

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОРА ТАКТИКИ ПРИ ПЕРИАМПУЛЯРНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ

*Щерба А.Е., Чернышов Т.М., Левина Д.И., Коротков С.В.,
Кирковский Л.В., Руммо О.О.*

МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии, Минск, Беларусь

Введение. Современные возможности высокопоточного гепатопанкреатобилиарного центра, которым является МНПЦ ХТиГ, позволяют выполнить как сложные операции на поджелудочной железе в соответствии с международными профессиональными стандартами, достигая хрестоматийного результата, так и индивидуальные интраоперационные методические решения, включая сложную лимфадиссекцию, сосудистую резекцию и реконструкцию, меры профилактики основных известных осложнений ПДР. В этой связи, точная диагностика и ясный диагностический и тактический подход к неясным диагностическим случаям имеют основное значение, учитывая, что вероятность ошибки, невнимания или отсутствие настороженности есть всегда.

Цель. Показать подход к диагностике и выбору тактики при периампулярных неоплазиях принятый в МНПЦ ХТиГ.

Материалы и методы. На базе ГУ МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии выполнено 278 резекций поджелудочной железы, из них 181 – панкреатодуоденальные резекции. По поводу рака головки поджелудочной железы проведено 148 ПДР, дистальной холангиокарциномы – 11, рак БДС – 5, аденома БДС – 5, цистаденокарциномы – 3, SPEN – 3, хронический индуративный панкреатит – 2, BD-IPMN – 2, NET – 2. Послеоперационные осложнения были у 23%. Послеоперационная летальность составила 5,9%. Основными источниками используемого подхода к выбору хирургической тактики являются знания: а) КТ и МРТ-паттернов периампулярных неоплазий, б) естественного течения заболеваний и опухолей, вызывающих характерные симптомы, лабораторные и КТ и МРТ-паттерны; и анализ, построенный на причинно-следственных связях и вероятности ожидаемой патологии в конкретном клиническом контексте. Прототипом системы принятия решения в неясных диагностических случаях является подход, применяемый при IPMN, а именно выделяющий критерии тревожных признаков высокого риска малигнизации.

Результаты и обсуждение. Диагностика периампулярных неоплазий показана при билиарных (билиарная гипертензия, желтуха, холангит) и панкреатических симптомах (вирсунгеальная гипертензия или комбинированная с билиарной, панкреатит, впервые возникший сахарный диабет). УЗ-метод (трансабдоминальный и эндосонография) является скрининговым и дополнительным к основным методам диагностики, которыми являются МРТ + МРХПГ, МСКТа, ФГДС. При наличии указанных клинических причинах поиска, следует выделять визуализируемую и трудно-

визуализируемую периампулярную патологию (отсутствует или «кажущийся» опухолеподобный паттерн), последняя, собственно, и является причиной написаний данных тезисов и составляет наибольшую диагностическую и медицинскую проблему. К визуализируемой патологии относятся: видимые при МРТ и МСКТа периампулярные опухоли ГПЖ (паттерны аденокарциномы, IPMN, NET, рака дистального отдела холедоха, SPEN) и опухоли Фатерова соска при ФГДС. Тактика лечения пациентов с раком головки поджелудочной железы, согласно международным консенсусам, строится на критериях резектабельной, погранично-резектабельной и местнораспространенной опухоли. При аденомах БДС, принцип выбора тактики строится на программированной биопсии (каждые 6 мес.) при неосложненном течении, для своевременного выявления прогрессирующей дисплазии или ранней малигнизации (показанию к ПДР). NET, согласно стандартам ENETS и NANETS, должны оперироваться при всех гормонпродуцирующих опухолях, а так же размерах 20-25 мм у остальных. IPMN подлежат хирургическому лечению при наличии признаков высокого риска малигнизации: наличие внутренних узлов, рост размеров образования более 20-25 мм, осложненное течение (панкреатит, билиарная, вирсунгеальная гипертензия). При SPEN (учитывая риск озлакоачествления до 7%) всегда показана резекция, но, при условиях позволяющих не травмировать ГПП, следует рассматривать вариант органосохраняющих операций (энуклеация, операция Бегера). К трудно-визуализируемой патологии относятся :

1. ранний рак дистального отдела холедоха, имеющий паттерн стриктуры при МРХПГ, УЗИ и МСКТа; не дает симптома двух протоков; невалидированным но частым МСКТа паттерном является признак «кольцевидного усиления» интрапанкреатической части холедоха непосредственно перед стриктурой. В дифференциальном ряду находятся доброкачественные стриктуры при холедохолитиазе и склерозирующий холангит (легче отличимый при ПСХ и портальной билиопатии и труднее и дольше при IgG4-ассоциированном холангите).

2. ранний рак ампулы фатерова соска (предположение исходит из подозрения на опухолеподобный периампулярный паттерн; также имеет паттерн стриктуры при МРХПГ, УЗИ и МСКТа; не дает симптома двух протоков; показана дуоденоскопия и при подозрении на опухолеподобный периампулярный МСКТ/МРТ-паттерн – ПСТ с осмотром и биопсией из ампулы ФС).

3. высокодифференцированный РГПЖ, характеризующийся меньшим десмопластическим компонентом и поэтому сохраняющим контрастирование при МСКТа.

4. бороздчатый панкреатит

5. симптом двух протоков без четко визуализируемого опухолеподобного паттерна.

Выводы.

1. Получение наибольшего количества диагностических исследований (МСТКа, МРТ + МРХПГ, эндосонография) до эндобилиарного стентирования пластиковым или нитиноловым стентом. Выполнение ЧЧХС не требует ускорения выполнения всего набора диагностических исследований, и наоборот показано при опасных значениях гипербилирубинемии, риске холангита и печеночной недостаточности с последующим применением методов визуализации.

2. Дополнение несколькими методами визуализации - МРТ, МСКТа, эндосонография, а при хроническом бороздчатом панкреатите – ПЭТ-КТ.

3. Использование фактора времени, прежде чем будет вынесено окончательное заключение, а именно контрольное исследование МРТ и МСКТа через 2-3 и 4-5 месяцев, ПЭТ-КТ при бороздчатом панкреатите.

4. Применение хирургического метода при исключении всех альтернативных причин (аналитически и инструментально) если сохраняется высокое клиническое и диагностическое подозрение на трудно-визуализируемую патологию. В данном случае план операции – ПДР, начинается операция с интраоперационного УЗИ и открытой зондовой или холедохоскопической ревизии дистального отдела холедоха.