 8,8 и 7,2, вырос в 1,2 раза). Этот показатель у мужчин в 1,2 раза больше, чем у женщин. Прирост заболеваемости у обоего пола — 37,0 (мужчины — 37,1, женщины — 37,5). Среднегодовой темп прироста — 2,0 (мужчины — 2,4, женщины — 1,9). Кумулятивный риск заболеть РОК до 75 лет — 2,1 (мужчины — 2,4, женщины — 1,9).

За 20 лет от РОК умерло 1185 больных. Мужчины — 526 (44,4%), женщины — 659 (55,6%). Средний возраст умерших — 67,6 лет (муж. — 67,2, жен. — 67,7). Стандартизованный показатель (мировой стандарт) смертности РОК в среднем 5,7 (мужчины — 6,2, женщины — 5,3) на 100 000 населения. Усредненный 10-летний показатель (2003–2012 гг.) — 6,5 по сравнению с 5,8 (1993–2002 гг.) вырос в 1,12 раза (мужчины — 7,1 и 5,3 вырос в 1,3 раза, женщины — 5,6 и 4,8 вырос в 1,16 раза). Этот показатель у мужчин в 1,16 раза больше, чем у женщин. Прирост смертности у обоего пола — 12,1 (мужчины — 33,9, женщины — 20,8). Среднегодовой темп прироста — 1,2 (мужчины — 1,6, женщины — 1,1). Кумулятивный риск умереть — 0,4 (мужчины — 0,3, женщины — 0,2).

Активная выявляемость РОК в среднем — 0,7%. Морфологическая верификация диагноза в среднем 79,4%