

## **ВОЗМОЖНОСТИ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА С ОПУХОЛЯМИ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

**Леонович С. И., Пучинская М. В., Есепкин А. В.**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

**Введение.** Опухоли органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) – патология, сложная для диагностики и лечения [1, 2, 3]. Сложность эта определяется, с одной стороны, расположением большого числа различных по гистогенезу и функции органов в относительно небольшом пространстве и трудностью точного определения локализации поражения, с другой стороны, большим числом разных по своей природе патологических процессов, поражающих органы БПДЗ. Это приводит к тому, что во многих случаях симптомы опухолей БПДЗ расцениваются как признаки других заболеваний, что приводит к задержке в постановке верного диагноза. Кроме того, на ранних стадиях опухоли БПДЗ протекают без патогномоничных симптомов, что также затрудняет их раннюю диагностику.

В настоящее время для диагностики опухолей БПДЗ используются различные методы. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП) наиболее доступно, однако выявить небольшие опухоли, особенно желчевыводящих протоков, этим методом можно не всегда. Более информативна компьютерная томография (КТ) ОБП. При опухолях протоков широко используются также методы их контрастного исследования, в частности, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) и чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ). Активно изучается диагностическая ценность магнитно-резонансной томографии (МРТ) и магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) при опухолях органов БПДЗ [4, 5].

Тем не менее, несмотря на использование самых

современных методов инструментальной диагностики, единственным методом подтверждения злокачественной природы опухоли остается морфологическое исследование. При этом верификация диагноза может быть достигнута двумя способами: цитологическим и гистологическим. Для цитологического исследования достаточно аспирата, полученного из опухоли или метастаза. Наиболее частым способом его получения является пункционная аспирационная биопсия (ПАБ) опухоли под УЗИ-контролем. Для гистологического исследования необходимо получение кусочка ткани либо при биопсии во время эндоскопического исследования (при опухолях большого дуоденального сосочка, двенадцатиперстной кишки, реже – головки поджелудочной железы с прорастанием стенки кишки) или во время открытых операций, выполняемых с целью билиарной декомпрессии.

Следует отметить, что многие пациенты с опухолями органов БПДЗ госпитализируются в хирургические стационары по месту жительства в связи с развитием осложнений заболевания, наиболее частым из которых является механическая желтуха (МЖ). При этом необходимо не только оказание адекватной экстренной помощи (выполнение билиарной декомпрессии), но и установление диагноза. Однако даже в случае, если было выявлено опухолевое образование, но нет верификации его природы, диагноз рак обычно не выставляется. Исключение могут представлять случаи распространенного опухолевого процесса с прорастанием первичной опухоли в соседние органы и наличием отдаленных метастазов. В такой ситуации диагноз рака может быть выставлен на основании клинико-инструментальных данных. Тем не менее, в большинстве случаев морфологическая верификация чрезвычайно важна для выставления диагноза злокачественного новообразования. Кроме того, в большинстве случаев она является обязательной для начала специального противоопухолевого лечения [6, 7].

**Цель работы:** проанализировать возможности верификации диагноза у пациентов отделения экстренной хирургии с опухолями органов БПДЗ.

**Материалы и методы.** Исследование было проведено на

базе 1-го хирургического (экстренного) отделения 10-й городской клинической больницы Минска. Поиск пациентов отделения с опухолями органов БПДЗ проводился по Журналам регистрации пациентов. В последующем были более подробно проанализированы данные историй болезни 51 пациента, проходивших стационарное лечение в 2009-2011 гг., в том числе сведения о наличии или отсутствии верификации диагноза у этих пациентов. Статистическая обработка данных проводилась в программе Microsoft Excel с использованием методов описательной статистики.

**Результаты и обсуждение.** По разным причинам (наиболее часто – тяжелое общее состояние пациента и опасность оперативного вмешательства с целью только верификации диагноза, при невозможности взятия материала минимально инвазивными методами) попытка верификации не производилась у 15 (29,41%) пациентов.

В остальных случаях отмечено, что верификация злокачественной природы процесса была получена у 19 (37,25%) пациентов. В 9 (17,65%) случаях производилось взятие материала для исследования, однако злокачественные клетки получены не были, и диагноз злокачественной опухоли не выставлялся.

Отметим, что при наличии убедительных данных, позволяющих предположить злокачественную природу опухоли, пациент направлялся на консультацию онколога для решения о повторной биопсии в условиях специализированного онкологического учреждения.

Еще у 8 (15,69%) пациентов верификация злокачественной природы процесса получена ранее, и причиной настоящей госпитализации в хирургический стационар было прогрессирование выявленного ранее опухолевого процесса.

Следует отметить, что пациенты с подозрением на злокачественную опухоль после выписки направлялись для дообследования в специализированное онкологическое учреждение – Минский городской клинический онкологический диспансер (МГКОД), в котором также предпринимались попытки верификации природы опухоли. При этом у 8 пациентов при исследовании материала, полученного из опухоли при ПАБ под УЗИ-контролем, не были обнаружены злокачественные клетки, в

результате чего диагноз злокачественного новообразования не выставлялся, и диагностировались другие заболевания, в том числе доброкачественные опухоли или хронический панкреатит.

Таким образом, попытки верификации диагноза предпринимались в 54,90% случаев. Отметим, что многим пациентам в связи с распространенностью процесса специальное лечение не было показано, и у этих пациентов «верификация ради диагноза» становилась неоправданной, особенно если была сопряжена с риском осложнений после вмешательства. Из пациентов, у которых был взят материал для морфологического исследования, злокачественная природа опухоли подтверждена в 67,86% случаев. Это свидетельствует о достаточно низкой частоте верификации. Основной причиной, по которой морфологи не могли дать однозначное заключение о природе процесса, было недостаточное количество материала или наличие в нем неспецифических воспалительных или некротических изменений, что свидетельствует о важности правильного взятия адекватного для исследования количества материала.

#### **Выводы:**

1. Частота верификации диагноза злокачественной опухоли БПДЗ в условиях общехирургического стационара составила 37,25%, то есть, немногим более трети случаев.

2. У пациентов, у которых брался материал из предполагаемого опухолевого очага, злокачественная природа опухоли верифицирована в 67,86% случаев.

3. При последующем обследовании в МГКОД предполагаемый диагноз рака был снят 8 пациентам.

4. При верификации природы опухолевого поражения органов БПДЗ важно соблюдение правил взятия материала, а при отрицательном результате биопсии и наличии подозрений на злокачественную природу опухоли по данным клинико-инструментального исследования – повторные биопсии.

#### **Литература**

1. Патютко, Ю. И. Современное хирургическое и комбинированное лечение больных экзокринным раком головки поджелудочной железы и органов периампулярной зоны. / Ю. И. Патютко, А. Г. Котельников, М. Г. Абгарян //

- Практическая онкология. – 2004. – Т. 5, №2. – С. 94 – 107.
2. Biliary Tract Cancers. // de Groen P. C., Gores G. J., La Russo N.F. et al. // NEJM. – 1999. – Vol. 341. – P. 1368 – 1378.
  3. Weickert U, Jakobs R, Riemann JF. Diagnosis of biliary tract carcinoma. // Internist (Berl). – 2004. – Vol. 45(1). – P. 42-8.
  4. Майстренко, Н. А., Холангиоцеллюлярный рак (особенности диагностики и лечения). / Н. А. Майстренко, С. Б. Шейко, А.В. Алентьев, Ф. Х. Азимов // Практическая онкология. – 2008. – Т. 9, №4. – С. 229 – 236.
  5. Guidelines for the management of biliary tract and ampullary carcinomas: surgical treatment / S. Kondo, T. Takada, M. Miyazaki et al. // J Hepatobiliary Pancreat Surg. – 2008. – Vol. 15. – P. 41 – 54.
  6. Pancreatic cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up / S. Cascinu, M. Falconi, V. Valentini, S. Jelic // Ann Oncol. – 2010. – Vol. 21 (Suppl. 5). – P. v55 – v58.
  7. Eckel, F. Biliary cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up / F. Eckel, T. Brunner, S. Jelic // Ann Oncol. – 2011. – Vol. 22 (Suppl. 6). – P. vi40 – vi44.

УДК 616.36–004–06:616.6:616.9

## ПАТОЛОГИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Малаева Е.Г.

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

**Введение.** Инфекции мочевой системы объединяют инфекционно-воспалительные заболевания органов мочевой системы без указания уровня поражения мочевого тракта. При этом патологический процесс может локализоваться в почках (ренальные инфекции), протекая с наличием или отсутствием очагов гнойной деструкции почечной паренхимы, или в органах уротракта (лоханки и мочевыделительные пути), повреждая их