

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.- 4<sup>th</sup> 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 -



лейомиома. В тонкой кишке было диагностировано 7 стромальных опухолей. В 2 наблюдениях GIST располагалась в 12-ти перстной кишке, в 3 случаях – в тощей кишке и в 2 наблюдениях – в подвздошной кишке. В одном случае была выявлена лейомиосаркома двенадцатиперстной кишки. В одном случае GIST исходила из сигмовидной кишки, а в другом – из забрюшинного пространства с врастанием в малый таз и прямую кишку. В 3-х случаях имело место наличие первично-множественных синхронных опухолей: сочетание GIST антрального отдела желудка с раком тела желудка, карциноид тела желудка и GIST тонкой кишки и сочетание рака поперечно-ободочной кишки и GIST тела желудка. Во всех случаях GIST были диагностированы во время оперативных вмешательств по поводу других нозологий. У одной пациентки GIST желудка больших размеров со смещением опухоли в малый таз была выявлена при гинекологическом осмотре.

Клинические проявления стромальных опухолей ЖКТ неспецифичны и сводятся, в основном, к неопределенным болям или дискомфорту в брюшной полости и диспепсическим расстройствам. Рассмотренные случаи подтверждают данные литературы о том, что GIST чаще всего не имеют специфических симптомов и выявляются как случайная находка при обследовании или во время оперативного вмешательства по поводу другой патологии [5].

Хирургический метод явился основным в лечении. Все пациенты с GIST подверглись хирургическому лечению. Характер и объем хирургических вмешательств представлен в табл.1. В 4-х случаях выполнены комбинированные оперативные вмешательства с удалением селезенки, резекцией диафрагмы, резекцией хвоста поджелудочной железы, поперечно-ободочной кишки, аппендэктомией.

Таблица 1 – Виды первичных операций и их результаты при GIST.

Виды оперативных вмешательств	Первичная операция	Локальный рецидив	Генерализация процесса
Энуклеация опухоли	5 (13,5%)	-	1(14,29%)
Клиновидная резекция желудка	8 (21,6%)	-	1(14,29%)
Атипичные резекции желудка	3 (8,1%)	-	-
Резекция кишечника	6 (16,3%)	-	2 (28,57%)
Дистальная субтотальная резекция желудка	7 (18,9%)	-	1 (14,29%)
Гастрэктомия (по Гэрлоку)	2 (5,4%)	-	-
Комбинированная операция	4 (10,8%)	-	2 (28,57%)
Панкреатодуоденальная резекция	1 (2,7%)	-	-
Удаление опухоли забрюшинного пространства	1 (2,7%)	1(100%)	-
<b>ВСЕГО</b>	<b>37 (100%)</b>	<b>1 (100%)</b>	<b>7 (100%)</b>

Генерализация процесса наблюдалась в 7 случаях: у 5 пациентов выявлены метастазы в печени, у одного пациента – множественные метастазы брюшной полости и у одного – в клетчатку малого таза с

вовлечением подвздошных сосудов. В сроки 2, 10 и 36 месяцев умерло 3 (8,1%) больных после комбинированных операций и дистальной субтотальной резекции желудка.

У семи пациентов с высоким риском развития рецидива и метастазирования была проведена адьювантная таргетная терапия иматинибом. У 5 пациентов отмечен положительный безрецидивный период в течение от 10 до 27 месяцев. У 2 пациентов оперированных по поводу большого одиночного метастаза GIST желудка в печень и рецидива GIST сигмовидной кишки терапия иматинибом оказалась неэффективной. В сроки от 6 до 8 месяцев у пациентов диагностированы метастазы в правую почку, забрюшинное пространство, клетчатку таза. Иммуногистохимическое исследование свидетельствовало о высокой митотической активности опухолей, что подтверждало их высокую злокачественность и не чувствительность к химиотерапии.

#### Выводы:

1. GIST чаще всего не имеют специфических симптомов и их клинические проявления имитируют другие нозологии данных локализаций.

2. Основным методом лечения GIST является хирургический. Стандартом операции должно являться радикальное удаление опухоли единым блоком с морфологически негативными краями резекции.

3. Пациенты с GIST требуют длительного инструментального контроля (УЗИ, КТ, МРТ) с целью своевременной визуализации рецидива и/или метастазирования.

4. С целью улучшения отдаленных результатов лечения GIST с высоким митотическим индексом, следует назначать адьювантный курс иматиниба. В случае рецидива/генерализации опухолевого процесса и нечувствительности опухоли к иматинибу, назначение препарата второй линии – сунитиниба.

#### Литература:

1. Мацко Д.Е. Стромальные опухоли желудочно-кишечного тракта. – М, 2008г.
2. Fletcher C.D., Berman J.J.// Hum.Pathol. – 2002. – Vol. 33. – P. 459-465.
3. Рябцева С.Н. Патоморфологическая и иммуногистохимическая диагностика гастроинтестинальных стромальных опухолей. Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Минск, 2011г.
4. Gastrointestinal stromal tumors: ESMO Clinical Recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 18 (Supplement 2): 27-29, 2007.
5. Снигур П.В. Стромальные опухоли желудочно-кишечного тракта: клиника, диагностика, лечение: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. –



## ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ПРОГНОЗ

Прохоров А.В., Палок В.Е., Мычко Д.Д., Гладышев А.О.

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

**Введение.** Злокачественные опухоли двенадцатиперстной кишки (ДПК) – относительно редкая патология, на долю которой приходится 0,3% всех опухолей желудочно-кишечного тракта и около 50% злокачественных новообразований тонкого кишечника [1]. Поэтому нередко возникают трудности, связанные с диагностикой и лечением образований данной локализации.

**Цель исследования.** Обобщить опыт диагностики и лечения пациентов со злокачественными новообразованиями двенадцатиперстной кишки.

**Материал и методы.** За период с 2005 по 2011 год в г. Минске зарегистрирован 21 случай первичных злокачественных опухолей двенадцатиперстной кишки. Заболеваемость у мужчин несколько выше, чем у женщин (1,1:1). Средний возраст заболевших 64 года (от 33 до 86 лет). У 4 человек (19,0%) диагноз был установлен только по результатам аутопсии. В структуре опухолей по морфологическому строению преобладали новообразования эпителиального происхождения (n=17, 81%). Мезенхимальные опухоли представлены единичными случаями лейомиосаркомы и фиброзной злокачественной гистиоцитомы (9,5%), нейроэндокринные – 2 случаями карциноида (9,5%).

Заболевания были выявлены в различных стадиях развития опухолевого процесса: в I стадии – 4 пациента (19%), II – 3 (14%), III – 6 (29%), IV – 4 (19%), в 4 случаях (19%) стадия не установлена. Наличие метастазов выявлено у 5 пациентов (23,8%) с опухолями эпителиального генеза.

В качестве лечения злокачественных новообразований двенадцатиперстной кишки чаще использовался хирургический метод (13 пациентов, 62%). В 8 (61,5%) случаях операция имела радикальный характер, при этом в большинстве случаев выполнялась панкреатодуоденальная резекция. В 1 случае в послеоперационном периоде применялась химиотерапия, в 1 – лучевая терапия, еще в одном – химиотерапия и лучевая терапия. Лучевая терапия, как самостоятельный метод лечения использовался у 2 пациентов.

Для оценки результатов применялись стандартные методы описательной статистики, для расчета выживаемости использовался метод Kaplan-Meier с использованием теста Mantel-Cox (log rank) для сравнения полученных результатов в различных подгруппах больных.

**Результаты и обсуждение.** Заболевание развивается медленно, и начало его проявляется маловыраженными и неспецифическими клиническими признаками. Как правило, это симптомы, характерные для многих заболеваний желудочно-кишечного тракта. Этим объясняется позднее обращение пациентов за специализированной помощью и большой процент случаев с далеко зашедшим опухолевым процессом. Наши пациенты обращались за специализированной помощью, как правило, спустя 2-3 месяца с момента появления первых клинических признаков. Среди жалоб преобладали следующие: общая слабость и дискомфорт (83,3%), диспептические нарушения (58,3%), боли в эпигастрии (33,3%), кишечные кровотечения (16,7%), желтуха (16,7%). В трех случаях никаких жалоб отмечено не было. Интересен тот факт, что у 4 пациентов (19%) правильный диагноз был установлен только по результатам аутопсии.

Согласно данным литературы, правильный предоперационный диагноз устанавливается только в 50% случаев. Одним из эффективных методов диагностики опухолей ДПК является рентгенологическое исследование с двойным контрастированием. Компьютерная томография (КТ), ультразвуковое и магнитно-резонансная томография (МРТ) оказывают существенную помощь в выявлении небольших новообразований кишечника. Чувствительность КТ брюшной полости колеблется от 50% до 80% в выявлении первичной опухоли кишечника, кроме того данный метод иногда позволяет провести дифференциальную диагностику доброкачественных и злокачественных новообразований, а также установить степень распространенности опухолевого процесса (наличие или отсутствие метастазов в печени, инвазии в соседние структуры, диссеминации по брюшине, метастатических лимфатических узлов). Особое значение для диагностики опухолей ДПК имеет эндоскопическое исследование. Использование этого метода позволяет не только визуально оценить размеры опухоли, уточнить локализацию процесса, но выполнить биопсию новообразования для последующего гистологического исследования. Правильная интерпретация эндоскопической картины может быть затруднена в поздних стадиях при возникновении деформаций и сужений ДПК. На основании анализа результатов обследования 17 пациентов нами определена чувствительность различных методов диагностики: фиброзофагогастродуоденоскопия – 75%, биопсия – 84,6%, рентгенография – 75%, КТ органов брюшной полости – 57,14%, ультразвуковое исследование – 62,5%. Наиболее затруднительными для диагностики были злокачественные опухоли стромального происхождения (лейомиосаркома и злокачественная гистиоцитома). В некоторых случаях, лечащего врача в сторону от правильного диагноза уводили ложноотрицательные результаты биопсии, когда материал для гистологического исследования забирался в недостаточном количестве