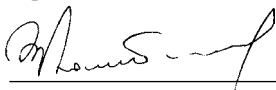


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

1 июля 2005 г.

Регистрационный № 21–0205

**ДИАГНОСТИКА
НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ
ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА
И МАЛОГО ТАЗА**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова

Авторы: чл.-корр. НАНБ, д-р мед. наук, проф. И.В. Залуцкий, канд. мед. наук С.А. Мавричев, С.В. Беляков, д-р мед. наук, проф. С.З. Фрадкин, канд. мед. наук Е.В. Шаповал, Е.И. Юневич, канд. мед. наук С.Л. Поляков, д-р мед. наук В.С. Дударев

ПРЕДПОСЫЛКИ И ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Диагностика неорганных опухолей забрюшинного пространства сопряжена со значительными трудностями в связи с рядом обстоятельств:

1. Неорганные забрюшинные опухоли характеризуются длительным отсутствием клинических проявлений и не имеют специфических симптомов заболевания, вследствие чего правильный диагноз устанавливается при уже распространенном опухолевом процессе (резектабельность забрюшинных опухолей варьируется от 25,0 до 73,2%).

2. Анатомо-топографическая сложность зоны забрюшинного пространства, причем забрюшинные опухоли могут свободно распространяться между листками брыжейки и в полость таза, а опухоли, исходящие из тканей малого таза, — в так называемое истинно забрюшинное пространство. В связи с этим, а также практически идентичным гистологическим строением, генезом, клиническим течением и прогнозом при опухолях в рассматриваемых зонах многие исследователи справедливо объединяют полость таза и истинно забрюшинное пространство.

3. Многообразие источников возникновения опухолей забрюшинного пространства, отсутствие четких отличий между доброкачественными и злокачественными опухолями, наличие первичных, рецидивных или метастатических новообразований в забрюшинном пространстве.

4. Адекватное лечение больных неорганными опухолями забрюшинного пространства возможно только при использовании новых способов комплексной диагностики с обязательным получением информации о морфологических характеристиках опухоли (гистологический тип и степень дифференцировки) еще до применения хирургического вмешательства или других методов противоопухолевого воздействия.

Показанием к использованию нового комплексного клинико-инструментального метода¹ диагностики являются неорганные

¹ Приоритетная справка на изобретение № а20001170 от 27.10.2000 //Афіційны бюлетэнь. Вынаходствы. Карысныя мадэлі. Прамысловыя ўзоры. — 2002. — Т. 33, № 2. — С. 11.

опухоли забрюшинного пространства (злокачественные, доброкачественные, первичные, рецидивные, метастатические) или подозрение на их наличие.

В связи со сложностью рассматриваемой патологии целесообразна концентрация больных опухолями забрюшинного пространства в крупных научно-практических центрах, в частности в НИИ ОМР им. Н.Н. Александрова.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ И ИНСТРУМЕНТАРИЯ

1. Аппараты для рентгеновского исследования, рентгеновской компьютерной томографии, ангиографии, магнитно-резонансной томографии, эндоскопии.

2. Аппарат для ультразвукового исследования четвертого поколения «Idea-4» с комплектом датчиков линейного и секторного сканирования, а также специальными насадками на датчики обоих типов для биопсийных игл калибра от 14 до 22 G.

3. Биопсийные аппараты «Bard Magnum Biopsy» или «Motorolla».

4. Лапароскопическое оборудование: видеокамера с монитором, галогенный осветитель, электрохирургический блок с моно- и биполярной коагуляцией, инсуффлятор для создания карбоксипневмоперитонеума, электроотсос; инструменты: 10-миллиметровый телескоп, два 10-миллиметровых троакара, лапароскопические зажимы, иглодержатель, диссектор, ножницы (фирмы-производители «Storzi» и «MGB»).

5. Специально оборудованный под перевязочную или малую операционную кабинет со всеми необходимыми наборами и аппаратурой для оказания экстренной помощи, например при анафилактическом шоке, кровотечении и т. п.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ

Многообразии патологических процессов, которые могут суммировать неорганные забрюшинные опухоли, а также многочисленные проявления самих неорганных забрюшинных новообразований

диктуют настоятельную необходимость тщательного комплексного обследования больных. Диагностический алгоритм включает следующие мероприятия:

1. Методы первичной диагностики (тщательный сбор анамнеза; тщательное физикальное обследование; ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства с выполнением трепанобиопсии опухоли, а при ее невозможности проводят лапароскопическую инцизионную или трепанобиопсию; цитологическое и гистологическое исследование тканей, полученных в результате биопсии; магнитно-резонансная томография или компьютерная томография с болюсным усилением, при отсутствии его возможности выполняют ангиографию).

2. Методы уточняющей диагностики (эндоскопические методы; рентгеноконтрастные методы исследования желудочно-кишечного тракта, почек, мочеточников, мочевого пузыря; рентгенографическое исследование органов грудной клетки). Перечисленные методы уточняющей диагностики выполняются по показаниям.

3. Дополнительные методы обследования (группа крови, реузус-фактор, реакция Вассермана, общий анализ крови, биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, мочеви́на, билирубин, щелочная фосфатаза, глюкоза, ионы Na, K, Ca, Cl), общий анализ мочи, электрокардиограмма).

Диагноз должен отвечать критериям «золотого стандарта» диагностики: установление по биоптатам гистологического типа новообразования и степени дифференцировки.

Трепанобиопсию под ультрасонографическим контролем осуществляют следующим образом.

Процедура выполняется в специально оборудованной перевязочной или малой операционной. Положение больного на операционном столе: лежа на спине, животе, одном из боков, в коленно-локтевом или гинекологическом положении. При помощи ультразвука определяется опухоль, кратчайшее расстояние до нее и наиболее безопасная траектория проведения инструментов для биопсии. Операционное поле дважды обрабатывается йодонатом, обкладывается стерильными пеленками, после чего дополнительно обрабатывается 70% спиртом. В асептических условиях на кожу

наносится стерильный гель для улучшения эхолокации. Производится небольшой (0,3 см) разрез кожи, достаточный для введения биопсийной иглы. Ультразвуковой аппарат переводится в режим биопсии, при этом на экране монитора возникает полоса желтого цвета, которая указывает направление движения биопсийной иглы. На датчик надеваются насадки для биопсийного трепана. Используется биопсийная игла, как правило, диаметром 14G с режущим наконечником. Игла вводится через насадки и мягкие ткани пациента в опухоль, и нажатием на спусковой крючок биопсийного аппарата производится забор столбика опухолевой ткани на глубину до 22 мм. Трепан извлекается из раны. Полученный столбик тканей «отпечатывается» на предметном стекле для цитологического исследования и погружается во флакон с формалином для гистологического исследования. После этого трепан обрабатывается 70% спиртом, высушивается, процедура повторяется не менее пяти раз. При этом всякий раз необходимо выбирать такую траекторию, которая не повторяет предыдущую. Таким образом получают столбики тканей из различных по эхоструктуре участков опухолевой ткани. Следует отметить, что во время биопсии на экране монитора видна траектория движения иглы, а после биопсии в опухоли остается трек от нее. Во избежание имплантационного метастазирования ткани биопсийного канала подвергаются в конце процедуры электрокоагуляции.

Данная методика позволяет получать столбики или срезы опухолевой ткани, адекватные по объему и количеству для гистологического исследования, без нарушения архитектоники.

При трепанобиопсии опухолей брюшинного пространства под ультразвуковым контролем истинно положительный результат с установлением гистологического типа и степени дифференцировки был получен нами у 87 из 92 пациентов. В 36 случаях (41,4%) диагноз неорганный опухоли брюшинного пространства был снят, при этом имели место патология лимфоидной ткани (12,6%), опухоли брюшинной полости и брюшинного пространства органной принадлежности (поджелудочная железа, печень, почка, надпочечник) (17,2%), а также метастатическое поражение лимфоузлов опухолями различных локализаций (желудок, тело мат-

ки, шейка матки, молочная железа, щитовидная железа, ободочная кишка, яички, миндалины) (9,3%).

Диагностическая чувствительность метода оказалась равной 95,6%, диагностическая специфичность — 100%, диагностическая эффективность (точность) — 97,8%.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МЕТОДА И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Все диагностические ошибки при распознавании забрюшинных опухолей сводятся принципиально к двум группам: 1) ошибки, которые можно было бы устранить при более тщательном обследовании больного с применением специальных методов исследования; 2) ошибки, избежать которых даже с помощью всех существующих методов диагностики представляется невозможным. Классифицируя ошибки в диагностике, выделяют таковые на следующих этапах: а) первичной диагностики, б) стационарной помощи, в) уточняющей диагностики и планирования лечения. Эта градация ошибок, поддерживаемая рядом онкологов, безусловно, упорядочивает подход практикующего врача к такой сложной патологии, как забрюшинные опухоли, и позволяет в каждом конкретном случае избрать наиболее рациональную диагностическую и лечебную тактику или, по крайней мере, приблизиться к ней.

Как указано выше, диагностические характеристики метода трепанобиопсии под ультразвукографическим контролем весьма высоки. Тем не менее, на этапах освоения этой диагностической манипуляции возможны технические ошибки, из-за которых не удается получить материал для гистологического исследования в адекватном количестве (4,3% случаев).

При широком использовании разработанного метода трепанобиопсии под ультразвуковым контролем в наших наблюдениях осложнений не отмечено. Однако нельзя гарантировать полное отсутствие развития таких осложнений, как кровотечение, повреждение полых органов, анафилактические реакции. Поэтому ультразвукографическая трепанобиопсия должна проводиться только в условиях, позволяющих обеспечить наблюдение за больными и соответствующую помощь в экстренных ситуациях.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ, ОГРАНИЧЕНИЯ И ПРЕДЕЛЫ МЕТОДА

Противопоказанием к трепанобиопсии под контролем ультразвукового сканирования являются нарушения в свертывающей системе крови, в частности, содержание тромбоцитов в периферической крови менее $70 \times 10^9/\text{л}$.

Ультрасонографическая трепанобиопсия не применяется в следующих случаях:

1. Если размеры опухоли не превышают 2 см.
2. Когда объемное образование расположено в проекции магистральных сосудов (аорта, нижняя полая вена, селезеночные, подвздошные сосуды и др.) и траектория движения биопсийной иглы проходит через них, вследствие чего высока вероятность их травматизации.
3. Если расстояние до опухоли от места разреза на коже более 10 см; в этом случае лимитирующим фактором является длина биопсийного трепана.
4. При расположении новообразования в верхнем этаже брюшинного пространства, если отсутствует экоскопический коридор вследствие узости межреберных промежутков.
5. Если траектория движения биопсийной иглы пересекает полые органы брюшной полости и брюшинного пространства, что чревато их ранением и перфорацией.
6. При локализации опухоли в малом тазу, если снаружи она прикрыта костями таза и не достигается при ректальном или вагинальном исследовании; как правило, это уровень S1–S2 крестцового отдела позвоночника.

В этих случаях возникают показания к видеохирургическим вмешательствам, в частности к видеоассистированной инцизионной биопсии опухоли брюшинного пространства.