

ОПУХОЛИ ОРГАНОВ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ: ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА И ВОЗМОЖНОСТИ ПОСЛЕДУЮЩЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Пучинская М. В.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Опухоли органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) являются актуальной проблемой современной онкологии и хирургии (1). Данная анатомическая область характеризуется близким расположением большого числа разнородных анатомических структур. Основными органами БПДЗ являются головка поджелудочной железы (ПЖЖ), внепеченочные желчевыводящие протоки (в том числе проксимальный и терминальный отдел холедоха (ТОХ), большой дуоденальный сосочек (БДС)), желчный пузырь (ЖП), крупные сосуды и лимфатические узлы этой области. В связи с близким расположением указанных структур симптоматика их поражения часто сходна, и для определения точной локализации заболевания необходимо применение различных методов визуализации. В то же время органы БПДЗ могут поражаться при самых различных патологических процессах, что делает

диагностику злокачественных новообразований этой локализации еще более затруднительной.

В то же время опухоли органов БПДЗ встречаются у относительно большого числа пациентов. Согласно данным Белорусского канцер-регистра (2), рак ПЖЖ диагностируют ежегодно у 800 – 900 человек, причем более чем в трети случаев в IV стадии, что приводит к одногодичной летальности 79,1%. От 100 до 120 человек ежегодно заболевают раком ЖП, одногодичная летальность при котором составляет 73,5%. Заболеваемость раком внепеченочных желчных протоков увеличилась за последние 10 лет примерно в 2 раза, а одногодичная летальность при этой патологии составила 59,1%.

Течение опухолей БПДЗ на ранних стадиях бессимптомное, в результате чего многие пациенты обращаются за медицинской помощью только при развитии осложнений заболевания. Наиболее частым из них является механическая желтуха (МЖ) опухолевого генеза (3). Следует отметить, что причиной МЖ могут быть также и доброкачественные поражения органов БПДЗ, прежде всего холедохолитиаз и стриктуры желчевыводящих протоков. Точные критерии разграничения злокачественных и доброкачественных поражений до настоящего времени не разработаны (4). Как правило, необходимо комплексное применение различных методов медицинской визуализации. Наиболее часто для диагностики причины МЖ используются ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ). В последние годы активно изучаются диагностические возможности магнитно-резонансной томографии (МРТ) и магнитно-резонансной холангиопанкреатография (МРХПГ) в дифференциальной диагностике природы стриктур желчных протоков (5). Также высокую диагностическую ценность показала эндоскопическая ультрасонография (ЭУС). Для верификации природы опухоли БПДЗ (доброкачественная или злокачественная) применяются различные виды биопсий (пункционная аспирационная биопсия (ПАБ) под УЗИ-контролем, открытая интраоперационная биопсия, биопсия при ФГДС).

С учетом приведенных данных становится понятной актуальность изучения опухолей БПДЗ не только для онкологов, но и для хирургов. Учитывая частое поступление пациентов с этими трудными для диагностики и лечения заболеваниями в хирургические стационары по месту жительства, нам представляется интересным изучение частоты опухолей органов БПДЗ среди пациентов отделения экстренной хирургии, а также возможности их последующего специального лечения в онкологическом диспансере.

Цель работы: оценить частоту встречаемости опухолей органов БПДЗ у пациентов общехирургического стационара и лечение, проводимое им после выписки из больницы в онкологическом учреждении.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе 1-го хирургического (экстренного) отделения 10-й городской клинической больницы (10 ГКБ) Минска и Минского городского клинического

онкологического диспансера (МГКОД). По Журналам регистрации пациентов хирургического отделения за 2007 – 2011 годы проводился поиск тех из них, кому при выписке из отделения выставлялся диагноз опухоли или рака любого из органов БПДЗ. В последующем проводился ретроспективный анализ историй болезни этих пациентов. Поиск этих пациентов проводился также в автоматизированной базе данных пациентов МГКОД, и в последующем по данным амбулаторных карт пациентов анализировалось лечение, проводимое им на базе онкологического учреждения. Для статистической обработки полученных в результате исследования данных использовались программы Microsoft Excel и Statistica 6.0 (StatSoft.Inc).

Результаты исследования. За указанный период в отделении экстренной хирургии проходили лечение 14810 пациентов. У 106 (0,716%) из них в заключительном клиническом диагнозе указывалась опухоль органов БПДЗ. Структура опухолей БПДЗ у пациентов хирургического отделения представлена на рисунке 1 (в абсолютных значениях).

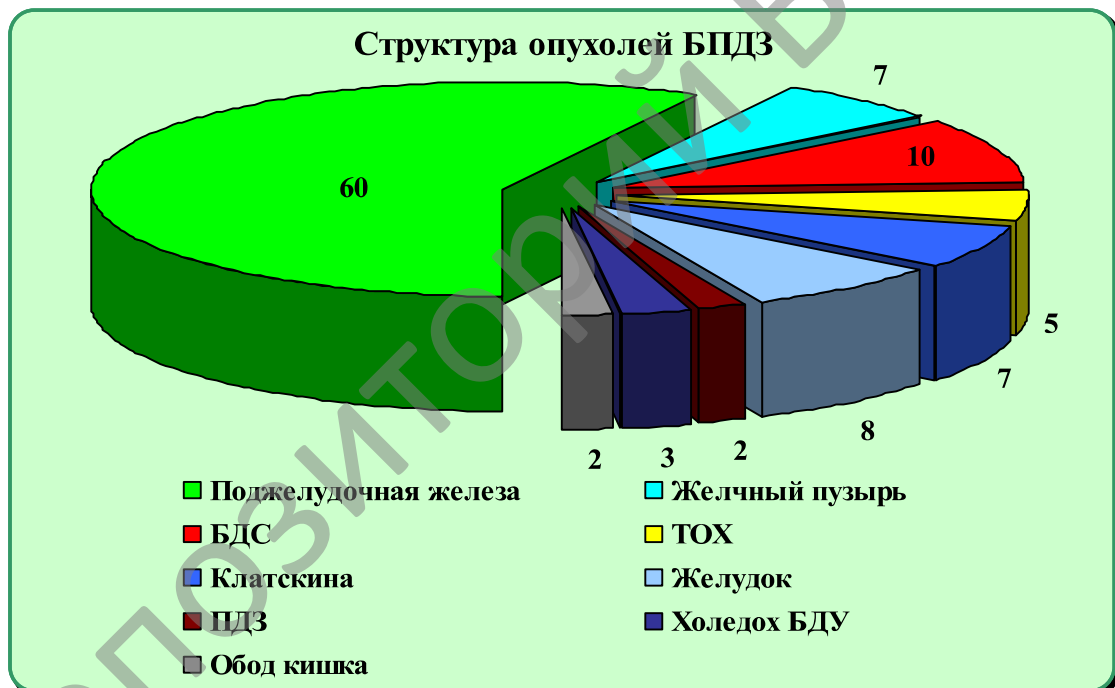


Рис.1. Структура опухолей БПДЗ у пациентов хирургического отделения.

Как видно из представленных данных, наиболее частыми были опухоли ПЖЖ, составившие 56,6% всех опухолей органов БПДЗ, значительно реже встречались поражения БДС (9,43%) и рак желудка с метастазами в лимфоузлы брюшной полости, в том числе лимфоузлы ворот печени с развитием МЖ (7,55%). В 2 (1,89%) случаях также был диагностирован рак печеночного угла ободочной кишки с прорастанием опухоли в область ворот печени и развитием МЖ, ставшей причиной госпитализации пациентов, в связи с чем эти случаи также были включены в настоящее исследование.

Следует отметить, что на догоспитальном этапе диагноз опухолевого поражения органов БПДЗ выставлялся достаточно редко и обычно при наличии у пациента ранее диагностированного онкологического заболевания. В то же время сам факт поражения органов БПДЗ практически во всех случаях диагностировался еще до поступления в стационар, однако симптомы расценивались как признаки различных неонкологических заболеваний. Данные о диагнозах, выставленных пациентам с впоследствии выявленными опухолями органов БПДЗ на догоспитальном этапе, представлены на рисунке 2 (в абсолютных цифрах).

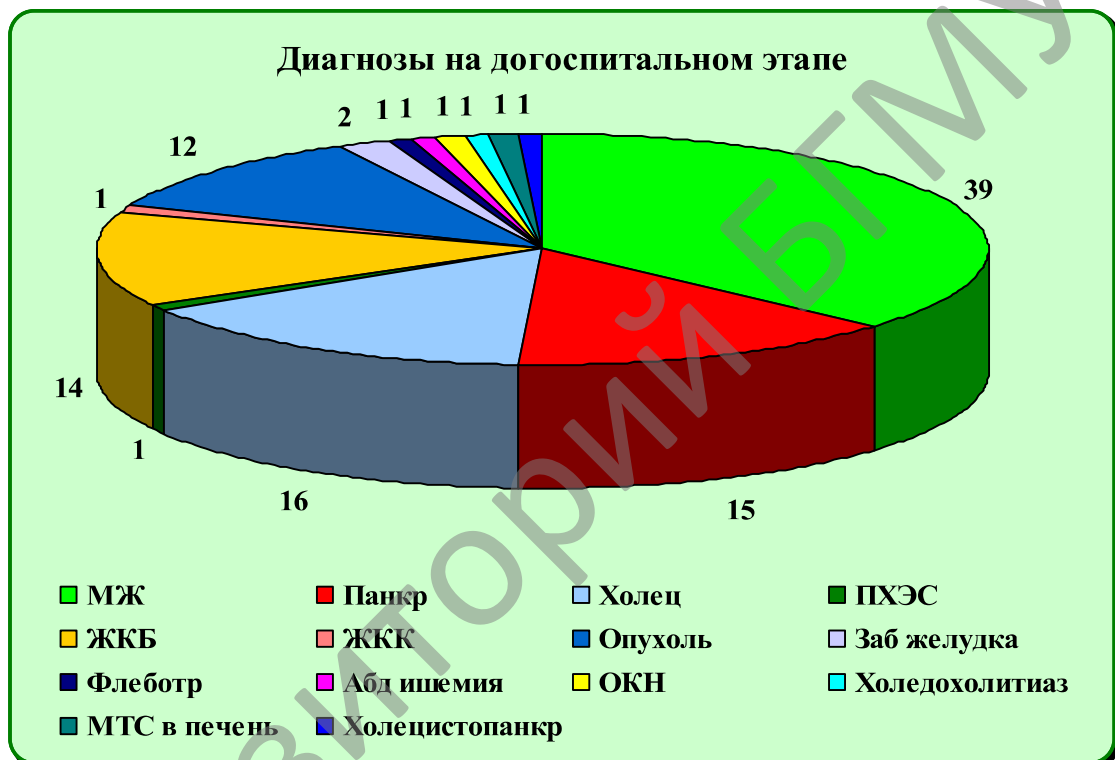


Рис.2. Диагнозы, выставляемые пациентам с опухолями БПДЗ на догоспитальном этапе.

Наиболее частым диагнозом на догоспитальном этапе, как следует из приведенных данных, был синдромальный диагноз МЖ без уточнения возможной ее причины (36,79%), значительно реже диагностировались острый (или обострение хронического) холецистит и панкреатит (15,09% и 14,15%, соответственно).

Как правило, основной целью лечения пациентов в хирургическом отделении было проведение необходимых диагностических мероприятий для установления диагноза опухоли БПДЗ, а также ликвидация МЖ, которая в большинстве случаев осложняла заболевание и была непосредственным угрожающим жизни факторов у пациентов. Для последующего проведения специального лечения пациенты направлялись на консультацию в специализированное онкологическое учреждение – МГКОД, где решался

вопрос о возможности радикального, паллиативного или симптоматического лечения с учетом распространенности процесса, стадии заболевания и общего состояния пациента.

На момент проведения нашего исследования в базе данных пациентов МГКОД отсутствовали сведения о 32 (30,19%) пациентах, выписанных из 10 ГКБ с диагнозом опухоли БПДЗ, что свидетельствует о том, что они в данное учреждение не обращались. Из пациентов, обратившихся после выписки в онкодиспансер, оценить проведенное лечение нам удалось лишь для 30. Данные о лечении на базе МГКОД представлены на рисунке 3.

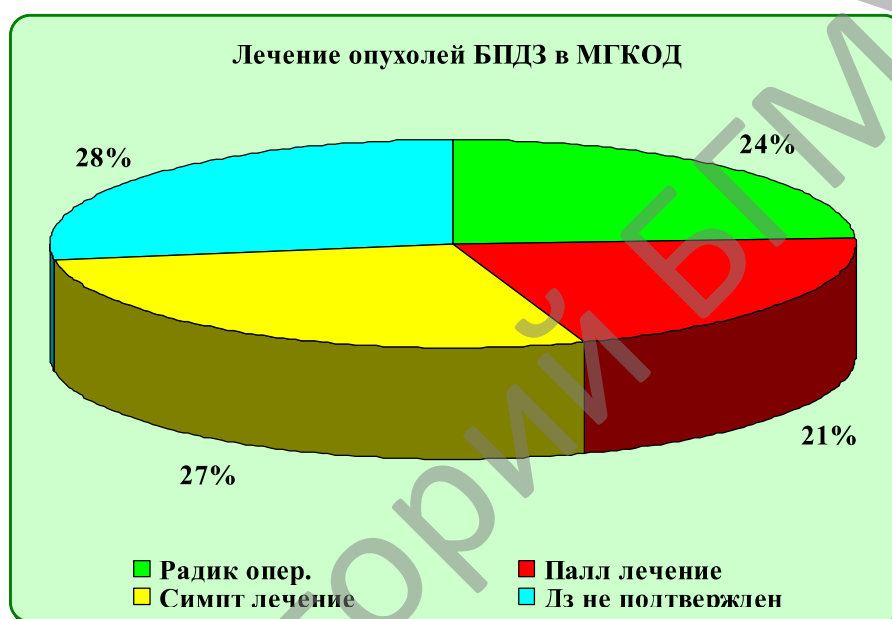


Рис.3. Лечение пациентов с опухолями органов БПДЗ на базе МГКОД.

По нашим данным, в 26,67% случаев в связи с тяжестью состояния пациентов и распространенностью опухоли специальное лечение было не показано и пациенты оформлялись под опеку Хосписа для проведения симптоматической терапии. Также в 26,67% случаев пациентам на базе приемно-диагностического отделения проводилась ПАБ опухоли под УЗИ-контролем, в результате которой диагноз злокачественного новообразования не подтверждался в связи с отсутствием в пунктате раковых клеток, и пациент выписывался под наблюдение врачей по месту жительства. Радикальные операции были возможны лишь в четверти случаев. Также 1 пациент отказался от дальнейшего обследования и лечения в МГКОД.

Для пациентов, обратившихся в МГКОД, мы могли узнать время смерти, что позволило оценить выживаемость этих пациентов. Анализ выживаемости проводился по методу Каплана-Майера. Медиана общей выживаемости составила в этой группе пациентов 7 месяцев. Данные о выживаемости пациентов с опухолями органов БПДЗ представлены на рисунке 4.

Как видно, общая выживаемость была очень низкой, что напрямую связано с выявлением опухолей на поздних стадиях, при развитии осложнений

опухолевого процесса и низкой частотой радикальных оперативных вмешательств. Однолетняя выживаемость пациентов составила лишь 35,48%, 2 года пережили 19,35% пациентов, более 5 лет прожил только 1 (1,61%) пациент.

Таким образом, как показали полученные нами данные, пациенты, поступающие в общехирургический стационар с опухолями органов БПДЗ, составляют менее 1% всех пациентов отделения, тем не менее именно у них поражения оказываются тяжелыми и требуют проведения комплекса сложных диагностических мероприятий и терапии, направленной на купирование осложнений заболевания.

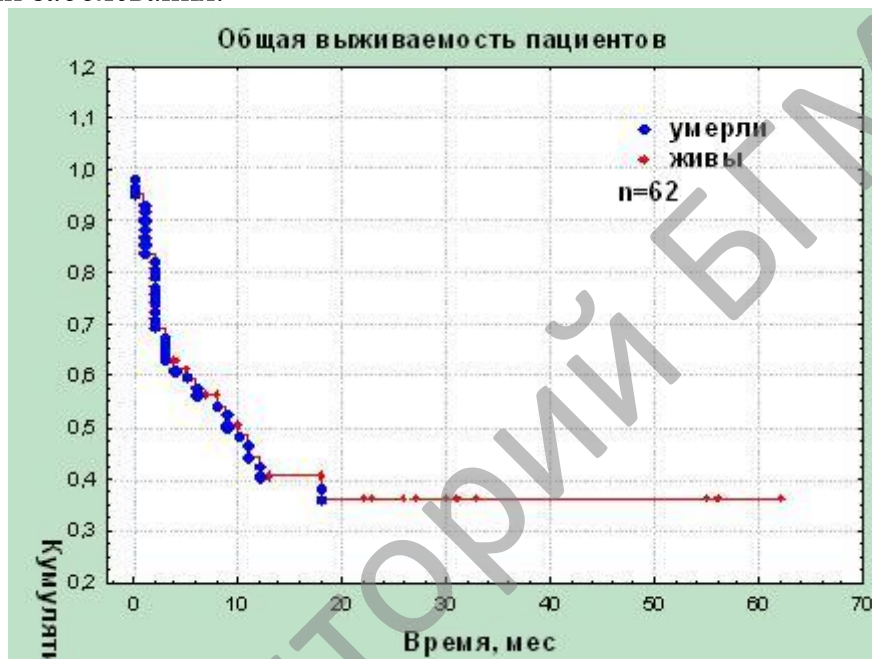


Рис. 4. Общая выживаемость пациентов с опухолями органов БПДЗ.

У этой категории пациентов, как правило, выявляются опухоли в запущенной стадии, что значительно ограничивает возможности проведения в дальнейшем радикального или паллиативного лечения и, соответственно, приводит к очень низкой общей выживаемости пациентов. Все это свидетельствует об актуальности разработки подходов, направленных на максимально раннее выявление опухолей БПДЗ и радикальное их лечение, для чего необходимы совместные усилия онкологической и хирургической служб.

Выводы:

1. Пациенты с опухолями органов БПДЗ составляли лишь 0,721% всех пациентов отделения экстренной хирургии.
2. В структуре опухолей органов БПДЗ преобладали поражения головки ПЖЖ (56,6%) и БДС (9,43%).
3. Пациентам с впоследствии диагностированными опухолями органов БПДЗ на догоспитальном этапе чаще всего выставлялись диагнозы МЖ без уточнения возможной причины (36,79%) и острого или хронического холецистита и панкреатита (29,24%).

4. Лишь в 11,32% случаев диагноз опухолевого поражения был выставлен уже на догоспитальном этапе.

5. 30,19% пациентов, которым в общехирургическом стационаре был выставлен диагноз опухоли органов БПДЗ, в последующем не обращались в онкологический диспансер.

6. У 26,67% пациентов, обратившихся в МГКОД, после дообследования и выполнения ПАБ опухоли диагноз злокачественного поражения был снят.

7. Отмечена низкая выживаемость пациентов с опухолями органов БПДЗ (медиана выживаемости 7 месяцев, однолетняя выживаемость 35,48%), связанная с поздним выявлением опухоли у этой категории пациентов.

8. Для улучшения результатов лечения пациентов с опухолями органов БПДЗ необходима более ранняя диагностика опухолей и повышение частоты радикального лечения пациентов.

Литература

1. Макаров Е. С., Нечушкин М. И. Современные возможности лучевого лечения рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. // Практическая онкология. – 2004. – Т. 5, №2. – С. 135 – 144.

2. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований. / Под ред. О. Г. Суконко, С. А. Красного (утв. ПриказомМЗРБ № 258). / Мн, 2012.

3. Bjornsson E., Gustafsson J., Borkman J., Kilander A. Fate of patients with obstructive jaundice. // J Hosp Med. – 2008. – Vol. 3(2). – P. 117 – 123.

4. 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.

5. Kim M-J., Mitchell D. G., Ito K., Outwater E. K. Biliary Dilatation: Differentiation Benign from Malignant Causes – Value of Adding Conventional MR Imaging to MR-cholangiopancreatography. // Radiology. – 2000. – Vol. 214. – P. 173 – 181.