

в 6,9 раза меньше, чем ее метастатическое поражение. С учетом вышеизложенного очевидно, что, если при УЗИ печени определяются изменения, характерные для опухолевого процесса, то в первую очередь необходимо исключить метастатическое поражение из органов пищеварения. С другой стороны, если у больного верифицирована опухоль желудочно-кишечного тракта, то для оценки операбельности необходимо в первую очередь исключить наличие метастазов в печени. Анализ секционного материала показал, что метастатическое поражение печени оказалось не выявленным при жизни больных в 10 (11,9%) случаях, в том числе, при раке желудка – в 12,0%, ПЖЖ – в 24,0%. Что касается клинической симптоматики, то у больных преобладали симптомы, обусловленные поражением пищеварительного канала, а симптомы, характерные для поражения печени (портальная гипертензия, печеночно-клеточная недостаточность) в большинстве случаев отсутствовали. В то же время упомянутые симптомы, обусловленные патологией печени, являются характерными для первичного рака этого органа.

Литература:

1. Печатникова А.Е. Пути лимфогенного метастазирования рака желудка. Монография – Москва, 1967. – 105с.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОГО И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ**

**Гаврилик А.А.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии

Научные руководители – к.м.н., доцент Н.И. Прокопчик;

к.м.н., ассистент Н.В. Матиевская

Как известно, дифференциальная диагностика первичного и метастатического (МРП) рака печени является актуальной задачей практической онкологии. Несмотря на то, что, как ПРП, так и МРП

являются неблагоприятными заболеваниями в плане прогноза, все же подход к их лечению отличается [1].

Цель исследования: изучить частоту и клинико-морфологические особенности ПРП и МРП по данным аутопсии с целью уточнения значимости некоторых критериев в дифференциальной диагностике этих заболеваний.

Материалы и методы. Изучены протоколы 8344 патологоанатомических вскрытий, произведенных в УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро» в 2003-2005 г.г. Для последующего анализа были отобраны случаи с наличием первичного или вторичного поражения печени опухолевой природы. При этом изучались особенности морфологических изменений и клинических проявлений, а также их значимость в дифференциальной диагностике ПРП и МРП.

Результаты и обсуждение. Анализ валового секционного материала показал, что частота злокачественных новообразований различных органов в структуре причин смерти составила 9,5%. При этом поражение печени опухолевой природы было отмечено в 277 (34,9%) случаях, в том числе ПРП был выявлен в 27 случаях (что составило 0,3% к общему количеству аутопсий и 3,4% - среди всех злокачественных новообразований); МРП имел место в 185 наблюдениях, что составляет 2,2% и 23,3% соответственно. Таким образом, МРП выявлялся в 6,9 раз чаще по сравнению с ПРП. Среди больных как с ПРП, так и МРП преобладали мужчины (75,0 % и 62,2% соответственно). Однако средний возраст больных ПРП был на 5 лет больше, чем при МРП. Наиболее часто метастатическое поражение печени было обусловлено раком легких (28,5%), поджелудочной железы (13,5%), желудка (13,5%), ободочной и сигмовидной кишки (11,3%). ПРП в 50% наблюдений имел узловой характер роста, в 30% был массивным и в 20% - диффузным. Метастазы рака в печень чаще всего были множественными, разновеликими, имели более четкие

контуры. Среди гистологических форм метастазов частота высокодифференцированных форм рака (аденокарциномы, плоскоклеточного) составила 47,0%. ПРП в большинстве случаев был представлен гепато- и/или холангиогенной карциномой, что в совокупности с макроскопическими изменениями, позволяло четко верифицировать гистогенез опухоли в печени. Фоновые заболевания, и в частности, хронический гепатит и цирроз печени, были выявлены в 70% при ПРП и практически не определялись при МРП. Если частота желтухи при ПРП составила 45,0%, асцита - 50,0%, то при МРП – только 6,5% и 10,8%, соответственно. В то же время кахексия и перитонит при МРП отмечались в 3 раза чаще. Помимо вышеотмеченных изменений при МРП выявлялись осложнения, связанные с ростом первичного опухолевого узла. В частности, при раке кишечника закономерно определялись признаки кишечной непроходимости, выявленной в 26,6% наблюдений, а также перитонит, частота которого составила 46,6%. При раке поджелудочной железы в 16,0% наблюдений имел место сахарный диабет. Приведенные клинические и морфологические особенности могут быть использованы в дифференциальной диагностике ПРП и МРП еще до проведения пункционной биопсии печени или несогласии больного на такое исследование.

Литература:

1. Снешко Л.И. Профилактика рецидивов и метастазов рака толстой кишки. – Л., «Медицина», 1976.- 176с.

## **ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Гаджиева Ф.Г., Краева М.С.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.С. Околокулак