

левостороннюю гемигепатэктомию. Срединная лапаротомия дополнена правосторонним поперечным разрезом.

Течение послеоперационного периода без осложнений.

По данным планового гистологического исследования рак желудка сложного строения — малодифференцированная тубулярная аденокарцинома в сочетании со слизистой аденокарциномой с наличием перстневидных клеток, выраженным периваскулярным и периневральным ростом, изъязвлением, прорастанием во все слои стенки желудка и пищевода, в жировую клетчатку, микроочагом инвазии серозного покрова. В проксимальном и дистальном краях резекции опухолевого роста не выявлено. В двух из 16 исследованных лимфатических узлов по малой кривизне имеются метастазы рака с инвазией окружающей жировой клетчатки. В печени высокодифференцированный гепатоцеллюлярный рак на фоне цирроза с обширными очагами некроза, кровоизлияниями, сосудистой инвазией. Опухоль удалена в пределах здоровых тканей. Метастазов в лимфатических узлах ворот печени не выявлено.

Клинический диагноз: первично-множественный синхронный рак: рак верхней трети желудка с переходом на пищевод IIIA стадии, pT3N1M0; рак левой доли печени IIIA стадии, pT3N0M0.

Тактика дальнейшего лечения обсуждена с химиотерапевтом: с учетом радикального характера операции и стадии опухолевого процесса дополнительное лекарственное лечение не показано. На 16-е сутки послеоперационного периода пациент выписан под наблюдение онколога по месту жительства.

В настоящее время находится под динамическим наблюдением без признаков прогрессирования заболевания. При рентгенологическом контроле анастомоз проходим, эвакуация не нарушена (рис. 4). Лабораторные показатели удовлетворительные.

При анализе зарубежной литературы нами обнаружены единичные публикации по данной проблеме. Так, в работе N. Koide и соавт. [6] приведены результаты лечения 396 больных раком желудка и 340 больных гепатоцеллюлярным раком. Синхронные опухоли желудка и печени выявлены у 10 (2,6%) больных. Радикальные вмешательства произведены у 8 из 10 больных. По сравнению с контрольной группой выживаемость при первично-множественном раке желудка и печени достоверно не различалась за исключением группы раннего рака желудка, где наличие синхронной опухоли в печени значительно ухудшило прогноз ($p < 0,01$) [6].

В работе T. Uenishi и соавт. [7] приводится опыт 13 радикальных вмешательств у больных синхронным раком желудка и печени. При последующем наблюдении у 7 из 13 больных развился рецидив гепатоцеллюлярного рака, в то время как рецидив рака желудка отмечен лишь у 1 больного. Таким образом, по мнению авторов, прогноз у больных с первично-множественным синхронным раком желудка и печени определяет течение гепатоцеллюлярного рака [7].

Остальные публикации посвящены описанию единичных клинических наблюдений, где применялись различные методы хирургического и консервативного лечения.

В целом следует отметить, что выполнение симультанных операций на желудке и печени, как правило, не сопровождается тяжелыми послеоперационными осложнениями и высокой летальностью [5—7]. Единственным отягощающим моментом является наличие сопутствующего цирроза печени, при котором возрастает риск печеночной недостаточности, а также длительной лимфореи после лимфаденэктомии [5].

В отечественной литературе мы не обнаружили работ, посвященных данной проблеме.

Заключение

Таким образом, обнаружение патологических очагов в печени у больного раком желудка является основанием для проведения дифференциальной диагностики между метастатическим поражением и первично-множественным раком печени с обязательной морфологической (гистологической) верификацией.

Наличие синхронных опухолей желудка и печени не является противопоказанием к хирургическому лечению. При удовлетворительном общем состоянии, отсутствии выраженной сопутствующей патологии, декомпенсированного цирроза печени возможно успешное выполнение симультанных операций.

Одномоментные резекции желудка и печени не сопровождаются высокой частотой послеоперационных осложнений и летальностью. Отдаленные результаты лечения больных с синхронным раком желудка и печени в значительной степени определяются распространенностью и течением гепатоцеллюлярного рака.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2008 году / Под ред. В. И. Чиссова и др. — М., 2010.
2. Первично-множественные злокачественные опухоли: Руководство для врачей / Под ред. В. И. Чиссова, А. Х. Трахтенберга. — М.: Медицина, 2000.
3. Chang J. Y., Kim B. H., Hong S. W. et al. // Korean J. Intern. Med. — 2003. — Vol. 18, N 2. — P. 115—118.
4. Eom B. W., Lee H. J., Yoo M. W. et al. // Am. J. Gastroenterol. — 1996. — Vol. 91, N 4. — P. 754—758.
5. Isozaki H., Okajima K., Ichinona T. et al. // Surg. Today. — 1997. — Vol. 27, N 1. — P. 17—21.
6. Koide N., Hanazaki K., Fujimori Y. et al. // Tunis Med. — 2006. — Vol. 84, N 5. — P. 321—323.
7. Uenishi T., Kubo S., Hirohashi K. et al. // Hepatogastroenterology. — 1998. — Vol. 45, N 20. — P. 492—495.

Поступила 25.04.11

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011

УДК 618.11-006.6-033.2:616.831-089-059

И. В. Решетов¹, А. М. Зайцев¹, Е. В. Филоненко¹, М. И. Куржупов²

НАБЛЮДЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИМОЗГОВЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ЯИЧНИКОВ

¹ФГБУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена (дир. — акад. РАМН В. И. Чиссов) Минздравсоцразвития России; ²ГУ Научно-исследовательский институт нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко (дир. — акад. РАН и РАМН А. Н. Коновалов)

Проведено наблюдение, которое демонстрирует эффективность комбинированного лечения внутримозговых метастазов, включающего хирургическое удаление метастаза с интраоперационной флюоресцентной диагностикой и фотодинамической терапией ложа удаленной опухоли и последующим облучением головного мозга. Больная жива в течение 17 мес после выявления внутримозговых метастазов.

Ключевые слова: рак яичников, внутримозговые метастазы, хирургическое лечение, интраоперационная флюоресцентная диагностика и фотодинамическая терапия.

A CASE OF EFFECTIVE COMBINATION TREATMENT FOR INTRACEREBRAL METASTASES FROM OVARIAN CANCER

I. V. Reshetov¹, A. M. Zaitsev¹, E. V. Filonenko¹, M. I. Kurzhupov²¹P. A. Herzen Moscow Oncology Research Institute, Ministry of Health and Social Development of Russia; ²N. N. Burdenko Neurosurgery Research Institute

The described clinical case demonstrates the efficiency of combination treatment for intracerebral metastases, which involves surgical removal of metastasis with intraoperative fluorescence diagnosis and photodynamic therapy for the bed of a removed tumor, followed by brain radiation. The patient has been alive for 17 months since intracerebral metastases were detected.

Key words: ovarian cancer, intracerebral metastases, surgical treatment, intraoperative fluorescence diagnosis, photodynamic surgery.

Внутричерепные метастазы — наиболее часто встречающиеся у взрослого населения интракраниальные опухоли. В Российской Федерации нет четкой статистики по выявляемости внутричерепных метастазов у онкологических больных; в США, по данным разных авторов, выявляется от 98 000 до 170 000 новых случаев метастатического поражения головного мозга в год [1, 4, 6, 7]. По данным аутопсий большинство метастазов имеет округлую форму, хорошо отграничено от окружающих мозговых тканей, однако на микроскопическом уровне отмечен инфильтративный рост [3]. Несмотря на определенные успехи нейроонкологов в лечении больных с метастазами злокачественных опухолей в головном мозге, в течение последних лет отдаленные результаты остаются неудовлетворительными. По данным RTOG (1991), все пациенты с внутричерепными метастазами делятся на 3 класса RPA (Recursive partitioning analysis of prognostic factors) в зависимости от индекса Карновского, контролируемости первичного заболевания, возраста, наличия экстракраниальных метастазов [2] (табл. 1). После выявления метастатического поражения головного мозга медиана выживаемости больных в зависимости от класса RPA составляет: без лечения — в среднем 1 мес, при добавлении кортикостероидов — 2 мес, после облучения всего головного мозга (ОВГМ) — 2—7 мес, при использовании стереотаксической радиохирургии (СРХ) — 5,5—14 мес, при использовании хирургии или радиохирургии в сочетании с ОВГМ — 6—15 мес [5] (табл. 2).

Все изложенное выше стимулирует поиск новых методик, способных улучшить результаты лечения этой категории пациентов без ухудшения качества жизни.

В течение длительного времени ведутся исследования по применению фотодинамической терапии (ФДТ) и флюоресцентной диагностики (ФД) при лечении опухолей головного мозга.

Приводим собственное клиническое наблюдение.

Б о л ь н а я Р., 57 лет. По поводу рака яичников в онкологическом диспансере Твери в 2007 г. проведено комбинированное лечение: 4 сентября 2007 г. операция — экстирпация матки с придатками, 7 курсов полихимиотерапии (ПХТ): цисплатин 120 мг + циклофосфан 1 г, завершено в декабре 2007 г. Морфологическое исследование: умеренно дифференцированная серозная аденокарцинома яичников. 18 апреля 2009 г. на фоне приступа головной боли эпизод потери сознания, после чего появились сходящееся косоглазие, нарушение зрения, шаткость походки, которые затем постепенно нарастали. 14 мая 2009 г. выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга — выявлены объемные образования в правой височной и левой теменно-затылочной областях (рис. 1, 2).

8 июля 2009 г. больная поступила в МНИОИ им. П. А. Герцена для хирургического лечения. 13 июля 2009 г. произведено удаление метастатической опухоли в правой височной области с интраоперационной ФД и ФДТ. Послеоперационный период протекал гладко. Контрольная КТ подтвердила удаление опухоли (рис. 3).

27 июля 2009 г. произведено удаление метастатической опухоли в левой теменно-затылочной области с интраоперационной

Для корреспонденции: *Зайцев А. М.* — канд. мед. наук, рук. группы нейроонкологии; 125284, Москва, 2-й Боткинский пр., д. 3, e-mail: mniioi@mail.ru; *Куржупов М. И.* — аспирант НИИ нейрохирургии.

ФД и ФДТ. Послеоперационный период протекал гладко, заживление раны первичное, швы сняты. Контрольная КТ подтвердила удаление опухоли (рис. 4).

Морфологическое исследование: среди обширного некроза имеется разрастание умеренно дифференцированной аденокарциномы сосочкового и папиллярного строения.

С 31 августа 2009 г. по 16 сентября 2009 г. больная находилась на стационарном лечении в радиологическом отделении онкологического диспансера Твери, где проведена дистанционная гамма-терапия: РОД 3 Гр до СОД 30 Гр на аппарате «Гератрон».

Проведено 4 курса полихимиотерапии (карбоплатин 450 мг + циклофосфан 1200 мг): 30 сентября, 28 октября, 21 ноября и 18 декабря 2009 г. Полихимиотерапию больная перенесла удовлетворительно.

Далее больная наблюдалась амбулаторно. Каждые 3 мес проводили контрольную магнитно-резонансную томографию головного мозга с контрастным усилением (рис. 5, 6). В течение 15 мес после операции с ФД и ФДТ нет продолженного роста опухоли в левой теменно-затылочной области (рис. 7), но отмечен рецидив в правой височной области (рис. 8).

Заключение

Приведенное наблюдение демонстрирует эффективность комбинированного лечения внутричерепных метастазов, включающего хирургическое удаление метастаза с интраоперационной ФД и ФДТ ложа удаленной опухоли. У больной только через 15 мес после операции отмечен рецидив внутричерепного метастаза в правой височной области, а в левой теменно-затылочной области рецидива нет. По данным литературы, средняя выжи-

Таблица 1

Определение класса RPA

Показатель	RPA		
	1	2	3
Индекс Карновского	Более 70	Более 70	Менее 70
Контролируемость первичного заболевания	Контролируемо	Неконтролируемо	Любой статус
Возраст, годы	Менее 65	Более 65	Любой
Наличие экстракраниальных метастазов	Нет	Есть	Любой статус

Таблица 2

Медиана выживаемости больных в зависимости от лечения и класса RPA по данным RTOG

Вид лечения	Число больных	Медиана выживаемости, мес		
		класс RPA 1	класс RPA 2	класс RPA 3
ОВГМ	1176	7,1	4,2	2,3
СРХ	268	14	8,2	5,3
СРХ + ОВГМ	301	15,2	7	5,5
Хирургическое + ОВГМ	125	14,8	9,9	6,0

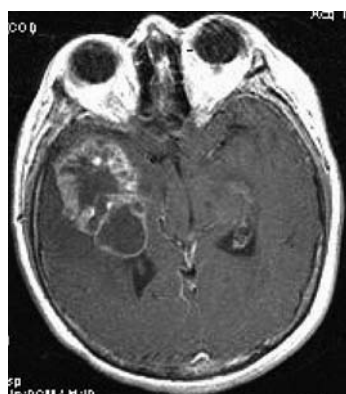


Рис. 1. Магнитно-резонансная томограмма головного мозга в T1-режиме с контрастным усилением до операции. Опухоль в правой височной области.

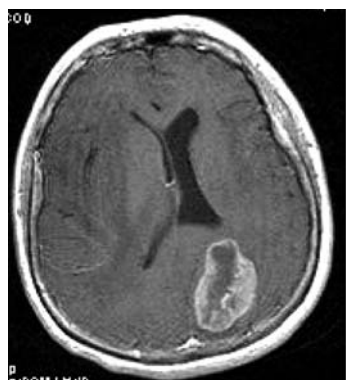


Рис. 2. Магнитно-резонансная томограмма головного мозга в T1-режиме с контрастным усилением до операции. Опухоль в левой теменно-затылочной области.



Рис. 3. Компьютерная томограмма головного мозга с контрастным усилением после удаления опухоли в правой височной области.

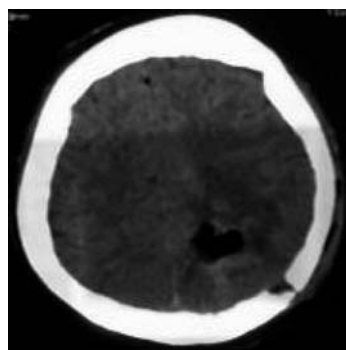


Рис. 4. Компьютерная томограмма головного мозга с контрастным усилением после удаления опухоли в левой теменно-затылочной области.

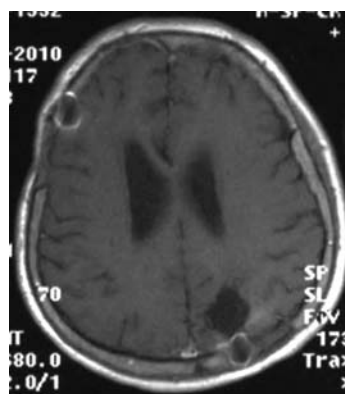


Рис. 5. Магнитно-резонансная томограмма головного мозга в T1-режиме с контрастным усилением. Апрель 2010. Продолженного роста опухоли в левой височной области нет.

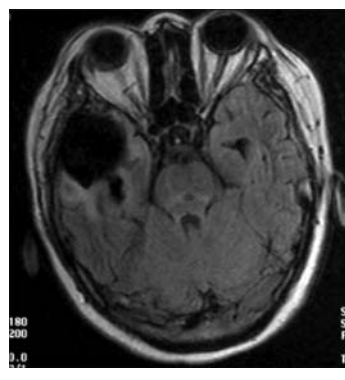


Рис. 6. Магнитно-резонансная томограмма головного мозга в T1-режиме с контрастным усилением. Апрель 2010. Продолженного роста опухоли в правой теменно-затылочной области нет.



Рис. 7. Магнитно-резонансная томограмма головного мозга в T1-режиме с контрастным усилением. Октябрь 2010 г. Рецидива в левой теменно-затылочной области нет.

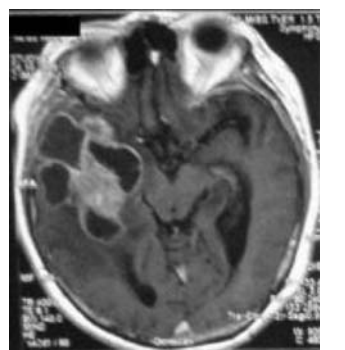


Рис. 8. Магнитно-резонансная томограмма головного мозга в T1-режиме с контрастным усилением. Октябрь 2010 г. Рецидив в правой височной области.

ваемость больных с метастатическим поражением головного мозга 3-го RPA-класса, у которых применяли хирургическое лечение внутримозгового метастаза с последующим ОБГМ, не превышает 6 мес с момента его выявления [5]. В нашем наблюдении пациентка жива 17 мес, социально активна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коршунов А. Г. // Клиническая неврология / Под ред. А. Н. Коновалова. 2004. — Т. 3, ч. 1. — С. 171.
2. Gaspar L., Scott C., Rotman M. et al. // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. — 1997. — Vol. 37. — P. 745—751.
3. Henson R. A., Urich H. Cancer and the Nervous System. — London, 1982.
4. Larson D., Rubenstein J., McDermott M. // Cancer Principles and Practice of Oncology / Eds. V. J. Jr. De Vita et al. — 2004. — P. 2323—2398.
5. Mehta M., Khuntia D. // J. Neurosurg. — 2005. — Vol. 57, N 5. — P. 54—55.
6. Pollock B. E., Brown P. D., Foote R. L. et al. // J. Neurooncol. — 2003. — Vol. 61. — P. 73—80.
7. Posner J. B. // Rev. Neurol. (Paris). — 1992. — Vol. 148. — P. 477—487.

Поступила 18.11.10