

В.П. Старенький,
В.А. Мороз,
Л.Я. Васильєв

Синхронний рак легені та орофарингеальної ділянки

Інститут медичної радіології
ім. С.П. Григор'єва
АМН України,
м. Харків

Synchronous lung and oropharyngeal cancer

Певні успіхи в лікуванні недрібноклітинного раку легень (РЛ), досягнуті останніми роками, додають особливої актуальності проблемам адекватного лікування синхронних із ним пухлин. Відомо, що наявність другої пухлини помітно погіршує прогноз захворювання, скорочуючи практично вдвічі період виживання пацієнтів [1, 2].

Чимало дослідників доходять висновку, що синхронні пухлини при первинному РЛ трапляються досить часто, переважно в орофарингеальній ділянці. Так, Li H. та співавт. [1] серед 1019 пацієнтів із первинним РЛ виявили синхронні пухлини у 21 з них (2,1 %) із зазначеною локалізацією в 71 %. За корпоративними даними, ураження орофарингеальної ділянки другим раком на фоні первинного РЛ спостерігали в 1–6,4 % випадків [2, 3]. При цьому в дослідженнях із генним типуванням пухлин підкреслюють, що частота зустрічальності виявляється вищою за дані вже опублікованих результатів, бо нерідко трапляється їх трактування як метастазування [3, 4].

У цьому аспекті може зацікавити таке клінічне спостереження. Пацієнт Ю., 1940 р. народження (історія хвороби № 31871), був госпіталізований до клініки Інституту медичної радіології ім. С.П. Григор'єва АМНУ в квітні 2001 р. з діагнозом: рак правого носового ходу. За місцем проживання йому було запропоновано оперативне лікування, від якого він відмовився та звернувся до нашого інституту. При обстеженні хворого додатково встановили наявність раку правої легені (рис. 1а, б). У лівому носовому ході виявили пухлинне новоутворення, яке проросло стінки

гайморової пазухи й носового ходу (рис. 1в, г). Гістологічно новоутворення відповідало аденокарциномі. Віддалених метастазів не виявили. Лікування вирішили розпочати з модифікованої променевої терапії (цисплатин, блеоміцин) із подальшим вирішенням питання щодо оперативного лікування аденокарциноми.

Середніми фракціями до осередку в легенях було підведено 40 Гр, а на пухлину в носі — 44,2 Гр. Отримали добрий безпосередній результат. Пацієнт відмовився від операції, і йому рекомендували продовження поліхемотерапії (ПХТ) з використанням цисплатину, блеоміцину, метатрексату і фторурацилу в амбулаторному режимі. Погіршення хворий відчув у вересні. Це виявлялося відчуттям тиску, помірним утрудненням носового дихання, порушенням сну, появою періодичних болів. Об'єктивно — прогресія пухлинних осередків не відзначалася. Було вирішено продовжити променеве лікування. Додатково підвели на осередок у легені — 12 Гр, на осередок у гайморовій пазусі — 8 Гр. Пацієнт відчув значне полегшення. Рекомендували продовжити хемотерапію. На час підготовки матеріалу до публікації пацієнт залишався живим.

Визначення синхронної пухлини висуває на перший план проблему диференційної діагностики первинно-множинної і метастатичної пухлин, яку в переважній більшості випадків виявляють унаслідок порівняльного гістологічного дослідження. Водночас, на нашу думку, в конкретній клінічній ситуації можуть виникати серйозні труднощі в розмежуванні



Рис. 1 — Комп'ютерні томограми пацієнта Ю.: а, б — пухлина правої легені (стрілки); в, г — пухлина лівої половини носа з прощеньям у гайморову пазуху та зруйнуванням кісткової структури носа (стрілки)

Fig. 1 — Patient U.; CT scans: а, б — the tumor in the right lung (arrows); в, г — the tumor of the left side of the nose involving the maxillary sinus and destroying the bone structure of the nose

поєднаного первинного й метастатичного раку, особливо в разі підозри на метастазування екстраторакального новоутворення [2, 5]. Загальновизнані критерії диференційної діагностики включають відмінності в гістології, розташування поза типовими шляхами поширення конкретної пухлини та їх генетичні відмінності. В останньому випадку в літературі вважають виправданим для раків плоскоклітинного типу дослідження *p53* і *K-ras* зсувів [3, 4].

Вибір тактики лікування в разі синхронного раку легень, на думку більшості дослідників, є досить складним питанням. Загальноприйнятих настанов досі не існує. Безпосе-

редні результати хірургічного лікування синхронних пухлин із РЛ наведені в літературі як окремі спостереження, оскільки таких випадків відносно небагато. Відзначається, що здебільшого хворі помирають від прогресування РЛ [4, 6].

Віддалені результати лікування, як свідчать дані літератури, головним чином залежать від стадії РЛ і ступеня радикальності терапії. Атабек У. et al. (1985) [2] проаналізували п'ятирічну виживаність 20 хворих із синхронним, а також 47 хворих із метахронним типом РЛ та ураженням орофарингеальної ділянки. У першій групі вона складала 34 %, а в другій — лише 5 %. Більшість хворих помирали саме від

прогресування РЛ. І тільки троє з першої групи (15 %) загинули від раку іншої локалізації. За даними інших авторів, 1-річна виживаність таких хворих коливається в межах 21—50 %, а 5-річна — лише в окремих тематичних спостереженнях перевищує 27 %. Водночас пацієнти із метастазуванням пухлин з орофарингеальної ділянки в легені мають набагато гірший клінічний прогноз із вірогідно меншим 5-річним виживанням. Причому це спостерігали, незважаючи на діагноз, поставлений у ранній стадії захворювання. Аналогічні тенденції відзначені й для метакронного типу пухлинного процесу [1, 6]. Таким чином, головним фактором, який визначає терміни виживаності при синхронному раці описаного типу, є саме рання діагностика центрального й периферичного ураження легені. Є надія, що в процесі її вдосконалення тривалість життя хворих досягне такої при солітарних процесах вуха, горла, носа чи легені.

Цей клінічний приклад був наведений ще й як ілюстрація негативного впливу вузької спеціалізації практичних онкологів, яка, на думку деяких дослідників, нині є перешкодою для вчасного виявлення первинно-множинного онкологічного процесу. Ймовірно, сучасні настанови щодо диспансеризації онкохворих потребують відповідної корекції [2, 7].

Література

1. Li H., Zhang Z., Shang L., Li X., Wang T. // *Chin. Med. J.* — 2000. — Vol. 113, № 9. — P. 799–801.
2. Харченко В.П., Кузьмин И.В. Рак легкого: Рук-во для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 480 с.
3. Wang X., Christiani D.C., Mark E.J. et al. // *Cancer.* — 1999. — Vol. 85, № 8. — P. 1734–1739.
4. Sardi I., Franchi A., Bocciolini C. et al. // *Oncol. Rep.* — 2001. — Vol. 8, № 2. — P. 393–399.
5. Kanemitsu S., Takao M. et al. // *Ann. Thorac. Surg.* — 2001. — Vol. 72, № 1. — P. 270–272.
6. The Canadian Lung Oncology Group. Investigating extrathoracic metastatic disease in patients with apparently operable lung cancer // *Ibid.* — 2001. — Vol. 71, № 4. — P. 425–434.
7. Stoeckli S.J., Zimmermann R., Schmid S. // *Otolaryngol. Head Neck Surg.* — 2001. — Vol. 124, № 2. — P. 208–212.

Дата надходження: 06.02.2002.

Адреса для листування:
Старенький Віктор Петрович,
ІМП ім. С.П. Григор'єва АМНУ, вул. Пушкінська, 82,
Харків, 61024, Україна