

УДК 616.361-006.4-07-089.166

ХАЦКО В.В., ПАРХОМЕНКО А.В., ФОМИНОВ В.М., ПОТАПОВ В.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, Украина

ОПУХОЛЬ КЛАЦКИНА: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (НАУЧНЫЙ ОБЗОР)

Резюме. В статье приведены современные данные по этиологии, классификации, диагностике и лечению опухоли Клацкина. В настоящее время уточнить диагноз этого заболевания позволяют: изучение онкологических маркеров, ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография, чрескожная чреспеченочная холангиография и биопсия. При опухолях Клацкина небольших размеров используют резекцию развилки желчных протоков с дальнейшим формированием гепатикоюноанастомоза на выключенной петле тощей кишки. При распространенных опухолях на сегментарных протоках возможно выполнение резекции нескольких сегментов печени, вплоть до расширенной право- или левосторонней гемигепатэктомии. При IV типе поражения рекомендуют чрезопухолевое наружное или внутреннее дренирование на скрытом дренаже. Выполнение резекции печени с элементами сосудистой хирургии позволяет повысить резектабельность опухоли до 83,3 %.

Ключевые слова: опухоль Клацкина, диагностика, хирургическое лечение.

Злокачественные опухоли желчных протоков и области ворот печени являются актуальной проблемой билиарной хирургии. Опухоль Клацкина (ОК), внепеченочная холангиокарцинома, холангиокарцинома проксимальных желчных протоков составляют около 10–20 % всех новообразований протоков печени, 70–80 % наблюдений рака желчных протоков и около 15 % всех злокачественных опухолей печени. В литературе встречается также под названием «воротная холангиокарцинома», «гилусная опухоль», «рак ворот печени». Рак желчных протоков составляет 1–3 % среди всех злокачественных новообразований. На аутопсии рак общего желчного протока выявляется в 0,01 % случаев [6–8, 14, 16, 19].

Опухоль проксимального отдела внепеченочных желчных протоков (ОПЖП) — медленно растущее новообразование, локализующееся проксимальнее места слияния общего печеночного и пузырного протоков, до начала сегментарных печеночных протоков второго порядка. В большинстве случаев (90 %) ОПЖП являются аденокарциномами, в 10 % выявляют плоскоклеточный рак, карциному, лейомиосаркому [2, 4, 6, 17, 20].

Первые литературные упоминания о клинических проявлениях опухолей, локализующихся в воротах печени, были описаны в 1957 г. В 1965 г. патоморфолог Gerald Klatskin опубликовал большое число наблюдений больных раком общего печеночного протока в области его бифуркации. Помимо этого, он выделил

основные клинические и морфологические особенности, а также онкогенез опухоли [16].

Актуальность изучения таких опухолей заключается в том, что клинические проявления полиморфны, отсутствуют патогномичные признаки заболевания вследствие высокой компенсаторной возможности печени; лабораторные и инструментальные диагностические мероприятия несовершенны; существует множество трудностей оперативного лечения, обусловленных инвазией опухоли в паренхиму печени, элементы ее ворот или периневрально [1, 2, 14, 21].

Опухоли развилки желчных протоков представляют определенные трудности для хирургов, что связано прежде всего со сложностью выполнения операции, а также тяжестью состояния данной категории больных [16]. Вследствие анатомических особенностей зоны ворот печени радикальные операции возможны лишь в единичных случаях. В ближайшее время после такого лечения, как правило, регистрируются рецидивы опухоли или продолжение ее роста, а паллиативное лечение зачастую малоэффективно. Из-за поздней диагностики и запущенности опухолевого процесса даже в условиях специализированных клиник операбельность и резектабельность остаются низкими [4, 5, 7,

© Хацко В.В., Пархоменко А.В., Фоминов В.М.,
Потапов В.В., 2013

© «Украинский журнал хирургии», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

9, 12, 22]. У таких больных выполнение любых хирургических вмешательств имеет высокий операционно-анестезиологический риск, что связано с выраженным эндотоксикозом, большой технической сложностью и травматичностью как радикальных, так и паллиативных операций. Более того, пятилетняя выживаемость таких пациентов составляет до 10–25 %.

Не улучшает качество жизни и используемое химиотерапевтическое лечение, оно может только в 10–20 % случаев приводить к незначительному улучшению состояния и лишь на протяжении нескольких недель — месяцев. Средняя продолжительность жизни данной категории больных после паллиативного хирургического вмешательства составляет от 4 месяцев до полугода [5, 10, 11, 13]. В то же время при использовании малоинвазивных хирургических вмешательств (эндоскопическое стентирование протоков, чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС)) продолжительность жизни пациентов увеличивается в 1,5–2 раза [2, 8, 10].

Этиологические факторы развития злокачественных образований внепеченочных желчных протоков практически не известны, но важную роль в качестве predisposing факторов играют следующие болезни: первичный склерозирующий холангит, врожденное расширение внутри- и внепеченочных протоков [6].

Опухоль Клацкина поражает преимущественно общий печеночный проток на уровне конfluence, а далее может переходить на правый или левый печеночный проток [3]. Данная опухоль — эпителиального происхождения, как правило, злокачественного характера, с инфильтративной формой роста.

Гистологическое исследование позволяет определить микроскопическую картину: аденокарцинома ацинарного, тубулярного, трабекулярного, альвеолярного или папиллярного типа, с высоко-, умеренно- или недифференцированными формами.

ОК развивается обычно у мужчин, чаще среднего и пожилого возраста (50–70 лет). Она считается медленно растущей и поздно метастазирующей опухолью, хотя локальная инвазия в паренхиму печени или элементы ее ворот встречается еще на ранних стадиях.

В клинической картине наблюдают симптоматику, которая не отличается от проявлений ракового поражения других органов гепатопанкреатобилиарной системы. Чаще всего больные отмечают наличие желтухи, что и служит поводом обращения в больницу. Интенсивность холестаза может быть различной: от субклинических проявлений гипербилирубинемии и безболевой обструктивной желтухи в единичных случаях до терминальной стадии желтухи (в 93 %); она обычно не зависит от уровня поражения и пропорциональна длительности заболевания. Кроме того, если желтуха продолжительна, с высокой степенью холемии, возможно наличие выраженных метаболических нарушений — признаков эндогенной интоксикации, кожного зуда, холангита, печеночно-почечной недостаточности, потери массы тела [6, 15–17, 22]. Длительность подобного состояния до обращения в больницу составляет от 2–3 дней до 2–3 недель.

В биохимическом анализе крови наблюдается высокий уровень общего билирубина (до 260–300 мкмоль/л), может быть повышение активности алкалофосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы, незначительное повышение трансаминаз (значительное — при острой обструкции и наличии холангита). При обширном опухолевом процессе возможно выявление характерных неспецифических показателей крови, свидетельствующих о распространенном поражении: снижение уровня гемоглобина, альбумина, активности лактатдегидрогеназы и др. С целью подтверждения диагноза также можно использовать определение онкомаркеров в сыворотке крови, наиболее чувствительные из них (но не патогномоничные и не специфические для холангиокарциномы): СА 19-9, СА 125, канцероэмбриональный антиген [1, 4, 18, 23].

В качестве скрининга для диагностики опухоли Клацкина в первую очередь следует использовать ультразвуковое исследование (УЗИ). При этом исследовании определить наличие опухоли, как правило, невозможно, но наблюдается расширение внутрипеченочных желчных протоков выше опухолевой обструкции. В редких случаях (10–12 %) можно обнаружить экзогенное (изо-/гипер-) образование округлой формы в области ворот печени, в проекции слияния долевых печеночных протоков, с неровными нечеткими контурами, диаметром 2–6,5 см в паренхиме печени в области бифуркации. Точность УЗИ достигает 75–85 % случаев при определении опухолевого образования и до 92 % — уровня обструкции [2, 6, 8, 11, 14].

При центральной локализации процесса дистальный желчный проток обычного диаметра или вовсе не прослеживается, воротная вена определяется на всем протяжении. Внутрипеченочные протоки и общий печеночный проток расширены. В единичных случаях дифференцируется сама опухоль при этой локализации. Допплерография помогает определить инвазию воротной вены, печеночных вен, печеночной артерии.

В случае, если проблематично установить чрескожно-чреспеченочный дренаж, при умеренной дилатации внутрипеченочных протоков следует выполнять чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХГ) под контролем УЗИ, что является золотым стандартом в определении характера поражения билиарного тракта, особенно при проксимальном блоке желчных путей. Чувствительность ее достигает 95,2 %, специфичность — 87 %, оценка резектабельности — 93 %, определение места блока — до 100 %. При этом одновременно можно провести трепан-биопсию опухоли под контролем УЗИ с последующей верификацией диагноза, а в дальнейшем — холангиографию с чрескожно-чреспеченочной холангиостомией [1, 2, 6, 10, 21].

Эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРПХГ) следует использовать при опухолевой непроходимости (полной обтурации просвета протока) проксимальной или центральной локализации, в случае, когда в сочетании с ЧЧХГ под контролем УЗИ двойное контрастное усиление позволяет более точно определить длительность патологического

процесса и определить объем предстоящей операции. Чувствительность ЭРПХГ в определении нижней границы уровня желчного блока составляет около 92 %, к тому же данный метод не дает информации о состоянии протоков выше места обструкции [3, 4, 6]. Для снижения вероятности возникновения острого гнойного холангита и билиарной гипертензии, обусловленной блоком, прямые контрастные методы диагностики следует завершать наружным или наружно-внутренним дренированием желчных путей.

Компьютерная томография (КТ) зачастую позволяет визуализировать опухоль, расширенные желчные протоки, а также поражение лимфатических узлов. Но данный метод более информативен при выполнении его до дренирования печеночных протоков. Кроме того, КТ позволяет оценить степень инвазии опухоли сосудов, признаками которой можно считать инфильтрацию ткани опухоли вокруг сосуда или сужение просвета воротной вены или ее ветвей [6, 13]. Могут наблюдаться неспецифические признаки: атрофия одной из долей печени с гипертрофией контралатеральной доли, что так или иначе свидетельствует о прорастании опухоли в ветви воротной вены. При поражении опухолевым процессом сосудов ворот печени более четкую и подробную информацию можно получить, используя усиленную спиральную КТ (при внутривенном болюсном контрастировании) а также ангиографическое исследование [2, 6, 10, 14, 22].

Точность КТ составляет 85–88 % [6, 14], а определение обструкции — до 98,1 %. УЗИ и КТ с выполнением пункционной биопсии повышает точность диагностики до 94–96 % [6, 14, 16, 18].

Оптимальным методом исследования при опухоли Клацкина можно считать магнитно-резонансную томографию, которая позволяет не только определить четкую локализацию опухоли, но и детально визуализировать строение сосудов печени [3, 6, 8].

Для определения распространения опухолевой инвазии по печеночным протокам используют анатомическую классификацию Н. Bismuth — М.В. Corlett [6]:

— тип I — опухоль общего печеночного протока без инфильтрации его бифуркации (области слияния желчных протоков);

— тип II — опухоль распространяется на область слияния желчных протоков без вовлечения долевых протоков, обструкция опухолью общего печеночного протока;

— тип IIIa — преимущественная инвазия бифуркации и правого печеночного протока;

— тип IIIb — преимущественная инвазия бифуркации и левого печеночного протока;

— тип IV — мультицентрическое распространение опухоли или опухолевая инвазия обоих печеночных протоков и их ветвей.

Для определения типа роста внутривенной холангиокарциномы следует использовать классификацию К. Hirohashi [17, 19]: 1 — массформирующая; 2 — перидуктально-инфильтрирующая, 3 — массформирующая и перидуктально-инфильтрирующая, 4 — интрадуктальная [3, 13].

Также существует предложенная в 1985 г. и дополненная в 1993 г. G.M. Gazzaniga анатомо-хирургическая классификация, предусматривающая указания на распространение опухоли внутри и вне протоков, а также инвазию в сосудистые структуры ворот печени:

— 1-я стадия — новообразование бифуркации без внепротокового распространения;

— 2-я стадия — новообразование бифуркации с внепротоковым распространением на структуры, относящиеся к одной доле печени и/или с внутрипротоковой инвазией в желчные пути 2-го порядка;

— 3-я стадия — новообразование бифуркации с эндобилиарной и/или экзобилиарной инвазией в одну долю печени, сочетающееся с инфильтрацией проксимальных сосудистых структур контралатеральной доли, ограничивающейся браншами 1-го порядка;

— 4-я стадия — новообразование бифуркации с обширной эндо- и экзобилиарной инвазией.

В TNM-классификации представлено определение категорий и стадий карцином внепеченочных желчных протоков, локализующихся в области ворот печени (опухолей Клацкина). Для характеристики первичного узла приведены следующие признаки:

Tx — первичная опухоль не может быть оценена;

T0 — отсутствие данных о первичной опухоли;

Tis — карцинома *in situ* (рак на месте);

T1 — опухоль прорастает до мышечной оболочки или фиброзной ткани протока, что подтверждается данными гистологического исследования;

T2a — опухоль прорастает за пределы стенки желчного протока в окружающую жировую ткань;

T2b — опухоль прорастает ветви воротной вены или печеночной артерии с одной стороны;

T4 — опухоль прорастает главный ствол воротной вены или его ветви с двух сторон; или общую печеночную артерию; или разветвления желчных протоков второго порядка с двух сторон; или разветвление желчных протоков второго порядка с одной стороны с контралатеральным вовлечением воротной вены и печеночной артерии, или другие подлежащие структуры — толстую, двенадцатиперстную кишку, желудок или брюшную стенку [13].

Региональными лимфатическими узлами для опухолей Клацкина являются узлы ворот печени, вокруг общего желчного протока, узлы в печеночно-двенадцатиперстной связке. Следует отметить, что при региональной лимфаденоматозии гистологическое исследование должно включать не менее 15 лимфатических узлов. При исследовании меньшего количества и отсутствии метастазов необходимо указывать pN0. При этом должна быть указана степень гистологической дифференцировки самой опухоли (Grading): высоко-, умеренно-, низко- или недифференцированная.

Для определения категории N используют общепринятые критерии:

Nx — региональные лимфатические узлы не могут быть оценены;

N0 — нет метастазов в региональных лимфатических узлах;

N1 — имеются метастазы в региональных лимфатических узлах [17].

Отдаленные метастазы:

Mx — метастазы в отдаленных лимфатических узлах не могут быть оценены;

M0 — нет метастазов в отдаленных лимфатических узлах;

M1 — метастазы в отдаленных лимфатических узлах.

Стадии болезни:

стадия 0 — TisN0M0;

стадия IA — T1N0M0;

стадия IB — T2N0M0;

стадия IIA — T3N0M0;

стадия IIB — T1N1M0; T2N1M0; T3N1M0;

стадия III — T4 любой N M0;

стадия IV — любой T, любой N M1 [13].

Без лечения большая часть больных раком проксимальных желчных протоков умирают в течение 4–6 месяцев после постановки диагноза.

Основной метод лечения опухолей внепеченочных желчных протоков — хирургический [16]. Но он представляет определенные трудности, которые обусловлены прежде всего низкой резектабельностью и высокой частотой послеоперационных осложнений, а также неблагоприятных исходов после радикальных или паллиативных операций. Резекция протоков и формирование в воротах печени анастомозов, отводящих желчь, исключительно опасны, что связано с расположением опухоли в воротах печени и непосредственной близости к печеночной артерии и воротной вене, паренхиме печени. Немаловажен тот факт, что у большинства больных опухоль Клацкина диагностируется на поздних стадиях, сопровождающихся обтурацией желчных путей и механической желтухой [1, 4, 8, 23].

О первой удачной резекции желчных протоков с резекцией печени было сообщено в 1963 г. S. Mistilis и L. Schiff. Успешно добиваясь радикальности, японские хирурги освоили обширные вмешательства. В 1980 г. при оперативных вмешательствах начали использовать элементы сосудистой хирургии, выполняя их на сосудистых структурах ворот печени, что повысило резектабельность на 33,3 % (с 50,0 до 83,3 %) [13, 21].

При наличии гипербилирубинемии повышается риск послеоперационных осложнений и летальности, поэтому, прежде чем приступать к этиологическому оперативному вмешательству, следует выполнить декомпрессию билиарной системы, которая может быть одно- и двусторонней, с использованием ЧЧХС или эндоскопического стентирования. Уровень билирубина не должен превышать 50 мкмоль/л. Плановые оперативные вмешательства можно выполнять спустя 2–3 недели после декомпрессии [1, 6, 8, 12, 19].

Резектабельность опухоли Клацкина составляет от 20 % (при резекции конfluence печеночных протоков) до 40–50 % (при резекции развилки печеночных протоков) [2, 6].

ОК в большинстве случаев имеет небольшие размеры, поэтому в качестве оперативного вмешательства

используют резекцию развилки желчных протоков с дальнейшим формированием гепатикоюноанастомоза на выключенной из пассажа пищи петле тощей кишки. Данная операция сопровождается невысоким числом послеоперационных осложнений и летальности, но после нее не всегда удается достичь радикальности резекции. При распространении опухоли на сегментарные протоки возможно выполнение резекций нескольких сегментов печени, вплоть до расширенной право- или левосторонней гемигепатэктомии с удалением или сохранением хвостатой доли. Однако они сопровождаются высокой частотой послеоперационной печеночной недостаточности, что нередко приводит к смертельному исходу. При тяжелом общем состоянии больных пожилого возраста и IV типе поражения с обширной опухолевой инвазией рекомендуют чрезопухолевое наружное или внутреннее дренирование на скрытом дренаже [12, 14, 16, 18].

Некоторые авторы предпочитают щадящую резекцию «Тадж-Махал», которая радикальна, но при этом не создает условий для печеночной недостаточности. В качестве радикального оперативного вмешательства при проксимальной локализации опухоли можно использовать резекцию опухоли в пределах здоровых тканей с последующим наложением бигепатоеюноанастомоза на Брауновской петле и заглушкой по Шалимову при армировании петли тонкой кишки. Возможно выполнение резекции печени под УЗ-контролем, с использованием техники систематической сегментэктомии, разработанной М. Макуучи [4, 8].

При наличии диффузного поражения холангиокарциномой некоторые авторы рекомендуют проводить достаточно агрессивное оперативное вмешательство, предполагающее комбинированную резекцию печени и поджелудочной железы, — гепатопанкреатодуоденэктомию, предложенную F. Kasumi еще в 1976 г. Распространенная холангиокарцинома, локализуемая в месте слияния желчных протоков, может быть показанием к применению так называемых трансплантационных технологий, с использованием трансплантатов доли и других частей печени от живых родственных доноров [13].

Радикальные операции по удалению опухоли и резекции общего печеночного протока возможны лишь при I типе по Bismuth, а при II, IIIa, IIIb типе — лишь при анатомической резекции печени на стороне преимущественного поражения печеночных желчных протоков, с резекцией внепеченочных желчных протоков и возможностью резекции печеночной артерии или воротной вены, I сегмента печени. Рецидивы заболеваний после радикальных оперативных вмешательств выявляются обычно в период от 0,5 до 5 лет после операции. Выживаемость пациентов составляет около 12 % (до 15 лет), 94 % (1 год после операции) [1, 2, 4, 8].

При IIIa, IIIb (по Bismuth) стадиях болезни возможно выполнение условно-радикальной операции вследствие распространенности процесса или анатомических особенностей. В некоторых случаях (IV тип) удаление опухоли возможно лишь путем трансплантации печени [4, 6, 8].

Паллиативные лапаротомные хирургические вмешательства при опухоли Клацкина заключаются во внутреннем или наружном отведении желчи, но летальность при них высока (до 17 %) [2–4, 12, 15, 16]. Продолжительность жизни после наружного дренирования составляет 1,4–5 месяцев, после внутреннего — 3,6–10,4 месяца [6].

Эффективно и относительно безопасно устранить желчную гипертензию позволяют малоинвазивные вмешательства, которые получили широкое распространение. Среди них: эндоскопическое и чрескожное чреспеченочное холангиодренирование, стентирование желчных протоков, эндопротезирование опухолевой стриктуры или желчных протоков и др. [6, 8, 10, 12, 19].

Следует отметить, что паллиативное вмешательство без последующей специфической терапии редко позволяет продлить жизнь пациентов более чем на 6 месяцев. Использование системной химиотерапии и лучевой терапии при гепатобилиарном раке в общем и при опухоли Клацкина в частности относительно малоэффективно. Однако в литературе имеются немногочисленные работы, которые рассматривают возможность использования эндоваскулярной терапии при злокачественных опухолях с обтурационной желтухой или после ее купирования. Тем не менее рентгенэндоваскулярные вмешательства следует применять после снижения уровня общего билирубина менее 50 мкмоль/л, что позволит эффективно и безопасно использовать химиоинфузию и химиоэмболизацию после ЧЧХС с увеличением продолжительности жизни пациентов в 2,5 раза [5, 8, 10, 22].

Среди послеоперационных осложнений возможны: холангит, печеночная недостаточность, недостаточность билиодигестивного анастомоза, желудочно-кишечные кровотечения из острых язв, внутрибрюшные кровотечения, особенно после эндопротезирования желчных путей или ЧЧХС [6]. Летальность обусловлена возникновением перитонита, повторных кишечных кровотечений и гнойного абсцедирующего холангита с печеночно-почечной недостаточностью.

Выводы

Таким образом, современные диагностические возможности с использованием УЗИ, КТ, МРТ, пункционной биопсии с последующим гистологическим исследованием позволяют четко установить локализацию опухолевого процесса в желчных протоках и определить объем предстоящего оперативного вмешательства. При опухоли Клацкина небольших размеров целесообразно выполнять резекцию развилки желчных протоков с дальнейшим формированием гепатикоюноанастомоза на выключенной петле тощей кишки. При распространении опухоли на сегментарные протоки возможно выполнение резекции нескольких сегментов печени, вплоть до расширенной право- или левосторонней гемигепатэктомии. При IV типе поражения рекомендуют чрезухолевое наружное или внутреннее дренирование на скрытом дренаже. Выполнение резекции печени с элементами сосудистой хирургии позволяет повысить резектабельность опухоли до 83,3 %.

Использование новых хирургических приемов, трансплантационных методов и технологий рассечения паренхимы печени способствует повышению резектабельности опухолей Клацкина, снижению числа послеоперационных осложнений и летальности, увеличению выживаемости и качества жизни пациентов.

Список литературы

1. Бойко В.В. Клинико-анатомическое обоснование радикальных операций при раке внепеченочных желчных путей / В.В. Бойко, А.В. Малоштан // Харківська хірургічна школа. — 2008. — № 4(31). — С. 105-113.
2. Бурневич Э. Холангиокарцинома и карцинома желчных протоков // Врач. — 2004. — № 11. — С. 18-22.
3. Бурякина С.А. Опухоль Клацкина: современные аспекты дифференциальной диагностики / С.А. Бурякина, Г.Г. Кармазановский // Анналы хир. гепатологии. — 2012. — Т. 17, № 1. — С. 100-109.
4. Вишневецкий В.А. Радикальные операции при раке проксимальных желчных протоков // В.А. Вишневецкий, Т.И. Тарасюк, Р.З. Икрамов // Анналы хир. гепатологии. — 2005. — Т. 10, № 3. — С. 35-42.
5. Возможности регионарной химиотерапии у больных раком печени и желчных протоков, осложненным механической желтухой / А.В. Козлов, П.Г. Тарзов, А.А. Поликарпов [и др.] // Рос. онкологический журнал. — 2004. — № 1. — С. 11-14.
6. Диагностика и тактика хирургического лечения больных опухолями проксимальных отделов внепеченочных желчных протоков / Ф.Г. Назыров, А.И. Икрамов, М.М. Акрабов [и др.] // Хирургия. — 2010. — № 6. — С. 36-39.
7. Каварада Ю. Щадящая резекция печени при гиллюсном раке / Ю.Каварада, Б. Чандра // Анналы хир. гепатологии. — 2001. — Т. 6, № 1. — С. 11-13.
8. Клиника, диагностика и лечение опухолей внепеченочных желчных протоков / А.А. Шалимов, В.М. Копчак, А.И. Дронов [и др.] // Кліні. хірургія. — 2001. — № 6. — С. 11-14.
9. Линченко И.Ф. К оперативному лечению рака внепеченочных желчных протоков // Кліні. хірургія. — 2002. — № 7. — С. 31-35.
10. Методы интервенционной радиологии у больных раком печени и желчных протоков, осложненных механической желтухой / А.В. Козлов, П.Г. Тарзов, Д.А. Гранов [и др.] // Анналы хир. гепатологии. — 2004. — Т. 9, № 1. — С. 10-19.
11. Опухоль Клацкина: проблемы диагностики и лечения / А.П. Седов, И.П. Парфенов, А.М. Мишустин [и др.] // Анналы хир. гепатологии. — 2006. — Т. 11, № 3. — С. 11-16.
12. Отведение желчи при высокой опухолевой обтурации внепеченочных желчных путей / Н.П. Забазный, М.Н. Журавлев, И.А. Грошев [и др.] // Рос. онкологический журнал. — 2007. — № 4. — С. 32-34.
13. Саенко В.Ф. Новые возможности хирургического лечения опухоли Клацкина и обширного очагового поражения печени / В.Ф. Саенко, О.Г. Котенко // Кліні. хірургія. — 2006. — № 7. — С. 5-12.

14. Современная диагностика опухолей печени и желчных протоков / А.М. Дудин, А.Е. Кузьменко, В.В. Хацко [и др.] // Вестник неотл. и восстанов. медицины. — 2002. — Т. 3, № 2. — С. 226-228.
15. Харченко В.П. Чрескожные чреспеченочные эндобилиарные декомпрессионные вмешательства при желтухе опухолевой этиологии // В.П. Харченко, Т.А. Лютфилиев, М.А. Кунда // Мед. радиология. — 2000. — № 3. — С. 60-67.
16. Хирургическое лечение проксимальных опухолей желчных протоков / В.А. Сиплиный, А.В. Береснев, С.В. Гринченко [и др.] // Харківська хірургічна школа. — 2005. — № 2.1 (17). — С. 96-98.
17. Щеголев А.И. Современная TNM-классификация опухолей печени и желчных протоков / А.И. Щеголев, Е.А. Дубова, К.А. Павлов // Мед. визуализация. — 2011. — № 2. — С. 8-12.
18. Ярешко В.Г. Можливості інтервенційної сонографії в діагностиці і лікуванні раку позапечінкових жовчних шляхів / В.Г. Ярешко, С.Г. Живиця // Шпитал. хірургія. — 2004. — № 2. — С. 60-62.
19. Cholangiocarcinoma / S.A. Ahrendt, A. Nakeeb, H.A. Pitt [et al.] // Clin. Liver Dis. — 2001. — Vol. 5, № 1. — P. 191-218.
20. Harmeet M. Cholangiocarcinoma: modern advances in understanding a deadly old disease // M. Harmeet, J. Gregory // J. Hepatol. — 2006. — Vol. 45, № 6. — P. 856-867.
21. Results of surgical resection for patients with hilar bile duct cancer / S. Kawasaki, H. Imamura, A. Kobayashi [et al.] // Ann. Surg. — 2003. — Vol. 238, № 1. — P. 84-92.
22. Results of surgical treatment for hilar cholangiocarcinoma: a single-center experience / G. Ercolani, G.L. Grazi, M. Ravaoli [et al.] // HPB. — 2004. — Vol. 6, № 1. — P. 26.
23. Yalcin S. Diagnosis and management of cholangiocarcinomas: a comprehensive review // Hepatogastroenterology. — 2004. — Vol. 51, № 55. — P. 43-50.

Получено 10.10.13 □

Хацко В.В., Пархоменко Г.В., Фомінов В.М., Потапов В.В.
Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького, м. Донецьк, Україна

Khatsko V.V., Parkhomenko A.V., Fominov V.M., Potapov V.V.
Donetsk National Medical University named after M. Gorky,
Donetsk, Ukraine

ПУХЛИНА КЛАЦКІНА: ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ (НАУКОВИЙ ОГЛЯД)

Резюме. У статті наведені сучасні дані з етіології, класифікації, діагностики та лікування пухлини Клацкіна. У даний час уточнити діагноз цього захворювання дозволяють: вивчення онкологічних маркерів, ультразвукове дослідження, комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія, черезшкірна черезпечінкова холангіографія та біопсія. При пухлині Клацкіна невеликих розмірів використовують резекцію розвилки жовчних проток із подальшим формуванням гепатикоєюноанастомозу на вимкненій петлі порожньої кишки. При поширенні пухлини на сегментарні протоки можливе виконання резекції декількох сегментів печінки, аж до розширеної право- або лівобічної гемігепатектомії. При IV типі ураження рекомендують черезпухлинне зовнішнє або внутрішнє дренажування на прихованому дренажі. Виконання резекції печінки з елементами судинної хірургії дозволяє підвищити резектабельність пухлини до 83,3 %.

Ключові слова: пухлина Клацкіна, діагностика, хірургічне лікування.

KLATSKIN TUMOR: DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT (SCIENTIFIC REVIEW)

Summary. The article presents the current data on the etiology, classification, diagnosis, and treatment of Klatskin tumor. Currently, studying of cancer markers, ultrasound examination, computed tomography and magnetic resonance imaging, percutaneous transhepatic cholangiography and biopsy make it possible to clarify diagnosis of this disease. When Klatskin tumor has small size, resection of the bile ducts' bifurcation is being used, with subsequent formation of hepatic-jejunal anastomosis on the defunctionalized loop of jejunum. In the extension of tumor on the segmental ducts it is possible to carry out resection of few liver segments, up to the extended right or left hemihepatectomy. In type IV of the lesion, transtumor external or internal drainage through the tumor on indirect drainage is recommended. Carrying out liver resection with the elements of vascular surgery enables to increase resectability of the tumor to 83.3 %.

Key words: Klatskin tumor, diagnosis, surgical treatment.