

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ПРОГНОЗ

Прохоров А.В., Палок В.Е., Мычко Д.Д., Гладышев А.О.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер»

Введение. Злокачественные опухоли двенадцатиперстной кишки (ДПК) – относительно редкая патология, на долю которой приходится 0,3% всех опухолей желудочно-кишечного тракта и около 50% злокачественных новообразований тонкого кишечника [1]. Поэтому нередко возникают трудности, связанные с диагностикой и лечением образований данной локализации.

Цель исследования. Обобщить опыт диагностики и лечения пациентов со злокачественными новообразованиями двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. За период с 2005 по 2011 год в г. Минске зарегистрирован 21 случай первичных злокачественных опухолей двенадцатиперстной кишки. Заболеваемость у мужчин несколько выше, чем у женщин (1,1:1). Средний возраст заболевших 64 года (от 33 до 86 лет). У 4 человек (19,0%) диагноз был установлен только по результатам аутопсии. В структуре опухолей по морфологическому строению преобладали новообразования эпителиального происхождения (n=17, 81%). Мезенхимальные опухоли представлены единичными случаями лейомиосаркомы и фиброзной злокачественной гистиоцитомы (9,5%), нейроэндокринные – 2 случаями карциноида (9,5%).

Заболевания были выявлены в различных стадиях развития опухолевого процесса: в I стадии – 4 пациента (19%), II – 3 (14%), III – 6 (29%), IV – 4 (19%), в 4 случаях (19%) стадия не установлена. Наличие метастазов выявлено у 5 пациентов (23,8%) с опухолями эпителиального генеза.

В качестве лечения злокачественных новообразований двенадцатиперстной кишки чаще использовался хирургический метод (13 пациентов, 62%). В 8 (61,5%) случаях операция имела радикальный характер, при этом в большинстве случаев выполнялась панкреатодуоденальная резекция. В 1 случае в послеоперационном периоде применялась химиотерапия, в 1 – лучевая терапия, еще в одном – химиотерапия и лучевая терапия. Лучевая терапия, как самостоятельный метод лечения использовался у 2 пациентов.

Для оценки результатов применялись стандартные методы описательной статистики, для расчета выживаемости использовался метод Kaplan-Meier с использованием теста Mantel-Cox (log rank) для сравнения полученных результатов в различных подгруппах больных.

Результаты и обсуждение. Заболевание развивается медленно, и начало его проявляется маловыраженными и неспецифическими клиническими признаками. Как правило, это симптомы, характерные для многих заболеваний желудочно-кишечного тракта. Этим объясняется позднее обращение пациентов за специализированной помощью и большой процент случаев с далеко зашедшим опухолевым процессом. Наши пациенты обращались за специализированной помощью, как правило, спустя 2-3 месяца с момента появления первых клинических признаков. Среди жалоб преобладали следующие: общая слабость и дискомфорт (83,3%), диспептические нарушения (58,3%), боли в эпигастрии (33,3%), кишечные кровотечения (16,7%), желтуха (16,7%). В трех случаях никаких жалоб отмечено не было. Интересен тот факт, что у 4 пациентов (19%) правильный диагноз был установлен только по результатам аутопсии.

Согласно данным литературы, правильный предоперационный диагноз устанавливается только в 50% случаев. Одним из эффективных методов диагностики опухолей ДПК является рентгенологическое исследование с двойным контрастированием. Компьютерная томография (КТ), ультразвуковое и магнитно-резонансная томография (МРТ) оказывают существенную помощь в выявлении небольших новообразований кишечника. Чувствительность КТ брюшной полости колеблется от 50% до 80% в выявлении первичной опухоли кишечника, кроме того данный метод иногда позволяет провести дифференциальную диагностику доброкачественных и злокачественных новообразований, а также установить степень распространенности опухолевого процесса (наличие или отсутствие метастазов в печени, инвазии в соседние структуры, диссеминации по брюшине, метастатических лимфатических узлов). Особое значение для диагностики опухолей ДПК имеет эндоскопическое исследование. Использование этого метода позволяет не только визуально оценить размеры опухоли, уточнить локализацию процесса, но выполнить биопсию новообразования для последующего гистологического исследования. Правильная интерпретация эндоскопической картины может быть затруднена в поздних стадиях при возникновении деформаций и сужений ДПК. На основании анализа результатов обследования 17 пациентов нами определена чувствительность различных методов диагностики: фиброзофагогастродуоденоскопия – 75%, биопсия – 84,6%, рентгенография – 75%, КТ органов брюшной полости – 57,14%, ультразвуковое исследование – 62,5%. Наиболее затруднительными для диагностики были злокачественные опухоли стромального происхождения (лейомиосаркома и злокачественная гистиоцитома). В некоторых случаях, лечащего врача в сторону от правильного диагноза уводили ложноотрицательные результаты биопсии, когда материал для гистологического исследования забирался в недостаточном количестве

либо с нарушением общепринятых правил. Следует отметить, что комплексное использование всех вышеперечисленных методов позволило правильно поставить диагноз у 15 (88,2%) больных.

Стандартным методом лечения злокачественных новообразований двенадцатиперстной кишки является хирургический. Также в литературе описаны случаи выполнения эндоскопической резекции гастроинтестинальных опухолей ДПК небольшого размера на начальных стадиях процесса. В последние годы идет разработка новой стратегии лечения злокачественных новообразований - терапия направленного действия на ключевые звенья патогенеза онкологического процесса - получившая название «таргетная терапия». Для лечения опухолей стромального происхождения активно используется иматиниб. К моменту написания статьи из 17 больных в живых осталось 3 (17,6%), при этом максимальный срок наблюдения за ними после операции не превышает двух лет. Медиана выживаемости составила $7,3 \pm 4,85$ мес (95%ДИ 0,5 - 16,8), в группе пациентов после радикального хирургического лечения она была несколько выше - $9,9 \pm 2,91$ мес (95%ДИ 4,2 - 15,7). Наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах (N+) однозначно было фактором неблагоприятного прогноза, медиана выживаемости таких пациентов составила $0,9 \pm 0,76$ мес против $13,1 \pm 3,03$ мес при N0 ($p=0,018$). Поскольку в исследуемую группу вошли пациенты с разными гистологическими формами опухолей и только единичные пациенты получали комплексное или комбинированное лечение, мы посчитали нецелесообразным проводить сравнение выживаемости у этих больных.

Выводы:

Злокачественные опухоли двенадцатиперстной кишки довольно редкая патология. К сожалению, диагностика их на ранних стадиях затруднена, что и сопряжено с неудовлетворительными результатами их лечения. Таким образом, необходим комплексный подход к диагностике и лечению таких пациентов.

Литература:

North, J.H. Malignant tumors of the small intestine: a review of 144 cases / J.H. North, M.S. Pack // Am. Surg. - 2000. - Vol. 66. - P. 46-51.

Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны.- М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007.- 448 с.: ил.

Surgery of the liver, biliary tract, and pancreas / [edited by] Leslie H.Blumgart.- 4th ed., v.2, 2007.-pp.915-1838.