

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Кафедра хирургии № 2 ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ МЗ России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4.

В работе представлен собственный материал длительной ремиссии в отдаленный послеоперационный период у 5 больных, перенесших радикальное хирургическое вмешательство по поводу злокачественных опухолей. У двух больных выполнена правосторонняя гемигепатэктомия: у одного – по поводу гепатоцеллюлярного рака, у другого – метастаз меланомы в правую долю печени. Два случая панкреатодуоденальной резекции у больных с аденокарциномой головки ПЖ. Одна больная со струмэктомией по поводу медуллярного рака щитовидной железы. Сроки наблюдения от 9 до 19 лет. Аджьювантной химиотерапии не было ни в одном случае в силу функциональной соматической недостаточности либо отказа больного. Практический опыт указывает на сложный системный регуляторный механизм длительной ремиссии у онкологических больных. Это требует пожизненного динамического наблюдения с использованием объективных маркеров возможного рецидива заболевания.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, ремиссия, хирургическое лечение.

A. M. MANUYLOV, D. A. SUKHINOV, F. U. KHUBIEVA, K. A. RAMADAN

CASE REPORTS LONG-TERM REMISSION IN PATIENTS AFTER SURGICAL TREATMENT OF MALIGNANT TUMORS

Department of surgery № 2 State budgetary educational institution
of higher professional education of the Kuban state medical university,
Ministry of health of the Russian Federation,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4

We present our own material long-term remission in the late postoperative period in 5 patients who underwent radical surgery for malignant tumors. Two patients underwent right-hemihepatectomy: one on the hepatocellular carcinoma, the other – melanoma metastases in the right lobe of the liver. Two cases of pancreatoduodenectomy in patients with adenocarcinoma of the pancreatic head. One patient with strumectomy about medullary thyroid cancer. Period varied from 9 to 19 years. Adjuvant chemotherapy was not in any case, because of the functional somatic disease, or failure patient. Practical experience has shown the complex regulatory mechanism system long-term remission in patients with cancer. This requires a lifetime of follow-up using objective markers of a possible relapse.

Key word: malignant tumors, remission, surgical treatment.

Введение

Радикальное хирургическое лечение злокачественных новообразований насчитывает более 100 лет. Если принять во внимание отработанные хирургами-онкологами стандарты выполнения операций, то понятной является хирургическая «архитектура» объема вмешательства по общепризнанным условиям технологиям: удаление опухоли с обязательной лимфодиссекцией в объемах либо Д2, либо Д3. Это объясняет возможность радикальности при лимфатическом распространении опухоли в регионарные лимфатические узлы. Естественно желание больного и хирурга добиться излечения от опухолевой болезни. Оптимизм этого тандема (хирург, больной) резко возрастает при успехе более 3–4 лет безрецидивного течения послеоперационного периода. Устойчивым маркером удачной операции считают 5-летний, а иногда и 10-летний период проживания больного после операции без признаков рецидива. Несмотря на множество теорий онкогенеза, остаются непонятными так называемые «дремлющие» метастазы, имитирующие выздоровление [4, 6]. Мы нашли интересным представить свои клинические наблюдения у пяти больных с отдаленными результатами после радикальных хирургических операций, выполненных по поводу злокачественных новообразований. Примечательно, что

ни в одном случае не была проведена адьювантная химиотерапия.

Методика исследования и результаты

Мы хотим представить вашему вниманию пять клинических наблюдений отдаленных результатов лечения злокачественных опухолей у больных с длительной ремиссией заболевания. Основа хирургических технологий включала радикальную операцию с удалением регионарных лимфатических узлов в объеме Д2. У всех больных в послеоперационном периоде отсутствовала химиотерапия в силу их отказа, соматической недостаточности или возраста. Для наглядности возраст больных, объем хирургического вмешательства, диагноз и результаты отдаленного послеоперационного периода представлены в таблице.

В апреле 2011 г. в 1-е хирургическое отделение Краснодарской городской клинической больницы скорой медицинской помощи (КГК БСМП) госпитализирована больная А. 57 лет с жалобами на слабость, головокружение, боли в животе, снижение массы тела. Из анамнеза: в апреле 2000 г. оперирована в офтальмологическом отделении Краснодарской краевой клинической больницы (КККБ) им. С. В. Очаповского по поводу новообразования левого глаза, вторичной отслойки сетчатки. Больной произведена энуклеация

Объем хирургического вмешательства и прогноз отдаленного периода

Больной, возраст	Диагноз	Операция	Ремиссия	Маркер	Клиника, КТ-, УЗИ- данные	Прогноз операции и отдаленные результаты
Б-й, К., 68 лет	Аденокарцинома головки поджелудочной железы (ПЖ)	Панкреатодуоденальная резекция (ПДР)	12 лет	СА 19-9	Генерализация процесса, множественные метастазы в печень, асцит	-
Б-я, А., 46 лет	Меланома глаза	Энуклеация глаза, 2000 г.	11 лет	-	Метастаз в печень, 2011 г.	Правосторонняя гемигепатэктомия, 2011 г.
Б-й, Т., 65 лет	Гепатоцеллюлярный рак, гепатит В, метастаз в печень через год	Гемигепатэктомия, 2002 г.; термоабляция метастатического узла, 2003 г.	11 лет	-	-	+
Б-я, Ш., 36 лет	Медуллярный зоб	Струмэктомия	9 лет	Кальцитонин	-	+
Б-й Я., 55 лет	Аденокарцинома головки ПЖ	Панкреатодуоденальная резекция	19 лет	СА 19-9	-	+

левого глазного яблока. По данным гистологического исследования от 26.04.2000 – меланома с прорастанием склеры. С ноября 2010 г. больную стали беспокоить боли в животе, слабость, головокружение, снижение веса. При компьютерной томографии (КТ) (рис. 1) брюшной полости выявлено в VI, VII, VIII сегментах печени мягкотканное кистозно-некротическое образование 10,8х13,5 см с пристеночными мягкоткаными компонентами, не реагирующее на введение контрастного вещества. Портальной билиарной гипертензии нет, ворота печени структурны. Признаков абдоминальной и тазовой лимфаденопатии не выяв-

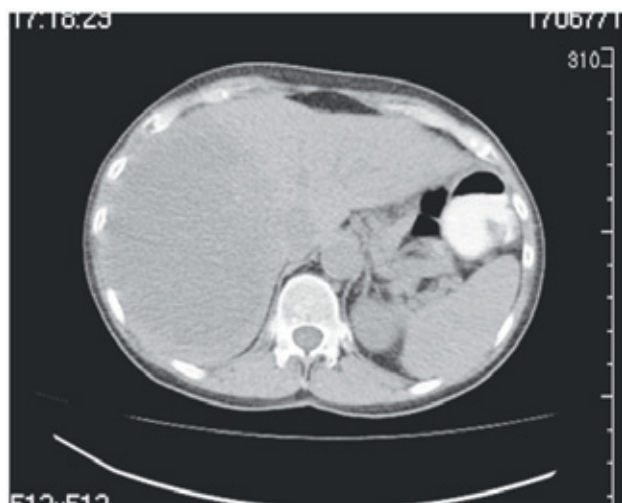


Рис. 1. КТ-грамма больной А., 57 л., до операции

лено. В плевральных полостях с обеих сторон свободная жидкость: справа – 1,8 см, слева – 0,7 см толщиной. Заключение: объемное образование правой доли печени с КТ-признаками МТС. Малый двусторонний гидроторакс. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) выявлено увеличение правой доли печени до 184 мм, левая – 53 мм. Контур ровный, эхогенность нормальная, эхоструктура однородная, внутрипеченочные протоки не расширены, практически всю правую долю занимает округлое образование 140х137 мм с ровными четкими контурами гетерогенной структуры. 7.04.11 г. больной произведена операция: правосторонняя гемигепатэктомия с лимфодиссекцией гепатодуоденальной связки. Патолого-гистологический диагноз: недифференцированная опухоль высокой степени злокачественности. При достоверно верифицированном диагнозе меланомы в анамнезе можно думать о метастазе.

Послеоперационный период без особенностей. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 11-е сутки. Повторно госпитализирована для проведения контрольного обследования через 2 месяца после операции. Как мы видим на КТ-граммах (рис. 2, 3), определяется хорошая регенерация удаленной правой доли печени.

Непредсказуемость этой опухоли позволяет отнести ее к разряду самых загадочных биологических феноменов. В целом прогноз жизни при меланоме глаза зависит от ряда факторов: локализации, размеров опухоли, стадии процесса, времени от начала лечения и др. К особенностям клинического течения меланомы глаза, особенно интраокулярной локализации, относятся возможность метастазирования в поздние сроки после лечения первичного очага. Чаще метастазами

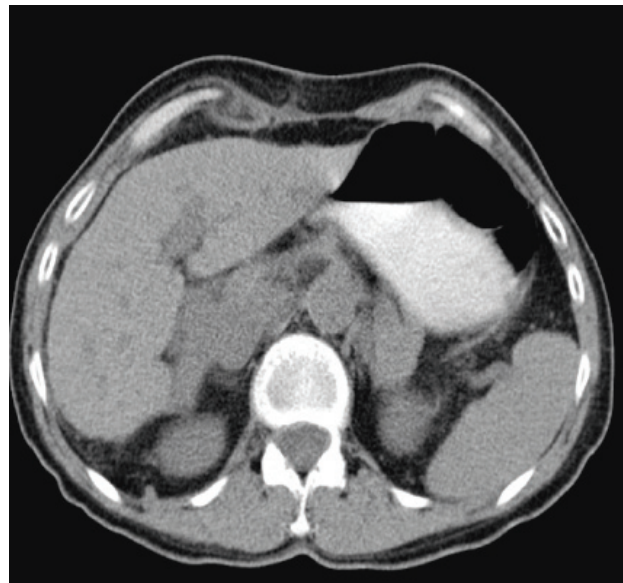


Рис. 2, 3. КТ-грамма больной А., 57 лет, через 2 месяца после операции

меланомы поражается печень, хотя и сочетается с метастазами в других органах и тканях через 5, 10, 15, 20 и более лет после лечения, и больные иногда поступают в онкологические учреждения по поводу «нового» опухолевого заболевания [4, 5]. Описаны случаи возникновения метастаза в отсутствие первичного очага через 42 года после энуклеации или на фоне плоского полностью регрессировавшего узла. Полагают, что такая особенность присуща именно меланомам глаза. Смертность от гематогенного метастазирования после удаления пораженного меланомой глаза достигает 50–76% в течение первых пяти лет после операции.

Следующий клинический случай связан с заболеванием щитовидной железы. 26.11.12 г. в 1-е хирургическое отделение КГК БСМП госпитализирована больная Ш., 62 лет. Из анамнеза: в 2003 г. больная оперирована по поводу медуллярного рака щитовидной железы, произведена струмэктомия. В течение последних 3 месяцев при плановом лабораторном исследовании у больной выявлен высокий уровень кальцитонина крови, до 180 пг/мл. При УЗИ шеи у больной обнаружен параульнарный л/у слева размером 6х5 мм. Произведенная

тонкоигольная аспирационная биопсия л/у выявила метастаз медуллярного рака в л/узел. Компьютерная томография шеи (рис. 4) не информативна.

29.11.12 г. произведена операция: шейная лимфодиссекция, при которой удалены пакеты паратрахеальных лимфатических узлов, паравазальных лимфатических узлов справа, паразофагеальных и паравазальных лимфатических узлов слева. При удалении паразофагеальной клетчатки и паравазальной в области внутренней сонной артерии выявлены два подозрительных мелких (до 0,4–6 см в диаметре) лимфатических узла, несколько отличающихся от остальных лимфатических узлов плотностью и сероватым цветом на сечении. При гистологическом исследовании выявлены метастазы медуллярного рака. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 19-е сутки после операции. Через два месяца после операции уровень кальцитонина в плазме крови 0,14 пг/мл.

Мы задаемся вопросом: какие механизмы развития происходили в опухолевой клетке в течение девяти лет, ведь медуллярный рак по своему клиническому течению более агрессивен по сравнению с папиллярными и фолликулярными карциномами? Опухоль имеет более выраженные локальные инвазивные свойства, характеризуется ранним регионарным (до 70%) и отдаленным (до 35%) метастазированием с преимущественным поражением средостения, легких, печени, костей скелета, головного мозга.

Интересен результат хирургического лечения рака головки ПЖ у молодого человека. В 1993 г. больной Я., 37 лет, оперирован по поводу опухоли головки ПЖ, механической желтухи в объеме ПДР. Послеоперационный период благополучный. Гистологический диагноз: умеренно дифференцированная аденокарцинома. От предложенной химиотерапии больной отказался, выписан домой на 11-е сутки. Периодически проходил обследование в условиях центральной районной и краевой больниц. В январе 2013 г. в КГК БСМП госпитализирован для очередного обследования. Соматических заболеваний не выявлено. Уровень сахара в пределах нормы. Больной продолжает работать агрономом в колхозе. На протяжении 19 лет после операции боль-



Рис. 4. КТ-грамма шеи через 9 лет после струмэктомии

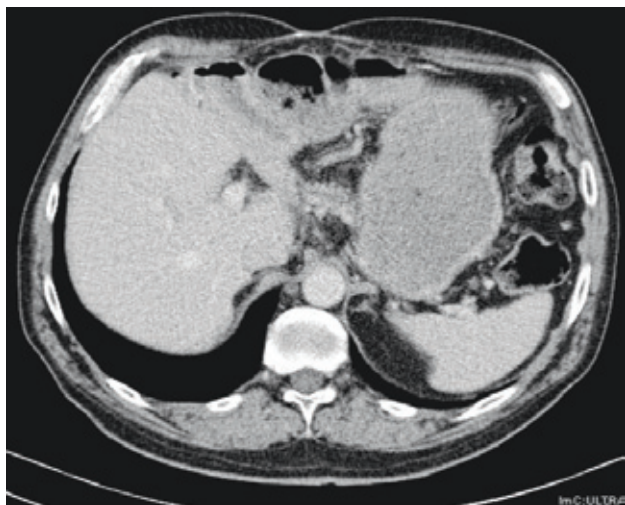


Рис. 5. Компьютерная томография через 19 лет после операции

ной ведет активный образ жизни. Произведенная КТ (рис. 5) подтвердила отсутствие у больного признаков рецидива опухолевого процесса.

После проведения консервативной терапии в течение 3 дней полностью купирован болевой синдром, исчезли проявления панкреатита. Больной выписан в удовлетворительном состоянии. Как известно, средняя продолжительность жизни больных с опухолями головки ПЖ – 15–28 месяцев, 5 лет после операции выживают около 3% больных. Сравнивая это клиническое наблюдение с описанными выше, мы задаемся вопросом: считать ли данный случай длительной ремиссией или речь может идти о полном излечении больного?

Следующий случай длительной ремиссии после ПДР относится к возрастному человеку, К., 68 лет, который был радикально оперирован по поводу высокодифференцированной аденокарциномы. В химиотерапии больному было отказано в связи с кардиальными проблемами: перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе, гипертоническая болезнь в стадии медикаментозной ремиссии. Выписан из стационара на 14-е сутки. В связи с отъездом за рубеж для постоянного проживания дальнейшая информация была получена от родственников больного. Больной прожил 16 лет и умер от метастатического генерализованного рака брюшной полости в возрасте 84 лет.

И, наконец, представляет интерес хирургическое лечение гепатоцеллюлярного рака на фоне гепатита В, формирующегося компенсированного цирроза печени больного Т., 66 лет, который был оперирован в объеме правосторонней гемигепатэктомии. Послеоперационный период благополучный. Больной выписан на 10-е сутки. Через 13 месяцев выявлен метастаз опухоли в 3-м сегменте печени диаметром 2 см. Выполнена термоабляция. В послеоперационном периоде регулярный контроль динамики состояния печени. Получал гепатотропную терапию. От химиотерапии воздержался. В течение 12 лет устойчивая ремиссия.

Естественно, возникают вопросы, на которые однозначного ответа нет. В чем причина длительной ремиссии, как правило годы, у некоторых больных с опухолевой болезнью до внезапного проявления рецидива заболевания? Чем вызван период благополучия при явно «дремлющих» метастазах?

Обсуждение

Развитие опухоли принято характеризовать как неустойчивое равновесие между нею и организмом, которое в любой момент может быть нарушено. Неустойчивость такого равновесия, согласно общепринятой точке зрения, зависит от ряда факторов, среди которых наиболее изучены: злокачественность, присутствующая опухоли, степень пассивности среды, в которой она развивается, и выраженность противоопухолевых защитных механизмов. В тканевой теории этот вопрос получает иное решение: равновесие между опухолью и организмом ставится в зависимость от равновесия, имеющего место внутри опухоли между дифференцированными и стволовыми клетками, которые представляют как бы два полюса полярности тканевой системы. Иначе говоря, равновесие непосредственно зависит от стабильности тканевого гомеостаза, его структуры [6]. В нормальной ткани деление стволовых клеток, их дифференцировка и гибель взаимоуравновешены. При раке эта гармония нарушается: появляется слишком много незрелых, размножающихся клеток. Какой именно режим пролиферации вызывает рак – на этот вопрос отвечает концепция канцерогенного профиля. Согласно ей канцерогенность того или иного канцерогенного фактора определяется не только его физико-химическими свойствами, но и характером или режимом воздействия: дозой, частотой нанесения канцерогена, длительностью воздействия. Параметры канцерогенного профиля должны коррелировать с параметрами динамической устойчивости тканевого гомеостаза, поскольку он обладает свойством воспроизводства. Если профиль воздействия ниже, то гомеостаз будет компенсировать канцерогенное воздействие, и опухоль не разовьется. Если уровень канцерогенного профиля высок, то прогрессия опухоли идет необратимо. Следовательно, процесс опухолеобразования отражает динамику изменения канцерогенного профиля; с этих позиций получают объяснение случаи опухолеобразования, когда развитие опухоли останавливается либо идет в другую сторону, регрессирует [1, 2, 3].

Так, может быть, развитие метастаза меланомы в печени через 11 лет после удаления первичного очага и развитие метастаза медуллярного рака после струмэктомии через 9 лет связаны с повторным повышением канцерогенного профиля и закономерным снижением реактивности организма с увеличением возраста больных? Возможно, что 9 лет «молчавший» медуллярный рак имел равновесное устойчивое состояние в системе тканевого метаболизма. И тем более загадочными становятся результаты наблюдения 12-летней ремиссии у больного после гемигепатэктомии и термоабляции метастаза, на фоне цирроза печени. При неблагоприятных, казалось бы, факторах функциональной стабильности тканевого гомеостаза (цирроз печени) мы имеем морфоклиническое благополучие в течение 12 лет. И, наконец, можно ли считать выздоровлением 19-летний период благополучия у больного после ПДР по поводу аденокарциномы? На этот и еще многие другие вопросы остается найти ответ. Очевидным является только то, что пациенты, подвергшиеся хирургическому лечению по поводу опухолевых заболеваний, представляют собой группу непредсказуемых результатов лечения. Соответственно, к этой категории больных необходимо проявлять повышенную настороженность, проводить длительную курацию с использованием общедоступных

в медицинской практике методов обследования (УЗИ, КТ, исследование онкомаркеров и др.), вовсе не ограничиваясь сроками послеоперационного периода 1–3 года. Как показывает практика, благоприятный результат никак нельзя считать выздоровлением у больных с радикально оперированной злокачественной опухолью, а лишь устойчивой ремиссией, следовательно, динамическое наблюдение за больным должно быть в течение всей оставшейся жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биологические методы лечения онкологических заболеваний: Пер. с англ. / Под ред. В. Т. ДеВита, С. Хеллмана, С. А. Розенберга. – М.: Медицина, 2002. – 936 с.

2. Грех И. Ф. Метастазирование злокачественных опухолей. – Л.: Медицина, 1971. – 328 с.

3. Избранные лекции по клинической онкологии / Под редакцией акад. РАМН В. И. Чиссова, проф. С. Л. Дарьяловой. – М., 2000. – 736 с.: ил.

4. Практическая онкология: избранные лекции / Под редакцией С. А. Тюляндина и В. М. Моисеенко. – СПб: Центр ТОММ, 2004. – 784 с.

5. Фрадкин С. В., Залуцкий И. В. Меланома кожи. – Минск: Беларусь, 2000. – 221 с.

6. Черезов А. Е. Общая теория рака: тканевый подход. – Изд-во МГУ, 1997. – 252 с.

Поступила 28.02.2013

**С. В. МАСЛЕННИКОВ, Е. А. МАСЛЕННИКОВА,
В. С. МАСЛЕННИКОВ, А. А. ЕЛЕЕВ**

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

*Кафедра хирургических болезней № 1 ГБОУ ВПО «Ростовский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. Тел. (863) 250-40-74.
E-mail: Alim1425@mail.ru*

За период с 2010 по 2013 г. в проктологических кабинетах клиники РостГМУ, ОКДЦ г. Ростова-на-Дону и «Клиники доктора Андреева» г. Новочеркасска проведено лечение 293 пациентов в возрасте от 18 до 85 лет, страдающих геморроем. Средний возраст составил 45 лет. Применялись различные комбинации методик, а также сочетания малоинвазивных методик и хирургического лечения. В амбулаторных условиях было излечено 80,7% больных геморроидальной болезнью, и только в 63 случаях (что составляет 19,3%) пациентам потребовалась госпитализация, им была выполнена геморроидэктомия по Миллигану – Моргану.

Ключевые слова: геморрой, трансанальная дезартеризация, склеротерапия, геморроидэктомия.

S. V. MASLENNIKOV, E. A. MASLENNIKOVA, V. S. MASLENNIKOV, A. A. ELEEV

THE WAYS TO IMPROVE THE RESULTS OF THE OUTPATIENT TREATMENT OF HEMORRHOIDS

*Chair of surgical illnesses of № 1 State budgetary educational institution for higher education
«Rostov state medical university» Russian ministry of health,
Russia, 344022, Rostov-on-Don, the lane Nachichevan, 29. Tel. (863) 250-40-74. E-mail: Alim1425@mail.ru*

293 patients suffering from hemorrhoids between the ages of 18 to 85 were treated during the period from 2010 to 2013 in proctological rooms of Rostov state medical university, «Regional clinical and diagnostic center» in Rostov-on-Don and «Doctor Andreev's clinic» in Novocherkassk. The mean age is 45 years old.

There were used different technique combinations, combination of minimally invasive technique and surgery. For about 80,7% of patients with hemorrhoidal disease has been cured at outpatient in such a way, and in only 63 cases (19,3%) hospitalization for Milligan – Morgan hemorrhoidectomy was required

Key words: hemorrhoids, transanal dearterization, sclerotherapy, hemorrhoidectomy.

Введение

Геморрой является одним из часто встречающихся заболеваний прямой кишки. Установлено, что у людей старше 40 лет симптомы геморроя обнаруживаются в 60–70% случаев. На долю геморроя в структуре колопроктологических заболеваний приходится около 40%.

Цель настоящей работы – оптимизировать тактику лечения геморроя в амбулаторных условиях с учетом особенностей клинического течения.

Материалы и методы

За период с 2010 по 2013 г. в проктологических кабинетах клиники РостГМУ, ОКДЦ г. Ростова-на-Дону и «Клиники доктора Андреева» г. Новочеркасска проведено лечение 293 пациентов в возрасте от 18 до 85 лет, страдающих геморроем. Средний возраст составил 45 лет.

Пациентов распределили по течению болезни: острый геморрой (12%), хронический геморрой (88%),