



А.І. Шевченко, О.М. Сидоренко, О.П. Колеснік, С.С. Лихачов, А.В. Каджоян

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЛЕГЕНЕВИХ МЕТАСТАЗІВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Запорізький державний медичний університет

Ключові слова: колоректальний рак, легеневі метастази, лікування

Описані сучасні підходи до хірургічного лікування метастазів колоректального раку у легені. Наведені безпосередні результати хірургічного лікування двох пацієнтів з легеневи метастазами колоректального раку.

Колоректальний рак (КРР) є одним з найпоширеніших злоякісних новоутворень. Щорічно у світі реєструється близько 1023000 нових випадків захворюваності на КРР та 529000 випадків смерті від нього. В Україні відповідні показники складають 17452 та 11242 випадків. Захворюваність на КРР посідає третє рангове місце серед усіх злоякісних новоутворень населення України. Більш ніж 30% хворих, з уперше встановленим діагнозом КРР, мають віддалені метастази, а у 50-60% вони з'являються протягом першого року після лікування. Прогноз у таких пацієнтів несприятливий і виживання складає, в середньому, від 4 до 13 місяців, а 5-річне виживання – менше 5% [4,6,8,11,12,13,14].

Останнім часом докорінно змінюється відношення до хірургічного лікування віддалених метастазів. Оскільки найбільш частими зонами гематогенного метастазування КРР є печінка і легені, а ефективність променевого і хіміотерапевтичного способів впливу при раку цієї локалізації та його метастазах залишається досить низькою, використання хірургічного методу набуває особливої актуальності.

Теоретичним підґрунтям видалення метастазів є каскадна теорія метастазування. Легені є первинним фільтром для тих органів і тканин, з яких венозна кров надходить безпосередньо до порожнистих вен. Для більшості органів черевної порожнини первинним фільтром є печінка. За думкою авторів, з первинних метастазів до одного або двох ключових органів вторинно відбувається відсів пухлини на периферію. Є думка, що при першому формуванні метастазу відбувається селекція пухлинних клітин, здібних до подальшого метастазування [10].

Доцільність повного видалення печінкових метастазів у хворих на КРР доведена численними спостереженнями. Так, приблизно 40% хворих на КРР з метастазами у печінці після резекції печінкових метастазів виживають протягом 3 років і 25% з них - протягом 5 років [2,3]. При цьому можливо виконання повторних резекцій печінки, що дозволяє досягти 30% рівня 3-річного виживання. На жаль, подібні хірургічні втручання можливо виконати тільки у 10% хворих на КРР з метастатичним ураженням печінки [7]. Проблема ж хірургічного лікування легеневи метастазів ще перебуває у стані вивчення.

Клінічні прояви метастатичного ураження легень мізерні з-за розташування метастазів у більшості випадків у периферійній зоні легені. Рідко (2-10%) пухлини метастазують безпосередньо у стінку бронха, і симптоматика аналогічна такій при центральній первинній злоякісній пухлині легені з порушенням вентиляції [1,5].

Перше повідомлення про успішне хірургічне лікування метастазів у легені належить Barney J. [1939]. Хвора прожила 12 років після лобектомії без ознак рецидиву і метастазів.

На тепер загальноприйнятими об'ємами при хірургічному лікуванні метастазів є прецизійне видалення метастазів, атипична резекція легені та лобектомія. Для видалення двобічних метастазів використовують стернотомію і білатеральну торакотомію. Останнім часом для видалення субплеврально розташованого солітарного метастазу використовують відеоторакоскопічну резекцію легені.

Частота ускладнень після операцій з приводу метастатичних пухлин легень не перевищує 10-15%; летальність коливається від 1,2 до 6% [1,5].

У клінічній практиці легеневі метастази поділяють на солітарні (1 вузол), поодинокі (2-3 вузла) і множинні (>3 вузлів), а за локалізацією – на одно- і двобічні. А.Х. Трахтенберг [2000] вважає, що результати хірургічного лікування солітарного метастазу слід визнати задовільними. 5-річне виживання складає 30-52%.

Оперативне втручання при поодиноких і численних метастазах у легенях, як компонент комплексного лікування, дозволяє досягнути 5-річного виживання у 10-35% хворих. За даними МНДОІ ім. П.О. Герцена, цей термін після видалення поодиноких метастазів переживають 21,7% оперованих, численних – 14,7% [1].

Найбільш важливими факторами прогнозу є: характер виконаної операції ("радикальна" або паліативна); кількість метастазів у легенях; одно- або двобічна їх локалізація; гістогенез первинної пухлини; інтервал з моменту видалення первинної пухлини до появи легеневи метастазів; час подвоєння об'єму легеневи метастазів; стан внутрішньогрудних лімфовузлів; ступінь диференціювання первинної пухлини та мета-



стазу; рецепторний статус пухлини; рівень серологічних маркерів до операції на легені.

Рецидивні метастази у легеневої паренхімі виникають майже у кожного 3-го хворого (25-35%). У обмеженого контингенту пацієнтів можливі повторні операції з відносно сприятливими безпосередніми і віддаленими результатами [5].

Основний метод діагностики метастатичної пухлини легені – рентгенологічний. Велике значення належить комп'ютерній томографії (КТ), яка дозволяє виявити на 50-70% більше утворень, ніж звичайне рентгенологічне дослідження. Тому КТ необхідно включати до обов'язкового плану обстеження хворих з метастазами у легенях, особливо при плануванні оперативного втручання [5]. Можливості позитронно-емісійної томографії у діагностиці метастазів у легенях не поступаються КТ. Методи морфологічної верифікації діагнозу ті ж, що і при первинній пухлині легені.

Частіше метастаз необхідно диференціювати з первинною периферичною злоякісною і доброякісною пухлиною, вогнищевими ураженнями легені непухлинного генезу. Онкологічний анамнез при солітарному вузлі у легені спрощує постановку діагнозу, але при цьому треба пам'ятати про збільшення частоти розвитку первинно-множинних синхронних та метакронних злоякісних пухлин з ураженням легені. Навіть поодинокі і численні тіні у легенях на етапі початкової діагностики або після пролікованої первинної пухлини не завжди свідчать про метастатичне ураження. На заключному етапі диференціальної діагностики відеоторакоскопія дозволяє встановити справжню природу змін у легенях.

Нами тільки протягом останнього року прооперовані 6 хворих з метастатичним ураженням легенів, з них 3 на КРР з метакронними солітарними метастазами у легені. Наводимо короткі відомості про двох пролікованих пацієнтів.

Хворий Т. 1937 р.н. був прооперований у абдомінальному відділенні Запорізького обласного онкологічного диспансеру (ЗООД) 2.12.2005 року з приводу раку верхньоампулярного відділу прямої кишки Т4N0M0G3 ст. II КСГ ІІБ, ускладненого хронічною кишковою непрохідністю. Виконана комбінована операція Гартмана з резекцією термінального відділу здувинної кишки з ілеотрансверзостомією. Патогістологічний висновок № 40507-18 від 12.12.2005 року: низькодиференційована аденокарцинома товстої кишки з інфільтрацією всієї товщі стінки, прилеглої жирової клітковини, серозної та м'язової оболонки прилеглої тонкої кишки. В межах операційного розрізу та слизової оболонки тонкої кишки ознак злоякісного росту не знайдено рТ4N0M0G3. Післяопераційний період без ускладнень.

Хворий відмовився від проведення стандартної ад'ювантної хіміотерапії, але амбулаторно приймав кселоду в якості додаткової хіміотерапії, яку призначив районний онколог. Під час проходження чергового диспансерного огляду 18.12.2006 року рентгеноскопично у нижній частці правої легені знайдено солітарний метастаз кульподібної форми діаметром 35 мм. Інших ознак віддалених метастазів не знайдено. У торакальному відділенні ЗООД 10.01.2007 року виконана нижня лобектомія справа. Патогістологічний висновок № 977 від 18.01.2007 року: кріброзна аденокарцинома з інфільтрацією плеври та некрозом. Не виключається метастатичний характер процесу.

У задовільному стані хворий був виписаний додому на 14-ту добу після торакальної операції. При контрольному рентгенологічному дослідженні 02.07.07 знайдено рецидивний метастаз діаметром до 30 мм у верхній частці правої легені. Від повторної торакальної операції хворий відмовився та знаходиться під диспансерним наглядом у районного онколога.

Хвора Ш., 1934 р.н., була прооперована у абдомінальному відділенні ЗООД 10.10.2003 з приводу раку нижньоампулярного відділу прямої кишки Т3N0M0, ст. II, КСГ III, ускладненого хронічною кишковою непрохідністю. Після передопераційного курсу дистанційної гамма-терапії у сумарній дозі 20 Гр., виконана черевинно-промежинна екстирпація прямої кишки за Кеню-Майлсом. Патогістологічний висновок №34379-90 від 22.10.03: папілярна аденокарцинома, що інфільтрує всю товщу стінки прямої кишки. В межах країв препарату та лімфовузлів елементів злоякісних новоутворень не знайдено рТ3N0M0G3. Післяопераційний період без ускладнень.

Протягом чотирьох років не з'являлась на контрольні рентгенологічні дослідження. У грудні 2007 року було виконане рентгенологічне дослідження органів грудної клітини. На рентгенограмі виявлено круглу тіню у правій легені діаметром близько 35x28 мм з нерівними контурами на незміненому легенево-му полі.

25.01.2008 поступила в торакальне відділення ЗООД, де 04.02.2008 була виконана верхня лобектомія справа. Патогістологічний висновок № 4567-76 від 13.02.2008: аденокарцинома у легені найбільш вірогідно метастатичного характеру. У лімфовузлі – антракоз. В межах операційного краю бронха елементів злоякісного новоутворення не виявлено. На 11-у добу після операції хвора у задовільному стані виписана додому для подальшого диспансерного нагляду.

Таким чином, хірургічне лікування легеневих метастазів є складовою частиною комплексного циторедуктивного лікування хворих на КРР, виправданим як з точки зору поліпшення якості життя, так і продовження його тривалості.



ЛІТЕРАТУРА

1. Злокачественные опухоли лёгких / В. Чиссов, А. Трахтенберг, К. Колбанов, О. Пикин // <http://www.rusvrach.ru/articles/vrach-13-2006str12-19>
2. Рак толстой кишки - состояние проблемы / Базин И.С., Гарин А.М., Жарков С.А., Нариманов М.Н. // РМЖ. - 2003. - №11. - С.674-679.
3. Семенов Н.Н. Комбинированное лечение метастазов колоректального рака в печень. - РМЖ. - 2002. - № 24. - С. 1109 - 1111.
4. Тимофеев Ю.М. Колоректальный рак: современные аспекты диагностики и лечения // РМЖ. - 2004. - №11. - С. 653-656.
5. Трахтенберг А. Х., Паршин В. Д., Пикин О. В. Хирургическое лечение метастазов колоректального рака в легких // Российский онкологический журнал. - 2005. - №4. - С.18-21.
6. Федоренко З.П., Гулак Л.О., Горох С.Л. Рак в Україні, 2002-2003. Бюлетень національного канцер-реєстру України №5. - К.: Інститут онкології АМН України, 2004. - 94 с.
7. Хирургическое лечение метастазов колоректального рака в печень / В.Б. Александров, Б.С. Сухов, К.Р. Александров и др. // <http://www.nedug.ru/lib/lit/oncol/03jan2/28/onco.htm>
8. Andre T., Boni C., Mounedji-Boudiaf L., et al. Oxaliplatin, Fluorouracil, and Leucovorin as Adjuvant Treatment for Colon Cancer // N. Engl. J. Med. - 2004. - Vol.350. №23. - P. 2343-2351.
9. Barney J.D., Churchil E. D. Adenocarcinoma of the kidney with metastases to the lung: cured by nephrectomy // J.Urol. - 1939. - V.42. - P.269-276.
10. Bross & Blumenson // Oncology. - 1976. - V.12. - P. 538-542.
11. Compton C.C. Pathologic prognostic factors in the recurrence of rectal cancer // Clin. Colorectal Cancer. - 2002. - Vol.2. №3. - P.149-160.
12. Ferlay J., Bray F., Pisani P., et al. GLOBOCAN 2002: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide // LARC CancerBase (verlion 2.0). - 2004. - №5. - P.249-254.
13. Jatzko G.R., Jagoditsch M., Lisborg P.H. et al. Long-term results of radical surgery for rectal cancer: multivariate analysis of prognostic factors influencing survival and local recurrence // Eur. J. Surg. Oncol. - 1999. - Vol.25. №3. - P.284-291.
14. Landis S.H., Murray T., Bolden S. et al. Cancer statistics, 1998 // CA Cancer J. Clin. - 1998. - Vol.48. - P.6-29.

Надійшла 03.03.2008р.

А.И. Шевченко, А.М. Сидоренко, А.П. Колесник, С.С. Лихачов, А.В. Каджоян

Хирургическое лечение легочных метастазов колоректального рака

Описаны современные подходы к хирургическому лечению метастазов колоректального рака в лёгкие. Приведены непосредственные результаты хирургического лечения двух пациентов с лёгочными метастазами колоректального рака.

Ключевые слова: колоректальный рак, легочные метастазы, лечение

A.I. Shevchenko, O.M. Sidorenko, O.P. Kolesnik, S.S. Lichachov, A.V. Kadjoyan

Surgical treatment of colorectal metastases to the lungs

The article is devoted to the modern approaches in surgical treatment of colorectal metastases to the lungs. The paper presents immediate results of surgical treatment of 2 patients with metastases of colorectal cancer to the lungs.

Key words: colorectal cancer, metastases to the lungs, treatment

Відомості про авторів:

Шевченко Анатолій Іванович, д.мед.н., професор, зав. курсу онкології ЗДМУ;

Сидоренко Олександр Михайлович, к.мед.н., доцент курсу онкології ЗДМУ;

Колесник Олексій Петрович, к.мед.н., асистент курсу онкології ЗДМУ;

Ліхачов Станіслав Сергійович, ординатор торакального відділення ЗОКОД;

Каджоян Артем Валерійович, студент 6-го курсу ЗГМУ.

Адреса для листування:

Шевченко Анатолій Іванович, 69104, м. Запоріжжя, вул. Чумаченка, 34, кв. 146. Тел./факс служб. (0612) 96-34-96;

E-mail: anatoliy@anatoliy.zsm.zp.ua