

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВИТЕБСКОГО
ОБЛСПОЛКОМА
УЗ «ВИТЕБСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ»

1-2 НОЯБРЯ 2012 ГОДА

ВИТЕБСК, 2012

6. Рычагов, Г. П. Демпинг-синдром, способы его прогнозирования и профилактики / Г. П. Рычагов // Материалы XXIII Пленума правления общества белорусских хирургов. - Гродно, 1999. - С. 79-80.

ОБЪЕМНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Прохоров А.В., Гладышев А.О., Ращинский С.М., Папок В.Е., Прохоров В.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер»,
УЗ «Минская больница скорой медицинской помощи»

Введение. Рак (97% протоковая аденокарцинома) и хронический панкреатит (ХП) являются главными причинами объемных поражений головки поджелудочной железы (ОПГПЖ) [3,4]. Методом радикального лечения рака остается панкреатодуоденальная резекция (ПДР) с лимфодиссекцией. Хирургическое лечение псевдотуморозного ХП предусматривает ряд органосохраняющих операций - дренирующих и резекционных типа панкреатикоэнтеростомии, операций Фрея и Бегера в различных модификациях [1,2,4]. Клиническая картина, макроскопическая и инструментальная визуализация поражения ГПЖ при этих заболеваниях весьма похожи. В связи с этим, принципиально важным является проведение тщательной дифференциальной диагностики злокачественного поражения ГПЖ и солидно-кистозных поражений на фоне хронического панкреатита. Несмотря на использование современных методов диагностики верифицировать диагноз рака в ряде случаев не представляется возможным. Это может приводить к диагностической ошибке и использованию нерадикальных методов хирургического лечения.

Цель исследования. Провести анализ диагностического лечения при не верифицированном раке ГПЖ.

Материалы и методы. В исследование вошли 128 пациентов со злокачественными и доброкачественными поражениями ГПЖ, лечившихся в период с 2000 по 2011 гг. в онкохирургических отделениях Минского городского клинического онкологического диспансера и хирургических отделениях 9-й ГКБ и БСМП г. Минска. В исследование не были включены пациенты с признаками местно-распространенного и метастатического рака ПЖ. Протокол предоперационной диагностики включал УЗИ органов брюшной полости, ФГДС с осмотром и биопсией зоны БДС, эндоскопическую сонографию, РХПГ, ЧЧХГ, КТ или МРТ, прицельную дооперационную биопсию под контролем УЗИ, КТ и, в ряде случаев, трансдуоденальную биопсию.

Результаты и обсуждение. Большинство пациентов поступало в стационар с различной степенью выраженности болевым и диспепсическим синдромами, признаками билиарной и вирусной гипертензии, механической желтухой, признаками дуоденальной непроходимости. В анамнезе 40,6% больных перенесли острый некротизирующий панкреатит. Предоперационное обследование позволило визуализировать у всех пациентов увеличение ГПЖ от 35 до 65 мм, у 21 пациента - кистозные образования в ГПЖ. Расширение главного панкреатического протока $\geq 5-6$ мм диагностировано у 65 пациентов (50,8%). У всех больных имела место дилатация гепатикохоледоха более 1 см с или без гипербилирубинемии. КТ с болюсным усилением у 14 (14,0%) пациентов позволила визуализировать вовлечение в патологический процесс воротной и верхней брыжеечной вен и у 25% пациентов - увеличение парапанкреатических лимфатических узлов от 0,5 до 1,5 см. Пункционная биопсия под контролем УЗИ или КТ позволила верифицировать до операции рак ГПЖ у 81 (63,3%) пациента.

На основании комплексной оценки дооперационного обследования были определены основные диагностические признаки рака ГПЖ:

1. Отсутствие указаний на острый панкреатит в анамнезе и развитие обтурационной желтухи на фоне относительного благополучия;
2. Отсутствие явных УЗИ и КТ признаков ХП тела и хвоста железы;
3. Визуализация поражения парапанкреатических лимфатических узлов;
4. Вовлечение (инвазия) в патологический процесс воротной и верхней мезентеральной вен при КТ и МРТ исследовании;
6. Дилатация вирусного протока, характерный горизонтальный блок (обтурация) панкреатической части холедоха при ЧЧХГ;
7. Признаки поражения головки ПЖ со стороны фатерова соска и слизистой медиальной стенки 12-перстной кишки при ФГДС;
8. Эпителиальная клеточная атипия или злокачественные клетки (абсолютный признак) при цитологическом исследовании после ФГДС и пункционной биопсии.

Интраоперационная биопсия лимфоузлов, трепан-биопсия ткани головки железы позволили верифицировать диагноз рака еще у 6 пациентов. Таким образом, из 128 больных с ОПГПЖ верификация рака была получена у 87 (67,9%) пациентов. 59 пациентам с верифицированным раком ГПЖ была выполнена ПДР или пилоросохраняющая ПДР с лимфодиссекцией, 28 пациентам - паллиативные операции (ХДА, гепатикоэюностомия, холецистогастростомия, гастроэнтеростомия). 4 пациентам с клиническими признаками опухоли, несмотря на отрицательный результат биопсии, была выполнена ПДР. Последующее морфологическое исследование препаратов подтвердило диагноз протоковой аденокарциномы.

37 больным с хроническим панкреатитом и дилатацией вирсунгова протока и гепатикохоледоха выполнены дренирующие и резекционные операции (операции Фрея и Бегера, продольная панкреатикоэнтеростомия, цистодуоденостомия, ХДА). В 2 (1,6%) случаях, после операции Фрея, при гистологическом исследовании, была верифицирована протоковая аденокарцинома.

Таким образом, в общей группе из 128 пациентов с ОПГПЖ рак был верифицирован у 93 (72,7%) больных. Исследования показали, что дооперационная диагностика рака ГПЖ с цитологической (морфологической) верификацией стала возможной в 87,1%. С учетом интраоперационной инцизионной биопсии или трепан-биопсии ткани ГПЖ, эксцизионной биопсии лимфатических узлов, верификация диагноза рака возрастает до 91,4%.

Большие затруднения в постановке диагноза, а, следовательно, и в выборе объема вмешательства нередко вызывают заключения цитологической диагностики, особенно у пациентов на фоне ХП, трактуемые как «клетки с признаками эпителиальной атипии» или «клетки, подозрительные к злокачественным». Подобные заключения отмечены нами в 19,5% случаев. В данной ситуации целесообразно учитывать анамнез, клинические признаки заболевания и определять выбор метода лечения в пользу радикального вмешательства. Можно надеяться, что широкое внедрение в клиническую практику позитронно-эмиссионной томографии позволит добиться абсолютной дооперационной верификации диагноза рака.

Выводы:

1. Дооперационная пункционная биопсия под контролем УЗИ или КТ и интраоперационная биопсия показана всем пациентам с объемными образованиями головки поджелудочной железы.
2. Выполнение резекционных и дренирующих операций при хроническом панкреатите требует обязательного интраоперационного цитологического (морфологического) исследования.
3. При клиническом подозрении на рак головки поджелудочной железы и отсутствии верификации диагноза, показана радикальная операция в объеме ГПДР (ПДР) с лимфодиссекцией.

Литература:

1. Копчак В.М., Хомяк И.В., Чевердюк Д.А., Копчак К.В., Зелинский А.И. Хирургическое лечение больных хроническим панкреатитом// *Анн.хирур.гепат.* 2009.Т.14.№4. с.64-70.
2. Кубачев К.Г., Борисов А.Е., Изудинов А.С., Хромов В.В., Сагитова Д.С. Выбор способа дренирования желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза// *Анн.хирур.гепат.* 2009.Т.14.№3. с.56-62.

3. Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны.- М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007.- 448 с.: ил.

4. *Surgery of the liver, biliary tract, and pancreas* / [edited by] Leslie H.Blumgart.- 4th ed., v.2, 2007.-pp.915-1838.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

Прохоров А.В., Курсакова Л.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер»*

Введение. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (GIST) относятся к группе новообразований мезенхимального происхождения и составляют от 0,3 до 3% всех новообразований ЖКТ [1]. Наиболее часто опухоли локализируются в желудке, тонкой и ободочной кишке. К GIST относят мезенхимальные опухоли, для которых характерна экспрессия маркера CD117 (c-kit) и непостоянная экспрессия маркеров CD-34 (70%), SMA (гладкомышечный актин) (20-30%), десмина (<5%) и белка S-100 (10%). До 50% GIST обладают высоким потенциалом к гематогенному и имплантационному метастазированию [2]. Наиболее достоверными критериями для определения биологического «поведения» опухоли являются размер и митотическая активность [3,4].

Цель исследования. На основании ретроспективного анализа определить особенности течения, диагностики и лечения пациентов с гастроинтестинальными стромальными опухолями.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения пациентов с мезенхимальными опухолями ЖКТ, находившихся на лечении в Минском городском клиническом онкологическом диспансере в период 2007-2011 гг. В исследование включены 42 пациента с различными мезенхимальными опухолями. В 38 (90,5%) случаях была диагностирована GIST, в 3 (7,1%) - лейомиома и в 1 (2,4%) случае - лейомиосаркома. Средний возраст пациентов с GIST составил 61 год, из них, мужчин было 14 (36,84%), женщин - 24 (63,16 %). Сроки наблюдения за пациентами составили от 8 до 57 месяцев.

У всех пациентов диагноз GIST был верифицирован при морфологическом исследовании и иммуногистохимическом анализе при наличии экспрессии опухолевыми клетками иммуногистохимического маркера CD117 (c-kit). В случае сомнительной реакции принималось во внимание наличие, а также степень экспрессии маркера CD34.

Результаты и обсуждение. Наиболее часто мезенхимальные опухоли локализовались в желудке (32 случая), преимущественно в теле и антральном отделе. Из них GIST была верифицирована в 29 случаях и в 3 -