

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];
```

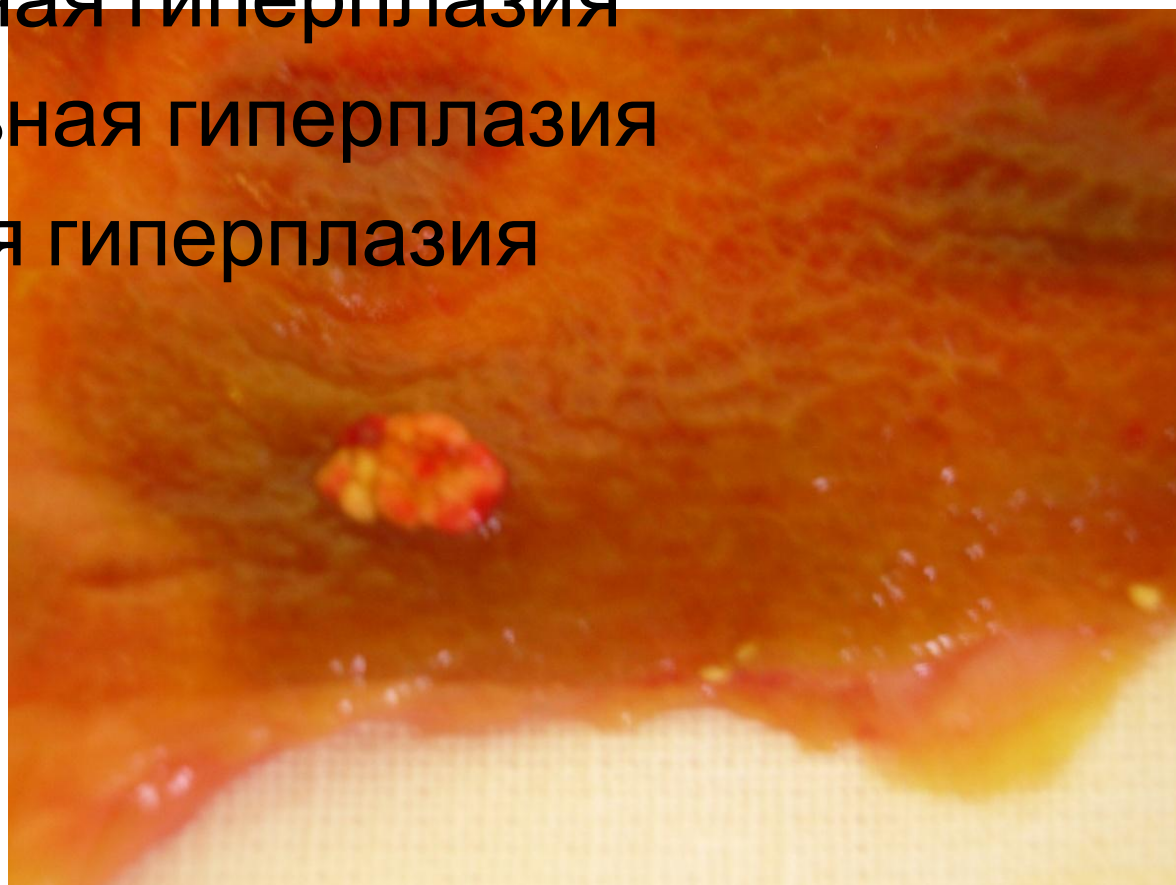
The diagram is a simple flowchart. At the top center is a blue oval containing the text 'Полипы желчного пузыря'. Two blue arrows point downwards from this oval to two separate dark green ovals. The left oval contains the text 'Истинные опухоли' and the right oval contains the text 'Псевдоопухоли'.

Истинные
опухоли

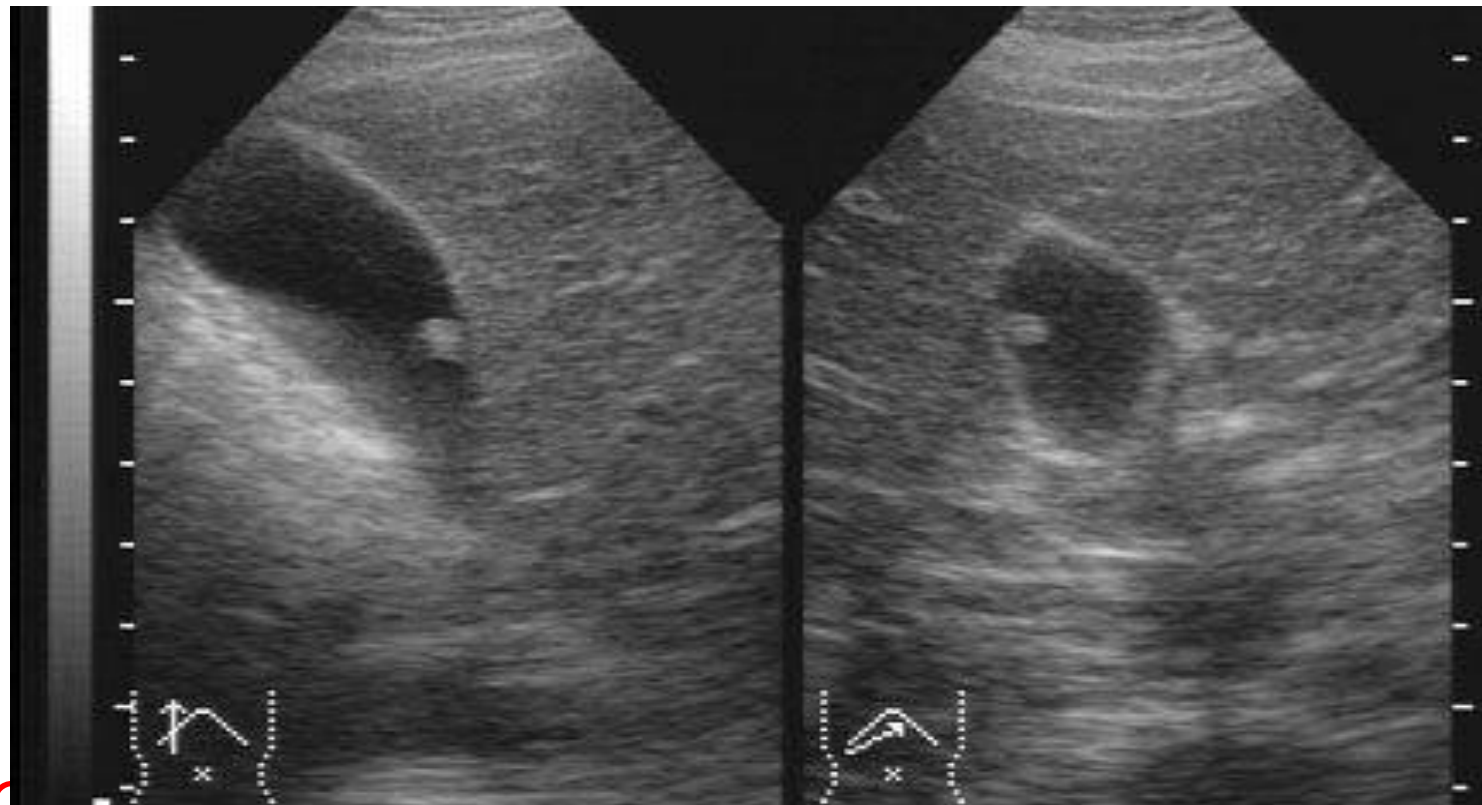
Псевдоопухоли

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%.

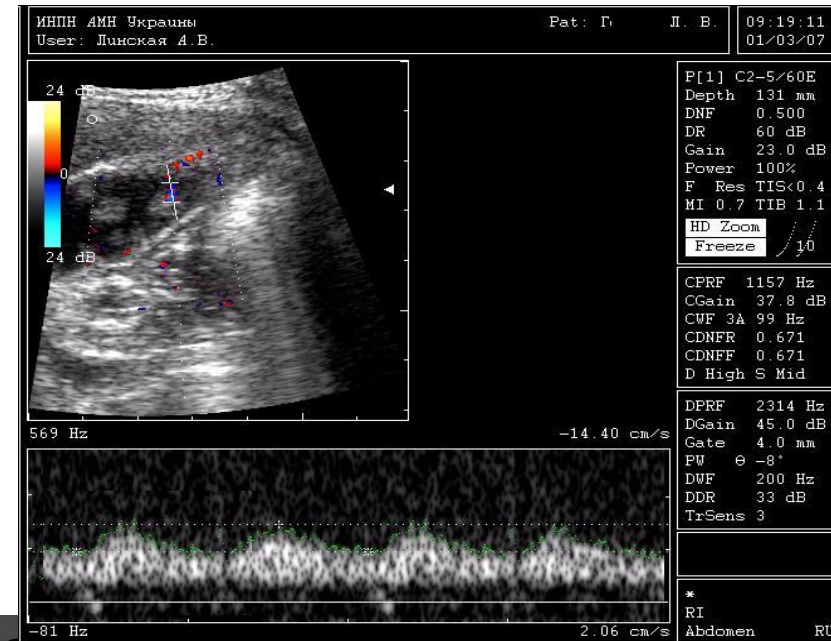
Диагностика

- 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

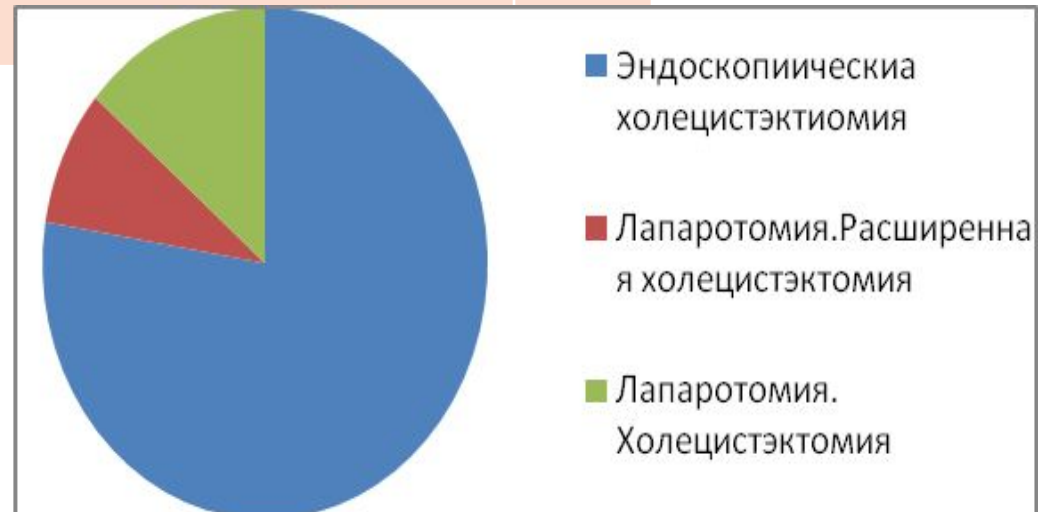
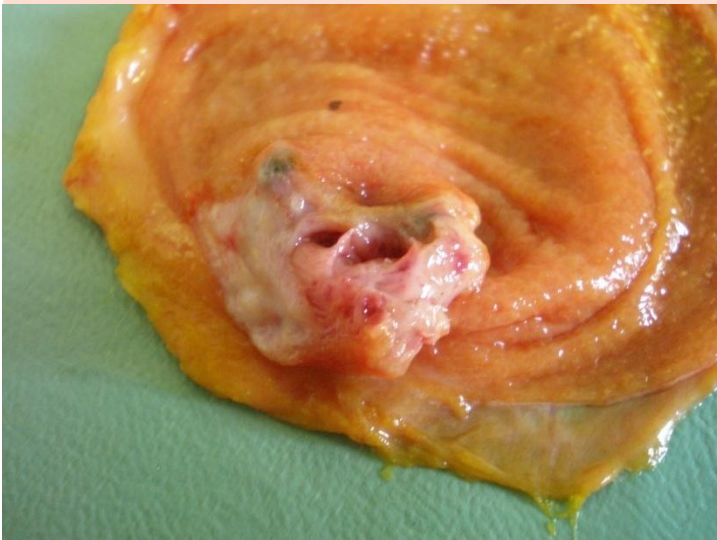
45

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

