
ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.24-006

ВОЛОДИМИР ІВАНОВИЧ СТАРІКОВ, ІГОР АНАТОЛІЙОВИЧ СЕННІКОВ,
КОСТЯНТИН ЮРІЙОВИЧ МАЙБОРОДА

Харківський національний медичний університет

КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ ТРИВАЛОГО ВИЖИВАННЯ ХВОРИХ НА МЕТАСТАТИЧНИЙ ТА РЕЦИДИВНИЙ РАК ЛЕГЕНІ

Резюме. У роботі наведено клінічний випадок тривалого 12-річного виживання хворого на метастатичний рак лівої легені, який переніс пробну торакотомію та отримав поліхіміотерапію, а також випадок локального рецидиву раку легені через 14 років після хірургічного лікування.

Ключові слова: рак легені, поліхіміотерапія, рецидив, виживаність.

Діагностика та лікування хворих на рак легені (РЛ) є однією з найбільш складних проблем клінічної онкології. Це зумовлено тим, що РЛ займає перше місце серед онкологічних захворювань. У світі щорічно реєструють понад 1,5 млн нових випадків РЛ. В Україні кількість захворілих за рік перевищує 16 тисяч. Більшість захворілих на РЛ помирає протягом року після встановлення діагнозу [1, 2]. Це пов'язано з біологічною агресивністю пухлини та її високим метастатичним потенціалом. Найчастіше зустрічається НДРЛ, який складає більше 80 % серед уперше виявлених хворих.

Сучасні методи комплексного лікування раку легені — операція, хіміотерапія, променева терапія — дозволяють отримати п'ятирічну виживаність лише у 10–13 % пролікованих хворих. Решта пацієнтів помирають від прогресування пухлини.

Складним залишається індивідуальний прогноз результатів лікування метастатичного НДРЛ та тривалості життя. Співставлення виживаності хворих на розповсюджений рак легені з показником індекса Карновського свідчить про те, що при його однакових значеннях хворі живуть від декількох місяців до кількох років [3]. Наводять дані про те, що цитостатична терапія дає при цій патології результати гірші, ніж симптоматична терапія [4, 5].

Відомо також, що пацієнти з однаковою стадією захворювання після однакової терапії мають різну виживаність.

Деякі автори пояснюють це тим, що цитостатична терапія, поряд із пошкодженням репродуктивної системи пухлини, негативно впливає на чисельність та функцію гемопоетичних стовбурових клітин, які контролюють тривалість життя [6].

У зв'язку з цим ми наводимо випадок довготривалого виживання хворого, у якого було діагностовано метастатичний НДРЛ з метастазами у вісцеральну плевру, а також випадок рецидиву в хворій після хірургічного лікування НДРЛ через 16 років.

Клінічний випадок № 1. Пацієнт Д., 71 рік, звернувся 19.10.2005 р. у торакальне відділення зі скаргами на кашель, кров'янисте мокротиння, підвищення температури до 37,6 °С. Хворіє протягом 3 міс. Лікувався двічі з приводу лівобічної пневмонії за місцем проживання. У зв'язку з погіршенням рентгенологічних даних був направлений на консультацію до торакального хірурга з підозрою на рак лівої легені.

При аускультатії легенів дихання було ослабленим зліва у верхніх відділах. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Хворому виконана рентгенографія легенів, яка вказувала на гіповентиляцію верхньої частки лівої легені та наявність додаткового новоутворення в корені легені (рис. 1).

При бронхоскопії виявлено екзофітну пухлину вустя верхньочасточкового бронха. Виконана біопсія пухлини. Гістологічний висновок № 990-20 від 21.10.2005 р. — недиференційований плоскоклітинний рак, ступінь диференціювання G₄.

При УЗД віддалених метастазів у черевній порожнині не виявлено.

Був встановлений клінічний діагноз — центральний рак верхньої частки лівої легені cT₂N_xM₀. Мультидисциплінарною комісією було прийнято рішення першим етапом лікування вважати лівобічну пневмонектомію з медіастинальною лімфодисекцією.

01.11.2005 р. хворому виконана лівобічна торакотомія. При ревізії виявлена пухлина в корені верхньої частки розміром до 5 см, також були збільшені

лімфатичні вузли 4, 7 та 10 груп. Подальша ревізія показала міліарні метастатичні вогнища на вісцеральній плеврі верхньої та нижньої часток. Ураховуючи дані, отримані під час ревізії, вирішено вважати недоцільним виконання пневмонектомії. Виконана біопсія декількох метастатичних вузликів на плеврі. Операцію закінчили дренажуванням плевральної порожнини двома трубчастими дренажами та ушиванням торакотомної рани.

При гістологічному дослідженні видалених ділянок вісцеральної плеври знайдені метастази плоскоклітинного раку.

Установлено остаточний діагноз: центральний рак верхньої частки лівої легені $pT_2N_2M_{1a}$ (PLE), стадія 4.

Стан після біопсії метастатичних вогнищ плеври. Клінічна група 2. Рішенням мультидисциплінарної комісії хворому була призначена поліхіміотерапія.

У подальшому проведено 6 курсів поліхіміотерапії за схемою: EP (етопозид 100 мг/м^2 в 1–3 день + цисплатин 80 мг/м^2 в перший день, кожні 3 доби).

Після хіміотерапії була зафіксована стабілізація процесу протягом року, у зв'язку з чим проводилось тільки спостереження. Якість життя хворого була задовільною. Кожного року він проходив рентгенологічне обстеження легенів. У 2016 році хворий проходив рентгенографію за місцем проживання, де були виявлені зміни в лівій легені, які свідчили про прогресування захворювання (рис. 2).

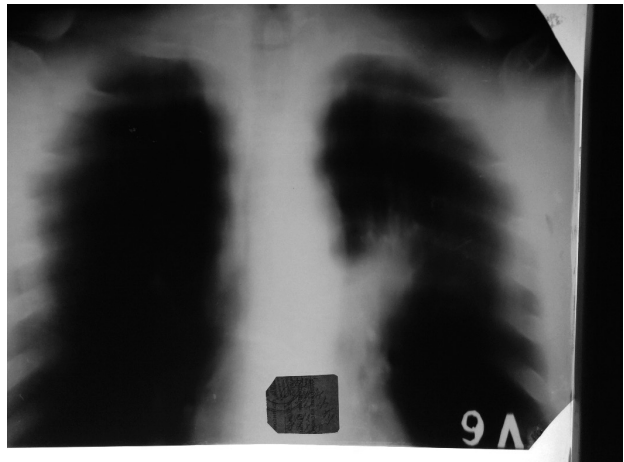
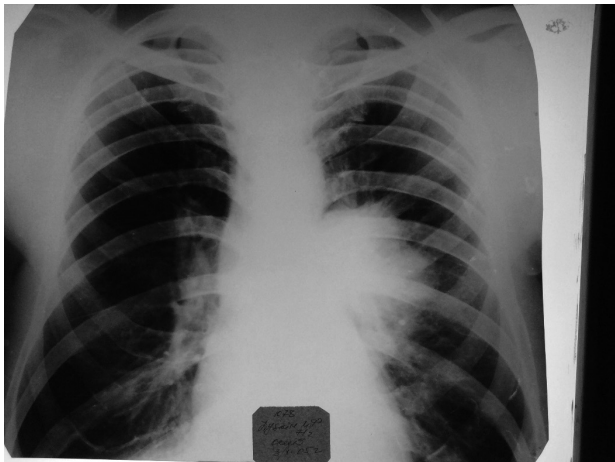


Рис. 1. Пряма рентгенограма (а) та томограма (б) легенів хворого Д. при першому зверненні 03.10.2005 р.

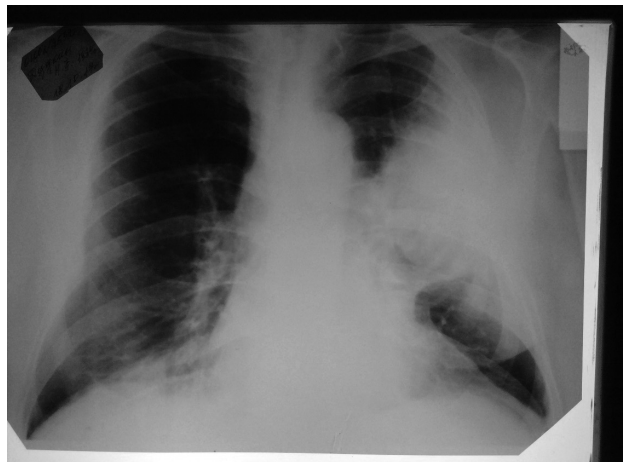
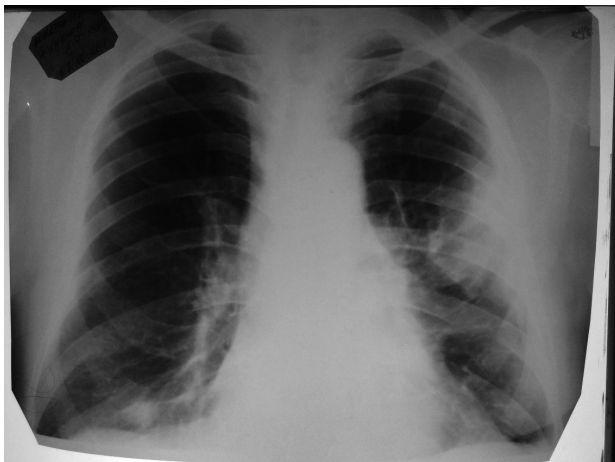


Рис. 2. Пряма рентгенограма (а) та томограма (б) легенів хворого Д. при зверненні 07.10.2016 р.

Хворому було запропоновано дообстеження та продовження лікування, від якого він відмовився.

Надалі хворий протягом року не з'являвся на контрольні огляди та лише у жовтні 2017 року, тобто через 12 років після операції, звернувся до торакального відділення.

Він скаржився на болі в лівій половині грудної клітки, задишку при фізичному навантаженні. На той час хворому було 83 роки.

При комп'ютерній томографії від 24.10.2017 р. чотирьох ділянок (голови, грудної та черевної порожнин, малого таза) були виявлені зміни тільки з боку легенів. Зліва відмічено високе стояння лівого купола

діафрагми. Органи середостіння зміщені вліво. У верхній частці лівої легені визначається утворення м'яких тканин неправильної форми розміром $66 \times 144 \times 95 \text{ мм}$ з горбистими контурами, яке неоднорідно накопичувало контрастну речовину. Визначалась інвазія нижньої легеневої вени та деструкція VI–VII ребер зліва. Крім того, у нижній частці (S_{10}) правої легені визначалося солідне утворення розмірами $25 \times 27 \text{ мм}$. Збільшені нижні паратрахеальні лімфатичні лімфовузли (16×24) мм, субаортальні (8×13) мм та біфуркаційні вузли (10×13) мм. Віддалених метастазів в інших органах не знайдено.

Висновок. КТ-ознаки центрального раку верхньої частки лівої легені з інвазією м'яких тканин грудної клітки, інвазією нижньої легеневої вени, деструкція IV–VII ребер зліва. Солітарний метастаз у нижню частку правої легені.

Для уточнення морфологічного діагнозу, хворому 26.10.2017 р. виконана трепанобіопсія новоутворення IV ребра зліва. Гістологічний висновок № 52319-24 — метастаз плоскоклітинного раку з низьким ступенем диференціювання G_4 . Установлено діагноз: центральний рак лівої легені T2N2M1a з метастатичним ураженням плеври. Стан після пробної торакотомії (01.11.2005 р.) та 6 курсів поліхіміотерапії. Прогресування захворювання — метастази в IV–VII ребра зліва, клінічна група 2.

Хворому розпочата поліхіміотерапія за схемою: цисплатин 75 мг/м^2 в перший день + гемцитабін 1200 мг/м^2 в 1-й та 8-й день. Проведено два цикли поліхіміотерапії.

Стан хворого постійно погіршувався, у зв'язку з цим проведення поліхіміотерапії припинено. Хворий помер 21.02.2018 р. від прогресування раку лівої легені.

Таким чином, починаючи від дати встановлення діагнозу задавленого раку лівої легені до смерті хворого минуло 12 років та 4 місяці. Даний випадок свідчить про іноді непередбачуваний перебіг захворювання і вказує на те, що індивідуальний прогноз при неоперабельному НДРЛ може бути різноманітним, а тривалість життя складати багато років.

Клінічний випадок № 2. Пацієнтка К., 51 рік, звернулася до торакального онколога 02.11.2003 року зі скаргами на кашель, біль у лівій половині грудної клітки, підвищення температури. Лікувалася з приводу пневмонії в міській лікарні. При рентгенологічному обстеженні запідозрено периферичний рак верхньої частки правої легені. При бронхоскопічному обстеженні в верхньочасточковому бронху правої

легені пухлини не знайдено. Виконана трансbronхіальна біопсія пухлини. Цитологічне дослідження мазка з пухлини — залозистий рак легені.

При дообстеженні видалених метастазів не знайдено. Установлено діагноз — периферичний рак верхньої частки правої легені с $T_1N_0M_0$, клінічна група 2a.

23.11.2003 р. була виконана операція: торакотомія справа, видалення верхньої частки правої легені з медіастинальною лімфодисекцією. Гістологічне дослідження № 15833-36 від 01.12.2003 р. — бронхіолоальвеолярна карцинома легені без метастазів у лімфатичні вузли. Діаметр пухлини — 1,5 см. Післяопераційний діагноз: периферичний рак середньої частки правої легені $rT_1N_0M_0$, стадія 1. Стан після хірургічного лікування (23.11.2003 р.) клінічна група 3. Ад'ювантна хіміотерапія не проводилась.

Протягом п'яти років хвора перебувала під наглядом онколога та щорічно проходила рентгенологічне обстеження легенів.

У грудні 2018 року, тобто через 15 років після операції, стан хворої погіршився: виникла задишка, набряки нижніх кінцівок. Ураховуючи вік хворої (77 років), це було розцінено сімейним лікарем як прояви серцево-судинної недостатності. Після проведення кардіотропної терапії стан хворої не покращився. При рентгеноскопії виявлено правобічний плеврит.

14.01.2019 хворій була виконана КТ органів грудної клітки і середостіння, черевної порожнини та позачеревного простору, органів малого таза.

Комп'ютерна томографія легенів показала стан після верхньої лобектомії, справа наявність у середній частці (S_4) новоутворення розмірами $26 \times 28 \times 28 \text{ мм}$ з нерівними контурами. Зменшення в розмірах середньої частки. Нижня частка правої легені підтиснута за рахунок рідини у плевральній порожнині товщиною шару 54 мм (рис. 3).

З боку органів черевної порожнини та малого таза патології не виявлено.

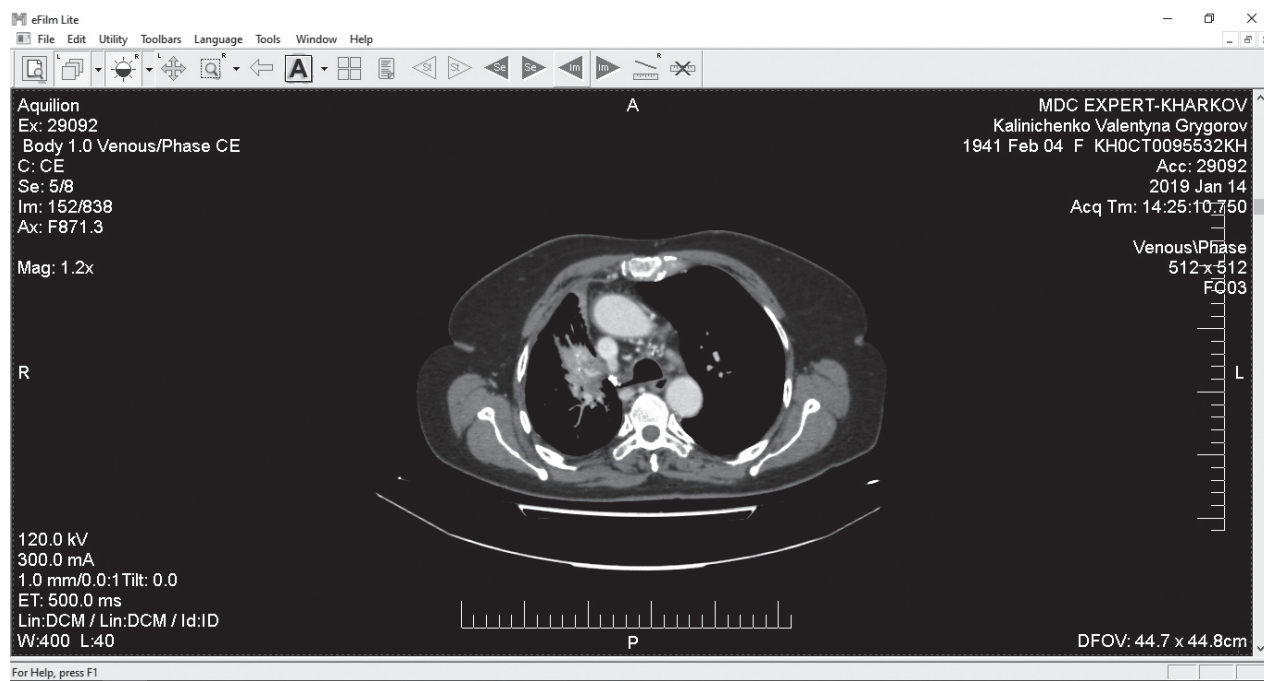


Рис. 3. Комп'ютерна томограма органів грудної клітки та середостіння хворої К.

Діагноз: ознаки об'ємного новоутворення середньої частки, справа наявність у середній частці (S4) новоутворення розмірами 26 × 28 × 28 мм з нерівними контурами. Зменшення в розмірах середньої частки. Гідроторакс справа.

Стан хворої не дозволяв виконати бронхоскопічне дослідження. Тому з метою верифікації діагнозу під контролем УЗД виконана плевральна пункція справа. Результат цитологічного дослідження рідини з плевральної порожнини № 566 від 15.01.2019 р. — метастаз залозистого раку G₂. Установлено діагноз: периферичний рак верхньої частки правої легені, стадія 1. Стан після хірургічного лікування (2003 р.). Рецидив захворювання — метастази у середню частку і плевру правої легені (січень 2019 р.), клінічна група 2.

Пацієнтка була представлена на мультидисциплінарній комісії. У зв'язку з тяжким станом хворої було рекомендовано проведення симптоматичної терапії. Через 1 місяць хвора померла.

Таким чином безрецидивний період склав 14, а загальна виживаність 15 років.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Рак в Україні, 2015–2016 р. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / уклад.: З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Ю. Й. Михайлович та ін. // Бюл. Нац. канцер-реєстру України. — Київ, 2017. — № 18. — 130 с.
2. Ганул А. В. Применение иммуноотерапевтических методов в лечении больных раком легкого / А. В. Ганул, В. М. Со-венко, Н. Н. Храповская // Клин. онкол. — 2013. — № 3 (11). — С. 19–22.
3. Siegel R. L. Cancer statistics / R. L. Siegel, K. D. Miller, L. A. Jemal // CA Cancer J. Clin. — 2015. — Vol. 65 (1). — P. 5–29.
4. Woolhouse L. British Thoracic Society Guideline for the investigation and management of malignant pleural mesothelioma / L. Woolhouse, L. Bishop, L. Darlison // BMJ Thorax. — 2018. — Vol. 73. — P. i1–i30. — doi: 10.1136/thoraxjnl-2017-211321/.
5. Baker H. Overtreatment in stage IV lung cancer in the USA / H. Baker // The Lancet Oncology. — 2015. — Vol. 16 (15). — P. e 532. — DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)00383-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00383-6).
6. Шутко А. Н. Прогноз продолжительности жизни при метастатическом немелкоклеточном раке легкого / А. Н. Шутко, В. Ф. Мус // Вопр. онкол. — 2018. — Т 64, № 4. — С. 522–527.

Стаття надійшла до редакції 18.09.2019.

В. И. СТАРИКОВ, И. А. СЕННИКОВ, К. Ю. МАЙБОРОДА

Харьковский национальный медицинский университет

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ДЛИТЕЛЬНОГО ВЫЖИВАНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ И РЕЦИДИВНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО

В работе приведен клинический случай длительного 12-летнего выживания больного с метастатическим раком левого легкого, который перенес пробную торакотомию и получил химиотерапию, а также случай локального рецидива рака легкого через 14 лет после хирургического лечения.

Ключевые слова: рак легкого, полихимиотерапия, рецидив, выживаемость.

V. STARIKOV, I. SENNIKOV, K. MAYBORODA

Kharkov National Medical University

CLINICAL CASES OF LONG SURVIVAL IN PATIENTS WITH METASTATIC AND RECURRENT LUNG CANCER

The paper presents a clinical case of 12-year survival of a patient, with metastatic cancer of the left lung who underwent trial thoracotomy and received polychemotherapy, as well as a case of local recurrence of lung cancer 14 years after surgical treatment.

Keywords: lung cancer, polychemotherapy, recurrence, survival.

Контактна інформація:

Стариков Володимир Іванович
професор, завідувач кафедри онкології Харківського національного медичного університету
тел.: +38 (050) 926-67-60