

ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

© Коллектив авторов, 1995
УДК 616.37-006. 6-08-059:616-036.82

Ю. И. Патютко, А. Г. Котельников, А. П. Борисов,
А. Т. Лагошный

СЛУЧАЙ ДЛИТЕЛЬНОГО ВЫЖИВАНИЯ БОЛЬНОЙ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПЕРЕНЕСШЕЙ КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

НИИ клинической онкологии

Улучшение результатов лечения больных, страдающих раком поджелудочной железы, в определенной степени связано с использованием комбинированных методов лечения. В ОНЦ разработана методика криодеструкции опухолей поджелудочной железы. Криовоздействие осуществляется с помощью аппарата «Криоэлектроника-4(2)» прямым контактным способом путем наложения криоаппликатора на переднюю поверхность опухоли. Температура криоаппликатора снижается до -170°C . Время воздействия и диаметр криоаппликатора выбираются произвольно и зависят от объема опухоли. Криогенное воздействие осуществляется в пределах здоровых тканей. Оттаивание спонтанное. Ввиду того что криодеструкция рака поджелудочной железы справедливо считается паллиативной операцией локального воздействия, в ряде случаев она дополняется лучевой терапией или, как в рассматриваемом ниже случае, осуществляется вместе с хирургическим удалением части опухоли. Комбинированное лечение, проводимое по поводу рака поджелудочной железы, позволяет улучшить непосредственные (уменьшение выраженности болевого синдрома) и отдаленные результаты лечения. Средняя продолжительность жизни после комбинированного лечения рака поджелудочной железы выше, чем после только криодеструкции опухоли поджелудочной железы. У 20 больных после комбинированного лечения нерезектабельного рака поджелудочной железы она составила 11,6 мес, у 19 больных, перенесших только криодеструкцию, — 8,3 мес. 33 больных, получавших только симптоматическое лечение, жили в среднем 3,2 мес.

Приводим наблюдение больной раком поджелудочной железы, которой проведено комбинированное лечение.

Больная К., 1956 года рождения, в МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского в июле 1983 г. была оперирована по поводу папиллярной цистаденомы поджелудочной железы в объеме наружного дренирования кистозной опухоли. Морфологическая структура образования подтверждена при гистологическом исследовании биопсийного материала, полученного во время операции. В связи с постоянным отделением по сформировавшемуся наружному панкреатическому свищу секрета в количестве 150—200 мл/сут, воспалением и мацерацией тканей в зоне свища решено провести лучевое лечение с целью подавления панкреатической секреции. В МОНИКИ в июле 1985 г. и январе 1986 г. больной проведено два курса дистанционной гамма-терапии на область поджелудочной железы с переднего и бокового поля; СОД 63 Гр. Количество отделяемой жидкости тем не менее

NOTES FROM PRACTICE

Yu.I.Patyutko, A.G.Kotel'nikov, A.P.Borisov,
A.T.Lagoshny

A CASE OF LONG-TERM SURVIVAL AFTER COMBINED TREATMENT FOR PANCREATIC CANCER

Research Institute of Clinical Oncology

The improvement of results of treatment for pancreatic cancer is to a considerable degree associated with combined treatment modalities. A method of pancreatic tumor cryodestruction has been developed at the CRC. The procedure consists of direct contact treatment of the tumor front surface with a cryoapplicator using a *Cryoelectronika-4(2)* apparatus. The cryoapplicator temperature is reduced to -170°C . Time of treatment and cryoapplicator diameter are chosen depending upon tumor volume. The cryosurgery is performed within normal tissue limits. The thawing is spontaneous. Cryodestruction of pancreatic cancer is reasonably considered a palliative local surgery therefore it may in some cases be supplemented with radiotherapy or combined with surgical removal of a part of the tumor as was in the case described below. Combined treatment for pancreatic cancer improves immediate (pain syndrome amelioration) and remote results of treatment. Mean life time following combined treatment for pancreatic cancer is longer than after tumor cryodestruction alone. Mean life time reached 11.6 months in 20 patients receiving combined treatment for inoperable pancreatic cancer, 8.3 months in 19 patients undergoing cryosurgery alone and 3.2 months in 33 cases following symptomatic therapy alone.

Consider a case undergoing combined treatment for pancreatic cancer.

Patient K., a female born in 1956, with pancreatic papillary cystadenoma had surgical drainage of her cystic tumor at the M.F. Vladimirovsky Clinical Institution in 1983. The tumor morphological type was confirmed by histology of intraoperative bioptic specimens. Due to continuous secretion through an external pancreatic fistula at 150-200 ml daily, inflammation and maceration of tissues at the fistula region it was decided to undertake radiotherapy in order to suppress the pancreatic secretion. In July 1985 and January 1986 the patient received two cycles of distant γ -irradiation to the pancreatic region from the anterior and posterior fields at a total tumor dose 63 Gy. But the secretion amount did not reduce. Histology of a cystic wall bioptic specimen performed in January 1986 discovered tumor malignization. The patient was refused of specific antitumor treatment at the M.F. Vladimirovsky Clinical Institution because of disease advance and histology. The patient was admitted to the Abdominal Clinic of the CRC on 14th April 1986. The patient's condition at admission was satisfactory. On admission she had a pancreatic fistula external entrance 3.5 cm in diameter on the front abdominal wall along the mid line at the border of epi- and mesogastral regions with discharge of turbid liquid, maceration of the skin of the front ab-

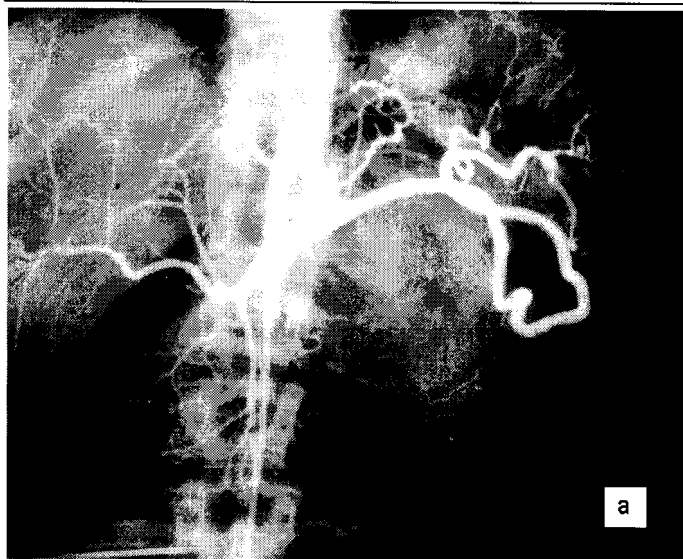


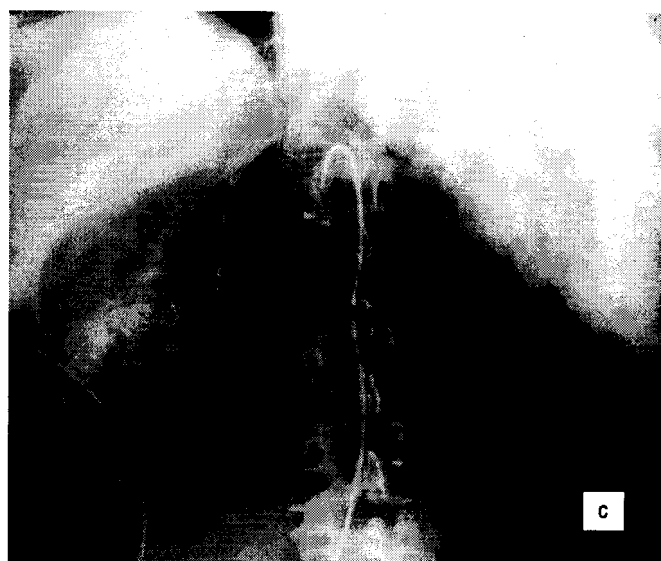
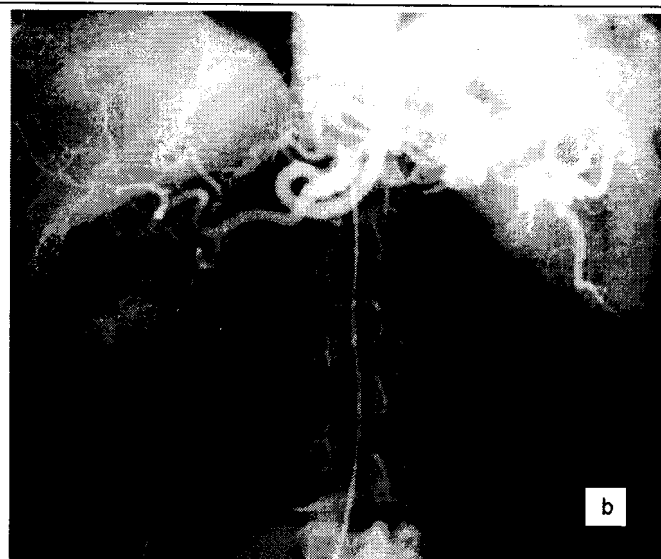
Рис. 1. Целиакограмма больной К.

а — цистаденокарцинома тела и хвоста поджелудочной железы; рецидив цистаденокарциномы поджелудочной железы; б — артериальная фаза, с — капиллярная фаза.

Fig. 1. Celiacogram of the patient K.

а, cystadenocarcinoma of the head and tail of the pancreas; pancreatic cystadenocarcinoma recurrence; б, arterial phase; с, capillary phase.

не уменьшилось. При гистологическом исследовании биоптата из стенки кисты в январе 1986 г. обнаружено озлокачествление опухоли. Учитывая распространенность поражения и гистологическую структуру опухоли, в специфическом противоопухолевом лечении в МОНИКИ больной отказано. Поступила в абдоминальную клинику ОНЦ 14 апреля 1986 г. Состояние больной при поступлении относительно удовлетворительное. На передней брюшной стенке по средней линии на границе эпигастральной и мезогастральной области имеется наружное устье сформировавшегося панкреатического свища диаметром 3,5 см, из которого поступает мутная жидкость. Кожа передней брюшной стенки в области свища мацерирована. При комплексном обследовании больной в ОНЦ, включающем рентгеновскую компьютерную томографию, ангиографию (см. рис. 1, а), пересмотр готовых гистологических препаратов, диагностирована цистаденокарцинома тела и хвоста поджелудочной железы. Больная оперирована 22 мая 1986 г. (релапаротомия с иссечением послеоперационного рубца и свища). При ревизии обнаружена опухоль тела и хвоста поджелудочной железы размером 15х9 см, инфильтрирующая верхнебрыжечные сосуды. Произведено удаление большей части опухоли с резекцией тела и хвоста поджелудочной железы. Удаление осуществлялось с определенными техническими трудностями, обусловленными большими размерами опухоли, ее локализацией, рубцово-спаечным процессом в зоне операции. Неудаленный участок опухоли, инфильтрирующий верхние брыжечные сосуды, подвергнут криодеструкции. Проведено два сеанса по 5 мин при температуре — 170° С. Область операции дренирована, рана ушита. До середины 1990 г. больная регулярно наблюдалась в поликлинике ОНЦ, где данных о продолжении роста опухоли при контроле ультразвуковой и рентгеновской компьютерной томографии получено не было. Поводом для повторного обращения в ОНЦ в марте 1993 г. явилось образование в эпигастральной области справа от средней линии, выявленное больной при самообследовании. В клинике больной проведены рентгеновская компьютерная томография, ангиографическое исследование, пункционная аспирационная биопсия опухоли. Диагностирован рецидив опухоли поджелудочной железы (см. рис. 1, б и в). Больная оперирована 21 апреля 1993 г. спустя 7 лет после проведенного комбинированного лечения. На операции обнаружена опухоль овальной формы размером 10х9 см, исходящая из головки поджелудочной железы и связанная с головкой поджелудочной железы основанием размером 3х3 см. Иных проявлений опухолевого процесса при ревизии не выявлено, в том числе нет признаков рецидива в зоне предыдущей операции. Опухоль выделена из окружающих спаек. Удалось удалить



dominal wall. Complex examination of the patient at the CRC including x-ray computed tomography, angiography (see the figure, а), review of histological specimens discovered cystadenoma of the body and tail of the pancreas. The patient underwent surgery on 22nd May 1986. Relaparotomy with excision of the postoperative cicatrix and fistula was performed. A tumor of the body and tail of the pancreas 15х9 cm was discovered intraoperatively and its major portion was removed by resection of the pancreatic body and tail. The resection was technically difficult due to tumor site and large volume, as well as to cicatrization and commissures in the operative region. The tumor residual invading upper mesenteric vessels was exposed to cryosurgery. Two 5-minute sessions of cryosurgery at —170°С were performed. The surgery was completed with placing a drain and closing the wound with suture. The patient was followed-up at the CRC on the out-patient basis till mid 1990. There was no continuing tumor growth as studied by ultrasound and computed tomography. In March 1993 the patient discovered by self-examination a growth at the epigastral region to the right from the mid line. On admission to the clinic she had x-ray computed tomography, angiography, tumor needle aspiration. The diagnosis of pancreatic cancer recurrence

рецидивную опухоль с плоскостной резекцией головки поджелудочной железы. Послеоперационный период без осложнений. При гистологическом исследовании операционного материала опухолевый узел имеет строение цистаденокарциномы. Больная выписана из стационара 6 мая 1993 г. в хорошем общем состоянии.

Описанное наблюдение свидетельствует, во-первых о длительном выживании больной после проведенного комбинированного лечения по поводу цистаденокарциномы поджелудочной железы (не исключено, что это может быть результатом крайне редко встречающегося благоприятного биологического течения рака поджелудочной железы); во-вторых, о возможности повторного удаления рецидивной опухоли поджелудочной железы.

Поступила 10.06.93 / Submitted 10.06.93

© Коллектив авторов, 1995
УДК 616.348-006.6-089.163

*Е. В. Огородникова, А. В. Извина, В. Л. Кассиль,
Е. А. Ксенофонтова, А. И. Салтанов, Н. Г. Солдатова,
Ю. М. Тимофеев*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНТЕРОСОРБЦИИ ДЛЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

НИИ клинической онкологии

В настоящее время отмечен рост заболеваемости и смертности от рака прямой и ободочной кишки [3, 10].

Хирургическое вмешательство является главным компонентом комплексного лечения при опухолях толстой кишки. Успех операции во многом зависит от качества предоперационной подготовки, поскольку больные при поступлении зачастую имеют симптомы эндогенной интоксикации различной степени выраженности и опухолевой кишечной непроходимости [8, 9].

Патогенез токсико-анемического синдрома определяется продукцией недифференцированных эндогенных токсинов.

В процессе распределения токсичные вещества в нативном или модифицированном виде поступают через секрет слизистой оболочки, печени и поджелудочной железы в просвет пищеварительного тракта, откуда подвергаются резорбции в кровь. Известно, что органы пищеварения, помимо приема, транспорта, переваривания пищи и создания микробиоценоза, обеспечивают выведение продуктов катаболизма и принимают участие в формировании адекватной иммунной защиты [6, 7]. Таким образом, представляется теоретически обоснованным введение энтеросорбентов в просвет желудочно-кишечного тракта с целью связывания токсичных веществ.

Лечебное действие энтеросорбции может быть связано с прямыми эффектами сорбции эндогенных продуктов секреции и гидролиза, патогенных бактерий и бактериальных токсинов, биологически активных веществ,

was made (see the figure, *b* and *c*). The patient underwent another surgery on 21st April 1993, i.e. 7 years following the combined treatment. An oval tumor of 10x9 cm connected with the pancreatic head by its 3x3 cm base was discovered intraoperatively. There were neither other growths nor previous disease recurrence found.

The tumor was freed from surrounding commissures and removed by resection of the pancreatic head. The patient's postoperative course was uneventful. Histology of surgical specimens discovered cystadenocarcinoma. The patient was discharged on 6th May 1993 at good state.

This report demonstrates, first, the possibility of long-term survival following combined treatment for pancreatic cystadenoma (maybe due to favorable biological course of pancreatic cancer which is encountered very rarely), and secondly, the possibility of removal of a recurrent pancreatic cancer.

*E. V. Ogorodnikova, A. V. Ivshina, V. L. Kassil,
E. A. Ksenofontova, A. I. Saltanov, N. G. Soldatova,
Yu. M. Timofeev*

THE EXPERIENCE OF APPLICATION OF ENTEROSORPTION IN PREOPERATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH COLONIC CANCER

Research Institute of Clinical Oncology

There have been a rise in the incidence of and mortality from colorectal cancer over the recent years [3,10].

Surgery is the primary component of complex treatment for colonic tumors. Success of the surgery to a considerable degree depends upon preoperative treatment as most of the patients have symptoms of endogenous intoxication and intestinal obstruction at admission [8,9].

Pathogenesis of the toxico-anemic syndrome is determined by production of undifferentiated endotoxins.

Native or modified toxic substances are brought to the intestinal lumen with mucosal, hepatic and pancreatic secrets to be resorbed to the blood. Besides the uptake, transport and digestion of food and the formation of microbio-cenosis, the digestive organs are known to participate in excretion of catabolic products and in adequate immune protection [6,7]. Thus, there seems to be a good theoretical reason to enter a sorbent agent in the gastrointestinal tract lumen in order to bind the toxic substances.

Therapeutic action of the enterosorption may involve direct sorption of endogenous secretion and hydrolysis products, pathogenic bacteria and bacterial toxins, biologically active substances, gases, etc. Besides, it may produce indirect effects such as arrest of the endotoxiosis somatogenic phase, reduction in metabolic load on organs of natural excretion and detoxication, correction of the exchange and the immunity status [2].