



В. В. Бойко, С. А. Савви,
А. Б. Старикова,
В. В. Жидецкий,
А. Ю. Бодрова,
А. А. Меркулов

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
им. В. Т. Зайцева НАМНУ»,
г. Харьков

© Коллектив авторов

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Резюме. В статье приведены результаты комбинированного лечения 34 больных с резектабельными метастазами колоректального рака. На первом этапе всем больным проводилось хирургическое лечение, на втором — от 3 до 6 циклов химиотерапии по схеме FOLFOX. Выполнение оптимальной или субоптимальной циторедукции приводит к максимальному сокращению опухолевой массы в организме больного, что позволяет не только увеличить продолжительность жизни пациентов, но и улучшить ее качество благодаря появлению светлых промежутков без системной химиотерапии.

Ключевые слова: метастатический колоректальный рак, комбинированное лечение, резектабельные метастазы.

Вопросы метастазирования злокачественных опухолей, в частности колоректального рака, остаются одной из актуальных проблем онкологии, которая в значительной мере обусловлена высокими показателями заболеваемости, многообразием клинических форм опухоли, неудовлетворительными результатами лечения. Неуклонно возрастающее число больных колоректальным раком во всех экономически развитых странах, а также увеличение числа больных с распространенными формами заболевания, к которым относятся местное распространение опухоли и все случаи отдаленного метастазирования привлекают к нему внимание специалистов [1, 3, 5, 6]. До недавнего времени появление отдаленных, даже единичных метастазов в другие органы считали признаком диссеминации опухолевого процесса, и следовательно, безнадежности больного. Однако в последнее время доказали, что проведение хирургического и химиолучевого лечения дает возможность на длительный срок продлить жизнь больным и улучшить ее качество. Основная сложность заключается в отсутствии стандартных подходов не только в диагностике, но и в лечении этих пациентов. Большинство исследователей признается, что улучшение результатов лечения в этой группе достигается путем комбинированного подхода: возможного максимального удаления всех опухолевых проявлений с последующей химиотерапией, что является фактором, определяющим наилучший прогноз [2, 4, 7].

Приводим пример успешного комбинированного лечения в клинике Института больной Е., 68 лет. Диагноз: рак поперечной ободочной кишки Т3N2M0. Состояние после комбинированного лечения. Прогрессирование опухолевого процесса. Анамнез: больной в октябре 2010 года выполнена операция - резекция поперечной ободочной кишки с формированием анастомоза. Гистологическое исследование:

умеренно дифференцированная аденокарцинома с участками низкодифференцированного, прорастает все слои стенки кишки, врастает в окружающую клетчатку, в 5 лимфоузлах из 15 — метастазы. Больной с января по ноябрь 2011 года проведено 6 циклов адьювантной химиотерапии по схеме FOLFOX. В декабре 2011 года при контрольном обследовании (по данным ПЭТ) выявлено метастатическое поражение легких, левого яичника и локорегионарный рецидив. Уровень РЭА — 50,7 нг/мл. С декабря 2011 по июнь 2012 года больной проведено 6 циклов химиотерапии по схеме FOLFIRI и бевацизумаб с выраженной положительной динамикой. В ноябре 2012 года больной выполнена правосторонняя гемиколэктомия с левосторонней аднексэктомией. Гистологическое исследование: низкодифференцированная аденокарцинома, прорастает все слои стенки кишки, в яичнике метастаз аденокарциномы низкой степени дифференцировки. Больная с января 2013 года получила 3 цикла химиотерапии: оксалиплатин+кселода. В марте 2015 года по данным МРТ брюшной полости выявлено метастатическое поражение печени. Уровень сывороточного маркера РЭА был 36 нг/мл. Больной выполнена резекция VI, VII, VIII, IVA сегментов печени. Гистологическое исследование: метастаз аденокарциномы умеренной степени дифференцировки. В дальнейшем в связи с развитием выраженной токсичности во время приема кселоды в монорежиме, не позволяющей продолжить химиотерапию, больная оставлена под строгое динамическое наблюдение.

В клинике нашего Института было проведено комбинированное лечение 34 больных с резектабельными метастазами колоректального рака в возрасте от 35 до 74 лет с 2010 по 2015 гг. На первом этапе всем больным проводилось хирургическое лечение, на втором — от 3 до 6 циклов химиотерапии по схеме



FOLFOX. Общее состояние пациентов перед началом лечения оценивалось с использованием шкалы EGO. Резекционные этапы операции включали гемиколэктомия — 8 пациентов, переднюю резекцию прямой кишки — 10 больных, одномоментную резекцию сигмовидной кишки — 9, резекцию поперечной ободочной кишки — 3, операция Гартмана — 4. У 21 пациента (61,8 %) через 2 года после окончания лечения по поводу метастатического поражения печени выполнены левосторонняя гемигепатэктомия — 2, правосторонняя гемигепатэктомия — 1, атипичная резекция левой доли печени — 5, энуклеация метастазов — 9, резекция II, III, IV сегментов печени — 4. У 8 пациентов (23,5 %) в сроки от 2 до 3-х лет диагностирован локорегионарный рецидив, по поводу чего выполнены комбинированные расширенные операции: брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с резекцией мочевого пузыря — 3, с экстирпацией матки с придатками и резекцией стенки мочевого пузыря — 4, с удалением придатков — 1 больная. Атипичная резекция легкого по поводу метастазов выполнена 5 пациентам (14,7 %).

После повторных операций проводилась системная химиотерапия. У 29 больных (85,3 %) требовалась редукция дозы химиопрепаратов либо изменение временного интервала, так как непрерывная химиотерапия с применением современных двойных комбинаций препа-

ратов сопровождалась выраженной токсичностью 3-4 степени.

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения колоректального рака с метастатическим поражением показал, что наиболее высокая выживаемость была в группе пациентов, перенесших хирургические вмешательства при метастазах с поражением одной доли печени и единичными метастазами в легких. В этой группе 14 пациентов (41,1 %) пережили 5-летний срок после операции. Менее благоприятные результаты отмечены у больных с локорегионарными рецидивами в прямой кишке. После выполнения циторедуктивных вмешательств более трех лет прожили 2 пациента (5,9 %), более двух — 6 (17,6 %).

Таким образом, выбор адекватного объема хирургического лечения основывается преимущественно на правильной оценке состояния пациента, стадии основного заболевания, локализации метастазов, а также особенностей течения злокачественного процесса.

Вывод

Выполнение оптимальной или субоптимальной циторедукции приводит к максимальному сокращению опухолевой массы в организме больного, что позволяет не только увеличить продолжительность жизни пациентов, но и улучшить ее качество благодаря появлению светлых промежутков без системной химиотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Патютко Ю. И. Современные подходы к лечению метастазов колоректального рака в печени / Ю. И. Патютко, А. Л. Пылев, И. В. Сагайдак // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2008. — № 4. — С. 14-28.
2. Ferrand F. Impact of primary tumor resection on survival of patients with colorectal cancer and synchronous metastases treated by chemotherapy: results from the multicenter, randomized trial Federation Francophone de Cancerologie Digestive 9601 / F. Ferrand, D. Malka, A. Bourredjem // Eur. J. Cancer. — 2013. — Vol. 49, № 1. — P. 90-97.
3. Folprecht G. Neoadjuvant therapy concepts for liver metastases / G. Folprecht, W. O. Bechstein // Chirurg. — 2011. — Vol. 82, № 11. — P. 989-994.
4. Kato T. Therapeutic results for hepatic metastasis of colorectal cancer with special reference of effectiveness of hepatectomy: analysis of prognostic factors for 763 cases recorded at 18 institutions / T. Kato, K. Yasui, T. Hirai // Dis. Col. Rec. — 2003. — Vol. 49. — P. 22-31.
5. Schmooll H. J. ESMO Consensus Guidelines for management of patients with colon and rectal cancer. A personalized approach to clinical decision making / H. J. Schmooll, E. Van Cutsem, A. Stein // Ann. Oncol. — 2012. — Vol. 23, № 10. — P. 2479-2516.
6. Siegel R. Cancer statistics / R. Siegel, D. Naishadham, A. Jemal // CA Cancer J. Clin. — 2012. — Vol. 62. — P. 10-29.
7. Weiser M. Peri-operative chemotherapy for the treatment of resectable liver metastases from colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized trials / M. Weiser, S. Sauerland, D. Arnold // BMC Cancer. — 2010. — Vol. 21, № 10. — P. 309.

**КОМБІНОВАНЕ
ЛІКУВАННЯ
МЕТАСТАТИЧНОГО
КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ**

*В. В. Бойко, С. О. Савві,
А. Б. Старікова,
В. В. Жидецький,
А. Ю. Бодрова,
А. О. Меркулов*

Резюме. У статті наведено результати комбінованого лікування 34 хворих з резектабельними метастазами колоректального раку. На першому етапі усім хворим було проведено хірургічне лікування, на другому - від 3 до 6 циклів хіміотерапії за схемою FOLFOX. Виконання оптимальної чи субоптимальної циторедукції приводить до максимального скорочення пухлинної маси в організмі хворого, що дозволяє не тільки збільшити термін життя пацієнтів, але й покращити її якість завдяки тому, що з'являються світлі проміжки без системної хіміотерапії.

Ключові слова: *метастатичний колоректальний рак, комбіноване лікування, резектабельні метастази.*

**COMBINED TREATMENT
OF METASTATIC
COLORECTAL CANCER**

*V. V. Boyko, S. A. Savvi,
A. B. Starikova,
V. V. Zhydetskyi,
A. Ju. Bodrova,
A.A. Verkulov*

Summary. The article presents the results of combined treatment of 34 patients with resectable colorectal cancer metastases. In the first phase, all patients underwent surgical treatment. In the second they underwent from 3 to 6 cycles of FOLFOX chemotherapy. The optimal or suboptimal cytoreduction leads to a maximum reduction of the tumor in the patient, which allows not only to increase life expectancy of patients, but also to improve its quality due to the emergence of intervals without systemic chemotherapy.

Key words: *metastatic colorectal cancer, combined treatment, resectable metastases.*