
ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

УДК 61-616-039.76

НИКОЛАЙ ВИЛЛЕНОВИЧ КРАСНОСЕЛЬСКИЙ¹, РУСЛАН АНАТОЛЬЕВИЧ ПОДЛЕСНЫЙ¹, АЛЕКСАНДР НИКОЛАЕВИЧ БЕЛЫЙ^{1,2},
ЕВГЕНИЙ НИКОЛАЕВИЧ КРУТЬКО¹

¹ ГУ «Институт медицинской радиологии им. С. П. Григорьева НАМН Украины», Харьков

² Харьковский национальный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕТАХРОННОГО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ШЕЙКИ МАТКИ И ЛЕГКОГО

В статье представлено описание случаев первично-множественного злокачественного процесса у пациентки Ч., 40 лет. Больная наблюдается в клинике ГУ «ИМР НАМН Украины» с 2008 г. по поводу рака шейки матки (плоскоклеточный неороговевающий рак), проведено комбинированное лечение. Безрецидивный период по раку шейки матки составил 10 лет. Впервые опухоль верхней доли правого легкого выявлена в 2013 г. (до 2 см в диаметре). В течение 6 лет больная не обследовалась и не лечилась. Обратилась в клинику в феврале 2019 г., при КТ-исследовании выявлена опухоль верхней доли правого легкого по типу Панкоста–Тобиаса.

Ключевые слова: первично-множественный злокачественный процесс, рак легкого, рак шейки матки, лечение.

Первично-множественные опухоли — это две или более неоплазии различного генеза, одновременно либо последовательно развивающиеся в одном или нескольких органах. В большинстве случаев диагностируются два новообразования. Три процесса обнаруживаются у 5–8 % пациентов. Согласно статистическим данным, первично-множественные опухоли выявляются у 13 % пациентов с онкологическими заболеваниями. Наиболее существенный вклад в определение понятия и изучение данной патологии внес немецкий хирург Бильрот. Он первым дал определение подобным патологическим состояниям, отнес к первично-множественным опухолям новообразования различной структуры, локализующиеся в разных органах и дающие собственные метастазы. Вероятность развития первично-множественных опухолей у онкологических больных в 6 раз выше, чем в среднем по популяции [1, 2, 5].

Рак шейки матки (РШМ) находится на втором месте после рака эндометрия среди онкологических заболеваний половых органов у женщин, и в группе от 15 лет и до 54 лет доминирует в структуре генитального

рака у женщин. Болезнь не развивается никогда в неизменном эпителии: предопухольные изменения в эпителии всегда предшествуют раку шейки матки. Важно знать, что, независимо от стадии болезни, рак шейки матки успешно лечат. А при диагностировании на ранней стадии РШМ излечивается в 90 и более процентах случаев заболевания [4].

Рак Панкоста — это злокачественное новообразование верхней борозды легкого «рак верхушки легкого», которое сопровождается прорастанием верхних ребер, нижних позвонков шейного отдела, нервно-сосудистого пучка и других рядом расположенных анатомических зон и структур. Это опасное раковое заболевание проявляется характерной симптоматикой, и его клинические признаки включают в себя два основных синдрома — синдром Панкоста и синдром Бернара–Горнера. В 1950 г. W. Chardack и J. Mac-Callum впервые описали операцию по поводу верхушечной опухоли легкого, во время которой была выполнена резекция верхней доли правого легкого, 2 первых ребер и корешков C7–Th1 единым блоком. В последующие годы появились новые технические решения (новые доступы, использование сосудистых протезов, применение лучевой и химиотерапии) и диагностические возможности (СКТ и МРТ), позволившие расширить

© Н. В. Красносельский, Р. А. Подлесный, А. Н. Белый,
Е. Н. Крутько, 2019

показания к хирургическому лечению больных с верхушечным раком легкого. В 1993 г. Р. Dartevelle и Р. Massiagini опубликовали ряд статей и представили результаты более чем 60 операций при этой патологии. Авторы доказали, что, несмотря на скептическое отношение хирургов, хорошие результаты после радикального удаления верхушечной опухоли легкого возможны. До настоящего времени дискутируется вопрос, что является противопоказанием к операции при опухоли Панкоста. Некоторые авторы считают, что это врастание в магистральные сосуды, тела позвонков, трахеи или пищевод и массивное поражение плечевого сплетения. Поражение пищевода или трахеи — это неблагоприятный прогностический признак [6, 8].

Обязательной составляющей предоперационного обследования является уточнение состояния медиастинальных лимфоузлов. Их поражение резко снижает выживаемость даже при проведении химиотерапии или лучевой терапии. Обнаружение одного или двух измененных лимфоузлов не служит противопоказанием к операции. Для уточнения объема операции и состояния магистральных сосудов верхнего средостения мы всегда выполняем их рентгеноконтрастное исследование. При этом определяются наличие или отсутствие сужения и неровности контуров магистральных сосудов. Анестезиологическое пособие во время вмешательства по поводу верхушечного рака легкого предполагает раздельную интубацию с последующей однологочной вентиляцией. Операции по поводу верхушечного рака легкого выполняются из различных доступов. В большинстве случаев опухоль может быть полностью удалена из заднебокового торакотомного доступа. При передневерхушечном расположении опухоли следует использовать шейно-стерно-торакотомный доступ или его модификации [3, 7].

В этом плане интересным представляется клинический случай пациентки с первично-множественным метастатическим злокачественным процессом. Отказ от лечения на протяжении 6 лет привел к росту опухоли правого легкого по типу Панкоста–Тобиаса с 2 до 20 см. Больная Ч., 40 лет, в 2019 г. обратилась в клинику ГУ «Институт медицинской радиологии им. С. П. Григорьева НАМН Украины» с жалобами на болевой синдром, парестезии в правой верхней конечности, одышку, общую слабость, повышение

температуры тела до 38 °С. При обследовании по данным КТ — признаки центрального рака правого легкого по типу Панкоста–Тобиаса, лимфаденопатия средостения (с учетом предыдущих данных КТ за 2013 г. — периферическая форма с централизацией) (рис. 1, 2). По данным видеобронхоскопии — центральное злокачественное новообразование верхней доли правого легкого, биопсия. Гистологически: аденокарцинома. Пациентка в 2008 г. прошла комбинированное лечение по поводу рака шейки матки рТ1vN0M0 I ст.: 1) 01.2008 г.: Лапаротомия, расширенная экстирпация матки с придатками по Вертгейму; 2) с 24.01.08 г. по 11.03.08 г. курс ДЛТ на область таза СОД на т.А/В 42 Гр., контактная радиотерапия к влагалищному рубцу СОД 28 Гр.; 3) с 07.04.2008 г. по 28.05.2008 г. выполнено три цикла химиотерапии по схеме — цисплатин 100 мг, блеоцин 30 мг, 5-фторурацил 1 г. ПГЗ №108-124 от 15.01.2008 г.: плоскоклеточный рак, мелкоклеточный вариант, неороговевающий с высокой метастатической активностью, прорастающий шейку матки на глубину 0,4 см (M8073/3/4). Лимфоузлы без mts. Безрецидивный период составил 10 лет.

В 2013 г. впервые была выявлена периферическая опухоль верхней доли правого легкого до 2,0 см в диаметре, больной было предложено лечение, от которого она отказалась. После этого больная не обследовалась и не наблюдалась в клинике ГУ «ИМР НАМН Украины» до 02.2019 г. (рис. 1, 2).



Рис. 1. Опухоль верхней доли легкого, выполняющая всю верхнюю апертуру грудной клетки справа

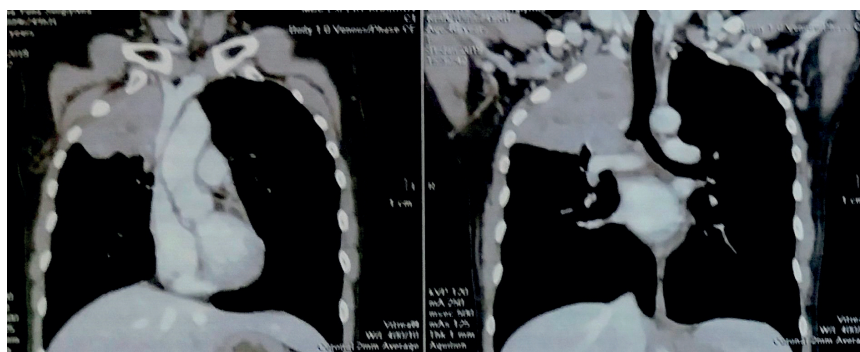


Рис. 2. Соотношение опухоли к верхней полой вене, трахее и бронхам

В плановом порядке 18.02.2019 г. выполнено хирургическое лечение — расширенная комбинированная билобэктомия справа. Интраоперационно: опухоль верхней доли правого легкого до 18 см, прорастающая в грудную стенку на протяжении 10×10 см по задней поверхности и уходящая к верхней контрапертуре, инвазирующая верхнедолевой бронх и среднюю долю. Отмечаются увеличенные лимфоузлы корня легкого, нижних паратрахеальных справа, зоны непарной вены. Выделены ветви легочной артерии, идущие к верхней и средней долям правого легкого, ветви легочных вен, перевязаны с прошиванием, верхне- и среднедолевые бронхи выделены и прошиты с помощью УКБ, ручные викриловые швы на культю бронхов, препарат с лимфоузлами удален единым блоком. В связи с тем, что после удаления препарата у больной было отмечено падение гемодинамики до 60/20 мм рт. ст., за счет перераспределения крови в бассейне верхней полой вены, операция была приостановлена. Через 90 минут после восстановления гемодинамики операция завершена.

Патоморфологическое заключение: Аденокарцинома с метастазами в нижние паратрахеальные лимфоузлы, лимфоузлы зоны непарной вены.

Диагноз:

Первично-множественный метакронный злокачественный процесс:

1) Са верхней доли правого легкого (рак Панкоста) cT4N1M0, 3 ст., после хирургического лечения, 2 кл. гр.;

Осложнения: Синдром Панкоста. Синдром верхней полой вены. Синдром эндогенной интоксикации. Болевой синдром.

2) Рак шейки матки pT1bN0M0 I ст., на фоне беременности 14 недель, состояние после комплексного лечения (2008 г.), 3 кл. гр.

Таким образом, на основании представленного клинического случая можно сделать следующие выводы:

- При наблюдении за онкологическими больными следует помнить о возможном возникновении 2-х и более злокачественных опухолей у одного больного, причем как синхронно (одновременно), так и метакронно (с интервалом 6 месяцев и более).

- При выявлении двух опухолей у одного больного нельзя забывать о том факте, что их может быть и больше (риск их возникновения в этой группе больных значительно повышен), то есть должна быть повышенная настороженность у этой категории больных.

- Представленная в тексте схема лечения рака шейки матки дала хороший результат, безрецидивный период составил более 10 лет.

- В данном случае отказ больной от специального лечения в течение 6 лет привел к увеличению опухоли верхней доли правого легкого от 2 см до опухоли гигантских размеров (18 см) по типу Панкоста–Тобиаса.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Etiz D. Multiple primary malignant neoplasms: A 10-year experience at a single institution from Turkey / D. Etiz, E. Metcalfe, M. Akcay // J. Can. Res. Ther. — 2017. — N 13. — P. 16–20.
2. Irimie A. Multiple primary malignancies — Epidemiological analysis at a single tertiary institution / A. Irimie, P. AchimasCadariu, C. Burz, E. Puscas // J. Gastrointest. Liver Dis. — 2010. — N 19. — P. 6973.
3. *Современные подходы к диагностике и лечению рака легкого* / А. С. Барчук [и др.] // Вопросы онкологии. — 1997.
4. *Ганцев Ш. Х. Онкология: учеб.* / Ш. Х. Ганцев. — М.: Мед. информ. а-во, 2004.
5. *Клинико-генетический анализ первично-множественных злокачественных новообразований* / Т. П. Казубская и др. // Рос. онкол. журн. — 2007. — № 2. — С. 4–9.
6. *Давыдов М. И. Рак легкого* / М. И. Давыдов, Б. Е. Полоцкий. — М.: Радикс, 1994.
7. *Dartevelle P. G. Surgery for extended lung cancer I I Ann* / P. G. Dartevelle // Thorac. Surg. — 1997. — Vol. 63. — P. 12–19.
8. *Roth J., Ruckdeshel J., Weisenburger T. (eds.). Thoracic oncology.* — 2nd ed. — 1995. — P. 225–239.

Статья поступила в редакцию 04.03.2019.

М. В. КРАСНОСЕЛЬСЬКИЙ¹, Р. А. ПІДЛІСНИЙ¹, О. М. БІЛИЙ^{1,2}, Є. М. КРУТЬКО¹

¹ ДУ «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва НАМН України», Харків

² Харківський національний медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ МЕТАХРОННОГО ЗЛОЯКІСНОГО ПУХЛИННОГО ПРОЦЕСУ ШИЙКИ МАТКИ ТА ЛЕГЕНЬ

У статті представлено опис випадку первинно-множинного злоякісного процесу у пацієнтки Ч., 40 років. Хвора спостерігається в клініці ДУ «ІМР НАМН України» з 2008 р. з приводу раку шийки матки (плоскоклітинний незроговілий рак), проведено комбіноване лікування. Безрецидивний період за раком шийки матки склав 10 років. Вперше пухлина верхньої частки правої легені виявлена в 2013 р. (до 2 см у діаметрі). Протягом 6 років хвора не обстежувалася і не лікувалася. Звернулася в клініку в лютому 2019 р., при КТ-дослідженні виявлена пухлина верхньої частки правої легені за типом Панкоста–Тобиаса.

Ключові слова: первинно-множинний злоякісний процес, рак легені, рак шийки матки, лікування.

N. KRASNOSELSKYI¹, R. PODLESNIY¹, A. BELIY^{1,2}, E. KRUTKO¹

¹ *SI «Grigoriev Institute for Medical Radiology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kharkiv*

² *Kharkiv National Medical University*

PECULIARITIES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE METACHRONIC MALIGNANT TUMOR TUMOR PROCESS OF THE NECK AND LUNG

The article presents a description of the case of a primary multiple malignant process in a patient H., 40 years old. The patient has been observed in the clinic of the Institute of Medical and Medical Research of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine since 2008 for cervical cancer (squamous cell carcinoma), and a combined treatment has been performed. The relapse-free period for cervical cancer was 10 years. For the first time a tumor of the upper lobe of the right lung was detected in 2013 (up to 2 cm in diameter). Within 6 years, the patient was not examined and was not treated. I went to the clinic in February 2019 and, a CT scan revealed a tumor of the upper lobe of the right lung of the Pankost-Tobias type.

Keywords: metachronous malignant process, lung cancer, cervical cancer, treatment.

Контактная информация:

Подлесный Руслан Анатольевич

врач хирург-онколог отделения онкохирургии ГУ «ИМП НАМН Украины»

ул. Пушкинская, 82, г. Харьков, 61024, Украина

тел.: +38 (096) 952-78-06

e-mail: pidlisniy.89@ukr.net