

## ЛИТЕРАТУРА

1. Радионов В.Г., Шварева Т.И., Провизион Л.Н. Паранеопластический дерматомиозит при злокачественной лимфоме кожи. *Укр. журн. клин. та лаборат. медицини*. 2007; 2 (1): 95–98. [Radionov V.G., Shvareva T.I., Provizion L.N. Paraneoplastic dermatomyositis in malignant skin lymphoma. *Ukrainskiiy zhurnal klinicheskoy i laboratornoy meditsini*. 2007; 2 (1): 95–98. (In Russ.)]
2. *Онкология*. Национальное руководство. Под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2008; 1072 с. [*Onkologiya*. Natsional'noe rukovodstvo. (Oncology. A national guide.) Ed. by V.I. Chissov, M.I. Davydov. Moscow: GEOTAR-Media. 2008; 1072 p. (In Russ.)]
3. Калягин А.Н., Григорьева Т.В., Антипова В.О., Большедворская О.А. Паранеопластический артрит. *Сибирский мед. ж. (Иркутск)*. 2013; 120 (5): 139–141. [Kalyagin A.N., Grigor'eva T.V., Antipova V.O., Bol'shedvorskaya O.A. Paraneoplastic arthritis. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (Irkutsk)*. 2013; 120 (5): 139–141. (In Russ.)]
4. Дворников А.С., Рыбко В.А., Ковалёва О.В. К вопросу о патогенезе и ранней диагностике паранеопластических процессов в дерматологии. *Вестн. РГМУ*. 2007; (6): 50–54. [Dvoynikov A.S., Rybko V.A., Kovaleva O.V. To the question of pathogenesis and early diagnosis of paraneoplastic processes in dermatology. *Vestnik RGMU*. 2007; (6): 50–54. (In Russ.)]

УДК 616-006.04: 616-035.2

© 2018 Ахметзянов Ф.Ш. и соавторы

## Клинический случай лечения полинеоплазии

Фоат Шайхутдинович Ахметзянов<sup>1,2\*</sup>, Наиль Абулкарямович Валиев<sup>2</sup>,  
Василий Иванович Егоров<sup>1,2</sup>, Дмитрий Владимирович Бурба<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Казанский государственный медицинский университет, г. Казань Россия;

<sup>2</sup>Республиканский клинический онкологический диспансер, г. Казань Россия

## Реферат

DOI: 10.17816/KMJ2018-304

Первично-множественные опухоли (полинеоплазии) — одна из интересных и недостаточно изученных областей в онкологии. Полинеоплазиями принято называть два и более злокачественных новообразования у одного больного, которые возникают синхронно или метакронно. За последнее десятилетие отмечен рост частоты первично-множественных опухолей. За 2015 г. в России выявлено 39 195 новых случаев первично-множественных опухолей, что составило 6,7% всех впервые выявленных злокачественных новообразований. Наиболее часто встречаются первично-множественные метакронные и первично-множественные синхронные опухоли с развитием двух новообразований, реже — трёх, очень редко — четырёх и более. В среднем 0,1% среди общего числа онкологических больных имеют, как минимум, три злокачественных новообразования. Наиболее частыми бывают первично-множественные опухоли органов пищеварительной системы. В данной работе приведён клинический случай развития у пациента четырёх синхронных опухолей с локализацией в большом дуоденальном сосочке, сигмовидной кишке, поперечной ободочной кишке и лёгком.

**Ключевые слова:** первично-множественная опухоль, рак большого дуоденального сосочка, рак толстой кишки, рак лёгкого, полинеоплазия.

## A clinical case of polyneoplasia

F.A. Akhmetzyanov<sup>1,2</sup>, N.A. Valiev<sup>2</sup>, V.I. Egorov<sup>1,2</sup>, D.V. Burba<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kazan State Medical University, Kazan, Russia;

<sup>2</sup>Republican Clinical Oncology Center, Kazan, Russia

Primary multiple neoplasms (polyneoplasia) are among the interesting and insufficiently studied fields of oncology. The term polyneoplasia is usually used for two or more malignant neoplasms in a single patient, which occur synchronously or metachronously. Over the last decade, an increase of primary multiple tumors prevalence has been observed. In 2015 39 195 new cases of primary multiple tumors were registered in Russia and comprised 6.7% of all incident malignant neoplasms. Primary multiple metachronous and primary multiple synchronous tumors with two neoplasms development are observed most often, with three more rarely, and with four or more very rarely. In average, 0.1% of a total number of oncologic patients have at least three malignant neoplasms. Primary multiple tumors of gastrointestinal tract are observed most often. The current article presents a clinical case of four synchronous tumors in a single patient localized in major duodenal papilla, sigmoid, transverse colon and lung.

**Keywords:** primary multiple tumor, major duodenal papilla cancer, colon cancer, lung cancer, polyneoplasia.

Первично-множественные злокачественные опухоли (полинеоплазии) — это два и более злокачественных новообразования у одного больного, которые возникают синхронно или метакронно. Они представляют

собой разнообразную группу опухолей различного генеза, локализующихся в одном или нескольких органах, независимых друг от друга. Новообразования могут иметь одинаковый или разный гистологический тип [1, 2].

В 1793 г. J. Pearson впервые описал случай первично-множественной злокачественной опухоли у женщины — метакронный рак обеих молочных желёз и рак матки [1]. Т. Billroth в 1889 г. впервые дал определение первичной множественности опухолей и опубликовал критерии, описал более 30 случаев наблюдения первично-множественных опухолей [3]. В нашей стране учение о первично-множественных опухолях появилось позднее, когда выдающийся учёный Н.Н. Петров в 1947 г. в первом советском руководстве по клинической онкологии выделил критерии первичной множественности [1].

В последние годы заболеваемость первично-множественными злокачественными опухолями неуклонно увеличивается. За 2015 г. в России выявлено 39 195 новых случаев первично-множественных опухолей (26,8 на 100 тыс. населения), что составило 6,7% всех впервые выявленных злокачественных новообразований. Из всех впервые выявленных первично-множественных злокачественных опухолей 26,5% составили первично-множественные синхронные опухоли. В среднем 0,1% среди общего числа онкологических больных имеют, как минимум, три злокачественных новообразования [4].

По данным Т.Н. Поповой [5], при рассмотрении первично-множественных злокачественных опухолей по системам органов установлено, что у мужчин полинеоплазии чаще располагаются в пищеварительной системе (43%), у женщин — в половой системе (36,3%) и молочной железе (33,9%) [6–11]. Первично-множественные злокачественные опухоли пищеварительной системы занимают в структуре первично-множественных злокачественных опухолей одно из первых мест. Среди них преобладают опухоли желудка (25,6%), ободочной и сигмовидной кишки (17,4%), прямой кишки (10,4%) и пищевода (6,5%) [4, 12].

В данной работе приведён клинический случай лечения пациента, у которого диагностировано четыре синхронные опухоли.

Больной С. 78 лет поступил в ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» (РКОД) 19.09.2016 с жалобами на желтушность кожных покровов и склер в течение последних 2 дней.

*Анамнез.* С 2014 г. состоит на учёте в поликлинике ГАУЗ РКОД с диагнозом «периферический рак верхней доли правого лёгкого с централизацией (результат

гистологического исследования биоптата — аденокарцинома)». В оперативном вмешательстве было отказано из-за тяжёлого общего состояния. В 2015 г. в одной из клиник Республики Татарстан выполнена папиллосфинктеротомия по поводу холедохолитиаза, осложнённого механической желтухой.

В апреле 2016 г. повторилась механическая желтуха, был обследован в ГАУЗ РКОД, выявлена опухоль большого дуоденального сосочка, морфологическая верификация злокачественного новообразования по результатам пяти биопсий не была достигнута. 30.04.2016 была проведена чрескожная чреспечёночная холангиостомия под рентгенологическим и ультразвуковым контролем. Выписан на амбулаторное долечивание с рекомендацией явиться для определения тактики ведения.

При осмотре онкологом 06.06.2016 ввиду тяжести состояния и распространённости опухоли было рекомендовано симптоматическое лечение. Планировалось стентирование холедоха, но из-за высокого риска, вызванного экстраорганным распространением опухоли и полным блоком холедоха, данная манипуляция не была выполнена.

16.09.2016 (2 дня назад) перестала отходить жёлчь по холедохостоме, повысилась температура тела до 39,0 °С. Самостоятельно обратился на приём к малоинвазивному хирургу, которым произведена коррекция дренажной трубки, после чего восстановился отток жёлчи. Учитывая наличие фебрильной температуры тела и выраженной механической желтухи, пациент был госпитализирован, проведена противовоспалительная и детоксикационная терапия, выписан с рекомендациями явиться на оперативное лечение после нормализации показателей анализов крови.

Поступил в клинику 12.10.2016, проведено обследование. Результаты инструментальных методов исследования были следующие.

*Фиброгастродуоденоскопия.* Луковица двенадцатиперстной кишки раздражена, отёчна. Большой дуоденальный сосок поражён экзофитной опухолью диаметром 15 мм (гистологически — аденокарцинома).

*Рентгенограмма* органов грудной клетки представлена на рис. 1.

*При позитронно-эмиссионной компьютерной томографии* обнаружен очаг гиперфиксации фтордезоксиглюкозы в правом лёгком размерами 46×40 мм, в брюшной



Рис. 1. Рентгенограмма органов грудной клетки

полости между петлями кишечника — размерами 33×25 мм. Установлен диагноз: «Первично-множественная синхронная опухоль. 1. Периферическая аденокарцинома правого лёгкого cT3N0M0. 2. Аденокарцинома большого дуоденального сосочка cT2N0M0. Подозрение на метастаз в брюшной полости».

Учитывая сохранность пациента (по шкале Американского общества анестезиологов соответствовал II классу), осложнённое течение опухоли большого дуоденального сосочка в виде механической желтухи с приступами обострения гнойного холангита и её клиническую стадию, рекомендовано оперативное лечение.

19.10.2016 выполнена лапаротомия. При ревизии брюшной полости дополнительно диагностированы опухоли в поперечной ободочной и сигмовидной кишке, признаков диссеминации опухолевого процесса не выявлено. Оперативное вмешательство выполнено в объёме гастропанкреатодуоденальной резекции, резекции поперечной ободочной кишки, резекции сигмовидной кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент выписан на 16-е сутки.

Заключительный клинический диагноз: «Первично-множественная синхронная опухоль. 1. Аденокарцинома большого дуоденального сосочка pT2N1aM0G2, стадия 2b. 2. Аденокарцинома сигмовидной кишки pT2N1aM0G2, стадия 3a. 3. Аденокарцинома поперечной ободочной кишки pT1N0M0G1, стадия 1. 4. Железистый периферический рак верхней доли правого лёгкого с централизованной cT3N0M0. Клиническая группа 2».

В настоящий момент пациент воздерживается от оперативного лечения на лёгком

и химиотерапии, находится под динамическим контролем.

Для размещения медицинских данных и фото в печати получено «информированное согласие пациента на публикации данных о себе и своём заболевании и размещение фотографий в печати».

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Агабекян Г.О., Кропотов М.А., Саприна О.А. и др. Первично-множественный плоскоклеточный рак слизистых оболочек органов головы и шеи (обзор литературы). *Соврем. онкол.* 2014; 16 (2): 82–86. [Agabekyan G.O., Kropotov M.A., Saprina O.A. et al. Second primary cancer in patients with head and neck squamous cell carcinoma (review of the literature). *Sovremennaya onkologiya.* 2014; 16 (2): 82–86. (In Russ.)]
2. Степанова Ю.А., Калинин Д.В., Вишневецкий В.А. Первично-множественные опухоли (обзор литературы). *Мед. визуализация.* 2015; (6): 93–102. [Stepanova Yu.A., Kalinin D.V., Vishnevskiy V.A. Multiple primary neoplasms (literature review). *Meditsinskaya vizualizatsiya.* 2015; (6): 93–102. (In Russ.)]
3. Billroth T. *Die allgemeine Chirurgie, Pathologie und Therapie.* Berlin. 1889; 908 p.
4. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. *Состояние онкологической помощи населению России в 2015 году.* М.: МНИОИ им. П.А. Герцена. 2016; 236 с. [Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V. *Sostoyaniye onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2015 godu.* (The state of oncological assistance to the population of Russia in 2015). Moscow: MNI OI them P.A. Herzen. 2016; 236 p. (In Russ.)]
5. Сельчук В.Ю., Долгов И.Ю., Попова Т.Н. Проблема первичной множественности злокачественных новообразований в историческом аспекте. *Рос. онкол. ж.* 1998; (5): 50–55. [Sel'chuk V.Yu., Dolgov I.Yu., Popova T.N. The problem of primary multiplicity of malignant neoplasms in the historical aspect. *Rossiyskiy onkologicheskij zhurnal.* 1998; (5): 50–55. (In Russ.)]
6. Ma S.K., Zhang H.T., Sun Y.C., Wu L.Y. Synchronous primary cancers of the endometrium and ovary: review of 43 cases. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi.* 2008; 30 (9): 690–694.
7. Pandurengan R.K., Dumont A.G., Araujo D.M. et al. Survival of patients with multiple primary malignancies: a study of 783 patients with gastrointestinal stromal tumor. *Ann. Oncol.* 2010; 21 (10): 2107–2111. DOI: 10.1093/annonc/mdq078.
8. 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. Reports.* 2016; 35 (3): 1519–1528. DOI: 10.3892/or.2015.4501.
9. Ji J., Hemminki K. Incidence of multiple primary malignancies among patients with bone cancers in Sweden. *Cancer Res. Clin. Oncol.* 2006; 132 (8): 529–535. DOI: 10.1007/s00432-006-0100-1.
10. Chaturvedi A.K., Engels E.A., Gilbert E.S. et al. Second cancers among 104,760 survivors of cervical cancer: evaluation of long-term risk. *J. Natl. Cancer Inst.* 2007; 99: 1634–1643. DOI: 10.1093/jnci/djm201.
11. Gulhan I., Eser S., Yakut C. et al. Second primary gynecologic cancers after breast cancer in Turkish women. *Int. J. Gynecol. Cancer.* 2009; 19: 648–650. DOI: 10.1111/IGC.0b013e3181a12e8b.
12. Irimie A., Achimas-Cadariu P., Burz C. et al. Multiple primary malignancies-epidemiological analysis at a Single Tertiary Institution. *J. Gastrointest. & Liver Dis.* 2010; 19 (1): 69–73. PMID: 20361078.