

1. ДОКЛАД

«Кистозные неоплазии поджелудочной железы: такие схожие и такие разные»

*З.В. Галкова, к.м.н. С.Ю. Орлов, д.м.н. Е.Д. Федоров
Кафедра госпитальной хирургии №2
(зав. – проф. С.Г. Шаповальянц), ПНИЛ хирургической
гастроэнтерологии и эндоскопии (зав. – член-корр.
РАМН, проф. Ю.М. Панцырев) Российского Государ-
ственного Медицинского Университета (ректор –
академик РАМН, проф. В.Н. Ярыгин), ГКБ № 31
(гл. врач – член-корр. РАМН, проф. Г.Н. Голухов),
Москва, РФ*

В докладе представлены литературные данные и собственный опыт клиники по дифференциальной диагностике кистозных неоплазий поджелудочной железы (ПЖ). Часть исследований и анализ полученных результатов выполнен совместно с профессором Х.Магучи (клиника Teine Keijinkai, Саппоро, Япония).

К кистозным образованиям ПЖ относят псевдокисты (встречаются в 80-90% случаев), неопластические образования ПЖ (5-10%), врожденные кистозные образования («простая» врожденная киста; поликистоз ПЖ; кисты ПЖ, как составная часть синдрома Von Hippel-Lindau) и другие (в частности, паразитарные) кистозные образования (5-10%). Рассмотрены основные дифференциально-диагностические признаки псевдокист и врожденных кист ПЖ. Основное внимание уделено кистозным неопластическим образованиям ПЖ, к которым относят следующие неоплазии: SCN - серозная кистозная неоплазия (серозная цистаденома); MCN - муцинозная кистозная неоплазия (муцинозная цистаденома, муцинозная цистаденокарцинома); IPMN – внутрипротоковая папиллярная муцинозная неоплазия; солидная псевдопапиллярная неоплазия; кистозная эндокринная опухоль. Кистозные неоплазии ПЖ нередко, особенно на начальных стадиях, протекают бессимптомно, имеют разную степень и потенциал злокачественности, в определенном проценте случаев сочетаются с опухолями других органов, что определяет объем обследования и тактику ведения данной категории больных (оперативное лечение или динамическое наблюдение) и требует тщательного дооперационного обследования для постановки точного диагноза.

При подозрении на наличие кистозной неоплазии ПЖ используются следующие методы обследования: ультразвуковое исследование, во время проведения которого зачастую и выявляется кистозное образование; компьютерная томография (КТ) с контрастным усилением или магнитно-резонансная томография; магнитно-резонансная холангио-панкреатография; эндоскопическая ультрасонография (ЭУС), исследование онкомаркеров крови. Эндоскопическая ретроградная холангио-панкреатография даёт возможность изучить архитектуру протоковой системы и её связь с кистозным образованием, выполнить биопсию для гистологического исследования и взять секрет ПЖ для цитологического исследования. При необходимости более детального обследования применяют внутрипротоковую ультрасонографию, панкреатикоскопию, тонкоигльную пункционную аспирационную биопсию под контролем ЭУС, интраоперационное УЗИ. Окончательным методом верификации диагноза у оперированных пациентов является тщательное патоморфологическое исследование, которое в клиниках Японии выполняется совместно с хирургом (эндоскопистом) и морфологом.

В нашей клинике к январю 2007 г. с использованием ЭУС обследовано 90 пациентов с кистозными образованиями ПЖ, из них псевдокисты выявлены у 52 больных, кистозные неоплазии – у 38. Большую часть кистозных неоплазий составили пациенты с IPMN разных типов (главного, бокового и смешанного типа), также выявлены серозные и муцинозные кистозные неоплазии, в одном случае проводился дифференциальный диагноз между солидной псевдопапиллярной и кистозной эндокринной неоплазией.

В докладе подробно представлены дифференциально-диагностические (морфологические) признаки кистозных образований по данным КТ и более детально – по данным ЭУС с видеодемонстрацией типичных случаев. Приведены наблюдения оперированных пациентов с демонстрацией интраоперационных и патоморфологических находок с их ретроспективной сравнительной оценкой с результатами лучевых методов обследования. Рассмотрена тактика ведения данной категории больных – определены показания к оперативному лечению, условия для динамического наблюдения и алгоритм обследования при динамическом наблюдении. Полностью представленные в докладе материалы будут опубликованы в третьем номере журнала «Клиническая эндоскопия» за 2007 г.

Выводы. Обнаружение кистозного образования ПЖ является поводом к более углублённому обследованию пациента, в первую очередь для исключения кистозной опухоли ПЖ, либо для точной диагностики её типа. Комплекс лучевых, эндоскопических и морфологических методов обследования, дополняющих и уточняющих друг друга, позволяет своевременно осуществить диагностику кистозной неоплазии ПЖ и определить показания к оперативному лечению. Внедрение новых эндоскопических методов, накопление опыта и обучение специалистов скрупулёзной интерпретации полученных данных будет способствовать улучшению результатов лечения пациентов с кистозными опухолями ПЖ.

2. ВЫБОРЫ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ МОСКОВСКОГО ОБЩЕСТВА ЭНДСКОПИСТОВ (СРОКОМ НА 2 ГОДА)

В связи с истечением срока полномочий в качестве председателя д-мн Кувшинова Ю.П. после его отчета проведены выборы нового руководства общества. В качестве кандидатов фигурировали д-мн Федоров Е.Д., Веселов В.В., к-мн Кузьмин А.И. и Будзинский А.А. В связи с отказом по разным причинам первых трех докторов от участия в выборах, на безальтернативной основе председателем единогласно выбран Александр Анатольевич Будзинский, зав. отделением эндоскопических методов исследования Медицинского Центра Банка России, его заместителем – к-мн Виталий Витальевич Сиротинский, зав. отделением эндоскопии 13 ГКБ г. Москвы, секретарем – Светлана Викторовна Морозова, зав. отделением эндоскопии 2 инфекционной больницы г. Москвы.

КОНТАКТЫ

Александр Анатольевич Будзинский - тел. +7(495) 6768338, +7 (495) 6768228. Факс. +7 (495) 4276063. Эл. адрес budzinsky@medcenter.msk.ru

В.В. Сиротинский – тел. +7 (495) 6741311. Факс. +7(495) 6748076. Эл. адрес sirvit@bk.ru

С.В. Морозова – тел. +7 (495) 3650711. Факс. +7 (495) 3652488. Эл. адрес morozova8@mail.ru