

Опухоли желчного пузыря.

- Опухоли желчного пузыря занимают 5 место среди злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта.
- Женщины заболевают раком желчного пузыря в 2 раза чаще мужчин.
- Большинство больных раком этой локализации находятся в возрасте старше 70 лет.

- В 2004 году в России выявлено 2995 случаев злокачественных опухолей желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков.
- Показатель заболеваемости составил 2,1 на 100 тысяч населения.

Факторы риска

- камни желчного пузыря и его воспаление,
- кисты общего желчного протока,
- пороки развития панкреатобиллиарной зоны в области слияния протоков печени, желчного пузыря и поджелудочной железы,
- полипы желчного пузыря.

Полипы желчного пузыря

- - это доброкачественные опухолевидные образования, растущие из стенки желчного пузыря в его просвет.
- В среднем, они имеются у 4-6% населения. 80% из них отмечаются у женщин в возрасте за 30 лет.

Полипы желчного
пузыря

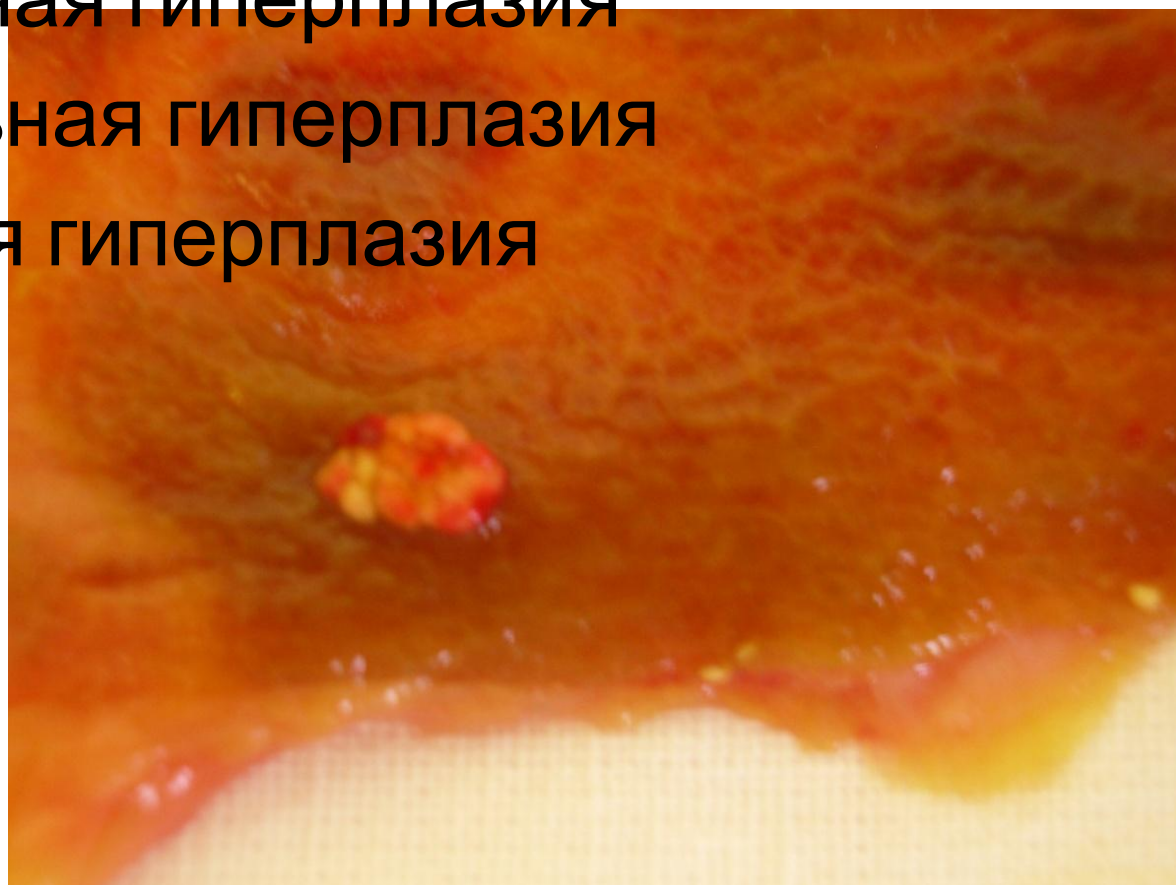
```
graph TD; A[Полипы желчного пузыря] --> B[Истинные опухоли]; A --> C[Псевдоопухоли];
```

Истинные
опухоли

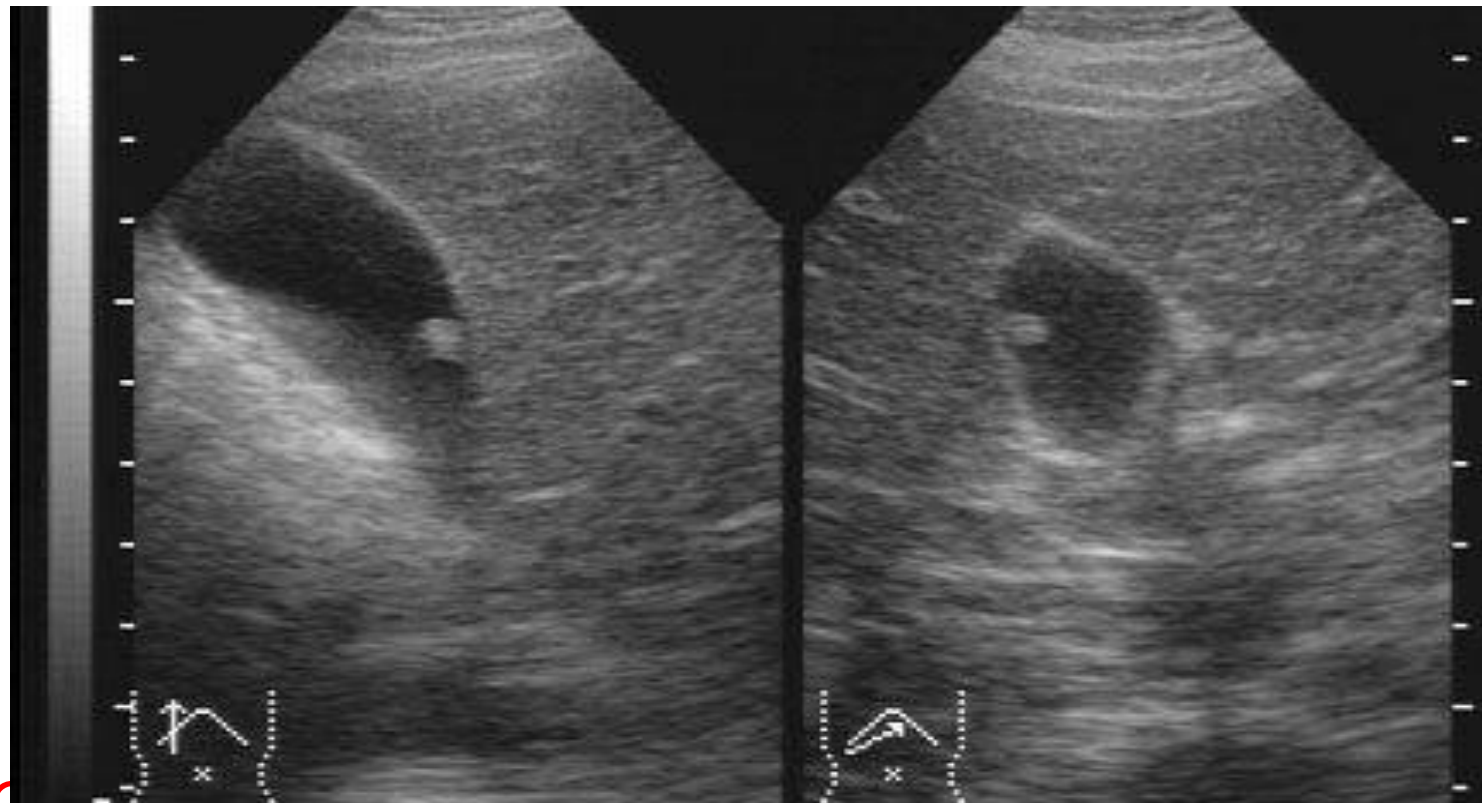
Псевдоопухоли

Псевдоопухоли

- Холестериновые полипы
- Аденоматозная гиперплазия
- Воспалительная гиперплазия
- Папиллярная гиперплазия



- По данным ультразвуковой картины, такие полипы могут выглядеть как камни, фиксированные к стенке пузыря.



- Однако следует иметь в виду, что иногда аналогичным образом может выглядеть аденокарцинома желчного пузыря с холестериновыми отложениями.

Истинные опухоли

- 1. Аденома
- 2. Аденокарцинома
- 3. Карциноид
- 4. Гамартома (синдром Пейтца-Егертса)



- Доброкачественные опухолевые образования, исходящие из слизистой оболочки желчного пузыря, могут иметь потенциал злокачественного роста.
- Полипы могут перерождаться в злокачественные опухоли.
- Процент малигнизации от 10 до 33%.

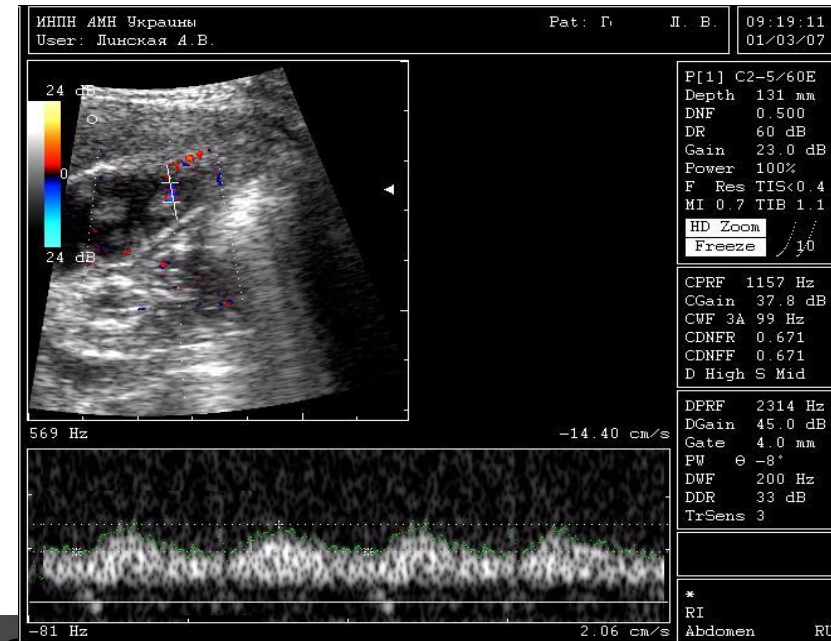
Диагностика

- УЗИ
- УЗ-доплеровское исследование
- Эндоскопическая ультрасонография



Диагностические методики

- УЗИ,
- КТ,
- РХПГ,
- иммунохимические маркёры рака желчного пузыря: СА 19-9, СА 50.





Лечение

**ТОЛЬКО
ХИРУРГИЧЕСКОЕ**



Эндоскопическая хирургия в ОНКОЛОГИИ

- По мере увеличения объема и продолжительности оперативного вмешательства теряются преимущества видеохирургии – возрастает травматичность и количество послеоперационных осложнений.
- Удаленный орган или часть его подлежит обязательному гистологическому исследованию, в связи с чем его необходимо извлекать целиком, что требует выполнения небольшой лапаро- или торакотомии.
- При использовании морцеллятора, невозможно дать точные патоморфологические характеристики опухолевого процесса.
- В ходе эндоскопического вмешательства отсутствует возможность выполнения такого важного элемента диагностического этапа как интраоперационная пальпация органов и тканей с целью определения истинных размеров опухоли, ее взаимоотношения с окружающими структурами и выявления регионарных и отдаленных метастазов.

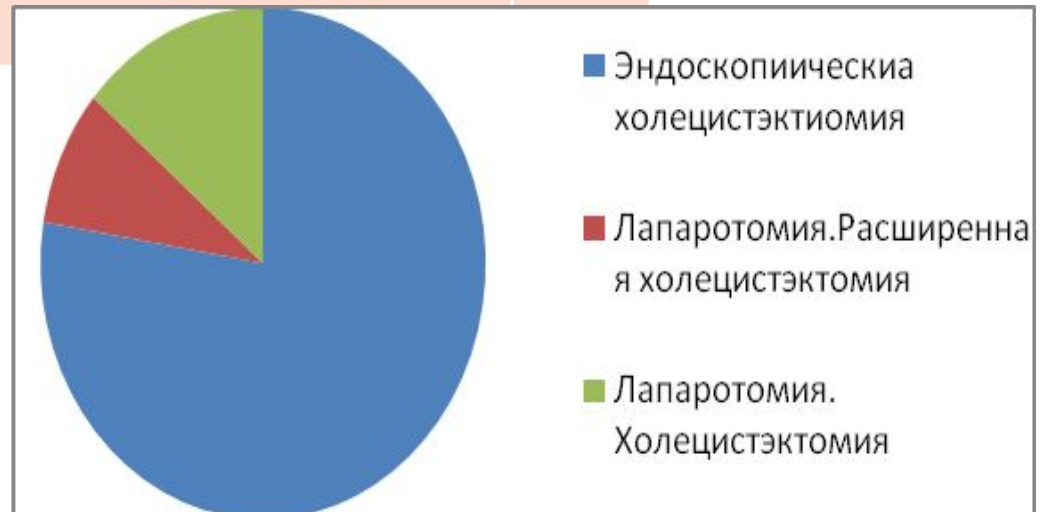
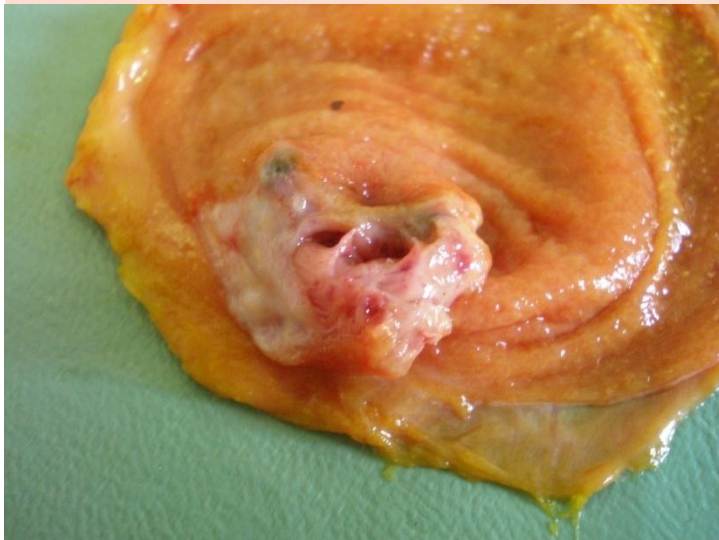
Преимущества лапароскопической операции у больных с полипами и холестерозом желчного пузыря не вызывают сомнения, так как при этом перипроцесс отсутствует или выражен слабо, а извлечение желчного пузыря из брюшной полости через небольшой прокол не связано с техническими сложностями.

Хирургическое лечение

Эндоскопическая холецистэктомия	45
---------------------------------	----

Лапаротомия. Расширенная холецистэктомия с резекцией IVb и V сегментов печени с лимфодиссекцией гепатодуоденальной связки и задней панкреатодуоденальной группы лимфоузлов	5
--	---

Холецистэктомия	8
-----------------	---



Полипы желчного пузыря



Расширенная холецистэктомия с
резекцией IVb и V сегментов печени



- На наш взгляд, целесообразно выполнение эндоскопической холецистэктомии при наличии условий выполнения срочного гистологического исследования и владения хирургом методики расширенных оперативных вмешательств.
- Стандартная холецистэктомия — допустимая по объёму операция только при раке *in situ* и инвазии в пределах слизистой оболочки желчного пузыря (T1aN0M0). Такая распространённость рака желчного пузыря может быть определена только при патологоанатомическом исследовании удалённого органа.

При выборе лечения можно ориентироваться на следующий алгоритм диагностических и лечебных мероприятий:

- При множественных (более 3-х), мелких (менее 1 см) гиперэхогенных полиповидных образованиях показано динамическое наблюдение с использованием УЗИ.
- При солитарном или единичных полиповидных образованиях средней эхогенности до 1 см на тонкой ножке показана холецистэктомия.
- При полиповидном образовании средней эхогенности на широком основании размерами более 1 см показана расширенная холецистэктомия.
- Если у полипов имеются клинические проявления, желчный пузырь подлежит удалению вне зависимости от размеров полипов.

- Полипы размером более 10 мм следует удалять, так как они представляют существенный риск злокачественного перерождения.
- Растущие полипы следует удалять. Для определения того, растут ли полипы, следует делать контрольный ультразвук. Полипы размером менее 10 мм, имеющие ножку, следует контролировать по меньшей мере одного раза в 6 месяцев на протяжении 2 лет. Затем контроль следует делать один раз в год пожизненно. Если на каком-либо из этих контрольных исследований выявляется, что полип увеличивается в размере, его следует удалить.
- В том случае, если полип не имеет ножки (полип на широком основании), контроль следует делать один раз через каждые 3 месяца. Это связано с тем, что такие полипы более склонны к злокачественному перерождению, чем полипы, имеющие ножку. По истечении 2 лет контрольные исследования проводятся также через год пожизненно. Если полип начинает расти, его следует удалить.

Спасибо за внимание

