

ОСОБЕННОСТИ ИНВАЗИВНОСТИ РОСТА ОПУХОЛЕЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЁННЫХ ОБСТРУКЦИЕЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

А.В. Алексейцев

МАУ Городская клиническая больница №40, г. Екатеринбург

Алексейцев Андрей Владимирович,

врач-хирург, аспирант кафедры хирургических болезней УГМА,
620102, Россия, г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, д. 189,
тел. 8 (343) 266-95-08,
e-mail: andr-al@list.ru

Диагностика опухолей панкреатодуоденальной зоны является актуальной проблемой современной медицины. Морфологическое подтверждение онкологического процесса является необходимым условием для выбора адекватной терапии. Необходимым условием для осуществления эндобилиарной биопсии является инвазия опухоли в стенку протока. Мы изучили 60 протоколов вскрытий трупов пациентов с раком панкреатодуоденальной зоны, осложнённым механической желтухой. В 68% опухоль проникает внутрь протока.

Ключевые слова: рак панкреатодуоденальной зоны, эндобилиарная биопсия, механическая желтуха.

FEATURES OF GROWTH OF TUMORS COMPLICATED WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE

A.W. Alexeytsev

The Municipal Clinical Hospital №40, Ekaterinburg

The tumors diagnostics of biliopancreatoduodenal zone is an actual problem of modern medicine. The root confirmation of a tumor is a necessary condition for a good treatment choice. For receiving the tumor tissue at endobiliary biopsy, the tumor has to get in a hepaticocholedochus. We studied 60 autopsy protocols of the people with a biliopancreatoduodenal zone cancer and obstructive jaundice. At 68% the tumor gets in a hepaticocholedochus.

The key words: cancer of the biliopancreatoduodenal zone, obstructive jaundice, biopsy.

Введение

В последние годы, по данным литературы, отмечается стабильный рост заболеваемости раком гепатопанкреатодуоденальной зоны. В настоящий момент в развитых странах эта цифра составляет 9,0 на 100000 населения [4,5]. Несмотря на стремительные темпы развития современной медицины, результаты лечения и диагностики данной категории пациентов остаются неутешительными [1,3,6]. Единственным вариантом, дающим больному шанс на относительно благоприятный исход заболевания, по-прежнему является радикальная операция [2,7]. К сожалению, возможность выполнения подобного оперативного вмешательства часто бывает невозможной. Так, операбельность при раке головки поджелудочной железы составляет менее 15% [7]. Таким образом, подавляющему количеству пациентов возможно проведение лишь паллиативного

и симптоматического лечения [8]. В соответствии с рекомендациями Европейского общества медицинской онкологии, в качестве паллиативного лечения при неоперабельном раке панкреатодуоденальной зоны целесообразно применение лучевой и химиотерапии, что по результатам ряда клинических исследований увеличивает пятилетнюю выживаемость данной категории пациентов. Следует подчеркнуть, что необходимым условием для проведения данного вида лечения является морфологическая верификация онкологического процесса [9]. Гистологическое подтверждение опухоли обязательно также при выборе симптоматической терапии и назначении наркотических анальгетиков с целью купирования болевого синдрома. Таким образом, морфологическое заключение является необходимой частью диагностического процесса при злокачественных новообразованиях гепатопанкреатодуоденальной зоны.

В подавляющем большинстве случаев рак панкреатодуоденальной зоны осложняется механической желтухой (70-80%), что требует выполнения билиарной декомпрессии в кратчайшие сроки [7,10,11]. Для осуществления этой задачи в мировой практике приоритетным является транскутанное транспечёночное дренирование желчных путей. При этом формируется доступ в желчные протоки, который может быть использован не только с целью декомпрессии, но и для осуществления различных эндобилиарных вмешательств, в том числе и биопсии. Несмотря на очень широкое применение интервенционных методик для лечения механической желтухи, антеградная чресфистульная биопсия остаётся на сегодняшний день актуальной проблемой современной хирургии и онкологии. Своё скептическое отношение к методике многие авторы обосновывают относительно низкой информативностью, хотя в ряде случаев антеградная биопсия является единственным оптимальным способом получения морфологического подтверждения онкологического процесса.

Цель исследования

В ходе своей работы мы планируем изучить в каком количестве случаев и при каких локализациях инвазия неопластического процесса, вызывающего обструкцию желчных путей достигает внутренних слоёв желчных протоков, а соответственно имеется возможность получения опухолевой ткани для гистологического исследования при эндобилиарной биопсии.

Материалы и методы

Нами был проведён анализ 60 протоколов патологоанатомических вскрытий трупов пациентов, получавших лечение и умерших в ГКБ №40 за период с 1991 по 2013 гг. У всех исследуемых трупов был подтверждён онкологический процесс панкреатодуоденальной зоны, осложнённый обструкцией желчных путей на различных уровнях.

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациентов составил 74 (68;77) года (данные представлены в виде медианы и интерквартильного интервала). Из них - 32 (53%) женского пола, мужского пол - 28 (47%). По локализации опухоли пациенты распределились следующим образом (рис. 1).

Из приведённых данных видно, что по локализации процесса преобладает поражение головки поджелудочной железы (43,3%). Наиболее редкими причинами обструкции желчных путей среди перечисленных являются опухоли двенадцатиперстной кишки (ДПК) (1,7%) и желудка (6,6%).

При оценке распространённости опухолевого процесса получены следующие данные (таблица 1).

Можно констатировать существенное преобладание случаев с 4 степенью инвазии опухоли как показатель запущенности онкологического процесса, являвшегося, как правило, причиной смерти пациентов.

Большое значение имеет также размер выявленных опухолевых образований (таблица 2).

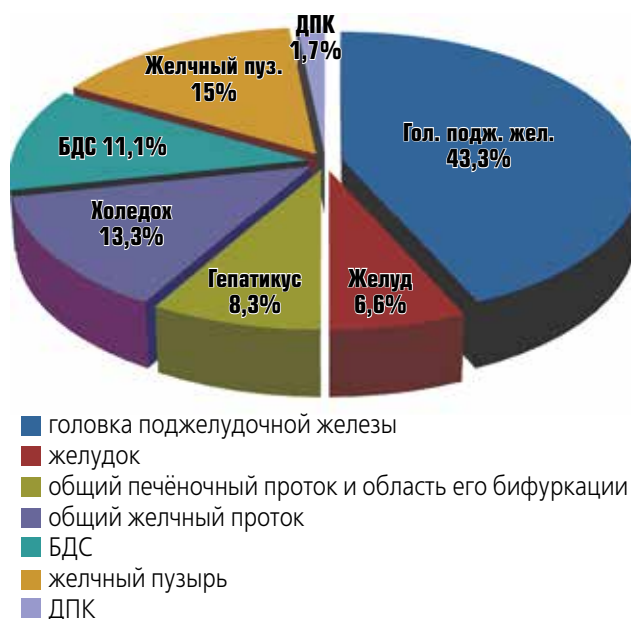


Рис. 1. Локализация опухолевого процесса, вызвавшего обструкцию желчных путей

Таблица 1
Стадии онкологического процесса (по классификации TNM)

Степень инвазии опухоли, (T)	Количество пациентов, N	Количество пациентов, %
T1	0	0
T2	5	8,3%
T3	20	33,3%
T4	35	58,3%

Таблица 2
Размер опухолевого образования

Размер опухоли	Количество, N	Количество, %
До 20 мм	14	23,3%
20-50 мм	24	40%
Более 50 мм	22	36,7%

Исходя из этих данных видно, что довольно часто (в 23,3%) случаев опухоль имеет небольшие размеры, что значительно снижает диагностическую ценность других методов морфологической верификации процесса, таких как транскутанная аспирационная тонкоигольная, лапароскопическая, трансдуоденальная эндоскопическая биопсии. В данных ситуациях чресфистульная антеградная эндобилиарная биопсия остаётся единственной оптимальной возможностью для получения гистологического материала.

При анализе степени инвазии стенки желчных протоков опухолевым процессом панкреатодуоденальной зоны в зависимости от локализации первичного очага были получены следующие данные (таблица 3).

Таблица 3

Степень инвазии опухоли в стенку желчного протока в зависимости от первичной локализации неопластического процесса

Локализация процесса	Количество пациентов	Инвазия в просвет протока	Инвазия в мышечный слой протока
Головка поджелудочной железы	26	16 (67%)	3 (12,5%)
Желудок	4	1 (25%)	1 (25%)
Общий печёночный проток и область его бифуркации	5	5 (100%)	
Общий желчный проток	8	8 (100%)	
БДС	7	7 (100%)	
Желчный пузырь	9	4 (44%)	1 (11%)
ДПК	1	0	0
Всего	60	41 (68,3%)	5 (8,3%)

Исходя из полученных данных, можно заключить, что при раке панкреатодуоденальной зоны, осложнённом механической желтухой, ткань опухоли прорастает в просвет протока в 68,3% случаев, а соответственно, может быть взята для гистологического исследования путём чресфистульной эндобилиарной биопсии. Причём наиболее информативно исследование при первичном поражении желчных протоков, большого сосочка (БДС) и головки поджелудочной железы, менее – при поражении ДПК и желудка. В 8,3% случаев выявлена инвазия опухоли в мышечный слой протока, из чего можно сделать вывод, что при выполнении эндобилиарной биопсии необходимо использовать инструменты, позволяющие проникать в стенку протока до мышечного слоя, а именно биопсийные щипцы большого диаметра.

Выводы

1. При раке панкреатодуоденальной зоны, осложнённом механической желтухой, инвазия опухоли через стенку в просвет желчного протока выявлена в 68,3% случаев, а в 8,3% случаев - прорастает до мышечного слоя. Таким образом, при выполнении эндобилиарной биопсии желательнее использовать инструменты, проникающие до мышечного слоя протока.

2. Наиболее информативна эндобилиарная биопсия может быть при первичном поражении

желчных протоков и головки поджелудочной железы, в меньшей степени – желчного пузыря, ДПК и желудка.

3. Даже опухоли небольших размеров (до 2 см), вызывающие обструкцию желчных путей, могут прорасти в просвет протока, и эндобилиарная биопсия в таких случаях может служить методом выбора для морфологической верификации процесса.

Список литературы

1. Артемьева Н.Н. Результаты хирургического и комплексного лечения рака поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1999. - №1. - С. 34-39.
2. Бахтин В.А., Янченко В.А., Русинов В.М. Способ наложения билиодигестивного анастомоза при неоперабельном раке внепечёночных желчных протоков, осложнённых механической желтухой // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2007. – Т. 12. - №3. – С. 45.
3. Велигоцкий Н.Н. Принципы хирургического лечения рака панкреатодуоденальной зоны // *Международный медицинский журнал*. - 2002. - №2. – С. 98-101.
4. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы // *Руководство для врачей*. - М.: Медицина, 1995. - 512 с.
5. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Возможности малоинвазивных эндоваскулярных вмешательств в лечении неоперабельных периампиллярных опухолей // *Эндоскопическая хирургия*. - 2007. - №3. - С. 11-14.
6. Кубышкин В.А., Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы. - М.: Медицина. – 2003. – 375 с.
7. Патютко Ю.И., Кудашкин Н.Е, Котельников А.Г., Абгарян М.Г. Гастропанкреатодуоденальная резекция при злокачественных заболеваниях, осложнённых механической желтухой // *Хирургия*. - 2011. - №2. – С. 25.
8. Путов Н.В., Артемьева Н.Н., Коханенко Н.Ю. Рак поджелудочной железы. - СПб.: Питер, 2005. – 416 с.
9. Тюляндин С. А., Носов Д. А., Переводчиков Н.И. Минимальные клинические рекомендации европейского общества медицинской онкологии. (ESMO). – М.: Издательская группа РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, 2010. - 436 с.
10. Шабунин А.В., Бедин В.В., Тавобилов М.М. и др. Протокол диагностики больных с механической желтухой // *Моск. ассамблея, 6-я. Здоровье столицы: Сб. тез.* – М., 2007. – С. 150.
11. Fathy O., Abdel-Wahab M., Elghwalby N. et al. Surgical management of peri-ampullary tumors: a retrospective study // *Hepatogastroenterology*. – 2008. – Vol. 55. - № 85. – P. 1463-1469.