

## УСПЕШНОЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМ МЕТАХРОННО-СИНХРОННЫМ РАКОМ

**Соловьёв И.А., Лычёв А.Б.,  
Бромберг Б.Б.\*, Литвинов О.А.,  
Серко В.М., Важничий А.К., Кучев Р.Д.**  
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская  
академия имени С.М. Кирова»,  
Санкт-Петербург

DOI: 10.25881/BPNMSC.2020.75.14.024

**Резюме.** Описано клиническое наблюдение успешного применения эндохирургии и программы ускоренного выздоровления в комплексном лечении больного старческого возраста первично-множественным метакхронно-синхронным раком с наличием у него тяжелой сопутствующей патологии.

**Ключевые слова:** эндохирургия, первично-множественные злокачественные опухоли, метакхронный рак, синхронный рак, программа ускоренного выздоровления.

Первично-множественные злокачественные опухоли – это независимое возникновение и развитие у одного больного двух или более злокачественных новообразований [1; 2]. В связи с возможностью одновременного или последовательного возникновения множественных опухолей различают синхронные множественные опухоли – выявленные одновременно, и метакхронные – выявленные через определенный временной интервал. В настоящее время большинство авторов считают наиболее достоверным и приемлемым интервалом выявления метакхронных опухолей период более 6 месяцев [2; 3].

По статистическим данным на конец 2017 г. в РФ, частота развития первично-множественных злокачественных новообразований составляла 8,1%, контингент больных с первично-множественными опухолями составил 5,3% от общего числа онкологических больных, состоящих на учете [4]. Средний возраст больных с первично-множественными злокачественными новообразованиями, по данным ряда авторов [2–4], составляет 55,6–58,2 года.

Две опухоли при множественных новообразованиях диагностируются у 84,0–100,0% больных, три опухоли – у 9,9–16,0%, четыре – у 1,62%, пять – у 0,095% и семь – у 0,095% [3; 5; 6].

## CLINICAL CASE OF SUCCESSFUL SURGICAL TREATMENT OF THE PATIENT PRIMARY MULTIPLE METHRONE-SYNCHRONOUS CANCER

**Soloviev I.A., Lychev A.B., Bromberg B.B.\*, Litvinov O.A., Serko V.M., Vazhnicliy A.K., Kuchev R.D.**

*S.M. Kirov Military Medical Academy, Saint Petersburg*

**Abstract.** The article presents a unique example of the successful application of endosurgery and accelerated recovery program in the complex treatment of patients of senile age with primary multiple metachronous synchronous cancer with the presence of severe concomitant pathology.

**Keywords:** endosurgery, primary multiple malignancies, metachronous cancer, synchronous cancer, accelerated recovery program.

Лечение больных первично-множественными злокачественными опухолями представляет собой серьезную задачу [7]. С совершенствованием миниинвазивной хирургии одним из основных направлений в лечении больных первично-множественным раком становится минимизация операционной травмы и последующие за этим сокращение количества послеоперационных осложнений и летальности, а также сроков стационарного лечения больных с сохранением качества хирургической помощи [5; 6; 8]. В связи с высоким риском наличия синхронных и появлением метакхронных опухолей у больных первично-множественным раком, имеющейся в большинстве случаев сопутствующей патологией, выбор эндохирургического лечения является более благоприятным с точки зрения течения послеоперационного периода [9–11].

В 2016 г. на XIX Съезде Общества эндоскопических хирургов России (г. Москва) Российским Обществом Хирургов была предложена программа ускоренного выздоровления. В настоящее время она является динамично развивающейся концепцией, убедительно продемонстрировавшей свою эффективность в различных областях современной хирургии [11; 12].

Полученные к настоящему времени в различных исследованиях убедительные результаты свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности применения программы ускоренного выздоровления в хирургическом лечении онкологических заболеваний [13].

Пациент Я., 1936 г.р., в январе 2014 г. госпитализирован в клинику военно-морской хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в экстренном порядке с диагнозом направления: «Желудочно-кишечное кровотечение». В анамнезе пациента обращали на себя внимание наличие сопутствующей патологии, неблагоприятный преморбидный фон. Пациент длительное время страдает ИБС, стенокардией напряжения II функционального класса, гипертонической болезнью II стадии с артериальной гипертензией 2 степени, сахарный диабетом II типа. У пациента атеросклеротический кардиосклероз, хроническая сердечная недостаточность 1 стадии. По поводу атеросклероза аорты и коронарных артерий, дважды (в 2005 и 2010 гг.), выполнялись ангиопластика и стентирование коронарных артерий.

Впервые опухоль (кистоидное образование левой почки диаметром 2 см), была выявлена у пациента в 1987 г., проведено оперативное лечение: резекция нижнего полюса левой почки. Гистологи-

\* e-mail: trebleb82@mail.ru

ческое заключение от 04.05.1987 г. – светло-клеточная аденома почки.

В 2000 г. выполнена аденомэктомия по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы. С 2000 г. находится под наблюдением уролога по месту жительства. В 2010 г. после проведенного контрольного обследования установлен диагноз: «Рак предстательной железы pT<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>», гистологическое исследование от 19.11.2010 г. – аденокарцинома предстательной железы. Проведена гормональная терапия антиандрогеном в монорежиме в течение одного года.

При поступлении в клинику военно-морской хирургии предъявлял жалобы на боли в нижних отделах живота, кровянистые выделения из прямой кишки, снижение массы тела на 8–10 кг, общую слабость, склонность к запорам. В клинике проведено комплексное обследование пациента. Ирригоскопия (14.01.2014 г.) – долихосигма, стенозирующая опухоль сигмовидной кишки на расстоянии 40 см от ануса. Фиброколоноскопия (13.01.2014 г.) – на расстоянии 40 см от ануса сужение кишки до 0,9 см (Биопсия). Долихосигма. Гистологическое заключение по результатам исследования биопсийного материала (19.01.2014 г.) – высокодифференцированная аденокарцинома. По результатам обследования установлен диагноз: рак сигмовидной кишки pT<sub>2</sub>N<sub>x</sub>M<sub>x</sub>. Учитывая старческий возраст пациента, наличие сопутствующей патологии, принято решение о мининвазивном оперативном лечении. 22.01.2014 г. выполнена лапароскопически-ассистированная резекция сигмовидной кишки. Гистологическое исследование препарата: рак сигмовидной кишки pT<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, умеренно-дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки. В послеоперационном периоде осуществляли мероприятия ранней реабилитации и ускоренного восстановления пациента. Пациент выписан из клиники на 9-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии для дальнейшего амбулаторного лечения и наблюдения у онколога по месту жительства. Взят под динамическое наблюдение специалистами клиники военно-морской хирургии академии.

При контрольном обследовании в августе 2014 г., по данным фиброколоноскопии (26.08.2014 г.) – образование нисходящего отдела толстой кишки (на расстоянии 35 см от ануса, в 15 см от сигмо-сигмоанастомоза, бугристое образование красного цвета округлой формы с нечеткими границами, размерами 1,5 × 1,2 × 1,0 см). Гистологическое заключение по резуль-

татам исследования биопсийного материала (02.09.2014 г.) – умеренно-дифференцированная аденокарцинома толстой кишки. 30.09.2014 г. госпитализирован клинику военно-морской хирургии академии для планового оперативного лечения. 02.10.2014 г. выполнена лапароскопически-ассистированная левосторонняя гемиколэктомия. Гистологическое исследование препарата: рак нисходящего отдела толстой кишки pT<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, умеренно-дифференцированная аденокарцинома толстой кишки. Лечение пациента проводилось по программе ускоренного выздоровления. Ранний послеоперационный период без осложнений. Пациент выписан из клиники на 8-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Пациент регулярно, с частотой 1 раз в 3–6 месяцев, проходил контрольное обследование в клинике военно-морской хирургии академии. При очередном контрольном обследовании, по данным компьютерной томографии (19.01.2018 г.) – выявлено образование тела поджелудочной железы овальной формы с четкими контурами, размерами 23 × 48 × 22 мм, с интимно прилежащим к нему дистальным отделом селезеночной вены (Рис. 1). В феврале 2018 г. госпитализирован в клинику военно-морской хирургии академии для планового оперативного лечения. 01.03.2018 г. выполнена лапароскопически-расширенно-комбинированная дистальная гемипанкреатэктомия, спленэктомия. Гистологическое исследование препарата: рак тела поджелудочной железы pT<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, низкодифференцированная аденокарцинома поджелудочной железы с фиброзом и прорастанием за пределы капсулы (Рис. 2, 3). Осложнений в раннем послеоперационном периоде не было, реализована программа ускоренного выздоровления. Пациент выписан из клиники на 15-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

При обследовании в сентябре 2018 г. выявлено очаговое образование в S<sub>10</sub> правого легкого. Компьютерная томография (27.09.2018 г.): в S<sub>10</sub> правого легкого определяется мягкотканое образование, прилежащее к плевре и диафрагме размерами 2,3 × 1,2 × 1,2 см. Учитывая наличие периферического образования нижней доли правого легкого, анамнез пациента, проводился дифференциальный диагноз между метастазом злокачественным новообразованием правого легкого и вторичным опухолевым поражением. В октябре 2018 г. госпитализирован клинику военно-морской хирургии академии для планового оперативного лечения.

09.10.2018 г. выполнена диагностическая торакоскопия, торакоскопическая атипичная резекция нижней доли правого легкого, интраоперационно выполнено срочное цитологическое исследование: в участке легкого определяются структуры высокодифференцированной аденокарциномы, кишечный тип с многоочаговыми некрозами, вероятно всего вторичного генеза. Образование расплывчато как метастаз в S<sub>10</sub> правого легкого. Операция закончена дренированием плевральной полости. Проведено иммуногистохимическое исследование метастаза (16.11.2018 г.): иммунофенотип может соответствовать аденокарциноме желудочно-кишечного тракта или аденокарциноме поджелудочной железы. В по-

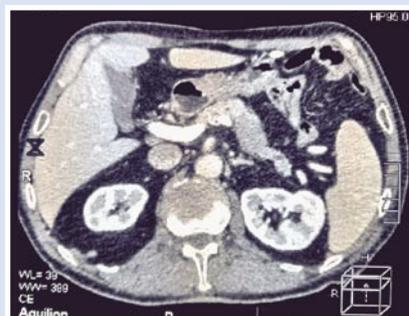


Рис. 1. Компьютерная томограмма (образование тела поджелудочной железы)

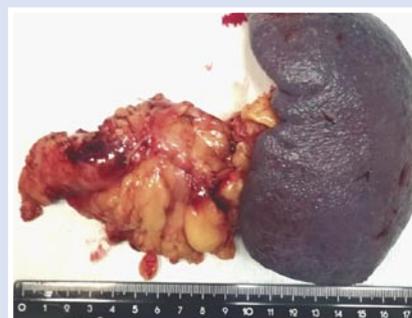


Рис. 2. Препарат: селезенка и удаленная часть поджелудочной железы с опухолью



Рис. 3. Препарат: удаленная часть поджелудочной железы с опухолью на разрезе

слеоперационном периоде осуществлены мероприятия ускоренного восстановления. Пациент выписан из клиники на 7-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Заключительный клинический диагноз: первично-множественный метакронно-синхронный рак: 1) рак предстательной железы pT2N0M0 (курс антиандрогенной терапии в 2010 г.); 2) рак сигмовидной кишки pT<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> (лапароскопически-ассистированная резекция сигмовидной кишки от 22.01.2014 г.); 3) рак нисходящего отдела толстой кишки pT<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> (лапароскопически-ассистированная левосторонняя гемиколэктомия от 02.10.2014 г.); 4) рак тела поджелудочной железы pT<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> (лапароскопическая расширенно-комбинированная дистальная гемипанкреатэктомия. Спленэктомия от 01.03.2018 г.). Прогрессирование от сентября 2018 г. Метастаз в S<sub>10</sub> правого легкого.

Пациент находится на амбулаторном лечении у онколога по месту жительства, проводится курс химиотерапии препаратом «Карбоплатин». При контрольном осмотре через 2 месяца состояние пациента стабильное, жалоб не предъявляет, питается по общему столу, потери массы тела нет, контрольные анализы крови в пределах нормы.

Успешное лечение больных первично-множественным раком пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией и неблагоприятным преморбидным фоном заключается в последовательном, этапном, раннем, радикальном миниинвазивном хирургическом лечении каждой последующей злокачественной опухоли, с дальнейшим проведением непрерывного динамического наблюдения.

Применение эндохирургии и программы ускоренного выздоровления у таких пациентов, позволяет улучшить течение раннего послеоперационного периода, уменьшить постоперационный болевой синдром, снизить риск гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде, обеспечить раннее восстановление моторики кишечника и раннее возвращение к пероральному

питанию, сократить сроки реабилитации и нахождения в стационаре, позволяет сократить срок предоперационной подготовки к прогностически возможным последующим оперативным вмешательствам по поводу синхронных и метакронных опухолей, а также позволяет быстро начать адъювантную химиотерапию.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).**

#### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Гореликова О.Н. Первично-множественные злокачественные опухоли // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. — 1992. — Т.4. — №3. — С. 53–62. [Gorelikova ON. Multiple primary malignant neoplasms. Herald of N.N. Blokhin Cancer Research Center RAMS. 1992;4(3):53–62. (In Russ).]
2. Степанова Ю.А., Калинин Д.В., Вишневецкий В.А. Первично-множественные опухоли (обзор литературы) // Медицинская визуализация. — 2015. — №6. — С. 93–102. [Stepanova YuA, Kalinin DV, Vishnevskiy VA. Multiple primary neoplasms (literature review). Medical visualization. 2015;(6):93–102. (In Russ).]
3. Попова Т.Н. О первично-множественных синхронных злокачественных новообразованиях // Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal). — 2018. — №4 (часть 1). — С. 18–34. [Popova TN. About primary-multiple synchronous malignant neoplasms. Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal). 2018;(4 Pt 1):18–34. (In Russ).]
4. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2018. [Sostoyaniye onkologicheskoi pomoshchi naseleniyu Rossii v 2017 godu. Ed by A.D. Kaprin, V.V. Starinskii, G.V. Petrova. Moscow: MNI OI im. P.A. Gercena; 2018. (In Russ).]
5. Li X, Kang J, Pan Q, et al. Genetic analysis in a patient with nine primary malignant neoplasms: a rare case of Li-Fraumeni syndrome. *Oncol Rep*. 2016; 35(3):1519–1528. doi: 10.3892/or.2015.4501.
6. Murakami M, Kimura T, Iwamoto M, et al. [A case of metachronous cancer originating from five different organs. (In Japanese).] *Hinyokika Kyo*. 2018;64(5):231–234. doi: 10.14989/ActaUrolJ-ar\_64\_5\_231.
7. Скоропад В.Ю., Рагулин Ю.А., Рухадзе Г.О., и др. Успешное лечение первично-множественного метакронного рака желудка и ободочной кишки // Онкохирургия. — 2013. — Т.5. — №3. — С. 30–34. [Skoropad VYu, Ragulin YuA, Rukhadze GO, et al. A case of the successful treatment of primary-multiple metachronous cancer of the stomach and the colon. *Onkokhirurgiya*. 2013;5(3):30–34. (In Russ).]
8. Котив Б.Н., Чуприна А.П., Ясученя Д.А., и др. Одновременная билатеральная резекция легкого в лечении метастазов колоректальной аденокарциномы у пациента с первично-множественным раком прямой кишки и предстательной железы // Новости хирургии. — 2012. — Т.20. — №3. — С. 122–124. [Kotiv BN, Chuprina AP, Yasyuchenya DA, et al. Odnomomentnaya bilateral'naya rezektsiya legkogo v lechenii metastazov kolorektal'noi adenokartsinomy u patsienta s pervichno-mnozhestvennym rakom pryamoj kishki i predstatel'noi zhelezy. *Novosti khirurgii*. 2012;20(3):122–124. (In Russ).]
9. Riviere D, Gurusamy KS, Kooby DA, et al. Laparoscopic versus open distal pancreatectomy for pancreatic cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4: CD011391. doi: 10.1002/14651858.
10. Chen K, Liu XL, Pan Y, et al. Expanding laparoscopic pancreaticoduodenectomy to pancreatic head and periampullary malignancy: major findings based on systematic review and meta-analysis. *BMC Gastroenterol*. 2018;18(1):102. doi: 10.1186/s12876-018-0830-y.
11. Liu X, Feng F, Wang T, et al. Laparoscopic pancreaticoduodenectomy for metastatic pancreatic melanoma: a case report. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(44):e12940. doi: 10.1097/MD.00000000000012940.
12. Денисенко В.Л., Гаин Ю.М., Котив Б.Н. Методика быстрого (ускоренного) выздоровления больных осложнённым колоректальным раком // Вестник Российской Военно-медицинской академии. — 2014. — №4. — С. 18–23. [Denisenko VL, Gain YuM, Kotiv BN. "Fast-Track Recovery" technique in treatment of colorectal cancer complicated patients. *Vestnik Rossiiskoi voenno-meditsinskoi akademii*. 2014;(4):8–23. (In Russ).]
13. Сизоненко Н.А., Суров Д.А., Соловьёв И.А., и др. Применение концепции fast track в хирургическом лечении больных колоректальным раком, осложнённым острой обтурационной непроходимостью // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. — 2018. — Т.13. — №2. — С. 62–68. [Sizonenko NA, Surov DA, Soloviev AI, et al. The application of the concept of fast track in surgical treatment of patients with colorectal cancer complicated by acute obstruction. *Bulletin of Pirogov National Medical & Surgical Center*. 2018;13(2):62–68. (In Russ).]