

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ

Прокопчик Н.И., Лаврович М.Г., Трескунова-Лецко Д.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Первичный рак печени (ПРП) является одной из распространенных опухолей человека.

Цель исследования: изучить клинико-морфологические особенности ПРП, а также причины смерти больных и состояние прижизненной диагностики.

Материал и методы исследования: Проведен клинико-анатомический анализ 122 наблюдений ПРП, выявленного при аутопсиях, осуществленных в УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро» в 2002-2010 г.г.. Были проанализированы протоколы вскрытий, а также истории болезни и амбулаторные карты больных. Гистологические срезы печени и других органов, взятых при вскрытии для патоморфологического исследования, окрашивались гематоксилином и эозином, а по мере необходимости - пикрофуксином.

Результаты исследования. При патоморфологическом исследовании установлено, что гепатоцеллюлярный рак печени (ГЦРП) имел место в 72 секционных наблюдениях, холангиоцеллюлярный (ХЦРП) – в 28, смешанный или гепато-холангиоцеллюлярный рак (Г-ХЦРП) – в 16, недифференцированный рак (НПРП) – в 6 случаях. Возраст больных, среди которых было 30 женщин и 92 мужчины, колебался от 17 до 89 лет, при этом 16,7% женщин и 33,2% мужчин были в активном трудоспособном возрасте. Оказалось, что большинство больных, страдавших ПРП, скончалось в 4 стадию болезни, в том числе, 83,8% - при ГЦРП, 67,8% - при ХЦРП, 75,0% - при Г-ХЦРП и 83,2% - при НПРП.

Характеристика ПРП в соответствии с классификацией TNM приведена в таблице 1.

Распределение ПРП по степени дифференцировки (G) опухоли оказалось следующим: G1- 27,0 %, G2 –36,5 %, G3 - 36,5 %. При сопоставлении макроскопической формы ПРП и степени его гистологической дифференцировки установлено, что если опухоль имела узловатый вид, то в 62,8 % случаев она была высоко- или умеренно дифференцированной, и только в 37,2 % - низкодифференцированной, что имеет практическое значение.

Анализ секционного материала также показал, что в 54,0 % наблюдений ПРП возник на фоне цирроза печени, преимущественно микронодулярного. Однако если при ГЦРП и Г-ХЦРП частота цирроза составляла 63,6 %, то при ХЦРП – только 40,0 %, а при НПРП он и вовсе не был выявлен.

Таблица 1. Распределение ПРП по TNM

TNM	ГЦРП (n=72)	ХЦРП (n=28)	Г-ХЦРП (n=16)	НПРП (n=6)
PT1N0M0	-	3,4%	-	-
PT2N0M0	2,6%	14,0%	6,3%	-
PT2N0M1	1,3%	-	-	-
PT3N0M0	8,1%	10,7%	12,5%	16,7%
PT3N1M0	2,6%	3,5%	-	-
PT3N0M1	2,6%	-	-	-
PT3N1M1	2,6%	-	-	-
PT4N0M0	29,0%	28,4%	12,5%	-
PT4N1M0	8,1%	7,0%	12,5%	33,3%
PT4N0M1	20,1%	-	18,7%	16,7%
PT4N1M1	23,0%	32,0%	37,5%	33,3%

Из 122 умерших вследствие ПРП, 101 больной скончался в стационарах области, а 21 – на дому. Расхождения патологоанатомического и клинического диагнозов были отмечены в 31 (30,7%) случае. При этом ГЦРП оказался не распознанным в 17 (23,6%) случаях, ХЦРП - в 9 (32,1%), Г-ХЦРП - в 5 (31,3%).

В качестве ошибочных клинических диагнозов выставлялись различные заболевания. Так, если у больных имел место ГЦРП, то чаще всего в качестве ошибочного заболевания были выставлены цирроз печени (в 55,6%) или метастазы рака в печень (22,2%); в единичных секционных случаях выставлялись и такие заключительные клинические диагнозы, как: геморрагический инсульт, острая сосудистая недостаточность кишечника, расслаивающая аневризма аорты, хроническая ИБС. Если же у больных имел место ХЦРП, то чаще всего в качестве ошибочного диагноза фигурировали метастазы рака различных органов в печень (в 50%); в единичных случаях выставлялись: цирроз печени, хронический склерозирующий холангит, хроническая ИБС, геморрагический инсульт, хронический панкреатит. При наличии у больных Г-ХЦРП в 2 случаях ошибочно установлен цирроз печени, в 1 - метастазы рака поджелудочной железы в печень.

Приведенные данные свидетельствуют, что ПРП может иметь различные «маски» клинического течения, что, в свою очередь, определяется многими факторами, в том числе и особенностями морфологического строения рака печени. Установлено, что если у больных имел место ГЦРП, то чаще всего он сопровождался прогрессирующей печеночно-почечной недостаточностью и острой постгеморрагической анемией. Источником кровотечения, как правило, являлись варикозно расширенные вены пищевода, реже – эрозии слизистой оболочки желудка, деструкция капсулы печени или стенки воротной вены вследствие обширных некрозов опухоли. Среди осложнений ХЦРП наиболее часто значились желтуха (88,9%), портальная гипертензия (42,1%), кровотечение из вен пищевода и желудка

(26,3%) и абсцессы печени (10,5%). Желтуха является чрезвычайно характерным и чаще всего первым признаком ХЦРП. В исследованном материале она отсутствовала только в 3 секционных случаях. Это было связано с тем, что в опухолевый процесс не были вовлечены магистральные желчные протоки. Установлено, что в 5,3% наблюдений ХЦРП локализовался в общем печеночном протоке, в 10,5% – в зоне слияния правого и левого печеночного протоков, в 42,1% – был поражен правый или левый долевой желчный проток выше места их слияния в общий печеночный проток и также в 42,1% случаях источником развития рака явились сегментарные желчные протоки.

Оказалось, что в 19 секционных случаях главной причиной расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию явились объективные факторы: кратковременность пребывания в стационаре, тяжесть состояния больного, а поэтому была выставлена первая категория расхождения диагнозов. В других 12 случаях имели место недообследование больных, недооценка анамнестических и имевшихся клинико-лабораторных данных, что и явилось основной причиной расхождения диагнозов (вторая категория расхождения диагнозов).

Закключение. В результате проведенного исследования установлено, что в большинстве случаев смертельный исход, обусловленный ПРП, наступал в зрелом или пожилом возрасте. При этом распространенность рака на момент летального исхода в 92,0 % наблюдений соответствовала 3 или 4 клинической стадии заболевания. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов было установлено в 30,7% случаях, что свидетельствует о трудностях прижизненной диагностики ПРП, особенно ХЦРП и Г-ХЦРП и связано как с объективными, так и субъективными факторами.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РАКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Пучинская М. В.

Минский городской клинический онкологический диспансер,
г. Минск, Республика Беларусь

Рак полового члена (РПЧ) является не самым распространенным новообразованием у мужчин, однако его выявление и необходимость оперативного лечения могут достаточно сильно влиять на психологический статус пациентов. По литературным данным частота РПЧ в странах Европы составляет 1 на 100 000 мужского населения, в странах Азии, Африки и Южной Америки частота его выше (до 12 на 100 000). Этиология РПЧ до конца не известна, однако факторами риска развития данного заболевания считаются несоблюдение правил личной гигиены и отсутствие циркумци-