



Цель исследования: оценить эффективность ретроградной эндобилиарной РЧА как метода улучшения качества жизни пациентов с неоперабельными опухолями Клацкина.

Клиническое наблюдение. На базе эндоскопического отделения НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина была успешно выполнена первая в России ретроградная эндобилиарная РЧА при злокачественной опухоли желчных путей. С целью реканализации и восстановления оттока желчи применен метод РЧА на аппарате ELRATM TaeWoong Medical зондом диаметром 18 мм.

Пациент К., 76 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость, механическую желтуху. По месту жительства ранее выполнена холангиостомия, затем диагностирована опухоль общего печеночного протока cT3N0M0 стадия IIA Bismuth–Corlette IIIA типа. Выполнена замена холангиостомических дренажей, биопсия протоковой системы печени под контролем УЗИ. Морфологически верифицирована внутрипротоковая папиллярная аденокарцинома с инвазией, пациент получил 4 курса ПХТ по схеме GEMOX.

Несмотря на неоднократное проведение ЧХС, основным осложнением является частичная обтурация холангиостомического дренажа на фоне прогрессирования основного заболевания.

Выполнена ретроградная эндобилиарная РЧА зондом 18 мм по 3 позициям – на уровне правого и левого долевых протоков с экспозицией по 2 мин. при мощности 7,5 Вт и на уровне общего печеночного протока с экспозицией 2 минуты при мощности 10 Вт. Затем с помощью баллонного катетера удален детрит из области РЧА. Таким образом, восстановлен просвет и при контрольной фистулографии отмечается поступление контрастного вещества в просвет двенадцатиперстной кишки. В послеоперационном периоде осложнений не отмечено, пациент выписан из стационара в установленные сроки.

Заключение. При паллиативном лечении опухолевых поражений и наличии показаний РЧА является перспективным, безопасным и эффективным методом реканализации внутри и внепеченочных желчных протоков, как в самостоятельном варианте, так и в комбинации с последующей установкой стента, что позволяет увеличить сроки его проходимости.

Однако, для оценки отдаленных результатов безопасности, эффективности и перспектив применения данной методики, необходимо накопление материала и проведение мультицентровых исследований в данной области.

ВОЗМОЖНОСТИ ЧРЕСКОЖНЫХ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ВНУТРИПРОТОВОКОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМОЙ

Мамошин А.В., Иванов Ю.В., Морозов Ю.М.,
Сумин Д.С., Адаменков Н.А., Ветрова А.Н.

БУЗ Орловской области «Орловская областная
клиническая больница»,
Орёл, Россия

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр
специализированных видов медицинской помощи
и медицинских технологий ФМБА России», Москва,
Россия

БУЗ Орловской области «Больница скорой
медицинской помощи
им. Н.А. Семашко», Орел, Россия
ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет
им. И.С. Тургенева», Орел, Россия

Актуальность. Внутрипротоковая холангиокарцинома (опухоль Клацкина) проксимальных желчных путей может достигать до 25% всех новообразований протоков печени. Диагностика и лечение данной патологии остается одной из наиболее сложных проблем современной гепатологии. Основным элементом лечебной тактики у данной группы пациентов является выполнение декомпрессии билиарной системы. Выделяют два основных минимально инвазивных метода декомпрессии желчевыводящих путей: ретроградный (эндоскопический) и антеградный (чрескожно-чреспеченочный). При данной локализации опухолевого процесса эффективность ретроградных вмешательств, как метода декомпрессии билиарной системы, является низкой.

Цель исследования: анализ и оценка возможности чрескожно-чреспеченочных минимально инвазивных вмешательств под сонофлуороскопическим контролем у пациентов с внутрипротоковой холангиокарциномой проксимальных отделов желчевыводящих путей.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализировано 24 истории болезни пациентов с внутрипротоковой холангиокарциномой, осложненной синдромом механической желтухи, проходивших лечение на базе Орловской областной клинической больницы, за период с 2016 г. по 2021 г. Количество пациентов женского и мужского пола в данной группе имело равное соотношение – 50%. Возраст пациентов варьировал в пределах от 43 до 82 лет.

Результаты. Всего было выполнено 46 чрескожных чреспеченочных минимально инвазивных вмешательств под сонофлуороскопическим контролем. Всем пациентам на первом этапе была выполнена холангиография с оценкой уровня и степени опухолевого блока и наружной декомпрессией желчевыводящих путей. Последующий характер минимально инвазивных вмешательств был следующим: наружная холангиостомия сохранена в 25 случа-



ях (54,4%), перевод в наружно-внутреннюю пре- и транспапиллярную холангиостомию выполнен в 9 (19,6%) случаях; антеградное билиарное протезирование саморасправляющимися металлическими стентами в 12 (26%) случаях. У 8 (33,3%) пациентов в связи с IV типом опухоли по Bismuth-Corlette выполнено билобарное антеградное протезирование желчных протоков. Развитие осложнений после проведенных вмешательств имело место в 7 (29,2%) случаях и были связаны с дислокацией холангиостомического дренажного катетера (42,8%), развитием обтурационного холецистита (14,3%), гидроторакса (28,6%) и околопечёночной биломы (14,3%). Все осложнения были купированы проведением минимально инвазивных вмешательств под сонофлуороскопическим контролем. Ввиду развития полиорганной недостаточности на фоне прогрессирования основного заболевания в 1 (4,2%) случае имел место летальный исход. Данные проведенного исследования свидетельствуют о высокой эффективности применения антеградных минимально инвазивных вмешательств под сонофлуороскопическим контролем у пациентов со злокачественным поражением проксимальных отделов желчевыводящих путей.

Выводы. Применение чрескожных чреспеченочных минимально инвазивных вмешательств под сонофлуороскопическим контролем у пациентов с внутрипротоковой холангиокарциномой проксимальных желчных путей, позволяет прецизионно определить уровень обструкции билиарного тракта, выполнить адекватную и эффективную декомпрессию желчевыводящих путей, тем самым обеспечить прогнозируемое купирование синдрома механической желтухи. Эта категория вмешательств может являться окончательным паллиативным вариантом хирургического лечения, который позволяет при минимальном объеме пособия обеспечить достаточный и управляемый дренирующий эффект проксимальных отделов желчевыводящих путей. Исследование выполнено при поддержке Российского научного фонда в рамках проекта №21-15-00325.

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СИНДРОМЕ МЭН-1

Мартирисян Т.А., Горин Д.С., Гоев А.А.,
Стручков В.Ю., Марков П.В.

ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии им. А.В.
Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Синдром множественной эндокринной неоплазии 1 типа (МЭН-1, синдромом Вермера) – это аутосомно-доминантное заболевание, представляющее собой сочетание опухолей или гиперплазий в двух и более органах эндокринной системы. МЭН-1

характеризуется возникновением нейроэндокринных опухолей ПЖ с распространенностью 1-10 на 100.000 населения, часто это множественные опухоли.

Клиническое наблюдение. Больная А., 34 года. Жалобы на боли в верхних отделах живота. У пациентки генетически верифицированный синдром МЭН 1. В январе 2018 г. выполнено МСКТ ОБП – выявлены нейроэндокринные опухоли в головке и хвосте поджелудочной железы. Принято решение о выполнении этапного хирургического лечения.

20.03.2018 г. была выполнена дистальная резекция ПЖ со спленэктомией. Послеоперационный период осложнился развитием панкреатического свища типа В по ISGPF. Свищ закрылся на 34 сутки после операции. 12.10.2018 г. выполнен второй этап – панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника. Ранний послеоперационный период осложнился аррозионным кровотечением – выполнен ренгенэндоваскулярный гемостаз. 27 ноября 2018 г. была иницирована терапия аналогами соматостатина в течение 28 дней. В июле 2020 г. выполнено плановое МСКТ ОБП – в проксимальной части культи ПЖ определяется нейроэндокринная опухоль размерами до 7,5 мм. Принято решение о дальнейшем наблюдении пациентки. В мае 2021 г. выполнено МСКТ ОБП – увеличение размеров опухоли до 13 мм. Пациентке принято решение о выполнении хирургического лечения. 12.05.2021 г. выполнена энуклеация опухоли культи ПЖ. Послеоперационный период осложнился развитием панкреатического свища типа В по IGSPF, свищ закрылся самостоятельно на 23 послеоперационные сутки. Пациентка в дальнейшем наблюдалась по месту жительства. При контрольном обследовании эндокринная функция полностью компенсирована (уровень гликированного гемоглобина 6,0%). С целью компенсации экзокринной недостаточности больная принимает панкреатин. На фоне приема препаратов снижения веса и диспепсических расстройств не отмечает. При контрольном МРТ органов брюшной полости данных за рецидив опухоли нет.

Единого мнения, какой объем хирургического лечения рекомендовать пациентам с множественными НЭО ПЖ, на данный момент нет. Большинство авторов рекомендуют выполнять радикальное резекционное вмешательство по поводу НЭО наибольшего размера и дополнять его энуклеацией при наличии НЭО размером менее 2 см при множественных нейроэндокринных опухолях ПЖ. В нашем случае было принято решение об этапном выполнении операций ввиду большого риска развития осложнений. Несмотря на такую тактику у пациентки развились как ранние, так поздние послеоперационные осложнения, которые, однако, не носили фатального характера, и с ними удалось успешно справиться.

Заключение. Приведенное клиническое наблюдение хирургического лечения множественных НЭО ПЖ наглядно демонстрирует пример этапного органосохраняющего подхода к лечению синдрома