

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского

РЕФЕРАТ

РАК ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Выполнил: ординатор 2го года
Ондар С. М.
Руководитель: д.м.н., профессор
кафедры и клиники
хирургических болезней им.
проф. Ю.М.Лубенского
Здзитовецкий Д.Э.

Красноярск 2019 г

Содержание

I. РАК ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

1. Актуальность
2. Этиология
3. Патологическая анатомия и морфология
4. Метастазирование
5. Клиника
6. Классификация
7. Диагностика
8. Лечение

II. РАК ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

1. Этиология
2. Патологическая анатомия
3. Клиника
4. Диагностика
5. Лечение

I. РАК ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ (РЖП)

Актуальность

Частота этого рака незначительная - менее 1% (0,27-0,41%) среди всех раков (И.В. Давыдовский и мн. др.).

В США ежегодно умирают от РЖП 6-6,5 тыс. чел.

В структуре раков ЖКТ РЖП составляет от 2 до 7%, среди «подпеченочных» раков - 10-20%. Среди всех раков ЖКТ он занимает 5-е место после рака желудка, поджелудочной железы, ободочной и прямой кишок. В структуре органов гепато-панкреато-дуоденальной зоны (ГПДЗ) он встречается в 5-23% случаев, занимая 2-е место после рака ПЖ.

У женщин РЖП встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин.

У лиц старше 50 лет его частота гораздо выше среди всех раков и составляет до 14% и более. С возрастом заболеваемость РЖП значительно возрастает. Есть данные, что риск заболеваемости увеличивается после достижения 29-летнего возраста. Большинство авторов считают, что заболеваемость РЖП значительно увеличивается после 50 лет, пик заболеваемости приходится на возраст 56-70 лет.

РЖП является самой частой опухолью желчевыводящих путей. При выполнении операций на желчевыводящих путях РЖП встречается в 1-5% случаев (т. е. у каждого 20-100-го), а по патологоанатомическим данным, РЖП встречается у 5-7% больных холелитиазом, обнаруживается в одном из 50 удаленных желчных пузырей.

Этиология

1) Калькулезный холецистит.

Сочетание ЖКБ и РЖП отмечается в 74% наблюдений. Длительность анамнеза составляет в среднем 13 лет. Отмечается увеличение риска РЖП в

зависимости от диаметра камней: при диаметре 2 - 3 см риск увеличивается в 2,4 раза, 3 см и более - в 10 раз по сравнению с большими, у которых диаметр камней составлял менее 1 см.

2) Хроническая инфекция и холестаз.

3) Механическая теория.

Камни рассматриваются как хронический раздражитель слизистой оболочки, что приводит к хроническому воспалению, пролиферации, полипозу и раковому перерождению.

4) Теория химического канцерогенеза.

В эксперименте на животных РЖП вызывался добавлением в пищу определенных канцерогенов или их введением непосредственно в ЖП.

5) Метаболическая теория.

Приверженцы этой теории считают, что в развитии РЖП ведущую роль играют биохимические изменения в желчи, приобретающей канцерогенные свойства.

б) Дисонтогенетическая теория.

Опухоль может развиваться из эмбриональных клеточно-тканевых смещений и порочно развитых тканей, подобные больные с аномалиями гепатобилиарной системы и РЖП встречаются обычно в молодом возрасте.

Суммировав данные литературы и собственный клинический опыт, Т. Вескер предложил схему развития РЖП, согласно которой совокупность хронического механического раздражения слизистой желчного пузыря камнями, холестаза, развившегося вследствие их воспалительного процесса, биохимических изменений желчи с образованием канцерогенов и индивидуальная предрасположенность являются этиологическими факторами, приводящими к раковой трансформации клеток слизистой оболочки ЖП.

Патологическая анатомия и морфология

При РЖП большинство авторов отмечают быстрый рост опухоли, частое и раннее метастазирование и прорастание соседних органов.

Многие исследователи выделяют 2 макроскопические формы: 1) эндофитная (диффузная) опухоль (90%) с частичным или циркулярным поражением стенки органа и 2) экзофитная (узловая, полиповидная), представленная узлом или сосочковыми разрастаниями (10%).

Линченко И.Ф. и Выродов Н.С. (1977) выделяют 3 основные анатомические формы РЖП: 1) диффузно-инфильтрирующие опухоли (73%); 2) узловые (24%) и 3) папиллярные (3%).

Таким образом, гораздо чаще отмечается внутрстеночный, ползущий, инфильтрирующий рост опухоли в толще стенки пузыря, чаще в области дна или шейки, при этом опухоль быстро прорастает стенку пузыря, ткань прилежащей печени, инфильтрирует окружающие ткани.

Поэтому при РЖП быстро развивается механическая желтуха сначала вследствие сдавления гепатикохоледохом увеличенными перихоледохеальными л/у задолго до инфильтрации печеночно-дуоденальной связки. Если же рост опухоли идет в основном в области дна ЖП, некоторое время печень не вовлечена в процесс, печеночные протоки могут быть интактными, в таком случае имеет место более редкий вариант течения РЖП - безжелтушный, вследствие чего диагноз ставится позже.

По гистологическому строению наиболее часто встречается аденокарцинома (80-985%), в основном скirrosная (60%) и железистая (40%) формы; реже встречается медуллярная (10%), папиллярная (10%) и слизистая (5%) формы ее.

Аденокарцинома чаще бывает дифференцированная (48%), реже - малодифференцированная (35%) и недифференцированная (17%).

Значительно реже аденокарциномы встречаются скирр, слизистый рак, солидный рак, коллоидный рак, перстневидноклеточный рак,

злокачественная эндотелиома, аденомиоматоз, анапластический рак, плоскоклеточный рак, аденоакантома, аденоканкроид, недифференцированные и неэпителиальные злокачественные опухоли.

По локализации РЖП может локализоваться в области дна (48%), тела (29%) и шейки ЖП (23%). Может быть сочетание поражения дна и тела, дна и одной из стенок пузыря (верхней или нижней), шейки и тела, шейки и одной из стенок и т. д. Точной и общепринятой частоты поражения различных отделов ЖП нет.

Однако во время операции чаще всего констатируется тотальное поражение ЖП (67-78%).

В.В.Виноградов (1980) предложил выделять РЖП по локализации следующим образом: поражение верхней и нижней стенок ЖП. В 1-м случае быстро поражаются 4-5-й сегменты печени (левая доля), во 2-м - быстро вовлекаются в процесс ДПК и поперечная ободочная кишка, что вызывает или обтурацию, или свищи.

Отмечено, что чем ближе РЖП локализуется к шейке пузыря, тем быстрее возникают метастазы в регионарные л/у.

Варианты локализации РЖП, общность венозных и лимфатических связей, близость многих органов обуславливают быстрое вовлечение соседних органов в процесс и вариантность клиники. Печень поражается опухолью в 34-89% случаев (как левая, так и правая доли). ДПК и поперечная ободочная кишка также рано могут вовлекаться в опухолевый процесс, что вызывает компрессию, непроходимость. Пришеечная локализация РЖП ведет к быстрому прорастанию желчных протоков, обтурации, желтухе. Гораздо реже вовлекаются в процесс желудок, поджелудочная железа, сальник.

Метастазирование

Метастазирование РЖП наступает рано, протекает бурно, осуществляется лимфогенными и гематогенными путями. По лимфатическим путям оно идет в регионарные л/у ворот печени, перипортальные, перихоледохеальные и отдаленные забрюшинные л/у. Метастазирование в печень происходит последовательно: вначале появляются мелкие узелки в непосредственной близости от ложа пузыря, затем поражаются метастазами правая доля, а потом происходит множественное метастазирование по всей печени. Гематогенное метастазирование осуществляется в ПЖ, брюшину, легкие, плевру, сальник. Реже может быть гематогенное метастазирование в почки, селезенку, надпочечники, головной мозг.

Клиника

Клиника РЖП полиморфна и зависит от локализации опухоли, особенностей роста, гистологии, предшествующего патологического процесса в ЖП. Диагностика заболевания базируется на комплексной оценке признаков, среди которых важное место принадлежит наличию ЖКБ и предшествующего хронического холецистита.

Болевой синдром. Нередко у больных отмечается длительный период обострений, чередующихся с ремиссиями, затем может следовать продолжительный «светлый» промежуток, после которого, вследствие развития РЖП, вновь появляются боли. Но эти боли отличаются от болей при обострении холецистита, они более тупые, постоянные или волнообразные, могут иметь различный характер и достигать значительной интенсивности.

Признаки раковой интоксикации. Возникают обычно одновременно с болевым синдромом и проявляются ухудшением общего состояния, нарастающей слабостью, потерей массы тела, в отличие от ЖКБ и типичного холецистита.

Диспепсии. Встречаются довольно часто и проявляются анорексией, тошнотой, рвотой, запорами, диареей. Рвота может быть обусловлена сдавлением ДПК и пилорического отдела желудка, печеночного угла ободочной кишки.

Механическая желтуха. Встречается у большинства больных (35-61%). Причины: обтурация опухолью, холедохолитиаз, гемобилия, сдавление гепатикохоледоха лимфатическими узлами, нарушение пассажа желчи, метастазы в печень. Многие авторы считают желтуху признаком неоперабельности процесса. Для злокачественных опухолей характерна неуклонно нарастающая, интенсивная желтуха на фоне постоянных или приступообразных болей в правом подреберье. При ЖКБ и печеночной колике же желтуха обычно появляется остро спустя короткое время (1-2 сут.) после очередного приступа печеночной колики. В 25-67%) случаев на фоне желтухи появляется кожный зуд.

Повышение температуры тела. Лихорадка может появляться при поражении печени метастазами, распаде крупных опухолей, холангите, который может быть при РЖП в 30% случаев.

Частичная кишечная непроходимость. Отмечается при вовлечении в процесс дистального отдела желудка, ДПК и прилежащих к ЖП петель кишечника (тонкого или толстого). Кроме того, очень редко, при распространении опухоли на полые органы, могут образоваться внутренние свищи.

Ограниченный перитонит. У 15% больных могут отмечаться явления ограниченного перитонита, что позволяет говорить о сочетании воспалительного процесса в ЖП с РЖП.

При объективном обследовании могут обнаруживаться болезненность и напряжение мышц живота в правом подреберье, гепатомегалия, наличие опухоли в правом подреберье, а также увеличение селезенки.

Гепатомегалию, наличие пальпируемой опухоли и увеличение ЖП (ложный симптом Курвуазье) некоторые авторы относят к числу немногих

признаков, имеющих дифференциально-диагностическое значение. У некоторых больных может отмечаться симптом Люггера (резкое затвердение краев печени у ЖП, зависящее от клиновидной инфильтрации печени) и асцит. Гепатомегалия встречается у 42-71% больных. Асцит отмечается у 23% больных, это дает повод думать о неоперабельности процесса. Опухоль определяется пальпаторно у 46-50% больных - плотная, бугристая, малоподвижная и малоболезненная. Иногда опухоль определяется в виде конгломерата, состоящего из ЖП, спаянного с окружающими органами.

Таким образом, РЖП имеет ряд неспецифических признаков, совокупность которых дает возможность заподозрить это заболевание. Однако все эти симптомы являются довольно поздними и возникают в период распространения опухоли за пределы органа. Кроме того, они неспецифичны и могут наблюдаться при воспалительных процессах.

Большинство авторов упоминают классификацию Н.А. Скуя:

1) Первый период (начальный) РЖП - клиника ЖКБ и хронического холецистита. Клиническая картина не имеет решающего значения в диагностике РЖП.

2) Второй период - период острого ухудшения состояния больного, связанный с ростом опухоли и прорастанием в соседние органы, метастазированием. Нередко в это время больной оказывается неоперабельным.

Поташов Л.В., Найвала А. и Цыбин А.Ю. (1982) разделяют больных РЖП на 4 клинические группы:

1) Больные, у которых доминируют симптомы ЖКБ и хронического холецистита;

2) Больные, доставленные в стационар с диагнозом острого холецистита (50%), данное сочетание представляет большие дифференциально-диагностические трудности;

3) Больные с признаками далеко зашедшего опухолевого процесса, метастазированием;

4) Больные со стертой клинической симптоматикой, на основании которой ставились разные диагнозы.

Некоторые авторы (Макоха Н.С., 1973) разделяют клиническое течение РЖП на 2 периода, но по другому принципу:

1) Первый период - преджелтушный, длится более 1 мес, отмечаются тупые боли, слабость, у 2/3 может быть повышение температуры тела.

2) Второй период - выраженной желтухи, который сопровождается многими вышеописанными симптомами.

Ногаллер А.М. , Василенко В.Х, Кикодзе И.А. (1965) выделяют 5 форм РЖП в зависимости от преобладания того или иного клинического симптома:

- 1) Желтушную;
- 2) «Опухолевую»;
- 3) Диспепсическую;
- 4) Септическую;
- 5) «Немую» (наличие метастазов, инкурабельность при смазанной клинике).

Классификация РЖП

На основе классификации, разработанной Международным противораковым союзом (МПРС), И.Л. Брегадзе и В.С. Шапкин (1975) предложили расширенную классификацию по системе TNM.

Л.В. Поташов и В.М.Седов (1985) дополнили ее символом Р - гистопатологическая категория и символом G - степень клеточной дифференцировки. В итоге существует классификация РЖП по системе TNMPG:

T - первичная опухоль:

TIS (in situ) - признаки малигнизации эпителиальных структур с отсутствием явлений инвазивного роста;

T₁ - солитарная опухоль, располагающаяся в пределах одной анатомической области ЖП (дно, тело, шейка), не прорастающая ткань печени и внепеченочные желчные протоки;

T₂ - опухоль, распространяющаяся более чем на одну анатомическую область ЖП или на пузырный проток;

T₃ - опухоль, инфильтрирующая общий желчный проток возле устья пузырного протока;

T₄ - опухоль, прорастающая ткань печени или внепеченочные желчные протоки и другие органы;

T_x - степень распространения опухоли не установлена.

N - регионарные метастазы в лимфатические узлы:

N₀ - метастазы в регионарные л/у не обнаружены;

N₁ - метастазы в шеечно-пузырном лимфатическом узле;

N₂ - метастазы в печеночно-пузырных и верхних панкреатодуоденальных узлах;

N₃ - метастазы в задних панкреатодуоденальных и околоаортальных узлах, лежащих в области устья чревного ствола и верхней брыжеечной артерии;

N_x - состояние регионарных л/у неизвестно.

M - отдаленные метастазы:

M₀ - нет признаков отдаленных метастазов;

M_{1a} - имеются внутripеченочные метастазы в одной из долей печени;

M_{1b} - имеются метастазы в обеих долях печени или в других органах.

P - гистопатологическая категория:

P₁ - рак, инфильтрирующий ткани в пределах слизистой оболочки ЖП;

P₂ - рак, инфильтрирующий подслизистый слой, но не захватывающий мышечную оболочку;

P₃ - рак, инфильтрирующий мышечную оболочку или распространяющийся до субсерозного слоя;

R_4 - рак, инфильтрирующий серозную оболочку или выходящий за ее пределы.

G - степень клеточной дифференцировки:

G_1 - аденокарцинома и плоскоклеточный рак с высокой степенью дифференцировки опухолевых клеток;

G_2 - аденокарцинома и плоскоклеточный рак со средней степенью дифференцировки опухолевых клеток;

G_3 - анапластическая карцинома и другие низкодифференцированные формы.

Система TNM позволяет также проводить деление по стадиям путем комбинаций различных степеней трех категорий. Это представляется необходимым, так как определение стадийности имеет значение для прогнозирования.

Стадия I - $T_1N_0M_0$

Стадия II – $T_{1-2}N_1M_0$

Стадия III-Т $1-3N_2M_0$

Стадия IV – $T_{1-2}N_3M_0$, любая T, любая N при M_1 .

Диагностика

1) УЗИ и КТ. Являются наиболее информативными методами дооперационной диагностики.

К прямым признакам относятся признаки самой опухоли:

1) локальное или диффузное утолщение стенки ЖП;

2) полиповидное выбухание стенки ЖП, не дающее акустической тени и не смещающееся при полипозиционном исследовании;

3) дополнительная структура в полости ЖП различной формы, тесно прилегающая к стенке пузыря и не смещающаяся при перемене положения тела больного.

Косвенные признаки РЖП:

- 1) неомогенность просвета ЖП;
- 2) при отсутствии просвета ЖП в области его проекции выявляется экзогенное образование, за которым следует УЗ-тень, в сочетании с очаговыми изменениями печени;
- 3) неровность внутреннего или наружного контура ЖП;
- 4) неотчетливое смещение конкрементов в процессе исследования.

Может быть сочетание этих признаков. УЗ - картина стабильна, воспроизводится многократно, не меняется при повторном исследовании.

Возможность тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) еще более увеличивает ценность этих методов.

2) ЭРПХГ. Может быть обнаружена обтурация магистральных желчных путей на разных уровнях, инфильтрация стенки желчного протока на уровне впадения в него пузырного, что позволяет высказать предположение о наличии РЖП.

3) Чрескожная чреспеченочная (чреспузырная) холангиография имеет большое значение при осложнении заболевания механической желтухой.

4) ФГДС и Р-скопия желудка и ДПК, в том числе, релаксационная дуоденография. О наличии опухоли может свидетельствовать деформация выходного отдела желудка и ДПК за счет сдавления извне, умеренное сужение просвета ДПК, нарушение перистальтики и пассажа бария.

5) Ирригоскопия. Обнаруживаются признаки оттеснения или прорастания опухоли поперечной ободочной кишки, что является поздним симптомом опухолевого процесса; дефекты наполнения толстой кишки в зоне ее прилегания к ЖП.

6) Гепатосканирование. При РЖП могут быть крупные дефекты накопления изотопа в печени, очаговые дефекты накопления радиоактивного вещества в области «вырезки» желчного пузыря. Может быть уточнен

уровень (и степень) блокады при обтурационной желтухе, нарушения пассажа меченой желчи.

7) Лапароскопия. Более информативна при эндофитных формах РЖП, локализующихся в области дна и тела. При инструментальной пальпации четко определяются ригидность стенки, хрящевидная плотность. При экзофитных формах, растущих в просвет пузыря, визуальные признаки опухоли могут отсутствовать, пузырь напоминает картину хронического склеротического холецистита.

Возможна лапароскопическая париетография.

8. Селективная ангиография. В ряде случаев позволяет правильно поставить диагноз и выявить метастазы и прорастание опухоли в печень, но данное исследование может быть не всегда оправдано из-за тяжести состояния больных.

9. Холецистография, дуоденальное зондирование утратили свое диагностическое значение.

10. Лабораторные методы диагностики.

Анемия встречается у 0,5-69% обследованных больных. Часто имеет место лейкоцитоз, СОЭ почти у всех ускорена. У 11% отмечена эозинофилия. У большинства больных отмечается снижение содержания альбуминов, снижение альбумино-глобулинового коэффициента, гиперхолестеринемия, гипербилирубинемия (за счет прямой фракции), увеличение щелочной фосфатазы и трансаминаз.

11. Лапаротомия. Сочетает в себе диагностические и лечебные возможности. Важнейшим заключительным моментом диагностики является интраоперационная cito-биопсия.

Лечение

Лечение РЖП только хирургическое. Операции разделяют на радикальные и паллиативные.

Радикальные операции при РЖП не являются стандартизированными.

Выполняются следующие радикальные вмешательства:

- 1) Холецистэктомия;
- 2) Холецистэктомия с клиновидной резекцией печени;
- 3) Холецистэктомия с резекцией печени и лимфаденэктомией;
- 4) Правосторонняя гемигепатэктомия;

5) Комбинированные радикальные операции, при которых удаление ЖП сочетается с резекцией других соседних органов (общий желчный проток, толстая кишка, ДПК).

Операбельность (резектабельность) РЖП весьма низкая (около 10%), так как к моменту диагностики опухоль нередко оказывается неудалимой. В то же время, многие авторы указывают на довольно высокий процент холецистэктомий при РЖП - 25-45%. Четкого деления ХЭ на радикальные и паллиативные нет. Но все же многие современные авторы считают, что обычная ХЭ при РЖП очень редко оказывается радикальной. Радикальность ХЭ можно доказать отсутствием опухолевой ткани в ложе ЖП. Брегадзе И.Л и Шапкин В.С. рекомендуют ХЭ при РЖП T1-T2, M0, M), т. е. при I стадии РЖП.

Первые клиновидные резекции печени были выполнены в конце XIX века. Существуют разные мнения об объеме клиновидных резекций и показаниях к ней. Некоторые авторы считают, что ткань печени надо удалять вместе с ЖП, отступая не менее 5 см от видимой границы опухоли. Эта рекомендация не кажется преувеличенной, поскольку у 70% больных РЖП наблюдается инвазия ложа ЖП.

В последние годы клиновидная резекция печени уступает место сегментарной резекции - удалению 4 и 5 сегментов печени (бисегментэктомия C4 - C5). Подобную операцию считают показанной при опухолях стадии T3, T4, N1, N2. M0.

Многие авторы считают необходимым дополнять холецистэктомию с резекцией печени лимфаденэктомией, т. е. удалением регионарных л/у и клетчатки ПДС вплоть до привратника.

Некоторые иностранные авторы (W. Hess) предлагают иссекать еще и круглую связку печени и пупок. E. Vaittinen предлагает удалять еще большой и малый сальники.

По определенным показаниям предпринимаются комбинированные радикальные операции, при которых удаление ЖП сочетается с резекцией других соседних органов (общий желчный проток, толстая кишка, ДПК).

Противопоказания к радикальным операциям:

- 1) наличие отдаленных метастазов;
- 2) поражение обеих долей печени;
- 3) инфильтрация опухолью печеночной артерии или воротной вены;
- 4) внутripеченочное распространение опухоли вдоль желчных протоков.

Паллиативные операции (18-51%):

- 1) Обходные билиодигестивные анастомозы;
- 2) наружное отведение желчи;
- 3) паллиативная ХЭ;
- 4) восстановление проходимости ЖКТ;
- 5) холецистостомия (при эмпиеме ЖП на фоне РЖП)
- 6) пробная лапаротомия (39-59%).

Отдаленные результаты лечения РЖП остаются плохими.

II. РАК ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ (ВПЖП)

Этиология

Злокачественные опухоли ВПЖП как правило, опухоли эпителиальные, т. е. раки. Они встречаются значительно реже, чем РЖП и первичный рак печени.

У мужчин эти раки встречаются в 1,3 раза чаще, чем у женщин. Чаще всего РВПЖП локализуется, подобно многим формам рака ЖКТ, в местах сужений.

По частоте он распределяется следующим образом:

- 1) Рак фатерова сосочка;
- 2) Рак общего желчного протока (ОЖП) (холедоха)
- 3) Рак общего печеночного протока у места его слияния с пузырным протоком;
- 4) Рак общего печеночного протока выше отхождения пузырного протока.

Рак фатерова сосочка может развиваться из кишечного эпителия, покрывающего сосочек, из эпителия, выстилающего его ампулу и терминальный отдел ОЖП, а также терминальный отдел вирсунгова протока, и из бруннеровых желез. Между всеми указанными элементами при развитой форме рака этой области существуют очень тесные анатомические взаимоотношения, поэтому иногда нелегко выяснить первоисточник возникновения опухоли.

Патологическая анатомия

Макроскопически рак желчных протоков представляет собой небольшую экзофитную опухоль, обращенную в просвет протока и

инфильтрирующую его стенку. Эти опухоли очень скоро подвергаются изъязвлению.

Микроскопически они представляют собой эпителиальные опухоли, исходящие из эпителия и желез желчных протоков. Рак БСДК может происходить из эпителия протока ПЖ.

Вследствие небольшого диаметра ВПЖП, растущая в их просвет опухоль очень скоро вызывает механическое затруднение для нормального продвижения желчи по протокам, что очень рано приводит к желтухе. Обычно желтухе предшествует расширение внепеченочных протоков, расположенных выше места возникновения и роста раковой опухоли. Если пузырный проток проходим, желчный пузырь, не потерявший своей эластичности, подобно внепеченочным протокам, расширяется и, являясь резервуаром желчи, может достигнуть значительных размеров (симптом Курвуазье).

Клиника

1) Появление желтухи - основной и самый ранний признак рака ВПЖП. Обычно желтуха возникает без предшествующих приступов болей, характерных для ЖКБ. Появившаяся субиктеричность постепенно усиливается и достигает наибольшей интенсивности при раке ОЖП, особенно в области БСДК. Желтуха нарастает до тех пор, пока не наступает распад изъязвившейся опухоли. При этом нарушенная ранее проходимость протоков может частично восстановиться, и тогда возможно уменьшение интенсивности желтухи, улучшение общего состояния больного, состава крови, мочи, снижение уровня билирубина в крови и появление стеркобилина в кале.

Эти признаки могут быть истолкованы превратно, и на их основании врач может отвергнуть предположение о раковой природе механической желтухи.

Однако в других случаях интенсивность желтухи не уменьшается, а, наоборот, усиливается.

2) Помимо желтухи, отмечаются тупые, давящие боли и чувство тяжести в правом подреберье и верхней половине живота.

3) Пальпация печени бывает, чувствительна, печень увеличена, край ее тупой. Ярким симптомом раковой механической желтухи является симптом Курвуазье, но надо помнить, что его отсутствие еще не означает, что ЖП не увеличен, так как пузырь может быть скрыт под правой долей печени. Этот симптом не характерен для рака общего печеночного протока и более вышележащих отделов - долевых и т.д. (выше пузырного протока).

4) Полное прекращение поступления желчи в кишечник быстро приводит к обесцвечиванию кала, появлению билирубина в моче.

5) Закупорка опухолью холедоха, расширение желчных протоков приводят к разрыву желчных капилляров, поступлению желчи в лимфатические пространства, кровеносные сосуды печени и далее - в общий ток кровообращения при этом всасываются не только билирубин, но другие составные части желчи - желчные кислоты, холестерин, и возникает картина холемии.

6) Болезнь приобретает быстрое и тяжелое течение. Развивается тяжелая холемия. Появляются подкожные и кишечные кровотечения. Нередко в процессе развития болезни присоединяется инфекция желчных путей - восходящий холангит, и больные обычно умирают в течение 4-5 мес.

Диагностика

Диагностика рака ВПЖП далеко не всегда проста. Наличие в анамнезе ЖКБ и хронического холецистита нередко дает основание заподозрить желчнокаменное происхождение желтухи.

Отсутствие в анамнезе указаний на наличие ЖКБ и холецистита, быстрое нарастание желтухи без температуры, отсутствие выраженного болевого синдрома должны насторожить врача.

1) УЗИ: обнаружение внутрипротоковой гипертензии, ее выраженности, 3 типа гипертензии по преимущественной локализации. ТАБ по показаниям.

2) ФГДС

3) ЭРПХГ или

4) Чрескожная чреспеченочная холангиография - в зависимости от предполагаемого уровня окклюзии (типа гипертензии).

5) Лабораторная диагностика (билирубин, трансаминазы, ЩФ)

6) КТ, МРТ

Лечение

Ликвидация механической желтухи любого происхождения может быть достигнута только оперативным путем. Исход операции зависит от степени распространения опухолевого роста и срока оперативного вмешательства. Длительная желтуха, предшествующая операции, значительно ухудшает прогноз. Операции на желчных путях и БСДК всегда относились к числу трудных, хотя за последние годы в этом разделе хирургии достигнуты определенные успехи.

1) При небольших опухолях холедоха без перехода на соседние структуры возможна его резекция с последующим восстановлением его непрерывности путем сшивания конец в конец или вшиванием проксимального конца холедоха в стенку мобилизованной ДПК или тощей кишки.

2) При большом дефекте холедоха и проходимом пузырьном протоке возможна мобилизация ЖП из ложа печени и использование его для анастомоза с ДПК или петель тощей кишки.

3) При раке БСДК возможны трансдуоденальное и ретродуоденальное иссечение опухоли фатерова сосочка с последующим вшиванием холедоха в ДПК. При более распространенном процессе рекомендуется ПДР.

4) При раке ОЖП, конфлюэнса (места слияния правого и левого печеночных протоков) (опухоль Клацкина) выполняется резекция с наложением высоких билиодигестивных анастомозов. Эти операции относятся к категории самых сложных и должны выполняться в высокоспециализированных хирургических клиниках.

Часто хирургическое лечение этих больных разделяется на 2 этапа:

- 1) Дренирование ВПЖП выше препятствия под УЗ-контролем для купирования желтухи;
- 2) Радикальная операция.

Паллиативные операции:

- 1) Холецистогастроанастомоз;
- 2) Холецистоэнтероанастомозы
- 3) Реканализация опухоли со стентированием протока или без него.

Отдаленные результаты лечения этих опухолей неудовлетворительные.

Литература:

- 1) Старков Ю. Г. и др. Эндосонография в диагностике заболеваний органов гепатобилиарной зоны // Хирургия. — 2015.
- 2) Ганцев Ш. Х. Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2016. — 488 с
- 5) Лапкин К.В., Пауткин Ю.Ф. Механическая желтуха: Учеб. пособие. -М.: Изд-во УДН. - 1990. - 108 с.