

- операциях у больных раком гортани // *Диагностические и тактические ошибки при раке гортани*. М.: Медицина, 1989. С. 130–157.
6. Фейзин Г.А., Рожинская И.А., Егоров В.И. Ведение больных и профилактика функциональных расстройств после резекций гортани. Чита, 1974. 152 с.
 7. Шантуров А.Г., Погосов В.С., Потапов И.И. Щадящая хирургия в сочетании с регионарной и системной химиотерапией рака гортани. Иркутск: Восточно-Сибирское книжное издательство, 1977. 193 с.
 8. Alonso J.M. Partial horisontal laryngectomy. Functional and physiological operation for supraglottic cancer // *Laryngoscope*. 1966. Vol. 76. P. 161–169.
 9. Bitiutskii P.O., Trofimov E.I., Olshanskii V.O. et al. A method of combined horizontal resection of the larynx with removal of the arytenoid cartilage and its primary reconstruction // *Vestn-Otorinolaringol*. 1992. No. 2. P. 10–12.
 10. Cerny E., Rames M. K problematike partialnich laryngektomii u rozsahlych supraglottichykh rakovin. Subglossohyo – thyreo-supraglottectomia // *Cs. Otolaryngol*. 1996. Vol. 25, No. 5. P. 261–268.
 11. Zinger J. Function preserving laryngeal cancer surgery in Hungary – a historical retrospect and 25 years personal experiences // *Laryngorhinootologie*. 2003. Vol. 72, No. 9. P. 417–420.
 12. Gehanno P., Barry B., Guedon C. et al. Lateral supraglottic pharyngo-laryngectomy with arytenoidectomy // *Nead Neck*. 2006. Vol. 18, No. 6. P. 494–500.
 13. Leroux-Robert J. Techniques et resultats de la chirurgie conservatrice fonctionnelle du cancer de larynx // *Memoires de l'Academie de Chirurgie*. 1967. Vol. 93. P. 349–361.
 14. Sanghvi V. The new combined surgical approach for cancer involving the base of tongue-supraglottic complex // *Laryngoscope*. 2006. Vol. 104, No. 6, Pt 1. P. 725–730.
 15. Zabirov R.A. Methods of immediate reconstruction of the separating dividing mechanism in extended horizontal resection of the larynx // *Vestn-Otorinolaringol*. 1993. No. 4. P. 19–22.

Поступила в редакцию 20.01.2011.

ORGAN-PRESERVING INTERVENTIONS IN LOCALLY ADVANCED EPIGLOTTIS CANCER

L.D. Sushanlo, K.K. Dzhunushaliev, E.S. Aytbaev, R.A. Sultanbekov
National Oncological Centre of the Kyrgyz Republic (92 Ahunbaeva St. Bishkek 720064 Kyrgyz Republic)

Summary – The paper provides the results of modified extended horizontal resection of larynx in 53 patients suffering from locally advanced epiglottis cancer. Immediate postoperative complications were diagnosed in 28.5% of medical cases, while, according to the literature data, their frequency during traditional operations reaches 40%. Observations lasting from 2 to 17 years show that 31 patients (58%) are alive. Deglutition and voice function have restored in all the cases.
Key words: epiglottis cancer, larynx horizontal resection, treatment results.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 3, p. 80–82.

УДК 616.36-006.6-079.4

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПЕРВИЧНОГО И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ

А.Ш. Абдышев^{1,2}, В.Н. Багрянцев², О.Ю. Постнова², М.Х. Дадабаев³, Е.М. Ким³

¹ Приморский краевой онкологический диспансер (690105 г. Владивосток, ул. Русская, 57а),

² Лечебно-диагностический центр «Мечников» (690001 г. Владивосток, ул. Капитана Шефнера, 2а),

³ Национальный центр терапии и кардиологии Республики Кыргызстан (720001 г. Бишкек, ул. Тоголок молдо, 4)

Ключевые слова: рак печени, диагностика.

Проблема диагностики первичных и метастатических раков печени, а также разработка алгоритмов обследования пациентов с данной патологией является весьма актуальной. На основе клинического опыта авторов описаны различные подходы, диагностические методы и приемы для решения данной проблемы: ультразвуковые исследования с тонкоигольной пункционной биопсией, рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография и чрескожно-чреспеченочная холангиография и холангиостомия. Делается заключение, что использование мало- и неинвазивных методов в сочетании с анализом уровней иммуномаркеров позволяет точно диагностировать злокачественный процесс в 95–99 % случаев.

Ежегодно в мире раком печени заболевают около 250–300 тыс. человек. По данным ВОЗ, гепатоцеллюлярный рак занимает пятое место среди часто встречающихся злокачественных новообразований. Особенно часто рак печени регистрируется в Африканских странах и Индокитае. На территории СНГ заболеваемость первичным раком печени по регионам разнится: наибольшая отмечена в Якутии, где показатель заболеваемости первичным раком печени превышает 17 на 100 000 населения [3]. В Кыргызстане первичный рак печени

составляет 4,3 %, а в Приморском крае РФ – 1,6 % от всех злокачественных новообразований.

Первичный рак печени встречается в 30–40 раз реже, чем метастатический [8, 9]. Источником метастазов являются злокачественные опухоли других органов (желудок, толстая кишка, матка, яичники, легкие, молочная железа), а также нефробластомы, нейробластомы, тератобластомы. Клиническая картина метастатического рака печени определяется клиникой основного заболевания и, как правило, она более тяжелая, чем при первичном поражении.

По данным Б.П. Ахмедова [1], в аутопсийном материале метастатическое поражение печени при злокачественных опухолях других органов наблюдалось в 20–100 % случаев. От 20 до 50 % больных колоректальным раком при первичном обращении имеют метастазы в печень. Из числа подобных больных, подвергшихся потенциально радикальному лечению и не имевших рецидивов, почти у 55 % выявляются метастазы в печени [2].

Проблема диагностики и лечения первичного и метастатического рака печени остается одной из самых сложных в клинической онкологии. Скрининг

Абдышев Аскарбек Шаршенбекович – врач Приморского краевого онкологического диспансера.

первичного рака печени нуждается в совершенствовании. Сегодня он основан на определении в крови лиц группы риска 1 раз в 6 месяцев уровня α -фетопротейна и в случае его повышении более 15 мкг/л (исключая беременных женщин) – на выполнении ультразвукового исследования печени. В группу риска входят лица мужского пола старших возрастных групп – носители поверхностного антигена вирусного гепатита В [2].

Выявление метастатических поражений печени основано на иммунохимическом и инструментальном мониторинге лиц, леченных по поводу злокачественных опухолей других локализаций. Наибольшее практическое значение здесь имеют серологические онкомаркеры: α -фетопротейн, раково-эмбриональный антиген, опухолевые антигены СА 19-9 и СА 125, хорионический гонадотропин, простатический специфический антиген [6, 7]. Роль этих маркеров при метастатическом раке печени диагностически значима, если их уровень до лечения по поводу первичных опухолей был повышен. Существуют и дополнительные биохимические маркеры метастатического поражения печени: щелочная фосфатаза, трансаминазы, лактатдегидрогеназа и др.

В Национальном центре онкологии Кыргызстана и в Лечебно-диагностическом центре «Мечников» в Приморском крае практически все больные с подозрением на первичный и метастатический рак печени обследуются на все эти виды онкомаркеров. Для выбора правильной тактики лечения необходимо выработать алгоритм решения следующих диагностических задач:

- есть ли очаговые изменения в печени?
- являются ли выявленные изменения опухолью?
- какова природа (злокачественная или доброкачественная) и характер (первичный, метастатический) опухолевого поражения печени?
- какова морфологическая структура образования?
- какова локализация опухоли в печени (долевая, сегментарная)?
- имеется ли поражение портальных и кавальных ворот печени?
- есть ли инвазия опухоли в окружающие печень структуры и органы?
- каково состояние лимфатических узлов ворот печени, гепатодуоденальной связки, панкреатодуоденальных и парааортальных групп?
- имеются ли отдаленные метастазы?
- имеется ли асцит?

Кроме вышеуказанных маркерных исследований существует ряд других инструментальных методов диагностики: ультразвуковое исследование, рентгеновская компьютерная томография, ядерно-магнитно-резонансная томография, селективная ангиография, доплеровское исследование сосудов печени, чрескожно-чреспеченочная холангиография и холангиостомия, эмиссионная компьютерная томография с мечеными эритроцитами, тонкоигольная пункционная биопсия печени.



Рис. 1. Тонкоигольная биопсия печени под контролем ультразвукового исследования (игла обозначена стрелкой).

Диагностический комплекс «ультразвуковое исследование – маркеры в крови – пункция опухоли в печени» или любое другое сочетание вышеуказанных методов позволяет достоверно судить о морфологической структуре опухоли печени, ее размерах, долевого и сегментарной локализации, наличии асцита, распространенности опухоли на ворота печени, отсевах внутри органа, наличии опухолевых тромбов в ветвях воротной вены и печеночных вен, поражении лимфоузлов брюшной полости, прорастании в соседние структуры и о наличии отдаленных метастазов.

Достоинствами ультразвукового исследования являются возможность дифференциальной диагностики солидных образований и кист, содержащих жидкость, гемангиом и злокачественных опухолей. Также при этом методе применяется тонкоигольная пункционная биопсия, которая позволяет гистологически верифицировать диагноз (рис. 1). На собственном материале на основе 12 тонкоигольных биопсий печени у 7 больных выявлен гепатоцеллюлярный рак, у 3 – гемангиома печени и у 2 – альвеококк.

Рентгеновская компьютерная томография является наиболее информативным методом в диагностике первичного рака печени (рис. 2). С помощью метода внутривенного «усиления» она позволяет отличать первичный рак печени от гемангиом, узлов-регенератов и метастазов внепеченочных опухолей. Метод также информативен в плане топической диагностики и позволяет выбрать наиболее оптимальную тактику дальнейшего лечения.

Магнитно-резонансная томография информативна не менее чем рентгеновская компьютерная томография в диагностике внутрипеченочных локализаций опухоли, распространении ее на ворота печени, а также в дифференциальной диагностике рака и хроническо-васкуляризированных образований.

Ангиография печени дает ценный материал для установления природы и характера опухоли. Нами проведено 11 селективных ангиографий по поводу различных опухолей печени для дифференциальной



Рис. 2. Рентгеновская компьютерная томография печени: опухоль 4-го сегмента (стрелка) с внутрипеченочным блоком и расширением желчных протоков.

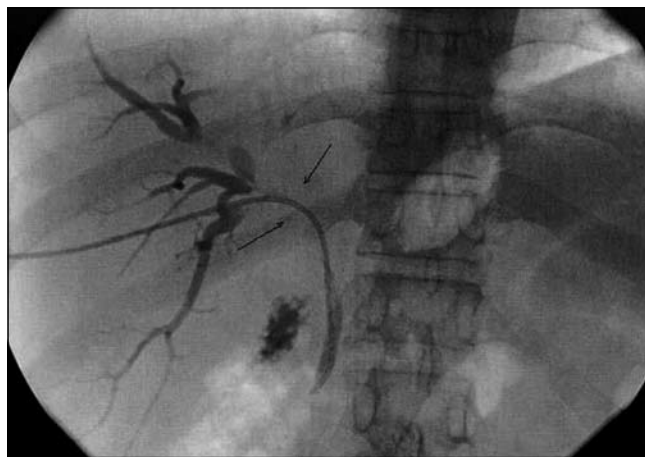


Рис. 3. Чрескожно-чреспеченочная холангиография: четко виден уровень блока в проекции 4-го сегмента печени.

диагностики и выбора тактики лечения. В 3 случаях по поводу гемангиом печени выполнена эмболизация печеночной артерии тefлоном и хирургическим войлоком. Этот метод наиболее достоверно позволяет судить о резектабельности новообразования печени.

Чрескожно-чреспеченочная холангиография и холангиостомия является важнейшей лечебно-диагностической манипуляцией, которая указывает на уровень блока желчных протоков. Кроме того, она обладает и лечебным эффектом – при дренировании происходит декомпрессия желчевыводящих протоков (рис. 3). Нами была выполнена 51 подобная манипуляция совместно с сотрудниками отделения рентгенэндоваскулярной хирургии. Проведение чрескожно-чреспеченочной холангиографии и различных видов стомий позволило с минимальной травматизацией обеспечить декомпрессию желчных ходов, а также избежать формирования билиодигестивных анастомозов. При операбельности опухоли на фоне декомпрессии создается функциональная база для гемигепатэктомий и резекций, а при нерезектабельности новообразования – предпосылки для химиолучевой терапии.

Допплеровское исследование сосудов печени на собственном материале выполнено в 13 случаях, что также позволило дифференцировать по скорости кровотока первичные и метастатические, доброкачественные и злокачественные опухоли.

Таким образом, диагностика опухолей печени и органов панкреатодуоденальной зоны должна проводиться на основе нескольких методов исследования для получения исчерпывающей информации о новообразовании. Сочетанное использование неинвазивных и малоинвазивных методов исследования, маркерной диагностики и тонкоигольной пункционной биопсии позволяет в 95–99 % случаев установить характер патологического процесса.

Литература

1. Ахмедов Б.П. *Метастатические опухоли*. М.: Медицина, 1984. 187 с.
2. Диагностика и хирургическое лечение злокачественных опухолей печени / Патютко Ю.И., Сагайдак И.В., Котельников А.Г. и др. М.: Медицина, 2000. С. 1–16.
3. Напалков Н.П. Заболеваемость и смертность от рака основных локализаций 1995 г. // *Диагностика и интервенционная радиология опухолей малого таза: доклад на 23-м Европейском семинаре по диагностической и интервенционной радиологии*. Обнинск, 1995.
4. Подильчак М.Д., Терлецкая Л.М., Винниченко Б.И. Диагностическое значение определения некоторых ферментов сыворотки крови у больных с метастазами рака в печени // *Клин. хир.* 1983. № 5. С. 31–32.
5. Тельнов В.И., Токарская З.Б., Сурина А.Г. Биохимическая диагностика метастазирования в печень злокачественных опухолей // *Биохимия опухолевой клетки: тез. докл. Всес. симп.* Минск, 1990. С. 57.
6. Франциянц Е.М., Крылова М.Н. Способ диагностики метастазов в печени // *Патент № 2027997–1995*.
7. Чернов Н.Н., Березов Б.Т. Энзиматические особенности гепатомы // *Вестн. АМН СССР* 1987. № 7. С. 4.
8. Braun L.M., van de Kelde C.G. Hepatic metastases: comparative study of diagnostic ultrasound, CT, nuclear scintigraphy and laboratory tests // *Netherlands J. Surg.* 1991. Vol. 43, No. 4. P. 92–94.
9. Bruix J., Teres J. Diagnostico temprano del carcinoma hepatocelular // *Med.Clin.* 1988. Vol. 91, No. 10. P. 379–381.

Поступила в редакцию 31.12.2010.

A MODERN APPROACH TO DIAGNOSTICS AND DIFFERENTIATION OF PRIMARY AND METASTATIC HEPATIC CANCER

A.Sh. Abdyishev^{1,2}, V.N. Bagryantsev², O.Yu. Postnova², M.H. Dadabaev³, E.M. Kim³

¹Primorsky Regional Oncologic Dispensary (57a Russkaya St. Vladivostok 690105 Russia), ²Medical and Diagnostic Center "Metchnikoff" (2a Captain Shefner St. Vladivostok 690001 Russia),

³National Centre of Therapy and Cardiology of the Kyrgyz Republic (4 Togolok moldo Bishkek 720001 Kyrgyz Republic)

Summary – The problem of diagnostics of primary and metastatic hepatic cancers and development of algorithms for patients' examination come at an opportune time. Based upon the clinical experience, the authors describe various approaches, diagnostic methods and manoeuvres to solve this problem: ultrasonic examinations with fine-needle biopsy, X-ray computed tomography, magnetic resonance imaging, angiography, percutaneous transhepatic cholangiography, and cholangiostomy. The authors conclude that application of minimally invasive and non-invasive methods combined with analysis of immune markers allows advanced diagnosing of malignant process in 95–99% of cases.

Key words: hepatic cancer, diagnostics.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 3, p. 82–84.