

ВОЗМОЖНОСТИ СПЕЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ВЫЯВЛЕННЫХ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Пучинская М.В.¹, Есепкин А.В.², Гладышев А.О.³

¹*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

кафедра патологической анатомии

²*УЗ «10 городская клиническая больница»*

³*УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер»*

Актуальность. Рак поджелудочной железы (РПЖЖ) является одним из сложных для диагностики и лечения новообразований. В настоящее время заболеваемость им остается относительно стабильной, однако смертность от данного новообразования также не имеет тенденции к снижению [1, 8]. Проводимые в мире исследования молекулярного патогенеза РПЖЖ [7, 10] (наиболее часто описываются мутации в гене Kras) не позволяют выявить

факторы, дающие возможность диагностировать данную патологию на ранних стадиях.

В то же время опухоли поджелудочной железы (ПЖЖ) становятся актуальной проблемой не только для онкологов, но и для хирургов общего профиля, поскольку часто заболевание впервые проявляется при развитии его осложнений, в частности механической желтухи (МЖ) вследствие сдавления опухолью холедоха. По поводу развившихся осложнений пациенты обычно экстренно госпитализируются в общехирургические отделения по месту жительства, где после дообследования устанавливается диагноз и проводятся все необходимые лечебные мероприятия для купирования МЖ. Определение причины МЖ во многих случаях является сложной задачей, так как даже использование всего арсенала современных инструментальных методов исследования не всегда позволяет однозначно говорить о природе (злокачественное новообразование или доброкачественный процесс) данного осложнения.

В связи с этим поиск критериев, позволяющих говорить о природе сужения холедоха, является весьма актуальным [4, 9]. Наибольшую диагностическую ценность показали методы внутрипротоковой ультрасонографии, магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) [5]. Тем не менее выполнение инвазивных вмешательств у пациентов пожилого возраста в тяжелом состоянии не всегда возможно. Также в связи со сложным анатомическим строением билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) могут возникнуть сложности с определением источника опухоли. Кроме того, выявление опухоли в зоне головки ПЖЖ не всегда позволяет говорить о ее злокачественной природе, а верификация диагноза требует проведения достаточно сложных манипуляций для получения материала, что не всегда бывает оправданно с учетом тяжести состояния пациента.

Первым этапом лечения обычно становится билиарная декомпрессия [2, 6]. После стабилизации состояния пациенты консультируются врачом-онкологом, и решается вопрос о возможности их специального лечения в онкологическом учреждении. Тем не менее в связи с частым выявлением в хирургических стационарах распространенного опухолевого процесса возможности его специального лечения существенно ограничены, и выживаемость таких пациентов обычно невысока [3]. Следует отметить, что сведения о возможностях диагностики опухолей ПЖЖ в общехирургических

стационарах и последующего лечения таких пациентов в онкологических учреждениях в настоящее время ограничены.

Цель: проанализировать данные о лечении пациентов с РПЖЖ, выявленным в общехирургическом стационаре, в специализированном онкологическом учреждении.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе 10-й городской клинической больницы (ГКБ) Минска и Минского городского клинического онкологического диспансера (МГКОД). По Журналам регистрации пациентов 1-го хирургического (экстренного) отделения 10 ГКБ проводился поиск пациентов, выписанных с заключительным клиническим диагнозом опухоли ПЖЖ в 2007-2011 годах. Более подробно изучались данные историй болезни этих пациентов с оценкой проведенных обследований и их результатов.

Впоследствии в базе данных пациентов МГКОД проводился поиск пациентов с РПЖЖ, выписанных из 10 ГКБ (пациенты с данным диагнозом, направленные другими лечебными учреждениями города, в данной работе не анализировались, так как отсутствовали данные об их обследовании и лечении до поступления в онкологический диспансер). На основании данных амбулаторных карт и выписок из историй болезни этих пациентов анализировались виды специального лечения, применявшиеся для их лечения. Статистическая обработка данных выполнялась с помощью методов описательной и непараметрической статистики в программах Microsoft Excel и Statistica 6.0 (StatSoft.Inc).

Результаты исследования и обсуждение. За указанный период в хирургическом отделении проходили лечение 58 пациентов с опухолями ПЖЖ. Поскольку верификация злокачественной природы процесса была получена не во всех случаях, в настоящее исследование мы сочли возможным включить пациентов с любыми опухолями ПЖЖ (формулировки «опухоль», «новообразование», «рак» в заключительном клиническом диагнозе). Не включались в исследование пациенты с хроническим псевдотуморозным панкреатитом, а также с опухолями других органов БПДЗ. Отметим, что несколько пациентов, вошедших в исследование, госпитализировались в отделение с ранее установленным диагнозом РПЖЖ по поводу развития осложнений заболевания.

Среди пациентов было 32 (55,17%) мужчины и 26 (44,83%) женщин, медиана возраста пациентов на момент госпитализации составила 67 (от 41 до 92) лет.

Всем пациентам проводилось обследование и лечение в соответствии с действующими протоколами Республики Беларусь. Во всех случаях выполнялись лабораторные исследования (общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, коагулограмма, определение группы крови и резус-фактора при планировании оперативного лечения), а также ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП). Другие виды инструментальных исследований (компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) ОБП, ЭРХПГ, эндоультрасонография (ЭУС) проводились по показаниям для уточнения природы патологического процесса в органах БПДЗ.

Следует отметить, что лабораторные исследования позволяли выставить диагноз МЖ, однако установить ее природу (опухоль либо другой патологический процесс) не позволяли. Наибольшей диагностической ценностью обладали методы КТ ОБП и ЭРХПГ. Следует отметить, что зачастую они являлись «референтными» методами, то есть при отсутствии данных за опухолевое поражение по результатам этих исследований такой диагноз обычно не выставлялся. Особенно это было актуально для пациентов, у которых МЖ купировалась без оперативного вмешательства и, соответственно, материал из брюшной полости не отправлялся на морфологическое исследование.

По данным МГКОД удалось проследить дальнейшее специальное лечение лишь для 20 пациентов. Сведения о лечении остальных в базе данных МГКОД отсутствовали, то есть они не обращались за медицинской помощью в данное лечебное учреждение. При последующем анализе они не учитывались. Нельзя, однако, исключить, что часть пациентов проходили лечение в других онкологических учреждениях республики, в частности, Республиканском научно-практическом центре онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова, эти сведения в настоящей работе также не учитывались.

После консультации онколога (проводилась всем пациентам) было установлено, что в связи с распространенностью процесса и общим тяжелым состоянием пациента специальное лечение не было показано в 11 (55%) случаях, и пациенты направлялись для симптоматического лечения по месту жительства. В 1 (5%) случае имел место отказ пациента от лечения. Радикальное хирургическое вмешательство в объеме гастропанкреато-дуоденальной резекции (ГПДР) было возможно лишь у 1 (5%) пациента. Отметим, что еще в 1 (5%) случае радикальная операция была выполнена в хирургическом отделении, однако она проводилась по поводу хронического панкреатита, и лишь при гистологическом исследовании операционного материала был выявлен РПЖЖ.

Наиболее частым методом специального лечения у пациентов с РПЖЖ была химиотерапия, преимущественно с использованием 5-фторурацила в монорежиме, – она использовалась у 5 (25%) пациентов. У 1 (5%) пациента применялась гормонотерапия тамоксифеном. Лучевая терапия применялась в 1 (5%) случае после симптоматической операции.

Таким образом, по данным нашего исследования видно, что в абсолютном большинстве случаев радикальное лечение пациентов с РПЖЖ, выявленных в хирургическом стационаре при появлении симптомов заболевания, невозможно, и проводимая терапия имеет лишь паллиативный или симптоматический характер.

Мы также оценили выживаемость пациентов с РПЖЖ на основании данных о времени смерти, имевшихся в МГКОД (метод Каплана-Майера). В связи с выявлением заболевания на поздних стадиях общая выживаемость пациентов была чрезвычайно низкой (медиана составила 11 месяцев), причем она достоверно не отличалась от выживаемости пациентов с опухолями других органов БПДЗ, также выявленных в хирургическом отделении (лог-ранговый тест, $p > 0,05$; рисунок 1). Все пациенты, умершие на момент проведения исследования, умерли в первый год от момента госпитализации в хирургический стационар.

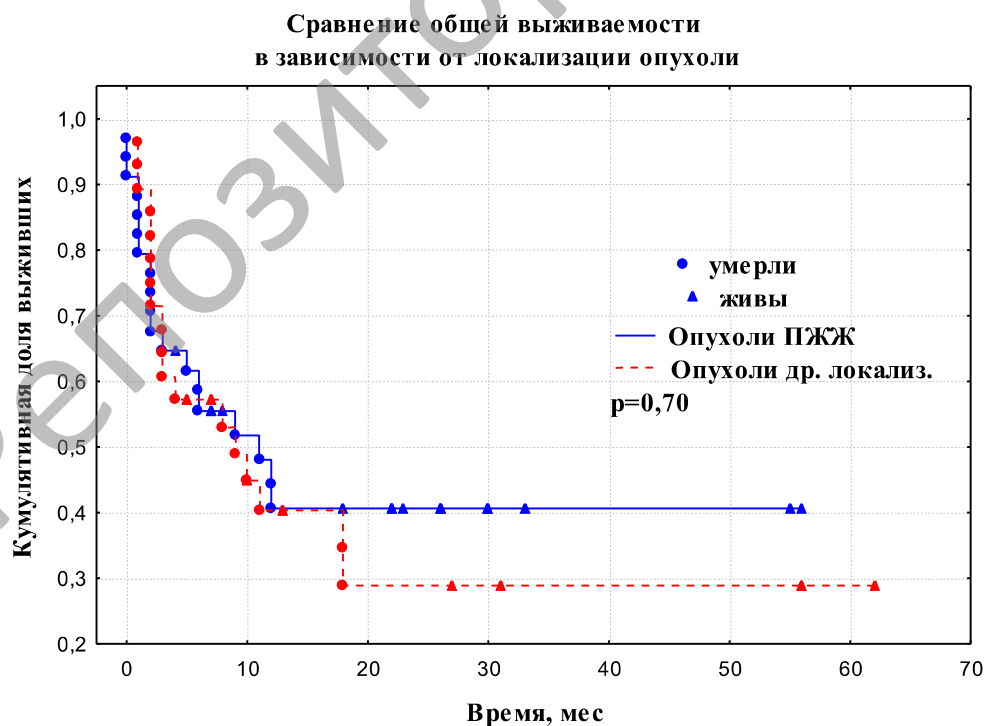


Рисунок 1 – Сравнение общей выживаемости в зависимости от локализации опухоли.

Выводы. В связи с частой диагностикой РПЖЖ на поздних стадиях его специальное лечение было невозможно более чем в половине (55%) случаев, у остальных пациентов проводилась преимущественно паллиативная химиотерапия (25%). Радикальные хирургические вмешательства были возможны лишь у 2 (3,45% всех выявленных) пациентов. Все это свидетельствует о необходимости разработки подходов по активному выявлению РПЖЖ на ранних стадиях, что позволит существенно улучшить результаты лечения этой категории пациентов.

Список литературы

1. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований. // Под ред. Суконко О. Г., Красного С. А. – Мн, 2012. – 465 с.
2. Земляной, В. П. Билиарная декомпрессия при механической желтухе опухолевого генеза / В. П. Земляной, С. Л. Непомнящая, А. К. Рыбкин // Практическая онкология. – 2004. – № 2. – С. 85-93.
3. Патютко, Ю. И. Современное хирургическое и комбинированное лечение больных экзокринным раком головки поджелудочной железы и органов периампулярной зоны / Ю. И. Патютко, А. Г. Котельников, М. Г. Абгарян // Практическая онкология. – 2004. – Т. 5, №2. – С. 94 – 107.
4. Biochemical and radiological predictors of malignant biliary strictures / I. A. Al-Mofleh, A. M. Aljebreen, S. M. Al-Amri et al. // World J Gastroenterol. – 2004. – Vol. 10(10). – P. 1504 – 1507.
5. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, intraductal ultrasonography, and magnetic resonance cholangiopancreatography in bile duct strictures: a prospective comparison of imaging diagnostics with histopathological correlation / D. Domagk, J. Wessling, P. Reimer et al. // Am J Gastroenterol. – 2004. – Vol. 99(9). – P. 1684 – 1689.
6. Fate of patients with obstructive jaundice / E. Bjornsson, J. Gustafsson, J. Borkman, A. Kilander // J Hosp Med. – 2008. – Vol. 3(2). – P. 117 – 123.
7. Maitra, A. Molecular pathogenesis of pancreatic cancer / A. Maitra, S. E. Kern, R. H. Hruban // Best Pract Res Clin Gastroenterol. – 2006. – Vol. 20(2). – P. 211 – 226.
8. Pancreatic cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up / S. Cascinu, M. Falconi, V. Valentini, S. Jelic // Ann Oncol. – 2010. – Vol. 21 (Suppl. 5). – P. v55 – v58.
9. Prospective study of biliary strictures to determine the predictors of malignancy / V. G. Bain, N. Abraham, G. S. Jhangri et al. // Can J Gastroenterol. – 2000. – Vol. 14(5). – P. 397 – 402.
10. Wong, H. H. Pancreatic cancer: molecular pathogenesis and new therapeutic targets / H. H. Wong, N. R. Lemoine // Nat Rev Gastroenterol Hepatol. – 2009. – Vol. 6(7). – P. 412 – 422.