

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Кировский областной онкологический диспансер, кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии, Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

Заболеваемость в России раком прямой кишки в 1999 г. составила 14,2 на 100000 населения, в Кировской области 16,4 (Чиссов В.И., Старинский В.В., 2000). Метастазы в печень имеются у 20-30% больных, с первичной колоректальной карциномой (Аглулин И.Р., Зиганшин М.И., 2000).

Естественно, что клинические проявления метастатического поражения печени зависят от характера первичной опухоли, степени ее распространенности, объема поражения печеночной паренхимы, сопутствующих заболеваний печени и других факторов. Клинические проявления первичной опухоли, перенесенное оперативное вмешательство затушевывают симптоматику метастазов в печени. Сложность диагностики вторичного опухолевого поражения печени усугубляется еще тем, что солитарные и единичные метастазы печени небольших размеров клинически протекают бессимптомно. Следует отметить, что лечение больных с вторичным опухолевым поражением печени представляет трудную задачу. Лишь в последние десятилетия таким больным начали выполнять радикальные операции в виде анатомических и неанатомических резекций печени. В отношении химио- и лучевого лечения до настоящего времени мнения остаются противоречивыми.

За период с 1998 по 2000 год в Кировской области зарегистрировано 764 больных раком прямой кишки. С отдаленными метастазами 224 (29,3%), из них с метастазами в печень 156 (70,1%). В абдоминальном отделении Кировского областного онкологического диспансера за этот период находилось на лечении 311 пациентов с раком прямой кишки, из них с метастазами в печень 24 (7,7%).

Диагностика метастатического рака печени осуществлялась с помощью клинической симптоматики, лабораторных, ультразвуковых исследований, компьютерной томографии, лапароскопии, пункционной биопсии. Методом выбора на первом этапе обследования следует считать ультразвуковое исследование. Так, по нашим данным, с помощью этого метода метастазы в печень выявлены у 79,2% пациентов, при использовании КТ - у 91,6%. У 2 (8,4%) пациентов метастазы в печень выявлены только при лапаротомии. У 58% пациентов взятие материала для морфологического исследования производилось при лапароскопии.

При солитарных и единичных метастазах произведены атипичные резекции у 1 больного и у 2 больных лазеркоагуляции одновременно с радикальной операцией на первичном очаге. У 6 больных с множественными метастазами печени проведена дистанционная гамма-терапия методом мультифракционирования дозы с радио модификатором 5-фторурацил. У 9 больных с множественными метастазами печени проведена химиотерапия по схеме FAM (5-фторурацил, доксорубин, митомицин) с внутривенным введением митомицина в процессе проведения интраперитонеальной гипертермии. Остальным пациентам проводилось симптоматическое лечение. При проведении симптоматического лечения ни один больной не пережил срок 6 мес. Более 12 месяцев живы 70% больных после химиотерапии с интраперитонеальной гипертермией. После проведенной лучевой терапии стабилизация процесса отмечена в сроки 6-8 месяцев. Из 3 пациентов, перенесших оперативные вмешательства, 2 живы более 1 года.

Таким образом, наш небольшой опыт покаывает, что при солитарных и единичных метастазах в печень возможны и целесообразны одномоментные операции. При множественных метастазах необходимо продолжить изучение методик химиолучевого лечения.