

К ВОПРОСУ О РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

А.Х. Мустафин, А.И. Грицаенко, В.В. Погадаев, Р.Р. Иштуков

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, кафедра общей хирургии
ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа

Мустафин Айрат Харисович,

д-р мед. наук, профессор кафедры общей хирургии,

Грицаенко Андрей Иванович,

врач-хирург, зав. операционным отделением РКБ
им. Г.Г. Куватова, доцент кафедры общей хирургии БГМУ,
канд. мед. наук,

Погадаев Вадим Валерьевич,

врач-интерн кафедры общей хирургии,

Иштуков Роберт Ризович,

клинический ординатор кафедры общей хирургии,
450059, Россия, Республика Башкортостан,
г. Уфа, ул. Достоевского, д. 132,
тел. 8 (347) 272-75-90,
e-mail: oper.ai@mail.ru

Успехи хирургической гепатологии во многом обусловлены постоянным совершенствованием техники резекции печени. Однако обсуждение литературных источников, содержащих описание технических приемов резекций и необходимого для проведения этих сложных операций оборудования, затруднено разнообразием классификационных подходов, используемых различными авторами, когда одно и то же вмешательство имеет до трех и более различных названий. При описании резекций печени разных объемов до сих пор существует терминологическая путаница. Одно и то же вмешательство можно назвать «лобэктомией», «расширенной гемигепатэктомией», «трисегментэктомией» в зависимости от того, что вкладывается в это понятие, хотя существуют четкие анатомические определения, которые характеризуют определенную часть печеночной паренхимы.

Ключевые слова: резекция, печень, хирургический доступ, лигирование.

TO THE QUESTION OF LIVER RESECTION

A.Kh. Mustafin, A.I. Gritsaienko, V.V. Pogadayev, R. R. Ishtukov

Bashkir State Medical University, Department of General Surgery
G.G. Kuvatov Republican Clinical Hospital, Ufa

Successes of surgical hepatology are in many respects caused by continuous improvement of equipment of liver resection. However discussion of the references containing the description of techniques of resections and necessary for carrying out these difficult operations of the equipment, is complicated by a variety of the classification approaches used by various authors when the same intervention has three and more various names. At the description of liver resections of different volumes still there is a terminological confusion. It is possible to call the same intervention «lobectomy», «an expanded hemihepatectomy», «treesegmentectomy» of that is put in this concept though there are accurate anatomic definitions which characterize a certain part of a hepatic parenchyma.

The key words: resection, liver, surgical access, ligation.

Введение

В 2000 году в городе Brisbane была принята единая терминология резекций печени, составленная с учетом сегментарного строения печени, характера и объема выполненной операции. Данная анатомическая классификация операций на печени

позволяет объективно сравнивать статистические показатели и другие результаты этих оперативных вмешательств, выполненных в разных клиниках мира, а также правильно интерпретировать результаты инструментальных методов исследований и имеет весьма важное практическое значение для

хирурга, планирующего производить различного объема резекции печени. Согласно данной классификации к неанатомическим резекциям относятся операции, выполняемые без учета анатомических границ сегментов и секторов печени: периопухолевая резекция, краевая резекция, частичное удаление сегмента печени и энуклеация. Под анатомической резекцией печени понимают такой вид вмешательства, при котором линии рассечения паренхимы совпадают с межсекторальными и межсегментарными границами. Теоретически возможно изолированное удаление каждого сегмента печени. [3]. Однако на практике из-за особенностей анатомо-топографических взаимоотношений сегментов печени и других органов, а также локализации и распространенности опухоли применяют несколько видов анатомической резекции печени.

Но и эта классификация далека от совершенства, так как необходимость введения новых терминов вызывает сомнения. По данной классификации удаление V и VIII сегментов называется «правосторонняя передняя секционэктомия» по делению второго порядка, «бисегментэктомия V, VIII» по делению третьего порядка и «правосторонняя передняя секторэктомия или правосторонняя парамедианная секторэктомия» по альтернативному делению печени второго порядка, что окончательно запутывает ситуацию. Расширенную правостороннюю и левостороннюю гемигепатэктомию предпочтительнее называть трисекционэктомией вместо трисегментэктомии, а термин «лобэктомия» по этой классификации вообще употреблять не рекомендуется, хотя доля печени - это вполне определенное анатомическое понятие.

В большинстве стран СНГ применяется Европейская классификация резекции печени, основанная на сегментарной анатомии по С. Couinaud, что в целом не противоречит рекомендациям Терминологического комитета Международной ассоциации гепато-панкреато-билиарных хирургов. Ряд авторов считает наиболее рациональной при определении объема резекции печени классификацию, предложенную В.С. Шапкиным, которая основана на сегментарном строении печени по С. Couinaud. Обширными считаются резекции печени, при которых удаляются три или более сегментов, а к экономным резекциям относятся операции, при которых удаляется не более двух сегментов печени [4,5].

Цель исследования

Выбрать рациональный хирургический доступ при заболеваниях печени.

Материалы и методы

Учитывая описанное разнообразие формулировок, следует остановиться на том, что техника выполнения обширных анатомических резекций печени включает ряд наиболее общих этапов: рациональный доступ, мобилизация удаляемой части печени с временной или постоянной окклюзией афферентных сосудов печени, рассечение печеночной паренхимы, лигирование внутripеченочных сосудов и протоков, перевязка печеночной вены и гемостаз раневой поверхности печени.

При выполнении операции большое значение имеет хирургический доступ. Наиболее удобным доступом практически для всех операций на печени в настоящее время признается двухподреберный доступ с вертикальным продолжением и иссечением мечевидного отростка. В сочетании с ретракторами реберных дуг этот доступ позволил отказаться от исторически более раннего торакоабдоминального доступа. В ряде случаев достаточным оказывается разрез в правом подреберье типа Rio-Branco (1912) или Czerny (1898).

Основные требования к любому оперативному доступу - это минимальная травматичность тканей и максимальный доступ к очагу. Существует более 70 различных доступов к печени, однако, учитывая то, что цели оперативного вмешательства, локализация очага и объем операции могут быть различными, предложения по совершенствованию их продолжают до настоящего времени. Различные абдоминальные доступы к правой доле печени с резекцией реберной дуги травматичны, длительны по исполнению и не создают требуемых условий для вмешательства. Особенно важен рациональный доступ при проведении обширных операций на печени, который давал бы свободный доступ к глоссонным и кавальным воротам печени [7,8].

Мобилизация дает возможность более свободно манипулировать в воротах и на самой печени, облегчает закрытие раны печени после удаления ее части. Мобилизация печени осуществляется путем пересечения круглой связки, рассечения серповидной, треугольной и коронарной связок вплоть до выделения нижней полой вены. Осторожность необходима при манипуляциях вблизи нижней полой вены, где близко к поверхности лежит левая печеночная вена. Здесь же в нижнюю полую вену впадает левая диафрагмальная вена. При необходимости пересекается малый сальник. При этом следует помнить о возможности прохождения в нем левой дополнительной печеночной артерии, берущей начало от левой желудочной артерии. Последняя при левосторонней гепатэктомии пересекается и перевязывается. Правая доля печени мобилизуется путем пересечения правой треугольной и венечной связок, а также отделения париетальной брюшины от нижней поверхности печени. Мобилизация правой доли печени осуществляется до нижней полой вены. В зависимости от объема резекции производится выделение, пересечение и перевязка коротких печеночных вен. При выявлении добавочной средней и нижней правой печеночных вен последние при правосторонней гемигепатэктомии также пересекаются. [6].

В ряде наблюдений, прежде всего при массивных образованиях правой доли печени, мобилизация ее сопряжена со значительным риском кровотечения и диссеминации опухоли. В подобных ситуациях предложено использовать передний чресфиссуральный способ резекции печени без предварительной мобилизации правой доли и выделения правых печеночных вен. В то же время при значительном объеме удаляемого образования та-

кой подход может привести к отклонению от линии Rex-Cantlie и повреждению крупных сосудистых структур. J. Belghiti и соавт. (клиника Beaujon, Клиши, Франция) предложили свой вариант мобилизации печени, позволяющий безопасно выполнять правостороннюю кавальную гемигепатэктомию передним способом. Метод основан на проведении вдоль позадипеченочного сегмента нижней полой вены широкой держалки, подтягивание которой позволяет выполнить резекцию строго анатомично и с минимальным риском повреждения нижней полой вены либо крупных печеночных вен. В мировой литературе метод получил название «хэнгинг-маневр» (hanging-maneuver), т. е. подвешивание печени.

Для разделения паренхимы печени были предложены различные способы. В 1903 г. Anschutz продемонстрировал, что разделение паренхимы печени вручную позволяет избирательно сохранить внутripеченочные портальные ножки и печеночные вены. Quattlebaum (1953) описал выполнение диссекции печени с помощью ручки скальпеля, акцентируя внимание на том, что использование тупых инструментов позволяет предотвратить случайное повреждение больших сосудов печени. В 1956 г. Fineberg et al. сообщили о пальцевом разделении паренхимы печени при правосторонней лобэктомии. Эта техника, именуемая «дигитоклазией», позднее была популяризована Lin и в дальнейшем усовершенствована TonThatTung, который комбинировал окклюзию афферентных сосудов печени с пальцевым разделением паренхимы.

Наибольшее распространение для разделения паренхимы печени при выполнении резекций получил в настоящее время ультразвуковой диссектор, об использовании которого впервые сообщили в 1984 г. Hodson W.J.V и Del Guercio R.M. Данная система позволяет разрушать паренхиму печени и выделять без повреждения ее сосудисто-секреторные структуры, обеспечивает фрагментацию паренхимы, а также орошение и аспирацию фрагментов. Это значительно облегчает выполнение этапов разделения паренхимы печени, обнаружение глиссоновых футляров печени, интрапаренхиматозного выделения печеночных вен. Сравнительное исследование, проведенное Fan S.T. et al (1996), по оценке результатов хирургического лечения больных гепатоцеллюлярной карциномой при использовании методики дигитоклазии и ультразвукового диссектора показало, что последний метод позволяет значительно снизить объем интраоперационной кровопотери и послеоперационную летальность у данного контингента больных.

Струйный скальпель, представляющий собой устройство для разделения тканей, в котором используется теплый (50°C) физиологический раствор под давлением 60-80 бар, также как и ультразвуковой диссектор, позволяет избирательно разделять паренхиму печени и используется как при открытой, так и лапароскопической резекции печени. Скипенко О.Г. и соавт. (2004), исследовав возможности водоструйного диссектора "HelixHydro-Jet" при вы-

полнении резекции печени, отметили преимущества метода в сравнении с разделением паренхимы печени хирургическим инструментом.

Результаты и обсуждение

Основным назначением большинства технических приемов резекции печени, включая лигирование печеночных сосудов, является уменьшение интраоперационной кровопотери. Существуют три основных метода контроля за кровотечением при резекции печени: лигирование долевых сосудов печени. Лигирование долевых портальных и артериальных стволов ведет к ишемии паренхимы печени, которую они соответственно кровоснабжают, и, таким образом, устанавливается демаркационная линия, по которой и производится резекция. Диссекция паренхимы печени при этом происходит с относительно небольшой кровопотерей «Pringle-маневр». Этот метод является наиболее важным и часто применяемым способом уменьшения кровопотери. В 1908 г. Pringle S.H. впервые описал возможность уменьшения потери крови при операциях на печени, временно пережимая сосудистые структуры гепатодуоденальной связки с помощью петли. Эта процедура эффективна и проста в выполнении. Ряд сравнительных исследований показал, что временное лигирование сосудов печени значительно уменьшает потерю крови во время резекции у пациентов как с неизменной, так и с цирротически измененной печенью. Кроме того, отмечается снижение послеоперационных осложнений и летальности. Безопасная длительность пережатия сосудов этим методом лимитирована максимум 30 минутами. Суммарное время пережатия гепатодуоденальной связки не должно превышать 60 мин., хотя в литературе описана и более длительная окклюзия - до 70 минут с короткими 5-минутными фазами реперфузии.

Лигирование внутripеченочных сосудов производится в зависимости от избранной техники операции, которая может быть отнесена к одной из двух концептуально противоположных методик выполнения резекции печени:

I. Гепатэктомиа с предварительным сосудистым контролем.

Эта техника впервые была описана Lortat-Jacobetal в 1952 г. во время первой правосторонней типичной гепатэктомии. Она состоит в перевязке и пересечении портальной ножки и печеночной вены до рассечения паренхимы. Операция начинается с перевязки и пересечения портальной ножки в воротах печени, продолжается перевязкой и пересечением правой печеночной вены и заканчивается рассечением печеночной паренхимы.

Описанная техника имеет два преимущества: 1) первоначально произведенная перевязка трубчатых структур в воротах позволяет визуализировать пограничную линию (линия демаркации) между двумя половинами по изменению цвета (потемнению) лигированной половины; 2) хороший сосудистый контроль дает возможность уменьшения интраоперационной кровопотери. Однако эта техника

имеет свои недостатки: с одной стороны – риск случайного повреждения соседних структур при выделении воротной триады и печеночной вены; с другой – риск девитализации остающейся части печени из-за ошибочной перевязки элементов ворот печени, который повышается ввиду частых анатомических аномалий и вариаций.

II. Гепатэктомия путем первичного рассечения паренхимы (фиссуральный способ).

Эта техника, широко применяемая до настоящего времени хирургами Вьетнама, Китая, впервые описана TonThatTung в 1939 году. Операция начинается с рассечения паренхимы печени вдоль главной портальной щели. Воротные элементы достигаются и перевязываются внутри печени. Пересечение печеночной вены производится в той же манере в конце процедуры выделения печени. Эта техника имеет то преимущество, что перевязка сосудов не зависит от анатомических вариаций, так как подход к ним происходит над воротами по краю удаляемой части печени. Данная методика в чистом виде в основном применяется при атипичных резекциях, так как позволяет удалить точный объем паренхимы в соответствии с природой и расположением очага. К недостаткам метода следует отнести возможность массивной интраоперационной кровопотери из-за отсутствия предварительного сосудистого контроля. Поэтому Ton That Tung рекомендует перед началом рассечения печени произвести пережатие сосудов в гепатодуоденальной связке на протяжении всей процедуры разделения паренхимы.

Проблемы кровоснабжения печени и анатомия сосудистого пучка не являются единственной проблемой хирургии печени. Наиболее тяжелые послеоперационные осложнения имеют прямую зависимость от массивности интраоперационной кровопотери.

Наиболее распространенным способом уменьшения объема интраоперационной кровопотери является использование приема Pringle, а именно – блокада афферентных путей кровоснабжения печени (печеночной артерии и воротной вены) путем наложения турникета или сосудистого зажима на гепатодуоденальную связку.

Вопрос о допустимых сроках пережатия связки нашел отражение в многочисленных работах отечественных и зарубежных авторов, однако не получил полного разрешения и обсуждается до настоящего времени. Пережатие гепатодуоденальной связки у экспериментальных животных сопровождалось застоем в сосудах системы воротной вены, ишемией печени и резкими нарушениями гемодинамики, что приводило к их гибели. В то же время, тепловая ишемия печени у животных могла быть успешно продлена до 60 и даже 120 минут, если пережатие гепатодуоденальной связки сопровождалось деконпрессией сосудов системы воротной вены, в частности, путем создания наружного сплено-подключичного шунта.

У человека пережатие воротной вены не вызывает значительных гемодинамических изменений вследствие наличия развитых портосистемных кол-

латералей. Многие хирурги ограничивают период пережатия гепатодуоденальной связки 15-20 или 30 мин. В то же время, ряд авторов свидетельствует о возможности безопасного непрерывного пережатия связки в течение 1 ч. и более и до 2 ч. при прерывистом пережатии. Изменение биохимических параметров функционального состояния печени после различных по продолжительности периодов тепловой ишемии носит незначительный и транзиторный характер и сопоставимо с теми изменениями, которые отмечаются после обширных резекций печени без сосудистой изоляции.

Однако все вышесказанное справедливо лишь для больных с нормальной функцией печени, у больных же с циррозом, хроническим гепатитом интраоперационная ишемия печени является одним из основных факторов развития тяжелой послеоперационной печеночной недостаточности. В связи с этим Макиучи М. предложил выполнять резекции печени при дробном пережатии, чередуя с периодами реперфузии портальной ножки только той доли органа, на которой производится вмешательство. Как показал ряд авторов, данная методика при резекции правой доли печени является безопасной, значительно снижает кровопотерю, не вызывает гемодинамических изменений, а также нарушений функционального состояния печени.

В то же время, временное пережатие гепатодуоденальной связки или одной из портальных ножек эффективно при кровотечении из ветвей печеночной артерии или воротной вены, но не влияет на кровопотерю, вызванную повреждением печеночных вен или нижней полой вены.

Наиболее сложные ситуации в контроле за интраоперационным кровотечением возникают при опухолях печени больших размеров центральной или задней локализации, прорастающих магистральные печеночные вены, когда существует высокий риск повреждения печеночных вен или нижней полой вены, массивного кровотечения и воздушной эмболии. Объем кровопотери в таких ситуациях может превысить 5000,0 - 20000,0 мл.

При плохой гемодинамической переносимости полной сосудистой изоляции печени, которая встречается у 10% - 15% больных со стойким падением сердечного индекса более чем на 50%, наряду с приемом J.Pringle и пережатием нижней полой вены, используют дополнительное пережатие аорты выше чревного ствола или применяют обходное вено-венозное шунтирование.

В связи с тем, что в ряде случаев выделение нижней полой вены в поддиафрагмальном пространстве представляет значительные трудности и влечет за собой риск повреждения печеночных вен, ряд авторов при выполнении полной сосудистой изоляции рекомендует пережимать надпеченочный отдел нижней полой вены в полости перикарда.

Huguet С. полагает, что пережатие нижней полой вены должно выключать из кровообращения весь ретропеченочный отдел вены, так как его недостаточное выключение из коллатерального кровообращения сопровождается переполнением пе-

чени, плохой гемодинамической толерантностью и тяжелыми кровотечениями на этапе разделения паренхимы печени.

Ряд авторов считает, что при больших опухолях печени, прорастающих диафрагму или нижнюю полую вену, достичь полной сосудистой изоляции органа трудно, а порой невозможно и рекомендуют в таких случаях выполнять обширную резекцию печени в условиях глубокой гипотермии, остановки кровообращения и проведения искусственного кровообращения. По их мнению, данный метод позволяет выполнять резекции печени в бескровном поле у тех больных, которые ранее считались нерезектабельными.

При описании техники оперативных вмешательств на печени необходимо остановиться на особенностях хирургического лечения эхинококка печени. При этом около 75% вмешательств относятся к обширным резекциям печени, когда удаляются доли, половины органа или к расширенным операциям. Во время резекции после лапаротомии определяется объем предстоящей операции и возможность ее осуществления. Б.И.Альперович считает возможным производство резекции печени при любом объеме поражения, если не заинтересованы элементы ворот и нижняя полая вена. При этом операцией выбора является атипичная резекция печени по разработанной методике Б.И.Альперовича, которая позволяет успешно осуществлять резекции печени достаточно большого объема - гемигепатэктомии и расширенные гемигепатэктомии [1]. Особенности роста паразита дают возможность производить даже более обширные вмешательства - вплоть до удаления шести сегментов печени с благоприятным исходом. В связи с токсическим воздействием на организм хозяина в отделах печени, прилегающих к паразитарному узлу, развиваются склеротические процессы с развитием соединительной ткани, что ведет к уплотнению печеночной паренхимы. Этот факт позволяет довольно свободно затягивать блоковидные швы, употребляющиеся для предварительного гемостаза и, следовательно, уменьшают кровопотерю во время резекции. Кроме того, в связи со сравнительно медленным ростом альвеококкового узла непораженные отделы печени подвергаются гипертрофии, что обеспечивает достаточную компенсацию после удаления даже значительных участков печени, замещенных паразитарной тканью. В клинике успешно резецированы достаточно большие участки печени - до 1500 г и более. Наличие множественной локализации паразитарных узлов в печени большинство авторов считали противопоказанием для осуществления радикальной операции. В 1956 году Б.И.Альперович впервые резецировал одномоментно узлы альвеококка из правой и левой половин печени. Во время повторной лапаротомии через 9 лет после операции в печени рецидива альвеококка не обнаружено. За последующие годы им успешно сделаны одномоментные резекции печени у 11 больных без летальных исходов. Когда паразитарные узлы достигают больших размеров, целесообразно разделять вме-

шательство на два этапа с перерывом в два месяца. За это время успевает развиваться компенсаторная гипертрофия непораженных отделов печени, и больной легче переносит оперативное вмешательство. В клинике осуществлено 14 двухмоментных резекций печени без летальных исходов. Аналогичные операции осуществляли также И.Л.Брегадзе и П.С.Миранов. При производстве радикальных операций основным является не величина удаляемого участка печени, а взаимоотношения паразитарного узла с сосудами и протоками ворот печени и нижней полой веной. В случаях, когда эти образования не захвачены паразитарным узлом, можно провести радикальную операцию. При этом наличие единичных отдаленных метастазов или прорастание в соседние органы не являются препятствием для производства резекции печени. Б.И.Альперович успешно осуществил и описал резекции значительных участков печени при прорастании альвеококка в диафрагму, брюшную стенку, желчный пузырь, толстую кишку. Также резекции печени с одновременным или двухмоментным удалением единичных отдаленных метастазов успешно провели при метастазах в поджелудочную железу и головной мозг Б.И.Альперович и в легких - В.С. Семенов.

Заключение

Таким образом, существующие многочисленные технические подходы, используемые как самостоятельно, так и в различных сочетаниях при резекции печени, требуют проведения новых доказательных исследований. С использованием современных технологий и накоплением опыта в хирургии печени удалось значительно снизить объем интраоперационной кровопотери, но в ряде случаев (при локализации патологического очага в портальных и особенно кавальных воротах печени, а также у больных с циррозом печени при наличии портальной гипертензии и дефицита факторов свертывания крови) этого добиться не удалось, что свидетельствует о том, что вопросы профилактики массивной кровопотери при выполнении резекций печени далеки от окончательного разрешения.

Список литературы

1. Альперович Б. И. Хирургия очаговых поражений печени // Бюл. сибирск. мед. - 2002. - №1. - С. 20-25.
2. Анатомио-клинические обоснования хирургических доступов к внутренним органам / А.Ю.Созон-Ярошевич. - М.: Медгиз, 1954. - 180 с.
3. Алгоритмы оперативных доступов / А.А. Воробьев, А.А. Тарба, И.В. Михин, А.Н. Жопуль - СПб.: ЭЛБИ, 2010. - 256с.
4. Веронский Г.И. Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - Т. 11. - №1. - С. 85-88.
5. Основы оперативной хирургии внепеченочных желчевыводящих путей / Б.В. Поздняков, Е.М. Трунин, В.Б. Поздняков. - СПб.: ЭЛБИ, 2011. - 236 с.
6. Профилактика печеночной недостаточности после обширных резекций печени / А.Х.Мустафин, И.И. Галимов, А.И. Грицаенко, И.З. Салимгареев

// Медицинский вестник Башкортостана. - 2007. - №3. - С. 58-62.

7. Современные методы хирургического лечения очаговых образований печени / М.А. Галеев, А.Х. Мустафин. - Достижения и проблемы современной клинической и экспериментальной хирур-

гии: Сб. научных трудов Межрегиональной конференции, посвященной 70-летию каф. фак. хирургии БГМУ. - Уфа, 2006. - С. 62-63.

8. Топографическая анатомия и оперативная хирургия / Э.А. Петросян, В.И. Сергиенко, И.В. Фрау-уи. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2010. - 288 с.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫМИ СТРОМАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ (GIST)

М.А. Нартайлаков, Р.Р. Иштуков, Р.Р. Абдеев, Р.Р. Шавалеев

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа
Клиника ГБОУ ВПО Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа

Нартайлаков Мажит Ахметович,

зав. кафедрой общей хирургии БГМУ, д-р мед. наук,
профессор, член-кор. РАЕН,

Иштуков Роберт Ризович,

клинический ординатор кафедры общей хирургии БГМУ,

Абдеев Рустем Раисович,

зав. хирургическим отделением Республиканской клинической
больницы им. Г.Г. Куватова, канд. мед. наук,

Шавалеев Равиль Рашитович,

зав. хирургическим отделением Клиники БГМУ,

д-р мед. наук, профессор,

450005, Россия, Республика Башкортостан,

г. Уфа, ул. Достоевского, д. 132,

тел. 8 (347) 272-75-90,

e-mail: ishtukovr@gmail.com

В статье представлены понятия о GIST-опухолях, их распространенности, месте в общей структуре онкологической заболеваемости. Затронуты аспекты морфологических особенностей опухоли и клинические случаи заболевания опухолями GIST. Приведены рекомендуемые методики обследования, описаны способы хирургического лечения и их результаты.

Ключевые слова: ГИСТ, опухоль, хирургия, лечение, гистология, иммуногистохимия.

CLINICAL CASES OF PATIENT'S TREATMENT WITH GASTROINTESTINAL TUMORS (GIST)

M.A. Nartailakov, R.R. Ishtukov, R.R. Abdeev, R.R. Shavaleev

This article presents the concept of GIST-tumors, their prevalence, location in the overall cancer incidence. Aspects of the morphological features and clinical cases of tumors GIST are described. The survey methodology, describes methods of surgical treatment and results are recommended.

The key words: GIST, tumor, surgery, treatment, histology, immunohistochemistry.

Введение

Гастроинтестинальные стромальные опухоли (Gastrointestinal Stromal Tumors - GIST) являются

наиболее часто встречающимися новообразованиями желудочно-кишечного тракта мезенхимального происхождения. Термин GIST ввели в 1983 г.