

Охотина Г.Н., Рудаков В.А., Измайлова Л.Г.,
Рудакова О.В., Бабенко Е.А., Рудаков А. В.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАДИКАЛЬНЫХ
МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ХОЛАНГИОКАРЦИНОМ ВОРОТНЫХ
ЛОКАЛИЗАЦИЙ**

*Российский Центр Функциональной Хирургической
Гастроэнтерологии г. Краснодар*

Цель исследования: разработка и внедрение новых методов для повышения радикальности и резектабельности хирургического лечения больных с гилеусными холангиокарциномами, осложненными механической желтухой и инвазией в магистральные сосуды ворот органа.

Материал и методы: под наблюдением находилось 61 пациент с гилеусными холангиокарциномами (ГХ), осложненными механической желтухой. Мужчин 23, женщин 38, в возрасте от 31 до 86 лет. Радикальные операции выполнены в 32 (52,46%) случаях с 1 (1,64%) летальным исходом и у 29 (47,54%) больных - произведены паллиативные вмешательства с 3 (4,92%) летальными исходами.

При поражении гилеусной опухолью только желчных протоков (тип II, III-A, III-B по М. Bismuth - М.В. Corlette, 1975) наблюдалось в 5 (8,2%) случаях. Им выполнены: би- сегментэктомии - 3, гемигепатэктомии с удалением 1 сегмента - 2 больным, с резекцией у всех гепатикохоледох и гилеуса с последующим формированием прецизионного одностороннего билиодигестивного анастомоза с выключенной петлей тонкой кишки по Ру, а так же лимфаденэктомии гепатодуоденальной связки, области головки поджелудочной железы и чревного ствола.

У 27 (44,26%) пациентов наряду с опухолевой обструкцией желчных протоков выявлена инвазия печеночной артерии, воротной вены и их ветвей (2-3-4 стадии по G.M. Gazzaniga, 1985). Из них у 3 (4,92%) больных с инвазией на ограниченном участке воротной, ее ветви и нижней полой вен - выполнены краевая (сегментарная) резекция сосудистой стенки с наложением сосудистого шва или анастомоза «конец в конец».

В 24 (39,34%) случаях, с обширной инфильтрацией и участками глубокой инвазии печеночной артерии, воротной вены и остающихся ветвей после гемигепатэктомии или расширенной гемигепатэкто-

мии, они были выделены почти полностью, различными способами, из ракового инфильтрата с оставлением небольших «пластинок» опухолевой ткани на сосудистых стенках с последующей их криодеструкцией по разработанной нами технологии. Остающиеся на выделенных из инфильтрата стенках сосудов, микрометастазы, были подвергнуты «поверхностной» криодеструкции методом крионапыления.

Определяющим в объеме оперативного вмешательства являлся уровень поражения холангиокарциномой желчных протоков, а не уровень инвазии внутрипеченочных сосудов. Остающийся достаточный объем здоровой паренхимы печени, с непораженными опухолью желчными протоками, способной обеспечить нормальную функцию организма, - являлся критерием объема оперативного вмешательства при глистных холангиокарциномах с инвазией в магистральные сосуды ворот органа.

Пораженные опухолью желчные протоки, вне- и внутрипеченочные, иссекались с гистологическим исследованием тканей по границам резекции с последующей реконструктивной операцией - наложением прецизионного билиодигестивного анастомоза.

Результаты: в 24 (39,34%) случаях, у пациентов с глистными холангиокарциномами были использованы два метода криодеструкции: аппликационный на «пластинки» опухолевой ткани - при глубокой инвазии стенок сосудов и крионапыление - при наличии поверхностных микрометастазов на стенках сосудов, выделенных из ракового инфильтрата - удалось достоверно достигнуть радикальности лечения, при одном летальном исходе, увеличение сроков выживаемости с отсутствием отдаленных рецидивов в области криовоздействия.