Український радіологічний журнал 2019, том 27, №3.-с.214-217.

УДК 616. 24 – 006

Старіков Володимир Іванович, Сенніков Ігор Анатолійович, Майборода Костянтин Юрійович.

Харківський національний медичний університет МОЗ України, Харків.

**Клінічні випадки тривалого виживання хворих на метастатичний** **та**  **рецидивний рак легені.**

В роботі наведено клінічний випадок тривалого 12 річного виживання хворого з метастатичним раком лівої легені, який переніс пробну торакотомію та отримував поліхіміотерапію, а також випадок локального рецидиву рака 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 обумовлено тим, що РЛ займає перше місце серед онкологічних захворювань. У світі щорічно реєструють більше 1,5 млн нових випадків РЛ. В Україні кількість захворівших за рік перевищує 16 тисяч. Більшість захворівших на РЛ гине на протязі 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 вперше виявлених хворих .

Сучасні методи комплексного лікування раку легені: операція, хіміотерапія, променева терапія дозволяють отримати п`ятирічну виживаність лише у 10 - 13% пролікованих хворих. Всі інші гинуть від прогресування пухлини.

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

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

Деякі автори пояснюють це тим, що цитостатична терапія поряд з пошкодженням репродуктивної системи пухлини негативно впливає на численність та функцію гемопоетичних стовтурових 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 у хворої після хірургічного лікування НДРЛ через 16 років.

Презентація клінічного випадка №1. Пацієнт Д., 71 року звернувся 19.10.2005 р. в торакальне відділення зі скаргами на кашель, кров`янисте мокротиння, підвищення температури до 37,6оС. Хворіє на протязі 3-х місяців. Лікувався двічи з приводу лівостороньої пневмонії за місцем проживання. У зв`язку з погіршенням рентгенологічних данних був направлений на консультацію до торакального хірурга з підозрою на рак лівої легені.

При аускультації легенів дихання було ослабленим зліва в 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/.

Рис.1 Пряма рентгенограма (а) та томограма(б) легенів хворого Д. при першому зверненні 3.10.2005р.

При бронхоскопії виявлено екзофітну пухлину в усті верхньочасткового бронху. Виконана біопсія пухлини. Гістологічне заключення №990-20 від 21.10.2005р. недиференційований плоскоклітинний рак, ступінь диференціювання G4.

При УЗД віддалених метастазів в брюшній порожнині не виявлено.

Був встановлений клінічний діагноз - центральний рак верхньої частки лівої легені сТ2NхМ0. Мультидисциплінарною комісією було прийнято рішення, першим етапом лікування вважати лівобічну пневмонектомію з медіастинальною лімфодисекцією.

1.11.2005 року хворому виконана лівобічна торакотомія. При ревізії виявлена пухлина в корні верхньої частки розміром до 5 см., також були збільшені лімфатичні вузли 4,7 та 10 груп. При подальшій ревізії знайдені міліарні метастатичні вогнища на вісцеральній плеврі верхньої та ніжньої часток. Враховуючи дані, отримані під час ревізії, вирішено недоцільним виконання пневмонектомії. Виконана біопсія декількох метастатичних вузликів на плеврі. Операцію закінчили дренуванням плевральної порожнини двома трубчастими дренажами та ушиванням торакотомної рани.

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

Встановлено кінцевий діагноз: центральний рак верхньої частки лівої легені рТ2N2М1а (PLE), стадія 4. Стан після біопсії метастатичних вогнищ плеври. Клінічна група 2. Рішенням мультидисциплінарної комісії хворому була призначена поліхіміотерапія.

В подальшому проведено 6 курсів поліхіміотерапії за схемою: ЕР(етопозид 100мг/м2в1-3 день+цисплатин 80мг/м2в перший день кожні 3 доби).

Після хіміотерапії була зафіксована стабілізація процесу на протязі року, у звʼязку.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.2. Пряма рентгенограма /а/ та томограма /б/ легенів хворого Д. при зверненні 7.10.2016р.

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

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

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

При комп ʼютерній томографії від 24.10.2017р 4-х ділянок (голови, грудної та брюшної порожнин, малого тазу) були виявлені зміни тільки з боку легенів. Зліва відмічено високе стояння лівого куполу діафрагми. Органи середостіння зміщені вліво. У верхній частки лівої легені визначається утворення мяких тканин неправильної форми розміром 66х144х95мм з горбистими контурами, яке неоднорідно накопичувало контрасну речовину. Визначаласьс інвазія нижньої легеневої вени та деструкція VI – VIIребер зліва. Крім того, в нижній частки (S10) правої легені визначається солідне утворення розмірами 25х27 мм. Збільшені нижні паратрахеальні лімфатичні лімфовузли (16х24)мм, субаортальні (8х13)мм та біфуркаційні вузли (10х13)мм. Віддалених метастазів в інших органах не знайдено.

Заключення: КТ – ознаки центрального раку верхньої частки лівої легені з інвазією мʼяких тканин грудної клітки, інвазією нижньої легеневої вени, деструкція IV – VII ребер зліва. Солітарний метастаз в нижню частку правої легені.

Для уточнення морфологічного діагнозу, хворому 26.10.17. виконана трепанбіопсія новоутворення IV ребра зліва. Гістологічне заключення № 52319 -24 – метастаз плоскоклітинного раку з низьким ступенем диференціювання G4. Встановлено діагноз: центральний рак лівої легені Т2N2М1а з метастатичним ураженням плеври. Стан після пробної торакотомії ( 1. 11. 2005р.) та 6 курсів поліхіміотерапії. Прогресування захворювання –метастази в 4-7 ребра зліва, клінічна група 2.

Хворому розпочата поліхіміотерапія за схемою: цисплатин 75мг/м2 в пеший день+гемцитабін 1200мг/м2 в 1й та 8й день 15.11.17р. Проведено два цикли поліхіміотерапіі.

Стан хворого постійно погіршувався, у звязку з цим, проведення поліхіміотерапії припинено. Хворий помер 21.02.18р. від прогресування раку лівої легені.

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

Презентація клінічного випадка №2.

Пацієнтка К. 51 року звернулась до торакального онколога 2.11. 2003 році зі скаргами на кашель, біль у лівій половині грудної клітки, підвищення температури. Лікувалась з приводу пневмонії в міській лікарні. При рентгенологічному обстеженні запідозрено периферичний рак верхньої частки правої легені. При бронхоскопічному обстеженні в верхньочастковому бронхі правої легені пухлини не знайдено. Виконана трансбронхіальна біопсія пухлини. Цитологічне дослідження мазка з пухлини – залозистий рак легені.

При дообстеженні даних за віддалені метастази не знайдено. Встановлено діагноз – периферичний рак верхньої частки правої легені сТ1N0М0, клінічна група 2а.

23.11.2003 була виконана операція: торакотомія зправа, видалення верхньої частки правої легені з медіастинальною лімфодисекцією. Гістологічне досдідження № 15833 – 36 від 1.12.2003р. – бронхіолоальвеолярна карцинома легені без метастазів в лімфатичні вузли. Діаметр пухлини – 1,5 см. Післяопераційний діагноз: периферичний рак середньої частки правої легені рТ1N0М0, стадія 1. Стан після хірургічного лікування (23.11.2003 р.) клінічна група 3. Адʼювантна хіміотерапія не проводилась.

На протязі п’яти років хвора знаходилась під наглядом онколога, та щорічно проходила рентгенологічне обстеження легенів.

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

14.01.19 хворій була виконана КТ органів грудної клітки і середостіння, брюшної порожнини та позачеревного простору, органів малого тазу.

КТ легенів показало стан після верхньої лобєктомії, справа наявність в середній часткі (S4) новоутворення розмірами 26х28х28 мм з неровними контурами. Зменшення в розмірах середньої частки. Нижня частка правої легені піджата за рахунок рідини в плевральній порожнині товщиною слоя 54мм /Рис.3/.

Рис.3. Комп’ютерна томограма органів грудної клітки та середостіння хворої К. З боку органів брюшної порожнини та малого тазу патології не виявлено.

Діагноз: ознаки обʼємного новоутворення середньої долі, справа наявність в середній часткі (S4) новоутворення розмірами 26х28х28 мм з неровними контурами. Зменшення в розмірах середньої частки. Гідроторакс зправа.

Стан хворої не дозволяв виконати бронхоскопічне дослідження. Тому з метою верифікації діагноза, під контролем УЗД, виконана плевральна пункція зправа. Результат цитологічного дослідження рідини з плевральної порожнини № 566 від 15.01.19 - метастаз залозистого раку ᴳ2. Встановлено діагноз: периферичний рак верхньої частки правої легені,стадія 1. Стан після хірургічного лікування (2003р.). Рецидив захворювання -метастази у середню частку і плевру правої легені (січень 2019 р.) клінічна група 2.

Хвора була представлена на мультидисциплінарній комісії. У звʼязку з важким станом хворої, було рекомендовано проведення симптоматичної терапії. Через 1 місяць хвора померла .

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

Висновки

Випадки тривалого виживання хворих на метастатичний рак легені трапляються дуже рідко, але вони дають можливість не втрачати оптиміз та проводити оптимальне лікування цій групі хворих сподіваючись на тривалу ремісію.

Велика тривалість безрецидивного періоду 14 років у хворої після радикальної операції, може свідчить про стримуючий вплив імунної системи на резідуальну пухлинну тканину та мікрометастази.

Наведені клінічні приклади свідчать про те, що поряд з загально відомими прогностичними факторами в лікуванні НДРЛ: морфологічний тип пухлини, ступінь диференціювання пухлинних клітин та стадія захворювання, існує багато інших факторів, які визначають різну поведінку пухлини при однакових клінічних та морфологічних даних.

Проведення поліхіміотерапії навіть при метастатичному НДРЛ дає можливість отримати непередбачену виживаність хворих.

Список літературних джерел

1. Рак в Україні, 2015-2016р.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. -130с.
2. Ганул А.В. Применение иммунотерапевтических методов в лечении больных раком легкого. /А.В. Ганул, В.М. Совенко, Н.Н. Храновская//

Клин. Онкол, 2013, 3 (11) с.19-22.

1. Siegel R.L. Cancer statistics\ R. L. Siegel, K.D.Miller, L.A.Jema \CA Cancer J. Clin. 2015, 65(1) p. 5-29.
2. WoolhouseL. British Thoracic Society Guiduline for the investigation and management of malignant pleural mesotelioma/ L.Woolhouse, L. Bishop, L.Darlison //BMJ Thorax. – 2018. –Vol. 73. –P. i1-i30. – doi: 10.1136/ thoraxjnl – 2017-211321/ .
3. BakerH. 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 /S 1470 – 2045(15)00383 -6.
4. Шутко А.Н. Прогноз продолжительности жизни при метастатическом немелкоклеточном раке лёгкого / А.Н. Шутко, В.Ф. Мус//

Вопр. онкол. 2018, том 64, №4. – С.522 – 527.

Sammeri

Starikov Vladimir Ivanovich, Sennikov Igor Anatolyevich, Mayboroda Konstantin Yuryevich

Kharkov National Medical University. Ministry of Ukraine, Kharkov

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 receiwed polychemotherapy, as well as a case of local recurrence of lung cancer 14 years after surgical treatment.

Key words: lung cancer, polychemotherapy, recurrence, survival.