

© Коллектив авторов, 2009
УДК [616.24+616.345]-006.6-089-059

Н.А.Яицкий¹, А.Л.Акопов^{1,2}, А.А.Русанов¹, А.С.Агишев², И.В.Чистяков²

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО МЕТАХРОННОГО РАКА ЛЕГКОГО И ТОЛСТОЙ КИШКИ

¹ Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав.—акад. РАМН проф. Н.А.Яицкий) и ² Научно-исследовательский институт пульмонологии (дир. — проф. М.М.Илькович) Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова

Ключевые слова: рак, легкие, толстая кишка, первично-множественный.

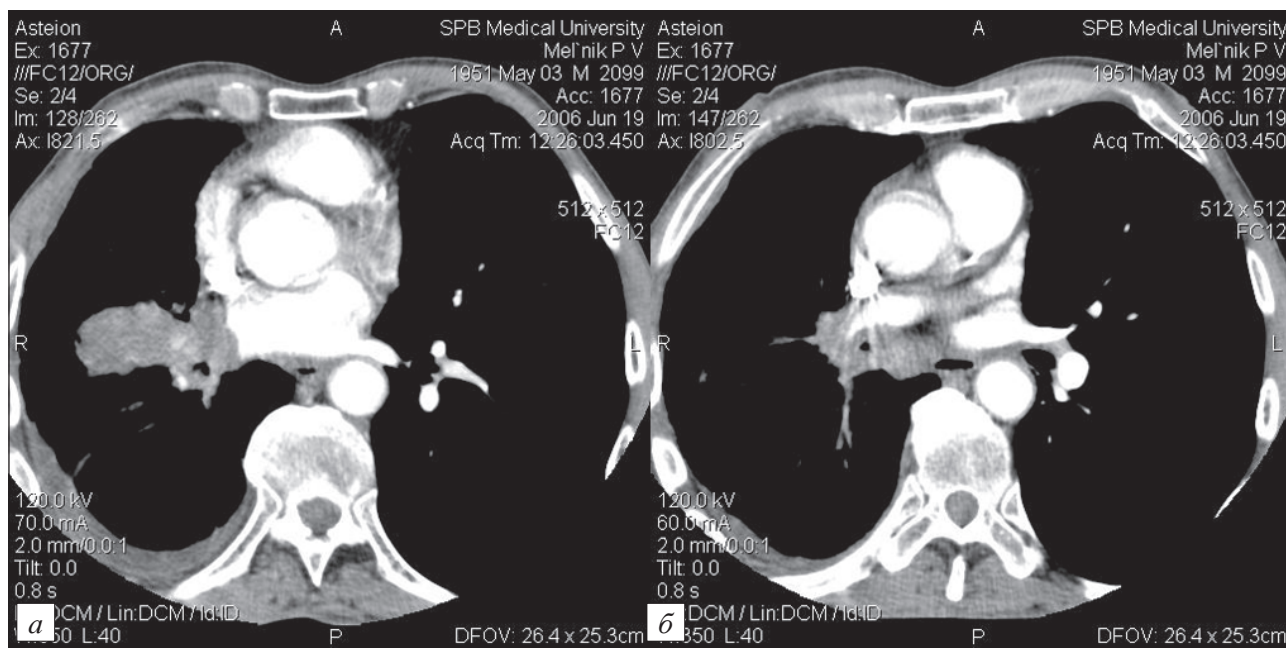
Достижения медицинской техники, разработка новых лечебных подходов в онкологии позволяют оказывать эффективную помощь больным, ранее считавшихся инкурабельными. Современные подходы предусматривают как радикальное лечение, так и при невозможности последнего паллиативное, направленное на улучшение качества жизни [1, 4, 6]. В ряде наблюдений проведение специальной терапии, направленной на уменьшение объема опухолевой ткани и улучшение функционального состояния, позволяет произвести радикальную операцию предположительно неоперабельным больным [2, 7]. Такое комбинированное и комплексное лечение может проводиться только в стационарах, располагающих штатом специалистов необходимого профессионального уровня и соответствующим техническим оснащением. К сожалению, в России немного клиник, где больному в одном учреждении может оказываться самое современное комбинированное химиотерапевтическое, эндоскопическое, хирургическое лечение при первичных опухолях различных локализаций. Перевод пациентов для проведения специального лечения из одного лечебного учреждения в другое существенно усложняет и удлинняет лечебный процесс и, несомненно, снижает его эффективность.

В настоящей работе представлено клиническое наблюдение больного с первично-множественным метастатическим раком правого легкого и толстой кишки, которому комплексное лечение проводилось в условиях одной хирургической клиники.

Больной М., 71 года, впервые обратился в клинику госпитальной хирургии № 1 СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова в конце 2005 г. с жалобами на одышку, слабость, боль в груди.

Курил около 50 лет, в течение 10 лет страдал хронической обструктивной болезнью легких. При клинико-рентгенологическом исследовании диагностирована опухоль верхней доли правого легкого. При бронхофиброскопии — новообразование верхнедолевого бронха справа со стенозом главного и промежуточного бронхов III степени. Результат гистологического исследования биоптатов — плоскоклеточный рак. По данным компьютерной томографии грудной клетки с ангиографией установлены признаки прорастания новообразованием стенки левого предсердия и правой ветви легочной артерии, а также увеличение ипсилатеральных лимфатических узлов средостения до 22 мм в диаметре (рисунок). Отдаленные метастазы не выявлены. Опухоль классифицирована как T4N2M0 (IIIb стадия). При исследовании функции внешнего дыхания отмечено резкое снижение объема форсированного вдоха (ОФВ) в первую секунду до 41% от должного и жизненная емкость легких (ЖЕЛ) до 51% от должного. Расчетное систолическое давление в легочной артерии 40 мм рт. ст., ЭХО-признаки «легочного сердца».

Учитывая крайне низкие кардиопульмональные резервы, функциональная операбельность больного расценена как сомнительная. Проведено два курса противоопухолевой химиотерапии (таксотер+цисплатин), а также эндоскопическая лазерная (полупроводниковый ND:YAG лазер) фотодеструкция экзофитной части опухоли с целью реканализации главного и промежуточного бронхов. Пациент перенес лечение удовлетворительно, осложнений не отмечено. При повторном обследовании в феврале 2006 г.: по данным компьютерной томографии, улучшение вентиляции средней и нижней долей правого легкого, уменьшение размеров лимфатических узлов средостения. Уровень ОФВ в первую секунду возрос до 68% от должного. 12.03.2006 г. пациент оперирован, произведена правосторонняя пневмонэктомия с резекцией стенки левого предсердия и медиастинальной лимфодиссекцией. Результат планового гистологического исследования удаленного препарата — плоскоклеточный рак правого легкого с инвазией в стенку левого предсердия, из девяти исследованных лимфатических узлов средостения метастазы выявлены в двух; в слизистой оболочке края резекции правого главного бронха выявлены единичные опухолевые клетки. Послеоперационный период протекал гладко, больной выписан из стационара на 17-е сутки. В дальнейшем каждые 6 мес ему проводились компьютерная томография грудной клетки и бронхофиброскопия, данных за рецидив выявлено не было. Качество своей



Компьютерная томограмма больного М., 71 года.

Рак правого легкого с прорастанием правой легочной артерии (а) и стенки левого предсердия (б) (указаны стрелкой).

жизни оценивал как удовлетворительное. Специальное противоопухолевое лечение больному не назначалось.

Осенью 2008 г. стал отмечать прогрессирующую задержку стула, быстрое похудание, нарастание общей слабости. В декабре при колоноскопии выявлено наличие плотнотканной консистенции, несмещаемого при инструментальной пальпации новообразования в 7 см от ануса, суживающего просвет кишки до 0,6 см. Гистологическое заключение биоптата — умеренно дифференцированная аденокарцинома. При компьютерной томографии признаков опухолевых изменений в грудной полости нет, отмечено наличие разнокалиберных низкоплотных очагов в обеих долях печени — метастазы. Учитывая явления хронической толстокишечной непроходимости, произведена эндоскопическая аргонплазменная реканализация просвета кишки с восстановлением адекватного пассажа толстокишечного содержимого. После реканализации установлено, что протяженность опухоли около 12 см. В зону стеноза установлен саморасправляющийся металлокаркасный эндопротез (NCS-22-140, M.I.Tech, Корея). При контрольной колоноскопии кишечник в зоне опухоли полностью проходим, просвет поддерживается металлокаркасным стентом, признаков стеноза нет. Выписан на амбулаторное лечение со значительным улучшением самочувствия, нормализацией стула.

У больного в течение 3 лет диагностированы две злокачественные опухоли. Первая, рак легкого, исходно характеризовалась местной распространенностью, обширным лимфогенным метастазированием, вовлечением в первичную опухоль миокарда. Кроме того, в связи с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких, а также опухолевым стенозом главного бронха, больной исходно был функционально неоперабельным. В результате полихимиотера-

пии и эндоскопического лазерного воздействия на опухоль удалось достичь реканализации правого главного и промежуточного бронхов, восстановления вентиляции функционально сохраненных сегментов легкого. Все это и позволило произвести оперативное вмешательство. Подобные результаты подготовки больных раком легкого к операциям описаны в литературе, однако, проведение такого комплексного лечения возможно лишь в небольшом числе отечественных и зарубежных клиник [1, 4]. Резекция стенки левого предсердия также не является чем-то необычным в торакальной хирургии, при этом решиться на проведение такого вмешательства хирург может только при наличии адекватной анестезиологической и реанимационной поддержки [2, 7]. Представляется особенно интересным, что, несмотря на наличие опухолевых клеток в крае резекции бронха (R1) и отсутствие какой-либо адъювантной терапии, местного рецидива в зоне операции за весь последующий период наблюдения, составивший около 3 лет, не отмечено. Подобные результаты микроскопически нерадикальных резекций легких описаны и другими авторами, которые не рекомендуют в таких случаях проведение послеоперационного противоопухолевого лечения и считают оправданным активное наблюдение за больным с целью максимально ранней диагностики возможного местного рецидива [5].

Рак толстой кишки был диагностирован уже в IV стадии заболевания, хотя теоретически очаго-

вые тени в печени, выявленные при компьютерной томографии, могли быть и метастазами рака легкого. Учитывая практически полный опухолевый стеноз ректосигмоидного отдела толстой кишки, лечение, в первую очередь, было направлено на восстановление просвета и купирование непроходимости [3]. До настоящего времени в таких клинических ситуациях производятся операции наложения противоестественного заднего прохода, что само по себе, несомненно, снижает качество жизни больных. Хорошей альтернативой такому вмешательству в представленном наблюдении явилась аргонплазменная коагуляция опухоли с реканализацией просвета кишки и последующим эндопротезированием металлокаркасным стентом [6].

Таким образом, представленное клиническое наблюдение свидетельствует о возможности проведения комплексного и комбинированного, радикального и паллиативного противоопухолевого лечения больных со злокачественными опухолями различной локализации с применением самых современных методик в условиях одной университетской хирургической клиники.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Герасин В.А., Шафировский Б.Б., Черный С.М. и др. Эндоскопическая лазерная хирургия трахеи // Грудн. и серд.-сосуд. хир.—1991.—№ 6.—С. 49–52.
2. Трахтенберг А.Х., Франк Г.А., Колбанов К.И., Стукалов М.А. Комбинированные операции при немелкоклеточном раке легкого III стадии // Вестн. РОНЦ им. Н.Н.Блохина.—2003.—№ 1.—С. 50–54.
3. Яицкий Н.А., Седов В.М., Васильев С.В. Опухоли толстой кишки.—СПб.: МЕДпресс-информ., 2004.—376 с.
4. Ernst A., Feller-Kopman D., Becker H.D., Mehta A.C. Central airway obstruction // Am. J. Resp. Crit. Care Med.—2004.—Vol. 169.—P. 1278–1297.
5. Massard G., Doddoli C., Gasser B. et al. Prognostic implications of a positive bronchial resection margin // Eur. J. Cardiothorac. Surg.—2000.—Vol. 17.—P. 557–565.
6. Sessler M.J., Becker H.D., Flesch I., Grund K.E. Therapeutic effect of argon plasma coagulation on small malignant gastrointestinal tumors // J. Cancer Res. Clin. Oncol.—1995.—Vol. 121.—P. 235–238.
7. Spaggiari L., D'Aiuto M., Veronesi G. et al. Extended pneumonectomy with partial resection of the left atrium, without cardiopulmonary bypass, for lung cancer // Ann. Thorac. Surg.—2005.—Vol. 79.—P. 234–240.

Поступила в редакцию 04.03.2009 г.