

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ**

На правах рукописи

НИЯЗИ АЛИ оглы АСКЕРОВ

**КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕН-
НОСТИ ОПУХОЛЕЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ
ЗОНЫ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

32.24.01. – Онкология

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
доктора философии по медицине

Баку – 2014

Работа выполнена в Национальном Центре Онкологии Министерства
Здравоохранения Азербайджанской Республики.

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук , доцент **Абдуллаев А.А.**

Научный консультант:

Доктор медицинских наук , профессор **Марданлы Ф.А.**

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук **Солтанов А.А.**
Доктор медицинских наук **Муслимов Г.Ф.**

Ведущая организация: Азербайджанский Медицинский Универ-
ситет, кафедра онкологии

Защита состоится «26...»...09... 2014 г. в часов на заседании Дис-
сертационного совета FD 03.021 при Национальном Центре Онколо-
гии Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики.

Адрес: AZ 1012, г.Баку, ул. Г.Зардаби, 79 Б.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального
Центра Онкологии Министерства Здравоохранения Азербайджанской
Республики..

Автореферат разослан «....»2014 г.

Ученый секретарь
Диссертационного совета FD 03.021
д.ф.м., доцент

Р.А.Гусейнова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Частота новообразований органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ) достигает 15% от всех злокачественных опухолей ЖКТ и имеет тенденцию к увеличению заболеваемости [Furse J. et al., 2012]. К ним относятся первичные и метастатические опухоли печени, поджелудочной железы (ПЖ), рак желчного пузыря (ЖП), внепеченочных желчных протоков (ВЖП), двенадцатиперстной кишки (ДПК), большого дуоденального соска (БСДК). При опухолевом поражении глубокое расположение структур и органов, многопрофильность выполняемых функций, контактное расположение других органов, магистральных артериальных и венозных стволов факторы, вызывающие трудности на этапах диагностики, хирургического лечения и реабилитации. В литературе недостаточно освещено использование всего комплекса доступных методов медицинской визуализации в оценке локализации и распространенности опухолей ГПДЗ, нет исчерпывающих данных, касающихся эффективности использования различных их сочетаний [Raman S.S. et al., 2010]. При подозрении на опухолевый характер поражения ГПДЗ обосновано проведение последовательного комплексного обследования, включающего методы лучевой визуализации и инвазивные методики [Tsutsumi K. et al. 2012]. Улучшение результатов лечения лежит через повышение показателя ранней диагностики, разработки алгоритма обследования и тактики планирования хирургического лечения. В Азербайджане эпидемиологические особенности опухолей ГПДЗ также еще не подвергались тщательному изучению.

Цель исследования . Цель – изучение клинико-диагностических особенностей опухолевого поражения ГПДЗ и уровня заболеваемости ими в Азербайджанской Республике.

Для достижения цели планировалось:

1. Оценить особенности продромального периода в развитии опухолевого поражения органов ГПДЗ;
2. Оценить особенности клинического течения осложненных и неосложненных форм опухолей ГПДЗ;
3. Изучить частоту сочетания проявлений продромального и клинического этапов в развитии опухолей ГПДЗ;

4. Разработать алгоритмы методов исследования в диагностике опухолей ГПДЗ и планировании тактики на этапах лечения;
5. Разработать «Топографо-анатомическую и клиническую классификацию опухолей ГПДЗ»;
6. Изучить особенности заболеваемости опухолями ГПДЗ в Азербайджанской Республике.

Научная новизна. Определены особенности осложненного и неосложненного клинического течения опухолей на последовательных этапах развития. На основании анализа результатов инструментального исследования предложен алгоритм диагностических методов обследования больных, который позволяет не только существенно повысить качество диагностики, но, и является основой планирования тактики на этапах хирургического лечения больных с данной патологией. Наряду с этим, методом аналитической эпидемиологии изучены особенности заболеваемости и экстенсивный показатель поражения опухолями органов пищеварения и ГПДЗ в Азербайджанской Республике в период с 2006 по 2012 гг.

Практическая значимость. Применение алгоритмов диагностики и тактики лечения больных с опухолями ГПДЗ позволило сократить период обследования этого контингента больных, что, соответственно, получило свое отражение в снижении амортизации диагностической аппаратуры и повышении качества их лечения. Внедрение в широкую медицинскую практику предложенной классификации способствовало ранней топической диагностике опухолей ГПДЗ. Внедрение результатов исследования способствовало повышению показателя первичной профилактики, ранней и своевременной выявляемости больных с опухолями ГПДЗ, проведению корректного целенаправленного исследования и объективного медикаментозного лечения в пред- и постоперационном периоде, выполнению адекватного хирургического лечения.

Внедрение в практику. Результаты диссертационной работы используются в повседневной клинической деятельности сотрудников Национального Центра Онкологии, онкологических диспансеров г.г.Ширван и Гянджа, а также применяются в преподавательской деятельности на лекционных и практических занятиях кафедры эпидемиологии АМУ.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. В клиническом течении опухолей ГПДЗ выделение продромального периода направлено на повышение результативности ранней диагностики.
1. Своевременная диагностика осложненных и неосложненных форм клинического течения опухолей ГПДЗ направлена на проведение целенаправленной комплексной подготовки больных на дооперационном этапе и выполнении адекватного оперативного вмешательства.
2. На основании результатов проведенного инструментального обследования предложены алгоритмы предоперационной диагностики и планирования тактики хирургического лечения.
3. Разработанная «Топографо-анатомическая и клиническая классификация» направлена на улучшение топической, ранней и своевременной диагностики опухолей ГПДЗ.
4. Анализ заболеваемости опухолями ГПДЗ в Азербайджанской Республике.

Публикации. Основные положения диссертации изложены в 21 публикациях: статей – 11, тезисов – 10. 10 статей опубликовано в отечественных журналах, 1 статья же зарубежом.

Апробация работы. Материалы и результаты отдельных фрагментов диссертации доложены и опубликованы в материалах международных и республиканских научных конференций, съездов, общества онкологов Азербайджана. Обсуждение первичного материала состоялось на межотделенческой конференции НЦО 16 апреля 2014 года, (протокол №1), а апробация на заседании Научного семинара Национального Центра Онкологии - 30 мая 2014 года (протокол №3).

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 163 страницах компьютерного текста и состоит из введения, литературного обзора – глава 1, и последующих 5 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Приложение включает 4 листа. Диссертация документирована 10 таблицами, 5 диаграммами, 16 рисунками. Библиографический указатель содержит 159 номинации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общая клиническая характеристика. В работе задействованы результаты обследования 181 больного с опухолями органов ГПДЗ, находившихся на лечении в НЦО МЗ Азербайджанской Республики с 2007 по 2013 годы. Большинство их было в возрасте 40-70 лет, 157 (86,8%). У 58 (32%) больных была поражена печень: доброкачественное – 20, злокачественное – 38 (65,5%). У 74 (40,9%) пациентов процесс был в ПЖ: доброкачественный – 13 (17,6%), злокачественный – 61 (82,4%). Рак ЖП имелся у 6 (3,3%) пациентов. У 24 (13,3%) больных процесс был в ВЖП: 4 (16,7%) – доброкачественный, 20 (63,3%) – злокачественный. У 12 (6,6%) больных был поражен БСДК: доброкачественное – 7 (58,3%), злокачественное – 5 (41,7%). В ДПК опухоль выявлена у 7 (3,9%) пациентов: 2 (28,6%) – доброкачественная, 5 (71,4%) – злокачественная. Опрос велся по разработанной анкете. В обследовании больных применялись методы рентгенологического исследования, эндоскопии, УЗИ, КТ, МКЕ-холангиография, лабораторная диагностика. Статистическая обработка проводилась по Стюденту.

Результаты исследования и их обсуждение.

Из 46 больных с доброкачественной патологией симптоматика продромального периода развилась у 40 (87%). Признаки чаще развивались в срок более 3 месяца от начала нарастающей прогрессии опухолевого поражения. Из 135 больных со злокачественным поражением продромальный период проявился у 117 (86,7%). Полученные данные приведены в таблице 1. При анализе периода прогрессирования выявлено, что из 181 больного тревожно-депрессивное состояние развилось у 132 (72,9±3,3), общая слабость – у 150 (82,9±2,7), потеря аппетита – у 120 (66,3±3,5), потеря массы – а у 140 (77,3±3,1), тошнота – у 119 (65,7±3,5), рвота – 47 (26±3,2), бледность кожных покровов и головокружение – у 19 (10,5±2,2), нарушение дефекации – у 97 (53,6±3,7), обесцвеченный ахоличный кал – у 89 (49,2±3,7), насыщенный цвет мочи – 87 (48,1±3,7), желтушная окраска кожных покровов и видимых слизистых – у 89 (49,2±3,7), интермитирующая желтуха – у 27 (14,9±2,6), нарастающая – у 62 (34,3±3,5), увеличение ЖП – у 52 (28,7±3,3), пальпируемая опухоль – у 33 (18,2±2,8), увеличение печени – у 80 (44,2±3,6), гипертермия – у 28 (15,5±2,6), признаки кровотечения – у 80 (44,2±3,6), болевой синдром – у 138 (76,2±3,1). Синдром был постоянным у 52 (28,7±3,3), периодичным у 86 (47,5±3,7) (диаграмма 1). Из 181 больного у 15 (8,3%) в продромальном периоде

имелось сочетание «повторяющееся кратковременное ухудшение состояния, общее недомогание, внезапное побледнение с появлением липкого пота, «летучие» боли в верхнем отделе живота, необоснованная тахикардия».

Таблица 1.

Сроки возникновения и частота проявлений продромального периода у больных с доброкачественной и злокачественной патологией органов ГПДЗ

			Признаки продромального периода					
			Повторяющееся кратковременное ухудшение состояния	Общее недомогание	Внезапное побледнение с холодным липким потом	«Летучие» боли в верхнем отделе живота	Необоснованная тахикардия	Колебания АД
Характер опухолевого поражения	Доброкачественное (46)	1-3 мес	11 23,9±6,2	16 34,9±7,0	9 19,6±5,8	13 28,3±6,6	8 17,4±5,5	-
		>3 мес	23 50±7,3	24 52,2±7,3	9 19,6±5,8	31 67,8±6,8	31 67,8±6,8	15 32,6±6,9
		Итого	34 73,9±6,4	40 87±4,9	18 39,1±7,1	44 95,7±2,9	20 43,5±7,3	15 32,6±6,9
	Злокачественное (135)	≤1 мес	60 44,4±4,2	46 34,1±4,0	42 31,1±3,9	97 71,9±3,8	56 41,5±4,2	32 23,7±3,6
		1-3 мес	50 37±4,1	46 34,1±4,0	28 20,7±3,4	28 20,7±3,4	63 46,7±4,2	25 18,5±3,3
		>3 мес	7 5,2±1,9	14 10,4±2,6	10 7,4±2,2	10 7,4±2,2	8 5,9±4,1	15 11,1±2,7
		Итого	117 86,7±2,4	135 100%	80 59,6±4,2	135 100%	127 94,1±4,1	72 53,3±4,2
	Всего (181)	≤1 мес	60 33,1±3,4	46 25,4±3,2	42 23,2±3,1	97 54±3,7	56 30,9±3,4	32 17,7±2,8
		1-3 мес	61 33,7±3,5	62 34,3±3,5	37 20,4±2,9	41 22,1±3,1	71 39,2±3,6	25 13,8±6,5
		>3 мес	30 16,6±2,7	38 21±3,0	19 10,5±2,2	41 22,7±3,1	39 21,5±3,1	30 16,6±2,7
Итого		151 83,4±2,7	146 80,7±2,9	98 54,1±3,7	179 98,9±0,7	166 91,7±2,1	87 48,1±3,7	

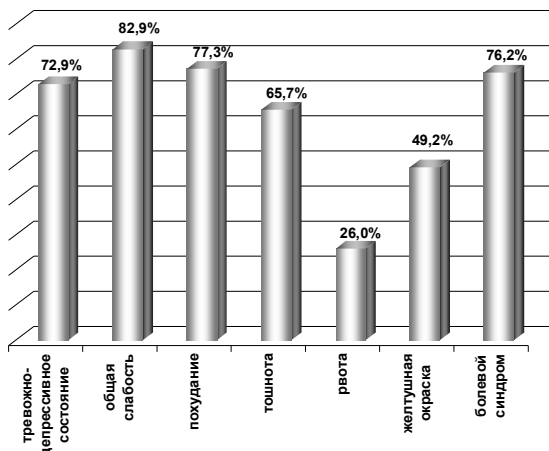


Диаграмма 1. Частота признаков опухолей ГПДЗ в период клинического прогрессирования заболевания

У 80 (44,2%) больных было сочетание «повторяющееся кратковременное ухудшение состояния, общее недомогание, внезапное побледнение с появлением липкого пота, «летучие» боли в верхнем отделе живота, необоснованная тахикардия, колебания артериального давления». В 29 (16%) случаях болезнь проявилась «повторяющимся кратковременным ухудшением состояния, общим недомоганием, «летучими» болями в верхнем отделе живота».

У 8 (4,4%) больных первыми проявлениями было «повторяющееся кратковременное ухудшение состояния, общее недомогание, «летучие» боли в верхнем отделе живота, колебания артериального давления». Сочетания «повторяющееся кратковременное ухудшение состояния, общее недомогание, внезапное побледнение с появлением липкого пота, «летучие» боли в верхнем отделе живота, колебания артериального давления», «повторяющееся кратковременное ухудшение состояния, общее недомогание, «летучие» боли в верхнем отделе живота, необоснованная тахикардия, колебания артериального давления», «повторяющееся кратковременное ухудшение состояния, общее недомогание, «летучие» боли в верхнем отделе живота, необоснованная тахикардия» и «общее недомогание, «летучие» боли в верхнем отделе живота, необоснованная тахикардия, колебания артериального давления» выявлены соответственно по 3 (1,7%) случая.

Сочетания «повторяющееся кратковременное ухудшение состояния, общее недомогание, «летучие» боли в верхнем отделе живота, необоснованная тахикардия» и «общее недомогание, «летучие» боли в верхнем отделе живота, необоснованная тахикардия» выявлены по 10 (5,5%) случаев. В 1 случае (0,5%) было сочетание «общее недомогание, внезапное побледнение с появлением липкого пота, «Летучие» боли в верхнем отделе живота, необоснованная тахикардия, колебания артериального давления» и «общее недомогание, внезапное побледнение с появлением липкого пота, «летучие» боли в верхнем отделе живота, колебания артериального давления».

У 11 (6,1%) больных проявления соответствовали «общему недомоганию, «летучим» болям в верхнем отделе живота». В 4 (2,2%) случаях были летучие» боли в верхнем отделе живота. Проявляющиеся изменения появляются при нарушении пассажа желчи, декомпенсации функций печени. У 66 (36,5%) больных гемоглобин и эритроциты были ниже нормы. Лейкоциты были снижены у 19 (10,5%), выше нормы были у 23 (12,7%) пациентов.

Снижение уровня общего белка наблюдалось в 72 (39,8%) случаях. Общий билирубин у 89 (49,2%) больных был выше нормы, ГГТФ у 12 (6,6%) – был снижен, у 32 (17,7%) – превышал норму, ЛДГ было снижено у 9 (5%), у 27 (14,9%) – превышало нормы. Уровень АЛТ выше нормы установлен у 25 (13,8%), ниже – у 13 (7,2%) пациентов. Снижение показателя АСТ отмечено у 13 (7,2%) больных, а у 31 (17,1%) он превышал норму. Уровень ЩФ в 87 (48,1%) случаях превышал норму.

Из 58 больных с поражением печени при УЗИ в 35 (60,3%) наблюдениях процесс локализовался в правой доле, в 7 (12,1%) – в левой, в 16 (27,6%) – в обеих долях. Округлая форма опухоли имелась в 36 (62,1%) случаях, неправильная – в 22 (37,9%). Диаметром до 2 см выявлено 16 (27,6%) узлов, до 5 см – 25 (43,1%), более 5 см – 17 (29,3%). Однородная структура имелась в 26 (44,8%) наблюдениях, неоднородная – в 32 (55,2%). Повышенная эхогенность была в 22 (37,9%) случаях, пониженная – в 11 (19%), смешанная – в 13 (22,4%), изоэхогенная – в 12 (20,7%). Эхонегативные включения имелись в 8 (13,8%) наблюдениях при злокачественных опухолях. Неровные контуры опухоли были у 26 (44,8%) больных, ровные – у 32 (55,2%), нечеткие – у 17 (29,3%), четкие – у 41 (70,7%). Печень была увеличена у

36 (62,1%) пациентов. Единичный узел выявлен у 37 (63,8%) пациентов, множественные – у 21 (36,2%). Аномальный ход сосудов и желчных протоков установлен в 12 (20,7%) наблюдениях. Внутривнутрипеченочное расширение желчных протоков зафиксировано у 15 (25,9%). Эхонегативная окантовка опухоли была в 9 (15,5%) случаях. КТ выполнено у 35 (60,3%) больных.

Исследование установило, что у 22 пациентов (62,9%) была поражена правая доля, у 4 (11,4%) – левая, у 9 (25,7%) – обе доли. Округлая форма опухоли имела в 27 (77,1%) наблюдениях, неправильная – в 8 (22,9%). Диаметр его до 2 см был в 6 (17,1%) случаях, до 5 см – в 19 (54,3%), больше 5 см – в 10 (28,6%). Однородная узла была в 7 (20%) исследованиях, неоднородная – в 28 (80%). Повышенная эхогенность выявлена в 7 (20%) случаях, пониженная – в 26 (74,3%), смешанная – в 2 (5,7%).

Симптом «гиалиновой щели» был в 2 (5,7%) случаях, отсутствовал – в 33 (94,3%). Эхонегативные включения имелись в 7 (20%) наблюдениях. Неровные контуры узла имелись в 27 (77,1%) исследованиях, ровные – в 8 (22,9%), нечеткие – в 23 (65,7%), четкие – в 12 (34,3%). Печень была увеличена у 25 (71,4%) больных. Множественные поражения выявлены у 15 (42,9%) больных, единичные – у 20 (57,1%). Аномальный ход сосудов и желчных протоков имелся в 4 (11,4%) случаях. Внутривнутрипеченочное расширение желчных протоков имелось в 3 (8,6%) наблюдениях. Наличие эхонегативной окантовки вокруг опухоли было у 9 (25,7%) пациентов.

Обзорное рентген исследование выполнено 51 (88%) больному. Изменения выявлены у 9 (17,6%). Лапароскопия выполнена 15 (25,9%) больным с опухолями печени. При УЗИ из 74 больных с опухолями ПЖ поражение головки выявлено в 39 (52,7%) наблюдениях, тела – в 18 (24,3%), хвоста – в 12 (16,2%), диффузные изменения – в 5 (6,8%). Округлая форма узла установлена в 45 (60,8%) случаях, неправильная – в 29 (39,2%). Размеры до 2 см выявлены у 10 (13,5%) пациентов, до 3 см – у 52 (70,3%), более 3 см – у 12 (16,2%). У 56 (75,7%) больных был признак деформации ПЖ. Однородность узла имела в 44 (59,5%) пациентов, неоднородность – у 28 (37,8%). Повышенная эхогенность зафиксирована в 31 (41,9%) наблюдении, пониженная – в 23 (31,1%), смешанная – в 20 (27%). Неровные контуры опухоли были в 27 (36,5%) случаях, ровные – в 47 (63,5%), нечеткие – в 32 (43,2%), четкие – в 42 (56,8%). Вирсунгов проток был расширен в 7 (9,5%) наблюдениях. Внутривнутрипеченочные желчные протоки были расширены у 49

(66,2%) пациентов, ОЖП был дилатирован у 43 (58,1%), увеличение ЖП было у 43 (58,1%), в 5 (6,8%) случаях ЖП отсутствовал.

Метастазы в печень имелись у 13 (17,6%) больных, а в лимфоузлы – у 19 (25,7%) пациентов. Из 74 больных с опухолью ПЖ 54 (73%) выполнена КТ. В 37 (68,5%) наблюдениях опухоль располагалась в «головке», в 10 (18,5%) – в «теле», в 4 (7,4%) – в «хвосте», в 3 (5,6%) – отмечалось диффузное поражение всего органа. Округлая форма узла имелась в 30 (55,6%) исследованиях, неправильная – в 24 (44,4%). Диаметр опухоли до 2 см выявлен в 4 (7,1%) случаях, до 3 см – в 44 (81,5%), более 3 см – в 6 (11,1%). Увеличение и деформация ПЖ зафиксировано у 43 (79,6%) больных.

В 35 (64,8%) случаях структура узла была однородная, в 19 (35,2%) – неоднородная. Повышенная эхогенность выявлена в 18 (33,3%) исследованиях, пониженная – в 18 (33,3%). В 8 (14,8%) случаях была смешанная эхонегативность. Неровные контуры узла выявлены в 24 (44,4%) наблюдениях, ровные – в 30 (55,6%), нечеткие – в 28 (51,9%), четкие – в 26 (48,1%).

Расширение главного протока ПЖ имелось у 4 (7,1%) больных. Расширение внутрипеченочных желчных протоков установлено у 39 (72,2%) пациентов. Увеличение ЖП установлено в 36 (66,7%) случаях; ЖП отсутствовал в 3 (5,6%). Метастатическое поражение печени установлено у 9 (16,7%) больных, лимфоузлов – у 12 (22,2%). Лапароскопия выполнена в 13 (17,6%) случаях. Прямой визуализации опухоли не получено.

В исследовании было задействовано 12 больных с опухолями БСДК. Опухолевое поражение было установлено у всех больных, стойкое увеличение ЖП – у 6 (50%). На стенках антральной части желудка – у 4 (33,3%) и ДПК – у 2 (16,6%) больных имелись вдавления ЖП с гладким дугообразным контуром. Расширение ОЖП выявлено у 7 (58,3%) пациентов. При заполнении луковицы ДПК контрастом на задней стенке вырисовывается узкая косоидущая полоса просветления, пересекающая луковицу (симптом «засова») установлен у 3 (25%) пациентов.

Симптом стеноза сосочка был у всех 5 больных. Рак ампулы может образовывать дефект наполнения в ДПК, который выявлен у 4 (80%) пациентов. Радионуклидная скintiграфия проведена 2 (16,6%) больным с невыраженной механической желтухой. Была установлена

задержка поступления желчи в ДПК. КТ исследование проведено 8 (66,7%) пациентам.

Наличие образования в зоне соска выявлено в 4 (50%) случаях. Расширение панкреатического отдела ОЖП установлено у 6 (75%) больных. Гастродуоденоскопия выявляет визуальные признаки заболевания. Из 5 больных раком БСДК у 2 (40%) был инфильтративный рост, у 3 (60%) – экзофитный.

Биопсия опухоли, чаще «ступенчатая», выполнена во всех исследованиях. Диагноз рака подтвержден у 4 (80%) из 5 больных. ЭРХПГ выполнена у 3 (25%) больных с инфильтративной формой рака БСДК. Одновременное контрастирование желчных протоков и главного панкреатического протока получено у 2 (16,6%) больных, у 1 (8,3%) – изолированное контрастирование ВЖП.

Выявлено диффузное расширение желчных протоков, изъеденность и зазубренность просвета ОЖП на уровне ампулярной части, сужение терминального отдела ОЖП в виде клюва или конуса. Степень компенсаторной эктазии ОЖП была чаще 14-17 мм.

Рентгенологические симптомы заболевания желчевыводящих путей у 2 (16,6%) пациентов сопровождались расширением на всем протяжении Вирсунгова протока свыше 3 мм с деформацией и изъеденностью контуров, стенозом ампулы и престенотическим расширением. Исследовано 6 (3,3%) больных раком ЖП. В 1 (16,7%) случае опухоль захватывала дно ЖП, в 3 (50%) – поверхность, прилежащую к печени, в 2 (33,3%) – область шейки пузыря. Замещение ЖП в его ложе, выявлено в 4 (66,6%) случаях, инфильтрация стенки ЖП – в 1 (16,7%), внутрипросветный рост – в 1 (16,7%).

Метастазирование в лимфатические узлы ворот печени, выявлено у 5 (83,3%) больных. Повышенная экзогенность наблюдалась в 5 (83,3%) наблюдениях. Визуализация опухоли установлена у всех. При холецистографии дефект наполнения был у 2 (33,3%) больных. Радионуклидное исследование (радиохолецистография) проведено 2 (33,3%) больным.

Визуализируемое при УЗИ между опухолью и печенью пространство – признак отсутствия внепузырной инфильтрации – выявлено у 1 (16,7%) больного. Несмещаемая небольшая опухолевая масса без акустической тени была у 1 (16,7%) больного, средние – негомогенные, несмещающиеся массы, с акустической тенью – у 2 (33,3%), большие – негомогенные, заполняющие ЖП и распространяющиеся на печень массы – у 3 (50%). Лапароскопия выполнена 2 (33,3%) больным. На-

личие опухоли, прорастание ее в печень и ее ворота установлено в обоих случаях. На КТ рак ЖП представлен в трех формах: опухоль исходит из стенки ЖП – у 4 (66,6%) больных, развивается внутрипупырочно – у 1 (16,7%), занимает весь ЖП – у 1 (16,7%).

Среди злокачественных опухолей различают первичные, исходящие из стенки кишки, и вторичные, растущие из головки ПЖ и вовлекающие в процесс стенку кишки. В исследование включено 5 (71,4%) больных: первичный рак – 3 (60%), вторичный – 2 (40%). Экзофитное – узловато-бугристое образование выявлено в 1 (20%) наблюдении, эндофитное – в 2 (40%), смешанное – в 2 (40%). Супраампулярные опухоли выявлены в 1 (20%) случае, перипапиллярные – в 3 (60%) и интрапапиллярные – в 1 (20%).

Посредством УЗИ в 2 (40%) случаях установлено прорастание опухоли в ПЖ, сосуды брыжейки – в 1 (20%), МТС в лимфоузлах – в 3 (60%). Циркулярный рост, деформация кишки, бугристость, ригидность, изъязвления слизистой, плотная, бугристая, легко кровоточащая опухоль выявлены во всех 5 случаях. Доброкачественные опухоли ВЖП имелись у 4 (16,7%) больных.

При холангиографии образование с гладкими четкими контурами в просвете протока выявлено у 3 (75%) больных. Увеличение ЖП установлено у 1 (25%) больного. УЗИ у всех больных выявило признаки невыраженной МЖ. В 2 (50%) случаях опухоль локализовалась в точке конfluence долевых протоков.

УЗИ-картина характеризовалась расширением долевых и внутрипеченочных протоков. В 1 (25%) наблюдении визуализированная опухоль округлой формы с четкими ровными краями располагалась в супрадуоденальном отделе ОЖП. Расширение внутрипеченочных желчных протоков установлено в 6 (30%) случаях. Опухоль выявлена в 7 (35%).

При УЗИ расширение ВЖП зафиксировано в 16 (80%) случаях. Опухоли ВЖП гиперэхогенны. Рак определен у 11 (55%) пациентов. В 8 (72,7%) наблюдениях структура их была гиперэхогенной, в 1 (9,1%) – гипозохогенной, в 2 (18,2%) – смешанной. Опухоли средних отделов ОЖП были у 4 (36,4%) больных.

При опухолевой обструкции дистального отдела ОЖП у 5 (45,5%) пациентов имелось расширение внутри- и внепеченочных протоков и ЖП. Расширение Вирсунгова протока выявлено в 1 (9,1%) случае. На

КТ диффузное расширение протоков было в 16 (80%) случаях, увеличение печени – в 11 (55%), а повышение ее плотности – в 5 (25%).

При МЖ на фоне печеночной паренхимы желчные протоки определяются округлыми, овальным или ветвистыми образованиями, плотностью 9-16 ед. Выявлено у 5 (25%) пациентов, протоки хорошо дифференцируются от сосудов, плотность которых обычно выше (30-45 ед), и от МТС.

Ранний признак расширения внутрипеченочных протоков – удвоение просвета. Они характеризуются извитым ходом в виде «звездчатой структуры». «0» степень расширения желчных протоков по Кармазановскому Г.Г. установлена у 15 (75%) пациентов, I – у 11 (55%), II – у 2 (10%), III – у 3 (15%), IV – отсутствовал. КТ симптом обтурационной желтухи наблюдался в 10 (50%) случаях. Полное отсутствие ретропанкреатической клетчатки выявлено у 14 (70%) пациентов. Деформация контура ДПК зафиксирована в 4 (20%) случаях. Увеличение парапанкреатических лимфоузлов отмечено в 11 (55%) наблюдениях, а парааортальных – в 6 (30%).

Алгоритмы предоперационной диагностики. Алгоритм основных методов в диагностике опухолей печени, ЖП, ВЖП, ПЖ: Опухолевые маркеры–УЗИ–КТ–МРТ–Лапароскопия.

Алгоритм дополнительных методов: Клинико-лабораторное исследование крови–Рентгеноконт-растное исследование ЖКТ–ФГДС. В диагностике опухолей ДПК и БСДК основным методом остается: ФГДС (ЭРХПГ)–Рентгеноконт-растное исследование ЖКТ–Лапароскопия–Опухолевые маркеры.

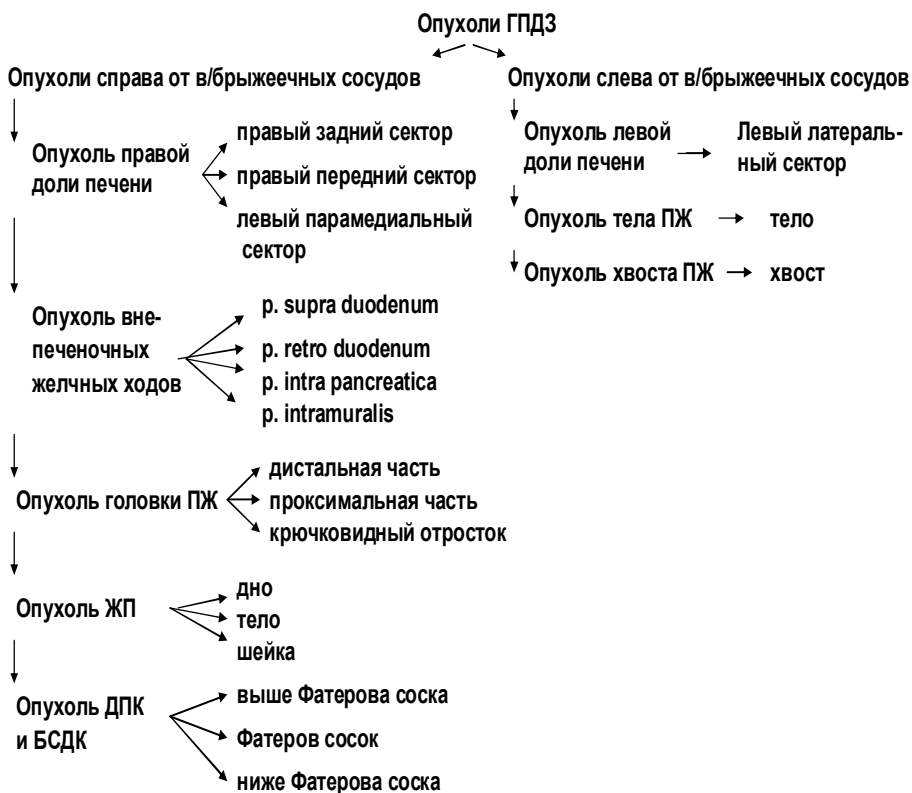
Алгоритм дополнительных методов складывается из: Клинико-лабораторное исследование крови–УЗИ–КТ–МРТ. Каждое исследование выполняется при неполноценной предыдущей информации.

В алгоритме тактики хирургического лечения определяющими являются: Результаты предоперационного обследования–Тяжесть состояния–Степень выраженности и давность МЖ–Уровень общего билирубина, печеночных проб, остаточного азота и креатинина в крови–Показатели гемоглобина и эритроцитов–Коагулограмма–Сопутствующая патология сердечной, сосудистой и дыхательной систем–Возраст.

Разработанная классификация «Топографо-анатомическая и клиническая классификация опухолей ГПДЗ» направлена на улучшение топической диагностики, повышение показателя раннего выявле-

ния новообразований и улучшение дифференциально-диагностических возможностей опухолей этой зоны.

«ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ»



ВЫВОДЫ

1. Продромальная симптоматика доброкачественного опухолевого поражения органов ГПДЗ чаще развивается в срок более 3 месяцев от начала выраженных клинических проявлений (67,8%), а злокачественного – в срок до 1 месяца (71,9%).
2. При доброкачественных опухолях органов ГПДЗ клинические и лабораторные проявления механической желтухи выявлены у 13% больных, при злокачественных – у 61,5%, что составляет 49,2% от всех больных.
3. В диагностике опухолей печени, ЖП, ВЖП, ПЖ наиболее эффективно последовательное применение УЗИ, КТ, МРТ холангиография методов, обладающих возрастающей информативностью, а в исследовании опухолей ДПК и БСДК перспективно последовательное применение ФГДС (ЭРХПГ), рентгеноконтрастного исследования ЖКТ.
4. Современный диагностический алгоритм предполагает рациональное сочетание неинвазивных методов диагностики и методов прямого контрастирования желчных путей. В предоперационной диагностике опухолей ГПДЗ необходимо выделять основные и дополнительные методы исследования.
5. Для улучшения топической диагностики и раннего выявления новообразований, разработана «топографо-анатомическая и клиническая классификация опухолей ГПДЗ».
6. Установлено увеличение заболеваемости органов ГПДЗ, интенсивный показатель которого за 8 лет наблюдения составил 1,2.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Идентичность и схожесть клинических проявлений опухолей органов ГПДЗ и выявляемых диагностических особенностей обусловлены, как филогенетическим развитием структур области, их анатомическим расположением и топографическими взаимоотношениями, так и синхронной совокупной функциональной деятельностью элементов ГПДЗ.
2. Верный анализ проявлений продромального периода способствует улучшению показателя ранней диагностики, а признаков этапа «клинического проявления прогрессирования опухолевого поражения» - результатов своевременной диагностики, а соответственно и лечения.

3. В предоперационном периоде рекомендуется проведение лечения по стабилизации нервного статуса больных.
4. Внедрение в широкую клиническую практику алгоритмов диагностики способствует уменьшению продолжительности диагностического периода, повышению результативности комплексного обследования, снижению числа неадекватно проведенных исследований.
5. Применение алгоритма тактики лечения преследует своей целью проведение обоснованной предоперационной подготовки, выверенного метода лечения, что, в конечном итоге, будет способствовать прогнозированию и предупреждению возможных осложнений интраоперационного и постоперационного периодов.

***Список работ, опубликованных по теме
диссертации***

1. Аскеров Н.А., Абдуллаев А.А., Марданлы Ф.А. Роль органов гепатопанкреатодуоденальной зоны в деятельности функциональной системы питания. журнал. "Sağlamlıq", Баку 2009, 9, с.178-182.
2. Абдуллаев А.А., Аскеров Н.А. Основы топографо-анатомической и клинической классификации опухолей гепатопанкреатодуоденальной зоны. *Azərbaycan onkologiya və hematologiya jurnalı*. Баку 2009,2,с.39-44.
3. Абдуллаев А.А., Аскеров Н.А., Марданлы Ф.А. Клинико-диагностические особенности опухолей внепеченочных желчных протоков и большого дуоденального соска. *Azərbaycan onkologiya və hematologiya jurnalı*, Баку 2010,1,с.83-90.
4. Алиев Д.А., Аскеров Н.А., Абдуллаев А.А. Причины функционально-органических расстройств после операций на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны. ж. «Вестник хирургии Казахстана», Астана 2010, 2, с.35-37.
5. Аскеров Н.А., Керимли А.А., Абдуллаев А.А., Марданлы Ф.А. Пути улучшения результатов лечения больных с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны. *Azərbaycan onkologiya və hematologiya jurnalı*, Баку 2010,2,с.25-30.
6. Абдуллаев А.А., Аскеров Н.А., Марданлы Ф.А. Опухоли внепеченочных желчных протоков (ВЖП) и большого

дуоденального соска (БДС). Prof. E.İ.İbrahimovun 80 illik yübiyeyinə həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın materialları”

2010 il , Bakı 2010, 4-5 aprel.с.41-43

7. Аскеров Н.А., Абдуллаев А.А. Особенности дуоденального пищеварения. В сб. «VI-съезд онкологов и радиологов стран СНГ» 01-04 октября 2010, Душанбе, с.167.
8. Аскеров Н.А., Абдуллаев А.А. Расстройства после операций на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ). В сб. «VI-съезд онкологов и радиологов стран СНГ»,01-04 октября 2010 г.Душанбе, с.167.
9. Askerov N.A., Guliyeva N.G., Abdullayev A.A., Ömerov T. Hepatopankreatoduodenal alan organları, mide, çember ve düz bağırsak kanserinin yaygın şekillerinin tanısal laparoskopisi. Endoskopik laparoskopik cerrahi dergisi-Ulusal endoskopik laparoskopik cerrahi kongresi 27-30 Nisan 2011. Program və bildiri özət-ləri. Turkiş journal of endoskopik laparoskopik, Minimali İnvazive Surgery, Ankara 2011, March ,V.18, 1, s.82.
10. Askerov N.A., Abdullfyev A.A., Kerimov M. İhtiyar hastalarda tümör kökenli mexanik sarılığın tedavisinde laparoskopii. Endoskopik laparoskopik cerrahi dergisi-Ulusal endoskopik laparoskopik cerrahi kongresi 27-30 Nisan 2011. Program və bildiri özət-ləri. Turkiş journal of endoskopik laparoskopik, Minimali İnvazive Surgery, Ankara 2011, March. V.18, 1, s.82-83.
11. Абдуллаев А.А., Аскеров Н.А. Алгоритмы диагностики опухолей гепатопанкреатодуоденальной зоны. сб.VII съезд онкологов и радиологов стран СНГ. Республика Казахстан 5-7 октября 2012 Астана, с.119
12. Аскеров Н.А., Абдуллаев А.А. Алгоритм планирования тактики хирургического лечения больных с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны. сб.VII съезд онкологов и радиологов стран СНГ. Республика Казахстан 5-7 октября 2012, Астана, с.124.
13. Керимов А.Х., Аскеров Н.А., Османов Ш.Ш., Юсифов А.И. Клинико-диагностические и лечебные особенности доброкачественных и злокачественных опухолей печени и желчного пузыря. Azərbaycan onkologiya və hematologiya jurnalı, Bakı 2012,2,с.28-32.
14. Mərdanlı F.Ə., Əsrərov N.Ə., E.B.Mansurov Mədəaltı vəzinin bədxassəli şişlərin yayılma göstəriciləri. Ümummillı lider Heydər Əliyevin 90 illik yübiyeyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı 2013, с.75.

15. Rəhimov A.A., Mərdanlı F.Ə., Əsrərov N.Ə., E.B.Mansurov Qara ciyərin bəd xassəli şişlərinin diaqnostikası və rast gəlməsinin bəzi statistik göstəriciləri. Ümummilli lider Heydər Əliyevin 90 illik yübiyəsinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı 2013, c.79-80.
16. Марданлы Ф.А., Аскеров Н., Абдуллаев А.А. Динамика заболеваемости опухольями гепатопанкреатодуоденальной зоны в Азербайджанской Республике. Журнал „Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri”, Bakı 2013,3,c.44-48.
17. Абдуллаев А.А., Аскеров Н.А. Характеристика проявлений опухолей гепатопанкреатодуоденальной зоны на продромальном этапе заболевания. Azərbaycan onkologiya və hematologiya jurnalı, 2013, 2, c.45-49.
18. Абдуллаев А.А., Аскеров Н.А. Сочетание проявлений опухолей ГПДЗ на продромальном этапе заболевания. журнал “Sağlamlıq”, Bakı 2013, 4, c.70-74.
19. Askerov N.A., Abdullayev A.A., Naghiyev E.Sh., Aliyarov Y.R. Pancreatic tumor and tactical principles of its operative treatment. top. 3 International Gastrointestinal Cancer Conference, December 13-15, 2013, Antalya, Turkey, s.47.
20. Аскеров Н.А, Абдуллаев А.А., Марданлы Ф.А., Алияров Ю.Р., Нагиев Э.Ш. Тактические аспекты хирургии опухолей поджелудочной железы. Журнал «Məğuzələr», Bakı 2014, 1, c.75-79.
21. Кулиева Н.Г., Аскеров Н.А., Абдуллаев А.А. Насирова Г.Г. Особенности заболеваемости и смертности злокачественными опухолями органов пищеварительной системы в Азербайджане (2009-2012 гг.). журнал «Биомедицина», Bakı 2014,1,c.3-7.

NİYAZI ƏLİ oğlu ƏSGƏROV

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASINDA HEPATOPANKREATODUODENAL SAHƏNİN ŞİŞLƏRİNİN KLİNİKİ VƏ EPİDEMİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

XÜLASƏ

Hazırkı tədqiqatın məqsədi HPDB-in şişləri ilə xəstələrin kliniki-diaqnostik və müalicə mərhələlərində taktiki xüsusiyyətlərinin, xəstələnmə hallarının və bu səbəblərdən Azərbaycan Respublikasındakı ölüm hallarının öyrənilməsindən ibarətdir.

HPDB şiş mənşəli xəstəliklərinin prodromal dövrünün xüsusiyyətləri öyrənilmişdir.

HPDB şişlərinin proqressiya mərhələsində kliniki gedişatının ağırlaşmış və ağırlaşmamış formalarının xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. Prodromal dövrün əlamətlərinin birgə biruzəsinin tezliyi təhlil edilmişdir. HPDB orqanları şişlərinin proqressiya mərhələsində əlamətlərin birgə biruzəsinin tezliyi öyrənilmişdir. HPDB orqanlarının şiş mənşəli xəstəliklərində müxtəlif diaqnostika metodlarının imkanları qiymətləndirilmişdir.

Aparılmış tədqiqatların nəticəsi HPDB şişlərinin diaqnostikasında müayinə metodlarının alqoritminin və cərrahi müalicə mərhələsində taktikanın planlaşdırılma alqoritminin inkişafı olmuşdur. Aparılmış epidemioloji tədqiqatlar HPDB şişlərinin erkən profilaktik tədbirlərinin müəyyən edilməsinə imkan yaratmışdır.

Dissertasiya kliniki onkologiyanın ən mürəkkəb probleminə həsr edilmişdir və məqsədyönlü olaraq HPDB şişləri ilə xəstələrin müalicələrinin bəzi məsələlərini həll edir. Aparılmış tədqiqat HPDB şiş xəstəliklərinin erkən və vaxtında diaqnostikasının göstəricilərinin yaxşılaşdırılmasına, müalicə taktikasının planlaşdırılması məsələlərinin optimallaşdırılmasına və, o cümlədən, bu ağır xəstə kontingentinin həyat keyfiyyətinin yüksəldilməsinə yönəldilmişdir. Dissertasiya işinin nəticələrinin geniş tibbi praktikada həyata keçirilməsi bu kateqoriya xəstələrin müalicəsində diaqnostik mərhələnin optimallaşdırılmasına, müalicə göstəricilərinin və yaşam müddətinin uzadılmasına gətirib çıxarmalıdır.

NIYAZI ALI ASKAROV

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF TUMORS OF HEPATOPANCREATODUODENAL REGION IN AZERBAIJAN REPUBLIC

SUMMARY

The purpose of this research is study of clinical and diagnostic and tactical management features of patients with the tumors of HPDR, their prevalence and mortality in Azerbaijan Republic.

The features of prodromal period of HPDR diseases in case of neoplastic lesions were studied.

The features of clinical course of complicated and non-complicated forms tumors of HPDR at the progression stage were studied. The frequency of signs combination in prodromal period was analyzed. The frequency of signs combination in period of progression of neoplastic lesions was studied. The capabilities of different diagnostic methods in case of tumor diseases of HPDR were assessed.

The results of conducted research were an algorithm design of investigation methods in diagnostics of HPDR tumors and planning algorithm of management on the stage of surgical treatment. Conducted epidemiological surveys have allowed proposing measures for primary prevention of HPDR tumors.

Dissertation is dedicated to the most complex problem of clinical oncology and purposefully resolves some issues related to the treatment of patients with HPDR tumors. Performed research is aimed at improvement of the performance of early and timely diagnosis of HPDR tumors, optimization of the management planning problems of treatment and consequently, improvement of life quality of this serious patient contingent. The application of dissertation to wide medical practice should lead to optimization of the diagnostic stage in the treatment of patients in this category, improvement of treatment performance and life expectancy of managed patients.

Azərbaycan Tibb Universitetinin
mətbəəsində çap edilmişdir.

Ofset çap üsulu.
Kağız formatı 60x84 ¹/₁₆.
Tiraj 100

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZIRLIYI

MILLI ONKOLOGIYA MƏRKƏZI

Əlyazması hüququnda

NİYAZI ƏLİ OĞLU ƏSGƏROV

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASINDA
HEPATOPANKREATODUODENAL SAHƏNİN ŞİŞLƏRİN
KLİNİKİ VƏ EPİDEMİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ**

32.24.01 – «Onkologiya»

**Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsinə
təqdim edilmiş dissertasiyanın**

A V T O R E F E R A T I

BAKİ - 2014