

Осложнения онкологических заболеваний

Если заболевание выявлено на поздней стадии или привело к развитию осложнений - это не повод прекращать борьбу. Современные возможности лечения помогают значительно замедлить развитие заболевания, облегчить неприятные симптомы и улучшить качество жизни.

Метастазы в кости

Метастазы в кости – распространенное явление в онкологии, приносящее немалые страдания пациентам. Боли в костях, патологические переломы, неврологические нарушения, сдавление костного мозга, гиперкальциемия – основные проявления метастатического поражения костей.

Чаще всего в кости метастазируют рак с невыявленным первичным очагом, молочной, предстательной, щитовидной железы, легких и почки, плазмоцитомы, саркома Юинга, меланома, реже – другие новообразования: опухоли желудочно-кишечного тракта, яичников и большинство сарком мягких тканей. Поражение костей – одно из основных проявлений при множественной миеломе.

Метастазы возникают преимущественно в бедренных и тазовых костях, позвонках и ребрах. Метастазирование в тела позвонков и кости черепа может происходить не через системный кровоток, а через позвоночные венозные сплетения – бесклапанную систему венозных анастомозов вдоль всего позвоночника, сообщающуюся с венами от головного мозга до малого таза.

Костная ткань в норме постоянно обновляется за счет остеокластов (клеток, рассасывающих костную ткань) и остеобластов (клеток, формирующих кость).

Опухолевые клетки приносятся током крови в костный мозг. Они секретируют множество факторов, которые начинают воздействовать на остеокласты, повышая их активность и ускоряя процесс разрушения кости (остеолитические метастазы). Отсюда и истончение костей, переломы даже при самых незначительных нагрузках. При некоторых опухолях (например, при раке предстательной железы) активизируются также остеобласты и происходит избыточное разрастание костной ткани (остеобластические метастазы). От соотношения активности остеокластов и остеобластов зависит тип метастаза – остеолитический или остеобластический.

На начальном этапе костные метастазы могут никак не проявляться. Для диагностики метастазов в кости в первую очередь делают скинтиграфию, а затем при необходимости – рентгенографию, компьютерную томографию (КТ), анализ крови.

КТ помогает в ранней диагностике костных метастазов, особенно в позвонках, если при скинтиграфии костей обнаружены очаги накопления изотопа, а на рентгенограмме изменений нет.

Рентгенография показана при болях в костях, подозрении на перелом, а также патологии, выявленной при скинтиграфии костей.

Пациентам с онкологическими заболеваниями следует внимательно относиться к таким симптомам, как боли в костях, пояснице, мышечная слабость, и сообщать о них лечащему врачу.

Своевременное начало лечения костных метастазов позволяет при ряде опухолей предупредить осложнения, сохранить хорошее самочувствие и работоспособность.

Для лечения костных метастазов используют:

лучевую терапию (с паллиативной целью – для уменьшения боли или с лечебной целью);

хирургическое лечение (для предупреждения и лечения переломов, в частности при метастатическом поражении позвоночника и длинных трубчатых костей);

лекарственное лечение (химио-, гормонотерапия, лечение бисфосфонатами).

Обычно при костных метастазах назначают комплексное лечение, используя различные методы либо одновременно, либо последовательно. Наибольшим эффектом в лечении остеолитических метастазов обладают бисфосфонаты (дифосфонаты).

Препараты этой группы действуют непосредственно на костную ткань, препятствуют стимуляции остеокластов опухолевыми клетками, а значит являются мощными ингибиторами остеокластов. Применение бисфосфонатов уменьшает боль, предотвращает возникновение переломов, снижает риск развития гиперкальциемии.

Немаловажная особенность бисфосфонатов – «направленное действие»: они воздействуют только на определенный вид клеток (остеокласты), не повреждая другие органы и ткани. Благодаря этому данные препараты не вызывают побочных эффектов, характерных для цитостатиков, и могут использоваться одновременно с химиотерапией и лучевой терапией, не усугубляя токсичности.

Было показано, что бисфосфонаты могут оказывать противоопухолевое действие. Контролируемые исследования показали, что препараты этой группы снижают частоту метастазов в кости и другие органы при миеломной болезни и раке молочной железы.

Бисфосфонаты хорошо переносятся большинством пациентов. Самые частые нежелательные явления – гриппоподобные симптомы, слабость, одышка и отеки.

Эти симптомы обычно слабо выражены, быстро купируются и не требуют медикаментозного лечения. Клинический опыт показывает, что прием бисфосфонатов, содержащих азот, может привести к нежелательным нарушениям со стороны пищевода и желудочно-кишечного тракта.

Бисфосфонаты выпускаются в виде инъекций и таблеток. Таблетированная форма чрезвычайно удобна, так как дает пациенту возможность принимать лекарство в амбулаторных и домашних условиях. Наиболее изученным и широко используемым таблетированным представителем бисфосфонатов является клодроновая кислота. В период с марта 2007 г. до января 2008 г. на базе кафедры онкологии ФУВ МОНКИ было проведено сравнительное изучение эффективности таблетированной и инъекционной формы клодроновой кислоты при диссеминированном раке молочной железы с множественными поражениями костей скелета. В исследование были включены 38 пациенток в возрасте от 36 до 68 лет. Отмечена удовлетворительная переносимость препарата, спектр побочных явлений и показатели эффективности оказались сопоставимы в обеих группах. Для внутривенного введения применяются также динатрия памидронат, золедроновая кислота.

Очень важно следовать предписаниям врача, соблюдать режим приема лекарств и дозировку, учитывать, что минеральные вещества, содержащиеся в других лекарственных средствах, пище, напитках могут взаимодействовать с бисфосфонатами. Капсулы нельзя открывать, а таблетки – разламывать, так как это может привести к снижению их эффективности. Во время лечения бисфосфонатами следует выпивать достаточное количество жидкости. Выбор лекарственного средства осуществляется врачом индивидуально для каждого больного.

Метастазы в печень

Прежде всего, напомним, что опухоли печени могут быть злокачественными и доброкачественными. В свою очередь злокачественные опухоли печени бывают первичными (когда опухоль возникает и развивается в самой печени) и метастатическими (когда в печень попадает «отсев» другой опухоли). Доброкачественные опухоли, как правило, не беспокоят пациентов и обнаруживаются случайно. Среди злокачественных опухолей печени наиболее часто встречается именно метастатическое поражение: в печень метастазирует рак легкого, желудка, молочной железы, толстой кишки и т.д.

Еще совсем недавно такое поражение печени являлось противопоказанием для проведения противоопухолевого лечения. Даже в наши дни многие врачи относятся к пациентам с метастазами в печени как к неизлечимым больным. В результате им отказывают в проведении специального лечения или назначают малоэффективные препараты.

Между тем, уже в начале 70-х годов прошлого столетия в литературе появились первые работы о целесообразности хирургического лечения при метастатическом раке. Резекция (частичное удаление – ред.) печени выполнялась при ее поражении метастазами опухолей различных локализаций. Наилучшие результаты получены при удалении метастазов из печени у больных раком толстой кишки. При ее поражении метастазами опухолей других локализаций (легкое, желудок, поджелудочная железа и др.) хирургическое лечение (резекция печени) мало эффективно, но у этих больных можно добиться существенных успехов, используя современные противоопухолевые препараты.

В России ежегодно заболевает раком толстой кишки около 46 тысяч человек. По результатам международных исследований метастазы в печень выявляются затем в различные сроки у трети пациентов. Для нашей страны это составляет ежегодно около 15 тысяч человек. Для значительной части из них возможно проведение хирургического лечения. Частичная резекция печени по поводу метастазов рака толстой кишки продлевает жизнь пациентам с распространенным опухолевым процессом, а часть из них может даже избавиться от онкологического заболевания. По данным нашего центра, более пяти лет живет до 40% пациентов, подвергшихся резекции печени и цифра эта продолжает расти. Чтобы своевременно обнаружить метастаз все пациенты, перенесшие вмешательство по поводу рака толстой кишки, должны подвергаться тщательному динамическому наблюдению. Метастазы в печень могут быть выявлены и через 4-5 лет после удаления первичной опухоли, хотя, безусловно, с каждым годом вероятность этого уменьшается.

Метастатическое поражение печени протекает, как правило, бессимптомно. Тяжесть и боль в правом подреберье появляются лишь при распространенном опухолевом процессе. Но и в этом случае у части больных возможно хирургическое лечение. Современные методы диагностики позволяют выявлять метастазы в печень на ранних стадиях. В частности, в клинической практике широко используется ультразвуковая томография. Это основной метод, позволяющий выявлять опухолевые очаги в печени у пациентов, находящихся под динамическим наблюдением. Для ранней диагностики прогрессирования заболевания широко используются маркеры (метки – ред.) (раковоэмбриональный антиген, СА-19-9). В арсенале современных средств диагностики степени поражения печени имеются также компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и позитронно-эмиссионная томография. Они используются как методы уточняющей диагностики.

У больных с небольшими метастазами возможно выполнение экономных резекций печени, что значительно снижает риск развития послеоперационных осложнений и позволяет быстро социально реабилитировать пациента.

Конечно, далеко не все так просто. Несмотря на бурное (с начала 90-х годов прошлого столетия) развитие в России хирургической гепатологии, выполнение резекции печени (особенно обширной) в нашей стране остается уделом нескольких крупных специализированных центров: в Москве (Российский онкологический научный центр), Санкт-Петербурге (Научно-исследовательский институт онкологии им. Н.Н. Петрова). Многим пациентам это значительно затрудняет получение полноценной медицинской помощи.

Кратко расскажем об опыте резекций печени по поводу метастатического рака, накопленном в нашем отделении. В отделении внедрена методика комбинированного лечения метастатического рака толстой кишки, которая позволила увеличить продолжительность жизни пациентам после резекции печени. Получены благоприятные результаты лечения даже у тех больных, у которых опухолевые очаги определялись в обеих долях печени. Удалось выработать четкие критерии, позволяющие в ряде случаев воздержаться на первом этапе от хирургического лечения. У таких пациентов лечение начинается с противоопухолевой терапии, что способствует уменьшению размеров метастазов, создает благоприятные условия для проведения операции.

Наилучшие результаты получены при лечении одного изолированного метастаза рака толстой кишки, что бывает достаточно часто. Такой больной может рассчитывать на благоприятную перспективу после резекции печени. Наличие внепеченочных метастазов

ухудшает прогноз, хотя не является абсолютным противопоказанием для хирургического лечения. Резекции печени выполняются у пациентов даже в тех случаях, когда опухоль, занимая одну из половин печени распространяется на противоположную долю. Безусловно, это непростые операции, требующие высокого мастерства хирургов, анестезиологов, а также эффективного реанимационного послеоперационного ведения.

В настоящее время исследователи широко изучают вопрос: почему при одной и той же распространенности процесса, продолжительность жизни больных существенно отличается. Чтобы получить на него ответ, ведется исследование различных опухолевых маркеров (p53, ВАХ, nm23, Ki-67 и др.), морфологических, биохимических и других показателей, характеризующих биологические особенности опухоли.

В последние годы в клиническую практику стал внедряться метод местной гипертермии. Методика позволяет создавать в метастатическом узле температуру выше 70°C, благодаря чему происходит локальное разрушение метастатического узла. По нашему мнению, это очень перспективное направление в лечении метастатического рака печени, значительно расширяющее возможности комбинированного лечения, хотя и нуждающееся в дальнейшем совершенствовании.

Многие пациенты задают вопрос о возможности пересадки больному печени при метастатическом раке. Хотя трансплантология бурно прогрессирует (особенно в последние годы) подобные операции в настоящее время не выполняются из-за неудовлетворительных результатов.

В заключение дадим необходимым дать несколько советов людям, перенесшим резекцию толстой кишки по поводу рака:

Помните, что Вам:

необходимо тщательное динамическое наблюдение онколога;

любой вновь выявленный очаг в печени должен быть тщательно обследован для выяснения его природы;

изолированные метастазы рака толстой кишки в печень возможно удалить хирургически;

при наличии противопоказаний для удаления метастазов рака толстой кишки в печень возможно проведение лекарственного лечения.

Материалы подготовлены с использованием материалов сайта: <http://netoncology.ru/>