

В. Г. Ярешко, С. Г. Живица, Ю. А. Михеев, К. Н. Отарашвили, А. В. Шевцов
ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования
Министерства здравоохранения Украины»

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ КЛАТСКИНА

Опухоль Клатскина это злокачественное образование небольших размеров, чаще поражающее конфлюэнс печеночных протоков, форма роста при этом инфильтративная, распространение опухоли происходит по ходу жёлчного протока и через его стенку. При микроскопии выявляется аденокарцинома ацинарного, тубулярного, трабекулярного, альвеолярного или папиллярного типа. Наиболее редким и более благоприятным по резектабельности и отдаленным результатам, является папиллярный тип опухоли. Это связано с тем, что параллельно с ростом аденокарциномы папиллярного типа, происходит склерозирование ткани протоков в хорошо развитую соединительнотканную строму.

Цель работы: определить показания к видам оперативного лечения и их целесообразность у больных с опухолью Клатскина на основании современных методов диагностики.

Материалы и методы: На базе специализированного хирургического отделения КУ ГКБ № 3 г. Запорожье с 2000 по 2014 год были изучены результаты хирургического лечения 185 больных с опухолью Клатскина. Из них женщин – 99 (53,5%), мужчин – 86 (46,5%). Возраст больных составил от 32 до 91 лет. Более половины пациентов – 133 (71,9%) были лица пожилого и старческого возраста. Всего выполнено 140 оперативных вмешательств, из них 72 – лапаротомных и 68 малоинвазивных. В группу лапаротомных операций отнесены как радикальные (условно-радикальные), так и паллиативные (симптоматические). При I и II стадиях по Bismuth-Corlette обоснованными допустимым являются выполнение резекции гепатикохоледоха с опухолью без резекции печени – выполнено 20 подобных вмешательств и 1 панкреатодуоденальная резекция. Однако собственный опыт клиники позволяет выполнять при III-а и III-б стадиях по Bismuth-Corlette, резекции гепатикохоледоха с бифуркацией. При этом добившись в 70% случаев уровня R0-резекции.

Заключение: у больных с опухолью Клатскина в равной степени возможно выполнение как лапаротомных, так и малоинвазивных вмешательств, показаниями к которым является распространенность опухолевого процесса и степень тяжести состояния больного.

Ключевые слова: Опухоль Клатскина, хирургическое лечение, диагностика.

В 1965 году Джеральд Клатскин провёл наиболее масштабное исследование опухолей проксимальных жёлчных протоков, изучив их возможные локализации и распространенность, вследствие чего это образование и стали называть его именем [1]. Опухоль Клатскина это злокачественное образование небольших размеров, чаще поражающее конфлюэнс печеночных протоков, форма роста при этом инфильтративная, распространение опухоли происходит по ходу жёлчного протока и через его стенку. При микроскопии выявляется аденокарцинома ацинарного, тубулярного, трабекулярного, альвеолярного или папиллярного типа. Наиболее редким и более благоприятным по резектабельности и отдаленным результатам, является папиллярный тип опухоли [8]. Это связано с тем, что параллельно с ростом аденокарциномы папиллярного типа, происходит склерозирование ткани протоков в хорошо развитую соединительнотканную строму [9].

Опухоль Клатскина, наряду со злокачественными новообразованиями жёлчных протоков, составляет порядка 10–26,5%, в сравнении с опухолями внепечёночных жёлчных протоков –

58% [2]. На вскрытии рак эпителия жёлчных путей, в промежутке от места впадения в общий печеночный проток пузырного, определяется в 0,01% случаев [3]. Наиболее часто данное заболевание встречается в возрасте от 55 до 65 лет, мужчины чаще болеют опухолью Клатскина, а именно в 57–61% случаев [4, 5, 6, 7]. У пациентов с хиллярной карциномой, не получающих лечение, смерть наступает через 4–6 месяцев после верификации диагноза.

В качестве скрининга для диагностики опухолей Клатскина следует использовать ультразвуковое исследование (УЗИ). При этом определить наличие самой опухоли возможно очень редко (10–12%). Косвенными эхографическими признаками являются расширение внутрипеченочных протоков с отсутствием их визуализации или нормального диаметра ниже расширенных участков, а так же наличие спавшегося желчного пузыря.

При компьютерной томографии (КТ) на негативных томограммах холангиокарцинома выглядит как гиподенсное объемное образование. После болюсного введения контрастного вещества может возникнуть слабое периферическое

«усиление» опухоли и отсутствие накопление контраста в центральной ее части даже в поздней фазе. Остальные признаки опухоли соответствуют данным УЗИ, кроме того, в редких случаях, определяется атрофия одной из долей печени и гипертрофия противоположной доли, косвенно свидетельствующие о прорастании опухоли в ветви воротной вены. Инвазию опухоли в воротную и печеночные вены, артериальные сосуды позволяет определить доплерография.

Уровень блока с большой долей достоверности (до 100%) позволяет диагностировать чрескожная транспеченочная холангиография (ЧЧХГ) под УЗИ, она же позволяет установить наружный дренаж или стент для декомпрессии и подготовки больного к радикальной операции. В отдельных случаях метод ЧЧХГ дополнялся эндоскопической ретроградной холангиографией.

Посредством классификации TNM, которая используется для опухолей желчных протоков, определяется стадия опухолевого процесса, а с целью установления локализации распространенности опухолевого процесса используется классификация Bismuth-Corlette (1975) [10].

Цель работы: определить показания к видам оперативного лечения и их целесообразность у больных с опухолью Клатскина на основании современных методов диагностики.

Материалы и методы

На базе специализированного хирургического отделения КУ ГКБ № 3 г. Запорожье с 2000 по 2014 год были изучены результаты хирургического лечения 185 больных с опухолью Клатскина. Из них женщин – 99 (53,5%), мужчин – 86 (46,5%). Возраст больных составил от 32 до 91 лет. Более половины пациентов – 133 (71,9%) были лица пожилого и старческого возраста.

Диагностическая программа включала оценку клинических проявления заболевания, лабораторных показателей. Среди методов визуализационной диагностики использовались УЗИ с цветным доплеровским картированием, КТ, прямое контрастирование жёлчных протоков в виде ЧЧХС и ЭРХПГ, магнитно-резонансная холангиография.

Основным клиническим проявлением заболевания была механическая желтуха и ее проявления. Показатели билирубинемии у больных составили в среднем $195,8 \pm 18,3$ мкмоль/л. У большинства из них механическая желтуха была определена как терминальная или декомпенсированная, т. е. уровень билирубинемии был выше 200 мкмоль/л. Среди других клинических проявлений также имели место потеря массы тела, боли в эпигастрии и/или в правом подреберье.

Важным моментом при оценке поражения проксимальных отделов жёлчных протоков, возможности проведения оперативного вмешательства является типирование опухоли по классификации Bismuth-Corlette [14]. Уровень поражения протоков опухолью Клатскина согласно этой классификации представлен в таблице 1.

Как видно из таблицы, распространенность опухолевого процесса по I типу выявлена у 52 (33%) больных, по II-му типу – у 13 (8,3%), по III-му типу – у 5 (3,0%), IIIb тип – 9 (5,7%), IV тип – 78 (50,0%) больных. Наиболее благоприятным к выполнению радикальных оперативных вмешательств являются опухоли I и II типа, которые были диагностированы практически у 40% больных, а у более половины (60%) диагностированы III и IV типы опухоли, при которых практически нереально провести радикальное их удаление даже в условиях специализированных стационаров [15, 16, 17, 18].

Результаты и обсуждение

Всего выполнено 140 оперативных вмешательств, из них 72 – лапаротомных и 68 малоинвазивных. В группу лапаротомных операций отнесены как радикальные (условно-радикальные), так и паллиативные (симптоматические). Характер выполненных оперативных вмешательств представлен в таблице 2.

Как видно из таблицы, радикальные и условно-радикальные операции составили половину всех лапаротомных вмешательств. В настоящее время единственным эффективным хирургическим методом лечения пациентов с опухолью Клатскина является выполнение R0-резекции, которая в свою очередь может быть решена лишь путем

Таблица 1

Уровень поражения протоков согласно классификации Bismuth-Corlette

| Тип по Bismuth-Corlette | К-во больных | |
|-------------------------|--------------|------|
| | n | % |
| I | 52 | 33 |
| II | 13 | 8,3 |
| IIIa | 5 | 3,0 |
| IIIb | 9 | 5,7 |
| IV | 78 | 50,0 |
| Всего | 157 | 100 |

выполнения расширенной резекции печени с тотальной каудальной лобэктомией в одном блоке с гепатикохоледохом, широкой лимфодиссекцией и зачастую – резекцией воротной вены, печеночной артерии или проведения трансплантации печени [11, 19, 20, 21, 23]. Однако в существующих реалиях оказания хирургической помощи далеко не все пациенты и хирургические центры страны могут себе позволить выполнение данных вмешательств. В наших наблюдениях при III-а и III-б стадиях по Bismuth-Corlette подобные

вмешательства были выполнены только у 4 пациентов. При I и II стадиях по Bismuth-Corlette обоснованными допустимым являются выполнение резекции гепатикохоледоха с опухолью без резекции печени – выполнено 20 подобных вмешательств и 1 панкреатодуоденальная резекция. Однако собственный опыт клиники позволяет выполнять при III-а и III-б стадиях по Bismuth-Corlette, резекции гепатикохоледоха с бифуркацией. При этом добившись в 70% случаев уровня R0-резекции (рис. 1).

Таблица 2

Лапаротомные операции при опухоли Клатскина

| Название операции | К-во операций | |
|--|---------------|------|
| | n | % |
| Радикальные и условно-радикальные операции | | |
| 1. Резекция гепатикохоледоха с опухолью, гепатикоеюностомия | 18 | 25 |
| 2. Резекция бифуркации гепатикохоледоха с опухолью, бигепатикоеюностомия | 10 | 13,8 |
| 3. Правосторонняя гемигепатэктомия с гепатохолангиоеюностомией | 2 | 2,8 |
| 4. Левосторонняя гемигепатэктомия с гепатохолангиоеюностомией | 2 | 2,8 |
| 5. Передняя резекция печени (s4-s5) | 1 | 1,4 |
| 6. Резекция опухоли холедоха; гепатикодуоденостомия | 2 | 2,7 |
| 7. Панкреатодуоденальная резекция | 1 | 1,4 |
| Всего | 36 | |
| Паллиативные операции | | |
| 1. Туннелизация опухоли, транспечёночное дренирование по Прадери | 12 | 16,7 |
| 2. Гепатикоеюностомия | 5 | 6,9 |
| 3. Холедоходуоденостомия | 5 | 6,9 |
| 4. Туннелизация опухоли, наружное дренирование жёлчных протоков | 5 | 6,9 |
| 5. Наружное дренирование жёлчных протоков | 7 | 9,7 |
| 6. Стентирование гепатикохоледоха на скрытом дренаже | 1 | 1,4 |
| 7. Операция Сейпола-Куриана | 2 | 2,8 |
| Всего | 37 | |

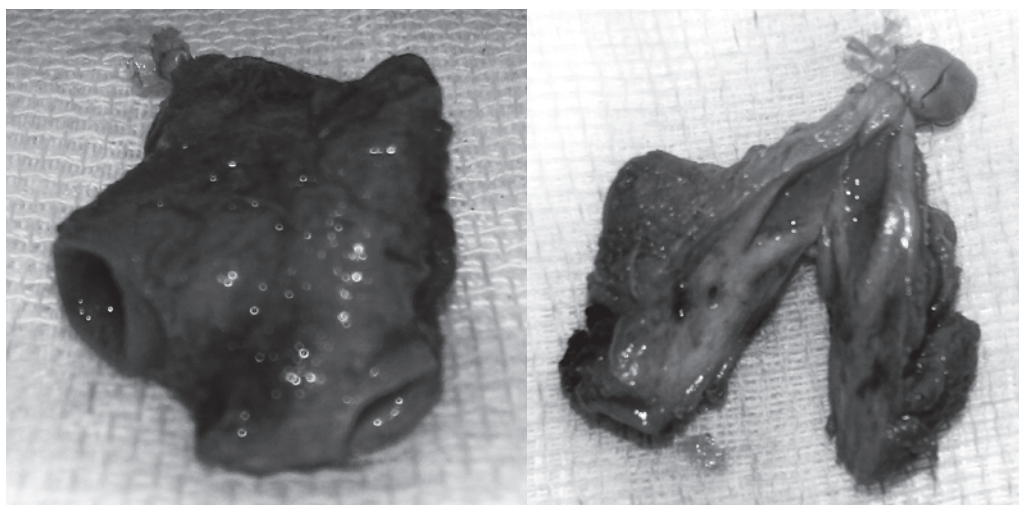


Рис. 1. Б-ной П., 67 лет, макропрепарат резецированного гепатикохоледоха с опухолью и печеночной развилкой

Приведено клиническое наблюдение.

Больной П., 65 лет поступил в клинику 04.02.16 с жалобами на общую слабость, боли в эпигастрии, правом подреберье, желтушность кожных покровов и склер, потемнение мочи, светлый кал. Считает себя больным в течение 3-х дней, когда стали беспокоить боли в правом подреберье, после чего окружающие заметили желтуху.

При поступлении: ОАК: Нв – 152 г/л; Эр – 4,5 Т/л; Л – 8,6 Г/л; п/я – 13; с/я – 67; Л – 18; мон. – 2; СОЭ – 29; БАК: общий билирубин – 146,8 мкмоль/л; связанный – 108,0 мкмоль/л; свободный – 38,8 мкмоль/л; АЛТ – 4,68 ммоль/л; общий белок – 85,9 г/л; тимоловая проба – 7,3 едSH; амилаза – 24,6 г/л; коагулограмма: Акт – 101%; протромбин – 94%; фибриноген – 4,8 г/л; фибриноген «В» – (++).

УЗИ. Внутривенные протоки расширены в области ворот до 5,0 мм, диаметр холедоха 5,0 мм. Заключение: диффузные изменения печени с признаками портальной гипертензии, дилатация внутривенных желчных протоков с блоком на уровне ворот печени.

КТ. Структура печени нарушена, в области ворот печени, больше в проекции правого печеночного желчного протока определяется очаг мягкой плотности неправильной формы с неровными контурами, размерами 11x15 мм. Правый печеночный желчный проток и область бифуркации усиливается на фоне введения контраста. Внутривенные желчные протоки в правой доле печени расширены до 4–5 мм; воротная вена расширена до 16 мм. Заключение: КТ-признаки очагового поражения ворот печени (вероятно опухоль Клатскина по Бисмут IIIa). Дилатация внутривенных желчных протоков.

На основании инструментальных методов обследования больному установлен предоперационный диагноз: опухоль Клатскина, тип IIIa по Бисмут, механическая желтуха, стадия субкомпенсации. Объем предполагаемой операции – резекция бифуркации гепаткохоледоха с правосторонней гемигепатэктомией.

12.02.16 г. операция: верхнесрединная лапаротомия, холецистэктомия, резекция бифуркации гепатикохоледоха, тригепатикоеюностомия на отключенной петле по Ру, дренирование брюшной полости.

Доступ – верхне-срединная лапаротомия. При ревизии: печень темно-бурого цвета, увеличена в размерах, край закруглен; желчный пузырь спавшийся, гепатикохоледох до 8 мм в диаметре. После холецистэктомии в области бифуркации пальпаторно определяется опухолевидное образование до 1,0 см в диаметре. Были выделены правый и левый печеночные протоки, холедох пересечён в средней трети, правый и левый печеночные протоки пересечены выше опухоли с ее резекцией (рис. 1). Анастомоз сформирован на отключенной по Ру тощей кишкой по типу тригепатикоеюностомии прецизионным однорядным швом.

Диагноз после операции: опухоль Клатскина, тип II по Бисмут, механическая желтуха, стадия субкомпенсации. Морфологический диагноз: умеренно-дифференцированная аденокарцинома с прорастанием всей стенки желчного протока с распространением на парадуктальную клетчатку рТ2NхMхY2.

Больной выписан без осложнений на 10 сутки послеоперационного периода.

Части больным с опухолями Клатскина показаны малоинвазивные операции, которые в отдельных случаях были первым этапом лапаротомного вмешательства или являлись симптоматическими у неоперабельных больных.

Виды малоинвазивных оперативных вмешательств представлены в таблице 3.

Чрезкожная чрезпеченочная холангиостомия под контролем УЗИ была самым распространенным малоинвазивным вмешательством. У 43 (63%) пациентов было выполнено первым этапом перед лапаротомной операцией, а у 19 (28%) – явилось окончательным методом лечения.

Несмотря на то, что показания к предоперационному наружному билиарному дренированию широко обсуждаются в литературе, и по некоторым данным, ассоциируется с большим

Таблица 3

Миниинвазивные операции при опухоли Клатскина

| Виды операций | К-во операций | |
|---|---------------|-----|
| | n | % |
| Радикальные и условно-радикальные операции | | |
| 1. ЧЧХС как предварительный метод лечения | 43 | 63 |
| 2. ЧЧХС как окончательный метод лечения | 19 | 28 |
| 3. Эндоскопическое стентирование гепатикохоледоха | 4 | 6 |
| 4. Эндоскопическая туннелизация опухоли | 1 | 1,5 |
| 5. РЧТА | 1 | 1,5 |
| Всего | 68 | 100 |

количеством осложнений, особенно инфекционных, в связи с чем они должны быть ограничены [12, 13].

Однако, у больных с высокой длительной желтухой, явлениями гнойного холангита, печеночной недостаточностью одномоментное проведение оперативных вмешательств сопровождается большим количеством осложнений [22].

Основные осложнения после операций по классификации Clavien-Dindo были:

1) Grade II – частичная несостоятельность гепатикоэнтероанастомоза (1);

2) Grade IIIa – наружный желчный свищ после РЧТА под УЗИ (1);

3) Grade IIIb – разлитой желчно-фибринозный перитонит после ЧЧХС (2); холемическое кровотечение после бужирования (1); разлитой серозно-гнойный перитонит, паралитическая кишечная непроходимость (1);

4) Grade IVa – печеночная недостаточность после дренирования печеночного протока (1);

5) Grade V – внутрибрюшное кровотечение: после транспеченочного дренирования по Прадери (1); ОППН после бужирования опухоли, наружного дренирования желчных протоков (1); холемическое кровотечение после наружного дренирования желчных протоков (1); острая печеночно-почечная недостаточность, подпеченочный абсцесс, вялотекущий желчный перитонит

после холецистэктомии, ХЛТ, дренирование холедоха по Керте (1); наружный желчный свищ. ПОН после ЧЧХС под УЗИ и дренирования холедоха и брюшной полости (1); ОППН (5); несостоятельность гепатикоэнтероанастомоза после холецистэктомии с резекцией гепатикохоледоха; гепатикоэнтеростомия на транспеченочных дренажах (1); ОСДН после резекции опухоли холедоха, гепатикодуоденостомии (1); Канцероматоз брюшной полости. Желчный затек. ПОН после ЧЧХС под УЗИ, лапаротомии, лаважа и дренирования брюшной полости (1); Холемическое кровотечение, желчный затек после ЧЧХС и наружного дренирования гепатика (1); П/о распространенный желчно-фибринозный перитонит после резекции гепатикохоледоха с опухолью, гепатикоэнтеростомии по Ру (1).

Основными причинами летальности были осложнения Grade V по классификации Clavien-Dindo. Всего умерло 15 больных (8%), оперированных лапаротомным доступом. Оперированные малоинвазивными методиками выписаны на симптоматическое лечение.

Заключение. У больных с опухолью Клатскина в равной степени возможно выполнение как лапаротомных, так и малоинвазивных вмешательств, показаниями к которым является распространенность опухолевого процесса и степень тяжести состояния больного.

Список литературы

1. Klatskin G. Adenocarcinoma of the hepatic duct at its bifurcation within the porta hepatis // *Amer. J. Med.*, 1965. – Vol. 34. – P. 241–256.
2. Tompkins R.K., Roslin J.J., Mann L.L. Proximal bile duct cancer. Quality of survival // *Ann. Surg.* – 1987. – Vol. 205, 2. – P. 111–118.
3. Dawson J.L., Heaton N.D. Carcinoma of the biliary tree and gallbladder // *Surgery. Inter. edit.* – 1992. – Vol. 17. – P. 84–88.
4. Блохин Н.Н., Итин А.Б., Клименков А.А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей. – М.: Медицина, 1982. – 270 с.
5. Журавлев В.А., Бахтин В.А. Гиллюсные опухоли желчных протоков, осложненные механической желтухой и их хирургическое лечение. Первый моск. междунар. конгр. хир. – М., 1995. – 295 с.
6. Pichlmayr R., Weimann A., Klempnauer J. et al. Surgical treatment in proximal bile duct cancer. A single_centre experience // *Ann. Surg.* – 1996. – Vol. 224. – P. 628–638.
7. Tahiro S., Tsuji T., Kanematsu Y. et al. Prolongation of survival for carcinoma at the hepatic duct confluence // *Surg.* – 1993. – Vol. 113. – P. 270–278
8. Ouchi Kiyooki, Matsuno Seiki, Sato Toshio. Long-term survival in carcinoma of biliary tract // *Arch. Surg.* – 1989. – Vol 124. – P. 248–252.
9. Altmeier W.A., Gall E.A., Zinnenger M.M., Hoxworth P.I. Sclerosing carcinoma of major intrahepatic bile duct // *Arch. Surg.* – 1957. – Vol. 75. – P. 450–461.
10. Bismuth H., Corlette M.B. Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver // *Surg. Gynecol. Obstet.* – 1975 (febr.). – Vol. 140. – P. 170–178.
11. Nimura Y., Kamiya J., Kondo S. et al. (2000) Aggressive preoperative management and extended surgery for hilar cholangiocarcinoma: Nagoya experience. *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.*, 7: 155–62
12. Farges O, Regimbeau JM, Fuks D, Le Treut YP, Cherqui D, Bachellier P, Mabrut JY, Adham M, Pruvot FR, Gigot JF. Multicentre European study of preoperative biliary drainage for hilar cholangiocarcinoma. *Br J Surg* 2013; 100: 274–283
13. Lau SH, Lau WY. Current therapy of hilar cholangiocarcinoma. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2012; 11: 12–17
14. Deoliveira ML, Schulick RD, Nimura Y, et al. New staging system and a registry for perihilar cholangiocarcinoma[J]. *Hepatology*, 2011, 53 (4): 1363–1371.
15. van Gulik T M, Kloek J J, Ruys A T, et al. Multidisciplinary management of hilar cholangiocarcinoma (Klatskin tumor): extended resection is associated with improved survival[J]. *Eur J Surg Oncol*, 2011, 37(1):65–71.
16. van Gulik T M, Ruys A, Busch O R, et al. Extent of liver resection for hilar cholangiocarcinoma (Klatskin tumor): how much is enough? [J]. *Dig Surg*, 2011, 28 (2):141–147.
17. Kow A W, Wook C D, Song S C, et al. Role of caudate lobectomy in type III A and III B hilar cholangiocarcinoma: a 15-year experience in a tertiary institution [J]. *World J Surg*, –2012, 36 (5):1112–1121.
18. Cheng Q B, Yi B, Wang J H, et al. Resection with total

- caudate lobectomy confers survival benefit in hilar cholangiocarcinoma of Bismuth type III and IV [J]. *Eur J Surg Oncol*, 2012, 38 (12):1197–1203.
19. Wu X S, Dong P, Gu J, et al. Combined portal vein resection for hilar cholangiocarcinoma: a meta-analysis of comparative studies [J]. *J Gastrointest Surg*, 2013, 17 (6): 1107–1115.
20. Abbas S, Sandroussi C. Systematic review and meta-analysis of the role of vascular resection in the treatment of hilar cholangiocarcinoma [J]. *HPB (Oxford)*, 2013, 15 (7): 492–503.
21. de Jong MC, Marques H, Clary BM, et al. The impact of portal vein resection on outcomes for hilar cholangiocarcinoma: a multiinstitutional analysis of 305 cases [J]. *Cancer*, 2012, 118(19): 4737–4747.
22. Hasegawa S, Ikai I, Fujii H, et al. Surgical resection of hilar cholangiocarcinoma: analysis of survival and postoperative complications [J]. *World J Surg*, 2007, 31 (6): 1256–1263.
23. Liang, G., Wen, T., Mi, K. et al, Resection of hilar cholangiocarcinoma combined with left hepatectomy and common hepatic arteriectomy without reconstruction. *Hepato Gastroenterol*. 2012; 59: 364–365.
24. Tsuchikawa, T., Hirano, S., Okamura, K. et al, Advances in the surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma. *Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol*. 2014;: 1–6.

Стаття надійшла до редакції 27.09.2016

В. Г. Ярешко, С. Г. Живиця, Ю. А. Михеев, К. Н. Отарашвілі, А. В. Шевцов
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти» МОЗ України

ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПУХЛИНИ КЛАТСКІНА

Пухлина Клатскіна це злоякісне утворення невеликих розмірів, частіше вражає конфлюєнс печінкових проток, форма росту при цьому інфільтративна, поширення пухлини відбувається по ходу жовчної протоки і через її стінку. При мікроскопії виявляється аденокарцинома ацинарного, тубулярного, трабекулярного, альвеолярного або папілярного типу. Найбільш рідкісним і більш сприятливим по резектабельності і віддаленими результатами, є папілярний тип пухлини. Це пов'язано з тим, що паралельно з ростом аденокарциноми папілярного типу, відбувається склерозування тканини проток в добре розвинену сполучнотканинну строму.

Мета роботи: визначити показання до видів оперативного лікування і їх доцільність у хворих з пухлиною Клатскіна на підставі сучасних методів діагностики.

Матеріали і методи: на базі спеціалізованого хірургічного відділення КУ МКЛ № 3 м. Запоріжжя з 2000 по 2014 рік були вивчені результати хірургічного лікування 185 хворих з пухлиною Клатскіна. З них жінок – 99 (53,5%), чоловіків – 86 (46,5%). Вік хворих становив від 32 до 91 років. Більше половини пацієнтів – 133 (71,9%) були особи похилого та старечого віку. Всього виконано 140 оперативних втручань, з них 72 – лапаротомних і 68 малоінвазивних. До групи лапаротомних операцій віднесені як радикальні (умовно-радикальні), так і паліативні (симптоматичні). При I і II стадіях по Bismuth-Corlette обґрунтованими допустимим є виконання резекції гепатікохоледоха з пухлиною без резекції печінки – виконано 20 подібних втручань і 1 панкреатодуоденальна резекція. Однак власний досвід клініки дозволяє виконувати при III-а та III-б стадіях по Bismuth-Corlette, резекції гепатікохоледоха з біфуркацією. При цьому досягнувши в 70% випадків рівня R0-резекції.

Висновок: у хворих з пухлиною Клатскіна в рівній мірі можливе виконання як лапаротомних, так і малоінвазивних втручань, показаннями до яких є поширеність пухлинного процесу і ступінь тяжкості стану хворого.

Ключові слова: пухлина Клатскіна, хірургічне лікування, діагностика.

V. Yareshko, S. Zhivitsa, Y. Mikheev, K. Otashvili, A. Shevtsov
Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education

DIAGNOSTIC AND SURGICAL TREATMENT OF KLATSKIN TUMOR

Klatskin tumor is a malignant tumor of a small size, often affecting confluence hepatic ducts, in this case the form of growth is infiltrative, so the tumor spreads along the bile duct and through its wall. Microscopy reveals adenocarcinoma of acinar, tubular, trabecular, alveolar and papillary type. The papillary type of tumor is the rarest and most favourable in resectability. It is connected with the fact that, with the parallel growth of adenocarcinoma of papillary type, sclerosis of ducts tissue turns into a well-developed connective tissue stroma.

Objective: To determine the indications for types of surgical treatment and their practicability for patients with Klatskin tumor on the basis of modern methods of diagnosis.

Materials and methods: The results of surgical treatment of 185 patients with Klatskin tumor were studied on the basis of a specialized surgical unit KI Clinical Hospital № 3 Zaporozhye from 2000 to 2014. Among them there were 99 women (53.5%), 86 men (46.5%). The age of patients ranged from 32 to 91 years. More than half of patients – 133 (71.9%) were people of elderly and senile age. The total amount of performed surgical interventions is 140, among them there were 72 laparotomic and 68 minimally invasive operations. The group of laparotomic operations included both radical (conditionally radical) and palliative (symptomatic). At I and II stages in Bismuth-Corlette it is possible to perform resection of hepaticocholedochus with tumor without liver resection – 20 procedures of this kind and 1 pancreatoduodenal resection were performed. However, our own experience at the clinic allows to perform resections of hepaticocholedochus with bifurcation at III-a and III-b stages on the Bismuth-Corlette. Thus, we achieved a 70% level of R0-resection.

Conclusion: both laparotomic and minimally invasive surgery are equally possible to be performed to patients with Klatskin tumor, whose indications are prevalence of tumor process and the severity of the patient's condition.

Keywords: Klatskin tumor, surgery, diagnostics.