

Нартайлаков М.А., Павлов В.Н., Соколов В.П.,
Пешков Н.В., Аль-Хашаш Халед Субхи

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИЛЮСНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

*Кафедра общей хирургии с курсом урологии,
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия*

Одним из достаточно редких локализаций опухолей является первичный или метастатический рак в области ворот печени. Диагностика и хирургическое лечение таких гилюсных опухолей представляет значительные трудности (Вишневский В.А. с соавт., 1996; Журавлев В.А., 2000).

С 1997 года (за неполные 5 лет) в Башкирском республиканском центре хирургической гепатологии находилось на лечении 26 больных с опухолями в области ворот печени, обусловленными прорастанием рака желчного пузыря (3), метастазированием опухолей из органов брюшной полости (8), первичным холангиогенным раком гепатикохоледоха (15). При опухолях ворот печени в большинстве случаев (23 больных, 88,5%) развивалась механическая желтуха, сопровождавшаяся у 17 (65%) пациентов клиникой холангита.

В диагностике гилюсных опухолей, кроме клинико-лабораторных данных, использовали ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию (КТ), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧПХГ) под контролем УЗИ или КТ. В ряде случаев потребовалось выполнение диагностической лапароскопии.

В хирургическом лечении опухолей ворот печени использовались как паллиативные, так и радикальные операции. При неудаляемых опухолях ворот печени с генерализацией процесса (16 больных) хирургическое вмешательство завершали биопсией опухоли, реканализацией печеночных протоков с транспеченочным (6) или транспеченочно-трансдуоденальным (4) дренированием, гепатохолецистоюстомией по Куино-Лонгмайеру после краевой резекции печени и выделения внутрипеченочного сегментарного желчного протока (6).

При раке гепатикохоледоха (опухоль Кластин) при отсутствии отдаленных метастазов (10 больных) выполняли радикальную операцию - резекцию гепатикохоледоха с тканью ворот печени, наложение бигепатоеюстомии с изолированной по Ру петлей тощей кишки на сменных транспеченочных дренажах (СТД) по Сей-пол-Куриан. Необходимыми условиями выполнения резекции гепатикохоледоха являются тщательное его отделение от печеночной артерии и воротной вены и их долевыми ветвями, а также регионарная лимфаденодиссекция. В 1 случае резекцию гепатикохоледоха сочетали с резекцией, вовлеченной в опухолевый процесс левой ветви воротной вены.

В раннем послеоперационном периоде для ускорения купирования явлений холангита проводили чресдренажную эндобилиарную лазеротерапию (гелий-неоновый лазер с длиной волны 0,63 мкм, мощностью на выходе световода 5-8 мВт, от 6 до 10 сеансов).

В связи с тем, что каркасные СТД сохранялись в течение до 24 месяцев (со сменой дренажей через каждые 3-6 месяцев), возрастала вероятность развития дренаж-ассоциированной инфекции, что и было подтверждено нами при бактериологическом мониторинге желчи из СТД. Для профилактики и лечения данного осложнения проводили промывание дренажей препаратом «Бактиспорин», обладающим высокой антибактериальной и иммуномодулирующей активностью.

Таким образом, лечение опухолей ворот печени является сложной задачей, требующей высокой хирургической техники и активного послеоперационного ведения.