

УДК 616.33 -006.6 (-053.81):612.325

## ПОЛИМОРБИДНЫЕ БОЛЬНЫЕ В ОНКОЛОГИИ

С.А. Анкудинова, С.К. Микабекова, А.В. Богданов, Б.Б. Султангазиева

Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных раком поджелудочной железы и раком желудка, изучены сопутствующие заболевания у данных больных, осложняющее течение основного заболевания.

*Ключевые слова:* рак желудка; рак поджелудочной железы; полиморбидность

Полиморбидность – независимое сочетание различных болезней у одного пациента характерно для пациента в настоящее время на амбулаторно-поликлиническом приеме. Взаимовлияние заболеваний изменяет типичную клиническую картину, характер течения, увеличивает количество осложнений и их тяжесть, ограничивает возможности лечебно-диагностического процесса, ухудшает качество жизни и жизненный прогноз [1].

Говоря о типичных сценариях полиморбидности, на первое место выдвигается кардиоваскулярные заболевания, вокруг которых сахарный диабет, обструктивные заболевания легких, ожирение, заболевания мочеполовой системы. Каждый десятый пациент – это полиморбидность вокруг онкологических заболеваний [2].

Полиморбидность – это не просто констатация факта набора нескольких заболеваний у пациента. Это дополнительные факторы риска летальных исходов. Сформированная полиморбидность у больных носит уже собственный независимый характер и является новым патофизиологическим состоянием [3, 4].

На сегодняшний день эндотелиальная дисфункция и связанный с этим дефицит оксида азота, высокая активность свободных радикалов приводят к массивной продукции цитокинов “цитокиновый шторм”, приводят к повреждению митохондриальных мембран и далее – клеточных мембран, что является ключевым аспектом развития и нарастания тяжести заболевания у полиморбидных пациентов [3, 4].

Наличие у онкологических больных ряда сопутствующих заболеваний, таких как гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ИБС, патология почек, бронхолегочная патология влияют на течение основного заболевания, смазывают клиническую картину [2].

Цель настоящего исследования – изучить сопутствующие заболевания у онкологических больных и их влияние на течение и результаты лечения.

Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни больных раком желудка (19 пациентов) и раком поджелудочной железы (36 больных), находящихся на лечении в Национальном центре онкологии за период 2012 г.

Больные раком поджелудочной железы составили 1-ю группу больных (36 человек). Возраст больных колебался от 43 до 84 лет и составил в среднем  $56,7 \pm 1,2$  года, мужчин было 24 (66,7 %), женщин – 12 (33,3 %).

Учитывая, что возраст больных влияет на наличие сопутствующих заболеваний, эти больные условно были разделены на 2 подгруппы: 43–60 лет (24 больных, 66,6 %) и свыше 60 лет (12 больных, 33,3 %).

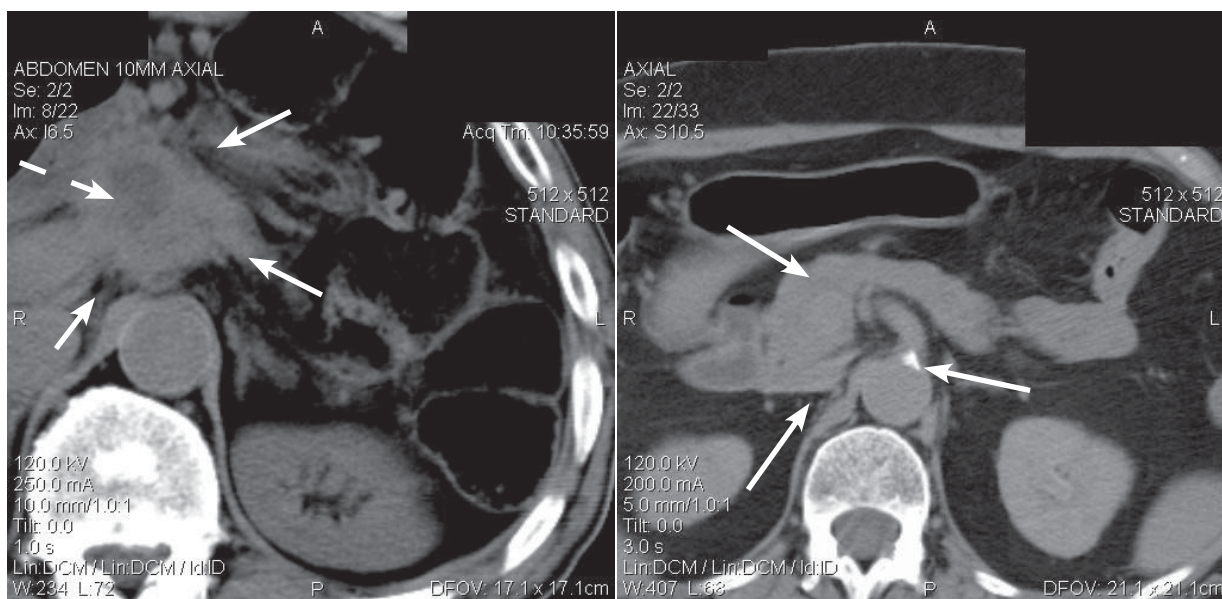
Определение полиморбидности у больных обязательным образом влияет на течение злокачественного процесса и результаты лечения.

Результаты гистологической верификации ввиду трудности взятия биопсии, даже во время операции, были только у двоих больных, в остальных случаях диагноз рака поджелудочной железы был поставлен на основании клинических данных, результатов ультразвукового исследования и компьютерной томографии (рисунок 1).

Пациенты, больные раком желудка (19 человек), составили 2-ю группу. Средний возраст больных составил  $61,0 \pm 2,2$  года, мужчин было 14 (73,7 %), женщин – 5 (26,3 %).

Диагноз у всех больных был морфологически верифицирован (рисунок 2).

Как видно из рисунка 2, основную массу больных составили пациенты с малодифференцированной аденокарциномой (47,3 %). Все больные



Больной С.А. 67 лет.

В проекции головки поджелудочной железы определяется дополнительное образование с четкими бугристыми контурами, мягкотканной плотности. На фоне образования дифференцируется значительно расширенный в диаметре общий желчный проток (пунктирная стрелка).

Больной Б.Ж. 52 года.

Определяется локальное увеличение в размерах головки поджелудочной железы в виде дополнительного узлового образования мягкотканной плотности.

Рисунок 1 – Результаты ультразвукового исследования и компьютерной томографии поджелудочной железы

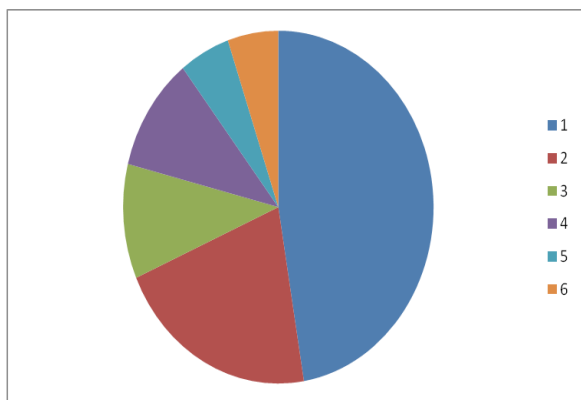


Рисунок 2 – Морфологическая характеристика рака желудка: 1 – малодифференцированная аденокарцинома; 2 – умеренно дифференцированная аденокарцинома; 3 – перстневидный клеточный рак; 4 – недифференцированный рак; 5 – высокодифференцированная аденокарцинома; 6 – плоскоклеточный рак

поступили на лечение с III и IV стадиями заболевания, т. е. уже с распространенным процессом.

Для изучения сопутствующей патологии 2-ю группу больных также условно разделили на две подгруппы: от 34 до 60 лет – 10 больных (52,6%), и старше 60 лет – 9 пациентов (47,4%).

Для статистической обработки результатов исследования использован метод оценки значимости различий двух совокупностей путем применения критерия t-Стьюдента; для ранжирования статистических явлений применен факторный анализ и критерий F (Фишера). Математико-статистическая обработка выполнена с использованием программы “STATGRAPHICS plus for windows” [5].

Изучая аспекты сопутствующих заболеваний у больных раком желудка и раком поджелудочной железы в различных возрастных группах, мы обнаружили определенную закономерность полиморбидности при определенной локализации злокачественного процесса. Так, при раке поджелудочной железы наблюдаются сопутствующие заболевания,

такие как гипертоническая болезнь, пиелонефрит, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет. Тогда, как при раке желудка на первое место выступает ишемическая болезнь сердца, патология печени (в виде желчнокаменной болезни), гипертоническая болезнь.

В таблице 1 представлены данные сопутствующих заболеваний у больных раком поджелудочной железы в зависимости от возраста.

Как видно из таблицы 1, у больных средней возрастной группы достоверно ниже, чем у пациентов старшей возрастной группы наблюдались изменения со стороны печени в виде повышения билирубина, трансаминазы. Все это связано с обтурацией опухолью желчевыводящих протоков, но значительно более выраженное у больных старшей возрастной группы, что говорит о более распространенном процессе у данной категории больных. Пиелонефрит и гиперплазия предстательной железы статистически достоверно чаще встречаются у пациентов старше 60 лет.

У всех больных лечение не было радикальным, однако у больных средней возрастной группы оперативное вмешательство в виде наложения холецистоэнтероанастомоза было произведено у 16 (66,6 %), у 8 (33,3 %) лечение было симптоматическое, во второй подгруппе только 4 больным был наложен анастомоз (33,3 %), у остальных 8 больных лечение не проводилось из-за тяжести состояния (66,7 %).

В таблице 2 представлены данные сопутствующей патологии у больных раком желудка (19 больных).

В группе больных от 40 до 60 лет 8 больным (80 %) было проведено радикальное лечение в виде операции и химиотерапии и только 2 больным было проведено симптоматическое лечение. В группе пациентов старше 60 лет радикальное лечение оказано 4 больным (44,4 %), остальным 63,6 % оказано только симптоматическое лечение.

Как видно из таблицы 2, в группе больных старшего возраста статистически достоверно чаще

Таблица 1 – Сопутствующие заболевания у больных раком поджелудочной железы

Сопутствующие заболевания	Пациенты среднего возраста (40–60 лет), n = 24			Пациенты старшей возрастной группы (свыше 60 лет), n = 12			P
	кол-во больных	%	факторная нагрузка	кол-во больных	%	факторная нагрузка	
Сопутствующая артериальная гипертензия	13	54,2	0,92	6	50	0,84	≥ 0,05
Ишемическая болезнь сердца	20	83,3	0,95	10	83,3	0,96	≥ 0,05
Ожирение	9	37,5	0,66	4	33,3	0,58	≥ 0,05
Патология печени	15	62,5	0,82	11	91,7	1,6	≤ 0,001
Сахарный диабет	9	37,5	0,72	5	41,6	0,79	≥ 0,05
Пиелонефрит	15	62,5	0,83	10	83,3	1,5	≤ 0,001
Гиперплазия предстательной железы	6	25	0,56	10	83,3	1,46	≤ 0,001

Примечание: P – достоверность дается между пациентами старшей возрастной группы и пациентами среднего возраста.

Таблица 2 – Факторы, связанные с феноменом полиморбидности у больных раком желудка

Сопутствующие заболевания	Пациенты среднего возраста 10 (52,6%)			Пациенты старше 60 лет 9 (47,4%)			P
	кол-во	%	факторная нагрузка	кол-во	%	факторная нагрузка	
Артериальная гипертензия	5	50	0,67	6	66,7	0,86	≤ 0,05
Перенесенный инфаркт	-	-	-	2	22,2	0,27	≤ 0,01
Перенесенный инфаркт	3	32,2	0,36	7	77,8	0,95	≤ 0,001
Ишемическая болезнь сердца	3	32,2	0,36	7	77,8	0,95	≤ 0,001
Сопутствующая бронхолегочная патология	-	-	-	3	33,3	0,88	≤ 0,001
Желчнокаменная болезнь	8	80	0,89	7	77,8	0,84	≥ 0,05

Примечание: P – достоверность дается между пациентами возрастных групп.

встречается патология в виде перенесенного инфаркта миокарда, бронхолегочной патологии, ишемической болезни сердца, желчнокаменной болезни.

Эта патология оказывает влияние на течение заболевания, смазывает клиническую картину онкологического процесса и оказывает влияние на решение вопросы радикального лечения онкологического больного.

Таким образом, мы приходим к выводу, что при различных локализациях онкологического процесса полиморбидность проявляется различными сопутствующими заболеваниями. При раке поджелудочной железы наибольшее количество больных имели сопутствующую патологию в виде пиелонефрита, сахарного диабета, артериальной гипертензии, ИБС, а при раке желудка преобладали такие заболевания, как желчнокаменная болезнь, перенесенный инфаркт миокарда, ИБС, бронхолегочная патология.

Все это неблагоприятным фактором ложится на решение выбора лечения онкологического больного. Сформированная полиморбидность уже носит свой собственный независимый характер и является новым патоморфологическим состоянием.

### *Литература*

1. *Зырянов Б.Н.* Рак легкого. Новые подходы в диагностике и лечении / Б.Н. Зырянов, В.С. Сиянов, С.А. Величко и др. Томск, 1997. 346 с.
2. *Полторацкий А.Н.* Факторы, влияющие на клинический выбор врача при назначении специфического лечения рака легкого в пожилом и старческом возрасте / А.Н. Полторацкий, Г.А. Рынак, А.Н. Ильницкий и др. // Материалы 9-й Респуб. конф. Казань, 2002. С. 57–61.
3. *Наумов А.В.* Полиморбидные состояния в практике врача и комплексный подход к их коррекции: лекция / А.В. Наумов. М., 2012.
4. *Reck M.* Phase 111 Trial of CisplatinPlus Gemcitabine With Either Placebo or Bevacizumab As First-Line Therapy for Nonsquamous Non-Small – Cell Lung Cancer: AV Ail / J. Clin. Oncol, 2008. V. 27. P. 1227–34
5. *Рыбалко В.Д.* Параметрическое диагностирование энергетических объектов на основе факторного анализа ТВ среде STATISTICA” / В.Д. Рыбалко // Научно-практический журнал “Exponenta”. Pro 2. 2004. № 6.