Научная статья
Original article
УДК 616-006.04

ИМЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ

NAMED METASTASES

Климентов Михаил Николаевич, кандидат медицинский наук, доцент кафедры факультетской хирургии, Ижевская Государственная Медицинская Академия
Стяжкина Светлана Николаевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии, Ижевская Государственная Медицинская Академия
Казанцева Яна Валентиновна, студентка Ижевской Государственной Медицинской Академии
Пушина Милана Алексеевна, студентка Ижевской Государственной Медицинской Академии

Klimentov Mikhail Nicolaevich, Candidate of Medical Sciences, Docent of the Department of Faculty Surgery, Izhevsk State Medical Academy
Styazhkina Svetlana Nikolaevna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Faculty Surgery, Izhevsk State Medical Academy
Kazantseva Yana Valentinovna, student of Izhevsk State Medical Academy
Pushina Milana Alekseevna, student of Izhevsk State Medical Academy

Аннотация. В медицинской литературе нередко встречаются эпонимы. Эпоним - название явления, понятия, структуры или метода по имени человека, впервые обнаружившего или описавшего их. В данной статье

приведены примеры именных метастазов и описан клинический случай продолженного роста в пупок опухоли ободочной кишки с распадом.

Abstract. You can often find eponyms in the medical literature. An eponym is the name of a phenomenon, concept, structure or method by the name of the person who first discovered or described them. This article provides examples of named metastases and describes a clinical case of continued growth into the navel of a colon tumor with decay.

Ключевые слова: опухоль ободочной кишки, метастазы, колопроктология, узелок сестры Мэри Джозеф, клинический случай

Keyword: colon tumor, metastases, coloproctology, Sister Mary Joseph's nodule, clinical case

Цель работы: на клиническом примере оценить значение именного метастаза в диагностике основного заболевания.

Узел Труазье – в левой надключичной ямке, часто расположенный позади ключичной головки грудино-ключично-сосцевидной мышцы, назван по имени Шарля Труазье (1844-1919), патологоанатома и клинициста, изучавшего распространение злокачественных опухолей по лимфатическим путям. Узел Труазье может появляться вследствие метастазирования рака легкого, молочной железы, а также пищевода. Чаще всего он обусловлен метастатическим распространением опухолей, исходящих из органов брюшной полости и малого таза – желудка, кишечника, печени, почек, поджелудочной железы, яичек.

Когда узел Труазье обусловлен метастазом при раке желудка, то он носит название *Вирховской железы*, названной в честь Рудольфа Вирхова (1821-1902), внесшего огромный вклад в медицину, занимаясь гемостазом и эмболией легочной артерии (триада Вирхова), лейкозом, социальной медициной. Иногда его называют седлом дьявола из-за зловещей значимости.

Дельфийские узлы – группа мелких, срединно расположенных предгортанных узлов, лежащих на перстнещитовидной мембране. Их

называют дельфийскими из-за высокой прогностической значимости (в Древней Греции Дельфийский оракул был известным прорицателем). Увеличение этих лимфоузлов бывает при болезнях щитовидной железы (подострый тиреоидит, болезнь Хашимото, рак щитовидной железы), а также при раке трахеи.

Узелок сестры Мэри (Марии) Джозеф - метастаз опухоли, расположенной в брюшной полости, плотный узел около пупка. Назван по имени американской медицинской сестры Мэри Джозеф (1856–1939).

В большинстве своем эпонимы в медицине связаны с именем врача, описавшим данное заболевание или симптом, или пациента у которого он был обнаружен, но в данном случае метастаз в пупок назван именем медицинской сестры, обратившей внимание на это образование.



Рис.1 Портрет сестры Мэри Джозеф. Сестры Мэри Джозеф узелок (SMJN).

Джулия Демпси (1856–1939), католическое имя - сестра Мэри Джозеф. С 1890 по 1915 год была первым хирургическим ассистентом Уильяма Джеймса Майо, а в сентябре 1892 года была назначена старшей медсестрой больницы Святой Марии в Рочестере, штат Миннесота, на этой должности она оставалась до своей смерти в 1939 году [4].

Сестра Мэри Джозеф впервые заметила "узелок" в пупке у пациента, страдающего раком желудка, и обратила внимание Уильяма Джеймса Майо

на этот знак. Он опубликовал статью об этом признаке в 1928 году, назвав его "пупок на пуговице брюк" [3]. В 1949 году английский хирург Гамильтон Бейли (1894-1961) в своем знаменитом учебнике "Физические признаки в клинической хирургии" ввел термин для пупочного метастаза - "сестры Мери Джозеф узелок " (SMJN) [2].

Хотя именно доктор Уильям Джеймс Майо описал клинические особенности узловых метастазов в пупок, сестре Мэри Джозеф приписывают то, что она первой оценила, что у пациентов с этим диагнозом будут трудности во время операции [4]. Но до сих пор первичный диагноз опухоли, путь метастазов и лечение пупочных метастазов все еще неясен.

В 14% случаев узелок сестры Мэри Джозеф считается начальным проявлением злокачественного новообразования брюшной полости. Метастазы в пупок обычно указывают на прогрессирующее заболевание, средняя выживаемость при их обнаружении составляет 10 месяцев [5].

Наиболее частыми причинами являются злокачественные новообразования желудка (20%), толстой кишки (14%), яичников (14%) и поджелудочной железы (11%). Описаны случаи метастазов в пупок при злокачественных опухолях тонкой кишки, желчного пузыря, легких, предстательной железы, шейки матки, матки, фаллопиевой трубки, миеломы и мезотелиомы. Узелки также, в редких случаях, возникают в результате распространения рака аппендикса и псевдомиксомы брюшины. В 20% случаев первичную опухоль установить не удается [1].

Как именно метастазы достигают пупка, остается в значительной степени неизвестным. Предлагаемые механизмы распространения раковых клеток в пупок включают прямое трансперитонеальное распространение через лимфатические сосуды, которые проходят вдоль облитерированной пупочной вены; возможен гематогенный путь распространения; через остаточные структуры, такие как серповидная связка; не исключается имплантация опухоли после оперативного вмешательства по поводу опухоли брюшной полости или ее продолженный рост.

Образование в области пупка не всегда является узлом сестры Марии Джозеф. Другие состояния, которые могут вызвать пальпируемое образование включают пупочную грыжу, кисту, омфалит, кожные заболевания, нагноение урахуса, эндометриоз.

Метастазы umbilicus обычно встречаются как первый сигнал прогрессирующей внутрибрюшной злокачественной опухоли, поэтому требуют проведения не только эндоскопических исследований желудочно-кишечного тракта, но и лапароскопического осмотра брюшной полости.

Медицинская визуализация – УЗИ, КТ брюшной полости, тонкоигольная аспирационная биопсия могут позволить отличить узелок сестры Марии Джозеф от другого вида образования.

Лечение для SMJN должно основываться на первичной опухоли и состоянии пациента.

Приводим клиническое наблюдение. В нашем отчете описывается случай продолженного роста в пупок опухоли ободочной кишки с распадом.

Больной Г., 70 лет, 11.10.2021 доставлен бригадой скорой помощи в приемное отделение БУЗ УР "1 РКБ МЗ УР" в дежурную хирургию с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение. Выполнена ФГС: в желудке и двенадцатиперстной кишке кровотечения не выявлено. При осмотре в области пупка выявлен инфильтрат со свищом с гнойным отделяемым.

Госпитализирован в колопроктологическое отделение. При поступлении состояние больного средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные, чистые. Дыхание учащенное, везикулярное ослабленное в нижних отделах, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 98 уд./мин., АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в области пупка где пальпируется инфильтрат до 8 см. При давлении на инфильтрат из свища в области пупка выделяется жидкий гной до 3 мл. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Анализ крови: Hb – 48 г/л; эритроциты – 2,92х10^12/л; лейкоциты – 14,64х10^9/л; тромбоциты – 408 х10^9/л; фибриноген – 3,78 г/л; АСТ – 19,7 ммоль/л; АЛТ – 29,8 ммоль/л; общий белок –52 г/л; креатинин– 104 мкмоль/л; билирубин общий – 18 мкмоль/л; мочевина – 4,4 ммоль/л, С-реактивный белок – 91,68 мг/л.

УЗИ брюшной полости: в правой половине живота инфильтрат размерами 10,5х10,0 см. Заключение: УЗ-признаки инфильтративного новообразования п/ободочной кишки. Очаговое образование правой доли печени по типу гепатоцеллюлярной карциномы.

На ЭКГ - умеренная синусовая тахикардия ЧСС - 95 в минуту, блокада передней ветви ЛНПГ, диффузные нарушения процессов реполяризации миокарда.

На КТ органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием обнаружены признаки рака поперечной ободочной кишки с распространением в мягкие ткани передней брюшной стенки, увеличение регионарных лимфоузлов, многоочаговое поражение печени, предположительно метастазы, кисты почек, двусторонний малый гидроторакс, гидроперикардит, остеопороз, выраженные дистрофические изменения в позвоночнике.

Протокол видеоколоноскопии. Аппарат проведен в поперечно-ободочную кишку. Область ануса без особенностей. Прямая кишка без особенностей. Слизистая сигмовидной кишки умеренно отечна, дивертикулы диаметром 0,3-0,7 см, слизистая дивертикулов не воспалена. Слизистая нисходящего отдела умеренно отечна. Селезеночный угол без особенностей. Поперечно-ободочная кишка: просвет у селезеночного изгиба перекрыт бугристой, рыхлой, контактно кровоточащей тканью. Множественная биопсия. Susp, рак поперечной ободочной кишки.

На основании клинических данных и проведенных исследований был установлен клинический диагноз: рак поперечной ободочной кишки 4 ст. с прорастанием в переднюю брюшную стенку и метастазами в печень.

T4NxM1. Несформированный толстокишечный свищ в пупочной области. Анемия смешанного генеза 1 ст. (Hb – 48 г/л).

За время нахождения в стационаре проводилось симптоматическая терапия: цефаперазон сульбактам 1,0 на 100 мл NaCl 0,9% - 2 раза в сутки в/в в течение 9 дней, метронидазол 250 мг 3 раза, феррум лек 400 мг 3 раза в сутки в течение 9 дней. С заместительной целью выполнено переливание эритроцитарной массы (3 дозы). Состояние больного значительно улучшилось. Наблюдалась положительная динамика в анализах крови: Hb-90 г/л, RBC - $3{,}80x10^{12}$/л. Для дальнейшего лечения больной направлен в онкодиспансер.

Обсуждение. До поступления в проктологическое отделение в течение полугода неоднократно обращался в различные медицинские учреждения с жалобами на боли в животе, нарастающую слабость. Дважды осмотрен онкологом с подозрением на рак п/ободочной кишки с метастазами в печень. Узелок сестры Мэри Джозеф, который считается проявлением злокачественного новообразования брюшной полости, был расценен как осложнение дивертикулярной болезни ободочной кишки с перфорацией поперечно-ободочной кишки в переднюю брюшную стенку с формированием кишечного свища.

Письменное информированное согласие на публикацию этого отчета о случае заболевания от пациента получено.

Литература (References):

1. B Piura, M Meirovitz, M Bayme, etal: Sister Mary Joseph's nodule originating from endometrial carcinoma incidentally detected during surgery for an umbilical hernia: A case report Arch GynecolObstet 274: 385– 388, 2006.
2. Hamilton Bailey.Non-acute abdominal conditions. In: Demonstrations of Physical Signs in Clinical Surgery. 11th edition.1949: 227.
3. Mayo WJ. Metastasis in cancer.Proceedings of the Staff Meeting of the Mayo Clinic.1928; 3: 327.

4. Ogilvie, Marilyn & Harvey, Joy, eds. (2000). The Biographical Dictionary of Women in Science: Pioneering Lives from Ancient Times to the mid-20th Century. 1: A-K. New York, NY: Routledge.
5. R Dodiuk-Gad, M Ziv, D Loven, etal: Sister Mary Joseph's nodule as a presenting sign of internal malignancy Skinmed 5: 256– 258, 2006.

© Климентов М.Н., Стяжкина С.Н., Казанцева Я.В., Пушина М.А., 2022 Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet» №5/2022.

Для цитирования: Климентов М.Н., Стяжкина С.Н., Казанцева Я.В., Пушина М.А. ИМЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ// Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet» №5/2022