

ОПЫТ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ХОЛАНГИОЦЕЛЛЮЛЯРНЫМ РАКОМ

Е. Ж. Покровский¹, доктор медицинских наук,
Н. А. Потапов²,
Д. В. Арсентьев²,
А. А. Радыгина¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

² ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер», 153040, Россия, г. Иваново, ул. Любимова, д. 5

РЕЗЮМЕ Холангиоцеллюлярный рак – трудно диагностируемое и нечасто встречающееся заболевание. Подобные больные редко попадают в специализированные лечебные учреждения для проведения радикального лечения. Как правило, пациенты поступают с механической желтухой в хирургические отделения городских больниц. Однако при правильной организации оказания помощи этой группе больных возможно достижение хороших результатов.

Ключевые слова: холангиоцеллюлярный рак, желтуха, резекция внепеченочных желчных протоков, бигепатикоюноанастомоз.

* Ответственный за переписку (corresponding author): pokrowski@mail.ru

Холангиоцеллюлярный рак (ХЦР) – достаточно редкое и трудно диагностируемое заболевание. По литературным данным, его распространенность не превышает 3 % от всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта, однако в последние годы отмечается ее рост. Проблема усугубляется бессимптомным течением и трудностями диагностики ХЦР. Зачастую больные ХЦР попадают в общехирургическое отделение с механической желтухой, где подвергаются наружному дренированию желчных протоков. Однако лечебная тактика при этом виде опухоли предполагает резекционные вмешательства на печени и внепеченочных желчных протоках. В этом случае, по данным литературы, пятилетняя выживаемость составляет от 10 до 40 %.

В Ивановской области пациенты с безболевым механической желтухой и обоснованным подозрением на ее опухолевый генез концентрируются в ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер» (Приказ департамента здравоохранения Ивановской области № 261 от 26.12.2018). Такой подход позволяет выполнять как малоинвазивные паллиативные, так и

радикальные вмешательства, улучшая в целом результаты лечения и качество жизни больных ХЦР. Примером эффективности такого подхода может служить случай оказания помощи больному И., 1948 года рождения.

Пациент в экстренном порядке поступил в хирургическое отделение ОБУЗ ГКБ № 4 1 июля 2021 года с клиникой механической желтухи. Учитывая безболевым характер желтухи, ее механическую природу, «малые» признаки опухоли, согласно Приказу департамента здравоохранения Ивановской области № 261 от 26.12.2018 2 июля, переведен в онкохирургическое отделение ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер».

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости: печень не увеличена, без очаговых изменений, расширение внутривенных желчных протоков (долевые – до 10–11 мм), супрадуоденальный отдел холедоха расширен до 10–11 мм, на границе супра- и ре-

тродуоденального отделов – дефект просвета протяженностью 12 мм, ниже которого – просвет холедоха 2 мм на всем протяжении, поджелудочная железа без очаговых изменений, вирсунгов проток – 2 мм. Заключение: «Билиарная гипертензия за счет блока просвета холедоха».

Мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости: печень не увеличена, однородной структуры, правый долевого проток – 9 мм, левый – 13 мм, в области конfluence долевых протоков определяется гиперваскулярное образование размерами 16 × 11 мм. Заключение: «Опухоль Клацкина, билиарная гипертензия».

Биохимический анализ крови: уровень билирубина общего – 178,15 ммоль/л, билирубина прямого – 131,82 ммоль/л, АЛТ – 244,3 ед/л, АСТ – 97,6 ед/л, креатинина – 69,1 мкмоль/л, мочевины – 3,47 ммоль/л, глюкозы – 4,65 ммоль/л.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,82 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 124 г/л, СОЭ – 42 мм/ч, лейкоциты $13,97 \times 10^9/л$, тромбоциты – $380 \times 10^9/л$.

Сопутствующая патология: гипертоническая болезнь 3-й ст, артериальная гипертензия 1-й ст, гипертрофия левого желудочка, риск 4; ишемическая болезнь сердца.

При поступлении в специализированный стационар начата симптоматическая терапия, коррекция патофизиологических изменений. 8 июля 2021 года предпринята попытка мини-инвазивного чрескожного чреспеченочного дренирования желчевыводящих протоков под контролем УЗИ и рентгеноскопии доступом через IIb–III сегментарные желчные протоки. Выявлено полное разобщение желчевыводящих протоков левой и правой долей печени, блок на уровне конfluence. Завести билиарный дренаж не удалось.

Учитывая стабилизацию состояния больного, сохраняющуюся механическую желтуху, 14 июля 2021 года выполнено оперативное лечение: резекция общего печеночного и общего желчного протоков с зоной конfluence, раздельное наружное дренирование долевых желчных протоков правой и левой долей печени, холецистэктомия.

Результаты гистологического исследования № 8605 (1–5): 1) холедох (1–2); 2) желчный пузырь

(3–4); 3) лимфоузлы из печеночно-дуоденальной связки (5). Заключение: «1. Папиллярная аденокарцинома GII с инвазией в подслизистый слой. 2. Хронический холецистит вне обострения. 3. Опухолевого роста в лимфоузлах не найдено». Препараты переданы на исследование для консультации в ФГБУ НМИЦ радиологии Минздрава России, проведен иммуно-гистохимический анализ, диагноз «Злокачественная опухоль внепеченочных желчных протоков T1N0M0 1 ст.» подтвержден.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Холангиостомы функционировали удовлетворительно, сброс желчи 250 + 250 (500 мл ежедневно). Швы сняты на десятые сутки, рана зажила первичным натяжением. Пациент выписан 28 июля 2021 года в удовлетворительном состоянии под наблюдение онколога и хирурга с рекомендацией реконструктивной операции через шесть месяцев.

В течение этого времени проведена молекулярно-генетическая терапия капацитибином. Осуществлялся лабораторный и инструментальный контроль – рецидивирования процесса не выявлено.

В апреле 2022 года пациент поступил в клинику госпитальной хирургии (ОБУЗ ГКБ № 4 г. Иванова) для решения вопроса о реконструктивной операции. Общее состояние больного удовлетворительное, при лабораторном и инструментальном обследовании прогрессирования или рецидивирования опухоли не выявлено, желтухи нет, холангиостомы функционируют удовлетворительно с общим сбросом около 500 мл в сутки. Учитывая результаты обследования, больному выполнена реконструктивная операция: бигепатикоюноанастомоз на длинной петле Ру. Послеоперационный период протекал без осложнений. В дальнейшем пациент регулярно наблюдается у онколога и хирурга. Последнее стационарное обследование было проведено в октябре 2023 года.

Результаты обследования (17–26.10.2023). Клинически состояние пациента удовлетворительное, желтухи и рецидивирования опухоли нет. Больной ведет образ жизни соответственно своему возрасту. УЗИ: толщина правой доли – 124 мм, левой – 55 мм, эхогенность средняя, структура

неоднородная, сосудистый рисунок не деформирован, очаговости нет. Биохимический анализ крови: уровень билирубина общего – 18 ммоль/л, билирубина прямого – 6 ммоль/л, АЛТ – 42,1 ед/л, АСТ – 37,8 ед/л, креатинина – 72,1 мкмоль/л, мочевины – 3,7 ммоль/л, глюкозы – 4,55 ммоль/л.

Таким образом, в случае своевременного радикального оперативного лечения опухоли Клацкина, выполненного в специализированном отделении, удастся добиться хороших отдаленных результатов и существенно улучшить качество жизни пациентов с подобными заболеваниями.

EXPERIENCE IN SUCCESSFUL TREATMENT FOR A PATIENT WITH CHOLANGIOCARCINOMA

E. J. Pokrovsky, N. A. Potapov, D. V. Arsentiev, A. A. Radygina

ABSTRACT Cholangiocarcinoma is one of difficult-to-diagnose and rare diseases. Such patients rarely enter specialized medical facilities for radical treatment. Usually they enter surgical departments of municipal hospitals diagnosed with mechanical jaundice. But in correct management tactics for this patients it is possible to reach good results.

Key words: cholangiocarcinoma, jaundice, resection of extrahepatic bile ducts, bigepaticojunoanastomosis.