

УДК 616.3-006.04-031.14

**ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ СИНХРОННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ
НОВООБРАЗОВАНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ****Т.Н. Попова, В.Э. Федоров, Б.С. Харитонов,**
ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет»**Федоров Владимир Эдуардович** – e-mail: v.e.fedorov@yandex.ru

Заболеваемость первично-множественными синхронными злокачественными новообразованиями пищеварительной системы продолжает увеличиваться. В статье представлены наиболее часто встречающиеся сочетания опухолей пищеварительной системы с опухолями других локализаций. Проанализированы особенности диагностики у данной категории больных. Разработан новый алгоритм выявления полинеоплазий.

Ключевые слова: первично-множественные синхронные злокачественные опухоли, диагностика.

The incidence of collision carcinomas of the digestive system is further increasing. In this article we are presenting the most frequent combinations of GI-tract tumours and tumours of different sites, patterns of diagnostics and treatment for this group of patients and long-term outcome.

Key words: collision carcinoma, diagnostics, treatment.

В настоящее время считается, что если у больного наблюдается развитие двух и более злокачественных опухолей независимо друг от друга, то это первично-множественный онкологический процесс. При этом синхронными называются опухоли, выявленные одновременно или с интервалом не более 6 месяцев. Показатель заболеваемости первично-множественными злокачественными новообразованиями в России в 2004 году составлял 8,3 на 100 000 населения, а доля синхронно развившихся новообразований от общего числа первично-множественных опухолей достигает в среднем 33% [1].

Некоторые авторы [1, 2] сообщали, что у одного из 110 больных злокачественным новообразованием развивается новая, независимая от ранее выявленной злокачественная опухоль. Они объясняют этот факт, прежде всего, улучшением системы регистрации указанной категории новообразований. Рост заболеваемости первично-множественными синхронными злокачественными новообразованиями объясняется также не только улучшением статистического учета, но и внедрением в клиническую практику более совершенных методов диагностики (ультразвукового исследования, компьютерной томографии и др.) [3, 4], старением населения, а также ухудшением общей экологической ситуации, техногенным загрязнением воздушного бассейна, плохим качеством пищи, воды [2, 5].

Первично-множественные синхронные злокачественные новообразования (ПМСЗН) пищеварительной системы занимают одно из первых мест в общей структуре синхронных полинеоплазий, однако изучены недостаточно.

Цель исследования: описать ПМСЗН пищеварительной системы – уточнить их частоту, локализацию, основные признаки с целью разработки диагностического алгоритма, улучшающего качество диагностики таких опухолей.

Материалы и методы

В клинике хирургии и онкологии Саратовского государственного медицинского университета за период с 2005 по 2010 г. всего выявлено 526 больных ПМСЗН. Из них проанализированы результаты обследования 180 больных с ПМСЗН пищеварительной системы, что составило 34,2% от общего количества больных ПМСЗН. Всего обнаружено 367 опухолей: 234 опухоли пищеварительной системы сочетались со 133 опухолями другой локализации. Основная масса больных, как мужчин (85,8±3,5%), так и женщин (80,2±4,4%), была старше 50 лет. Минимальный возраст составил 19,0±0,8 лет, максимальный – 81,0±0,8, а средний – 59,7±0,8 лет. У мужчин средний возраст – 60,2±1,1 года, у женщин – 59,1±1,3 года.

Результаты и их обсуждение

Сочетания стадий опухолевого процесса по TNM удалось проанализировать у 169 пациентов с ПМСЗН пищеварительной системы (таблица 1).

Почти половина ПМСЗП пищеварительной системы локализовалась в желудке (40,2±3,2%). На втором месте находятся полинеоплазии ободочной и сигмовидной кишки (27,4±2,9%), третье место занимают опухоли прямой кишки (16,2±2,4%) и четвертое – пищевода (10,3±2,0%). Опухоли пищеварительной системы других локализаций встречаются значительно реже (5,9±1,6%): тонкой кишки – 1,7±0,8%, поджелудочной железы – 1,7±0,8%, фатерова соска – 1,7±0,8%, желчного пузыря – 0,4±0,4%, печени – 0,4±0,4%.

ТАБЛИЦА 1.
Распределение ПМСЗН пищеварительной системы по сочетаниям стадий TNM

Группы больных	Сочетания стадий TNM	Число больных (абс.ч./%)	
		по сочетаниям стадий	по группам
I группа	1 – 1	15 (8,9±2,2)	65 (38,5±3,7)
	1 – 2	33 (19,5±3,0)	
	2 – 2	17 (10,1±2,3)	
II группа	1 – 3	18 (10,7±2,4)	56 (33,2±3,6)
	2 – 3	27 (16,0±2,8)	
	3 – 3	11 (6,5±1,9)	
III группа	1 – 4	9 (5,3±1,7)	48 (28,3±3,5)
	2 – 4	12 (7,1±2,0)	
	3 – 4	16 (9,5±2,3)	
	4 – 4	11 (6,5±1,9%)	
Всего		169	169

Примечание: $p < 0,05$.

ТАБЛИЦА 2.
Локализация первично-множественных синхронных злокачественных новообразований пищеварительной системы, $p < 0,05$

Синхронные опухоли	Опухоли пищеварительной системы			
	желудок	ободочная кишка	прямая кишка	пищевод
Желудок (n=97)	-	25,9±5,7	19,0±6,1	33,3±9,6
Ободочная кишка (n=58)	15,5±3,7	-	23,8±6,6	-
Почка (n=19)	11,3±3,2	6,9±3,3	7,1±4,0	-
Молочная железа (n=20)	10,3±3,1	8,6±3,7	11,9±5,0	-
Прямая кишка (n=42)	8,2±2,8	15,5±4,8	-	4,2±4,1
Легкое (n=16)	8,2±2,8	3,4±2,4	-	20,8±8,3
Пищевод (n=24)	8,2±2,8	-	2,4±2,4	-
Матка (n=17)	6,2±2,4	13,8±4,5	2,4±2,4	-
Гортань (n=6)	3,1±1,8	-	2,4±2,4	8,3±5,6
Полость рта (n=9)	3,1±1,8	3,4±2,4	-	16,7±7,6
Предстательная железа (n=4)	3,1±1,8	-	2,4±2,4	-
Щитовидная железа (n=4)	3,1±1,8	1,7±1,7	-	-
Кожа (n=4)	2,1±1,4	-	-	4,2±4,1
Мочевой пузырь (n=3)	2,1±1,4	-	2,4±2,4	-
Яичники (n=12)	1,0±1,0	12,1±4,3	9,5±4,5	-
Лимфопролиферативные заболевания (n=4)	1,0±1,0	1,7±1,7	2,4±2,4	-
Гемобластозы (n=5)	1,0±1,0	5,2±2,9	2,4±2,4	-
Мягкие ткани конечностей (n=1)	1,0±1,0	-	-	-
Другие (n=22)	11,3±3,2	1,7±1,7	11,9±5,0	12,5±6,8
Всего (n=367)	97	58	42	24

ПМСЗН пищеварительной системы у 43 (23,9±3,2%) пациентов сочетались и между собой:

- опухоль желудка – опухоль ободочной кишки – 14 (32,6%) больных;
- опухоль желудка – опухоль прямой кишки – 6 (14,0%);
- опухоль желудка – опухоль пищевода – 8 (18,6%);
- опухоль желудка – опухоль ободочной и прямой кишки – 2 (4,6%);
- полинеоплазии ободочной кишки – 4 (9,3%);
- опухоль ободочной – опухоль прямой кишки – 7 (16,2%);
- две опухоли ободочной – опухоль прямой кишки – 1 (2,3%);
- опухоль пищевода – опухоль прямой кишки – 1 (2,3%).

133 синхронные опухоли локализовались вне пищеварительной системы. Они были представлены опухолями органов половой системы (24,9±3,7%), дыхательной (19,5±3,4%), кожи (18,8±3,4%), мочевыделительной системы (17,3±3,3%) и другими патологическими процессами (19,5±3,4%).

Сочетание локализаций синхронных опухолей пищеварительной системы представлено в таблице 2.

Обнаружено, что злокачественные опухоли желудка чаще всего сочетаются с опухолями ободочной кишки (15,5±3,7%), несколько реже с опухолями почки (11,3±3,2%), молочной железы (10,3±3,1%) и с одинаковой частотой с опухолями прямой кишки (8,2±2,8%), легкого (8,2±2,8%), пищевода (8,2±2,8%). Полинеоплазии с одной из локализаций в ободочной и сигмовидной кишке наиболее часто сочетаются с опухолями желудка (25,9±5,7%), прямой кишки (15,5±4,8%), матки (13,8±4,5%), яичников (12,1±4,3%), молочной железы (8,6±3,7%).

Злокачественные новообразования прямой кишки наиболее часто встречаются вместе с опухолями ободочной кишки (23,8±6,6%), желудка (19,0±6,1%), молочной железы (11,9±5,0%), яичников (9,5±4,5%) и почки (7,1±4,0%).

Пищевод поражается опухолевым процессом одновременно с желудком у 33,3±9,6% пациентов, с легкими – у 20,8±8,3%, с полостью рта – у 16,7±7,6%, гортанью – у 8,3±5,6%.

Из анализа клинического материала следует, что около 2/3 больных (61,5%) имели синхронную опухоль 3-й или 4-й стадии.

Особо следует отметить характер диагностики синхронных опухолей.

1-я группа больных – интраоперационная находка при ревизии брюшной полости.

2-я группа больных – наличие специфических жалоб при запущенной синхронной опухоли.

3-я группа больных – повторное обращение после лечения первично выявленной опухоли с жалобами, вызванными незамеченной прогрессирующей синхронной опухолью в сроки до 6 месяцев.

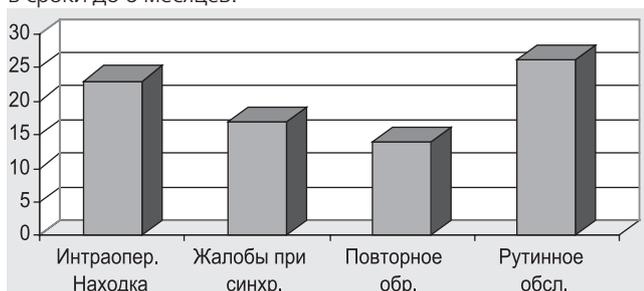


РИС. 1. Диагностика ПМСЗН (в % от общего количества).

4-я группа больных – «рутинное» предоперационное обследование (фиброгастроскопия, рентгеноскопия желудка, легких, осмотр кожи, молочных желез, пальцевое исследование прямой кишки, гинекологический осмотр). Число найденных синхронных опухолей в этих группах (в % от общего числа) иллюстрирует рисунок 1.

Такое состояние диагностики абсолютно не соответствует требованиям современной онкологии. Обращает на себя внимание тот факт, что при «рутинном» обследовании дру-

гих органов и систем получен наибольший процент выявления синхронных опухолей.

С учетом представленной частоты сочетаний ПМСЗН закономерен вопрос о расширении стандартов обследования онкологических больных:

1. при диагностике опухоли желудка необходимо обследовать молочные железы, мочевыделительную и легочную системы;

2. при обнаружении опухоли ободочной и сигмовидной кишки требуется тщательное обследование молочных желез и гениталий;

3. рак прямой кишки является показанием для обследования репродуктивных органов и почек;

4. при опухолях пищевода следует исключить опухоли желудка и верхних отделов дыхательной системы.

Еще раз не можем не отметить, что для выявления опухолей в пищеводе, желудке или толстой кишке всегда следует обследовать весь желудочно-кишечный тракт.

В клинике произведена попытка разработки расширенного алгоритма диагностики синхронных опухолей (рис. 2).

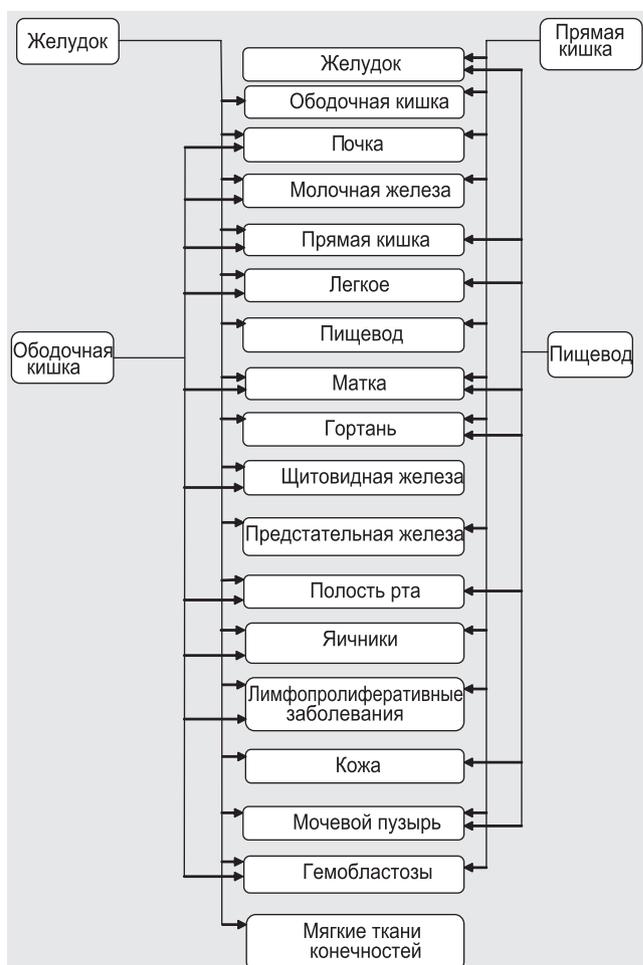


РИС. 2. Расширенный алгоритм диагностики ПМСЗН.

Следует особо отметить, что число больных с выявленными синхронными опухолями не так уж и мало. Но как бы ни была низка вероятность обнаружения такой опухоли, больные должны быть обязательно полностью обследованы на

предмет ПМСЗН в зависимости от локализации первично выявленной опухоли.

Основным принципом диагностики и лечения больных с синхронными первично-множественными опухолями должно являться стремление к наиболее быстрой диагностике ПМСЗН, потому что только это будет способствовать радикальному и одномоментному лечению каждой опухоли.

В настоящее время обследование при выявлении ПМСЗН является комплексным и обязательно сочетает эндоскопию с биопсией. Ирригоскопия – это не альтернативный метод исследования, а дополняющий, уточняющий. Казалось бы, это рутинная практика, но, к сожалению, далеко не всегда данное условие выполняется.

У обследованных в клинике больных клинический метод обследования больного не только не утратил своего значения в настоящее время, но и по-прежнему остается ведущим в диагностике ПМСЗН. Именно полноценный сбор жалоб, анамнеза и тщательный осмотр больного позволяют расширить показания для более полного обследования, иногда превышающего установленные стандарты.

Для диагностики синхронных полинеоплазий пищеварительной системы следует шире применять современные методы исследования: ультразвуковое сканирование, компьютерную томографию и ядерно-магнитнорезонансное исследование. Это следует делать еще и потому, что полученные данные позволят адекватно оценить повышенный риск симультанного оперативного вмешательства.

Выводы

1. Число больных с ПМСЗН пищеварительной системы неуклонно нарастает и составляет 34,2% от общего количества полинеоплазий.

2. В большинстве случаев вторичная опухоль находится на 3-й или 4-й стадии развития, что не может не влиять на результаты лечения.

3. В настоящее время выявление ПМСЗН пищеварительной системы чаще является случайной находкой при рутинном обследовании или выявляется интраоперационно. Обнаружение ПМСЗН с учетом жалоб и клинических проявлений на фоне первичной опухоли происходит гораздо реже.

4. У 14,2% больных вторичные опухоли находятся при повторном обращении после операции.

5. Разработанный алгоритм поиска ПМСЗН позволяет рационально построить тактические действия.



ЛИТЕРАТУРА

1. Чиссов В.И., Трахтенберг А.Х. Первично-множественные злокачественные опухоли. М.: Медицина, 2000. С. 332.
2. Ганцев Ш.Х., Мерабишвили В.М., Куликов Е.П., Старинский В.В., Ханов А.М., Ременник Л.В. и др. Распространенность и риск возникновения первично-множественных опухолей по материалам популяционного канцер-регистра. Рос. онкол. журнал. 1998. № 5. С. 4-7.
3. Сельчук В.Ю. Первично-множественные злокачественные опухоли (клиника, лечение и закономерности развития): Дис. докт. мед. наук. М. 1994.
4. Кныш В.И., Владанов И.П., Царюк В.Ф., Коломин В.Г. Диагностика первично-множественного рака толстой кишки. Клин. медицина. 1988. № 7. С. 118-122.
5. Кошуг С.Д., Владанов И.П. Клиника, диагностика и лечение первично-множественного синхронного рака толстой кишки. Вопр. онкологии. 1989. № 3. С. 352-358.