

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Д-р мед. наук проф. С.А. Тюляндин

Основными целями диспансерного наблюдения (мониторинга) больных раком ободочной кишки после первичного лечения являются:

- своевременное выявление рецидива заболевания (местного рецидива или отдаленных метастазов)
- раннее выявление первичных метастазов опухолей ободочной и прямой кишки. Приблизительно у 5% больных в последующем развиваются новые первичные опухоли в ободочной кишке и значительно чаще новые аденоматозные полипы.
- раннее выявление опухолей других локализаций (например, у женщин рак ободочной кишки нередко сочетается с раком молочной железы, тела матки или яичников)
- коррекция послеоперационных функциональных нарушений
- обеспечение психологического комфорта пациентов, которые в первые месяцы после визита больного к врачу не испытывают беспокойства по поводу возможного рецидива заболевания.

Приблизительно 80% рецидивов и отдаленных метастазов опухоли наблюдаются в первые 3 года после оперативного лечения, поэтому мониторинг больных в это время должен быть особенно тщательным. Наиболее часто отдаленные метастазы при раке ободочной кишки (табл.1) наблюдаются в печени, забрюшинных лимфатических узлах и легких (38–60%).

Таблица 1.

Локализация и частота отдаленных метастазов [Kemeny N., Seiter K., 1993]

Локализация метастазов	Частота (%)
Печень	38–60
Забрюшинные лимфатические узлы	39
Легкие	38
Брюшина	28
Яичники	18
Надпочечники	14
Плевра	11
Головной мозг	8
Кости	10

Рутинное обследование предполагает опрос больного, клинический осмотр, включая пальпацию периферических лимфатических узлов и живота, а также определение в сыворотке уровня опухолевых маркеров.

В 70-е годы стало очевидным, что с помощью определения в сыворотке уровня *раковоэмбрионального антигена* (РЭА) имеется реальная возможность выявлять рецидивы и метастазы рака ободочной кишки примерно за 6 мес до появления первых клинических симптомов. В настоящее время нет никаких убедительных доказательств того, что другие (кроме РЭА) опухолевые маркеры (как одни, так и в комбинации) могут оказаться полезными для послеоперационного мониторинга больных.

РЭА является гликопротеином, уровень которого значительно повышается (в 3–4 раза) в сыворотке при злокачественных опухолях желудочно-кишечного тракта и репродуктивной системы. Незначительное повышение этого опухолевого маркера может отмечаться также при некоторых других состояниях:

- выраженная неопухолевая патология печени
- воспаления (включая желудочно-кишечный тракт)
- травмы
- инфаркт миокарда
- коллагенозы

- поражение почек
- курение.

Повышение уровня именно этого маркера является наиболее ранним признаком прогрессирования опухоли (табл. 2). Вторым по значимости остается клиническое обследование пациента.

Таблица 2. Первые проявления прогрессирования рака ободочной кишки [Kelly C.J., 1992]

Обследование	Число больных (%)
Клиническое обследование	7 (21)
РЭА	22 (67)
Компьютерная томография брюшной полости	2 (6)
Компьютерная томография грудной полости	1 (3)
Сканирование печени и селезенки	0 (0)
Внутривенная пиелография	0 (0)
Ирригоскопия	0 (0)
Сканирование костей	1 (3)

Значение для рутинного мониторинга таких популярных среди населения и некоторых практических врачей методов, как компьютерная томография и сканирование, весьма ограничено. Однако их значимость неизмеримо возрастает при выявлении каких-либо отклонений при физикальном обследовании и при повышении уровня РЭА. *Клинически значимым считается повышение уровня маркера в 3–4 раза.* Причем степень его повышения зависит от объема опухолевой массы в организме.

Некоторые исследователи обращают также внимание на скорость роста его уровня. Если это происходит относительно медленно (в течение месяцев), то можно предположить наличие удалимых метастазов, если быстро, то вероятность этого невелика. Сторонники данной точки зрения рекомендуют в первое время после операции определять уровень РЭА даже каждый месяц. В основе этого лежит представление о том, что чем раньше будет выявлен рецидив заболевания, тем лучше для больного. Однако не все с этим согласны; некоторые авторы считают, что такой интенсивный мониторинг «вызывает только бессмысленные волнения и позволяет больному несколько раньше узнать о наличии фатального заболевания» [Moertel C. et al., 1978]. В пользу этой точки зрения говорит и то, что РЭА не обладает 100% чувствительностью. Это означает, что у 30% больных прогрессирование опухоли не сопровождается клинически значимым повышением его уровня. Тем не менее считается, что его информативность при мониторинге больных значительно превосходит аналогичный показатель для других методов.

При возможности, обследование больных целесообразно дополнять также *ультразвуковым исследованием брюшной полости.* Этот неинвазивный метод в руках квалифицированного специалиста оказывается очень полезным.

Вопрос о частоте и целесообразности выполнения *колоноскопии и/или ирригоскопии с двойным контрастированием* остается спорным. По мнению большинства специалистов, оба метода имеют бесспорное значение, в первую очередь, для выявления метастатических опухолей. По этой причине частое их выполнение

(каждые 3–6 мес) не имеет большого смысла. Их рекомендуют делать каждые 2 года. Исключением являются отдельные клинические ситуации, связанные с высокой вероятностью рецидива в области анастомоза. Это бывает тогда, когда хирург не уверен в радикальности хирургического вмешательства. В этом случае целесообразно первые 2 года выполнять колоноскопию каждые 6 мес.

Ниже представлены современные рекомендации по мониторингу больных раком ободочной кишки после радикального лечения.

Метод обследования	Частота
Врачебный физикальный осмотр	Каждые 3–4 мес в течение 2 лет Далее каждые 6 мес в течение 3 лет В последующем – 1 раз в год
УЗИ печени	Каждые 3 мес в течение 2 лет Далее каждые 6 мес в течение 3 лет В последующем – 1 раз в год
РЭА	Каждые 3 мес в течение 2 лет Далее каждые 6 мес в течение 3 лет В последующем – 1 раз в год
Колоноскопия	Каждые 24 мес В случае высокого риска рецидива в области анастомоза каждые 6 мес в течение первых 2 лет
Рентгенография грудной клетки	Ежегодно
Компьютерная томография (грудной, брюшной полостей, малого таза) Биохимические печеночные пробы Сканирование костей	В случае выявления каких-либо изменений при физикальном обследовании, а также при повышении уровня РЭА

Таким образом, для рутинного обследования больных, которое должно проводиться каждые 3 мес в течение первых 2 лет, достаточно клинического осмотра, ультразвукового обследования печени и забрюшинных лимфатических узлов, а также определения уровня РЭА в сыворотке.

Результаты подобного обследования могут быть следующими:

- признаков прогрессирования опухоли нет
- выявляется рецидив опухоли или отдаленные метастазы (опухолевый очаг при физикальном обследовании, и/или рентгенографии грудной клетки, и/или ультразвуковом обследовании брюшной полости и повышении/норма РЭА)
- отмечается только повышение уровня РЭА.

При отсутствии признаков прогрессирования действия врача очевидны – продолжать наблюдение за больным с указанной частотой.

В случае выявления рецидива для определения даль-



Алгоритм обследования больных при повышении уровня РЭА и отсутствии признаков прогрессирования.

нейшей лечебной тактики необходимо тщательное обследование с целью определения степени распространения опухоли. При этом целесообразно выполнение рентгенографии грудной клетки, компьютерной томографии брюшной и грудной полости, а также сканирование костей. При наличии только солитарного метастаза (в том числе в печени) целесообразно обсудить вопрос о возможности его хирургического удаления. В случае множественного поражения или наличия неудаляемого очага в качестве лечения может быть рекомендован тот или иной режим химиотерапии.

Более сложной представляется клиническая ситуация, когда при использовании перечисленных выше методов признаков прогрессирования опухоли не выявляется, но отмечается повышение уровня РЭА (схема).

В этом случае целесообразно тщательное обследование больного, включая компьютерную томографию грудной и брюшной полости, а также сканирование костей. При выявлении опухолевых изменений рекомендуется проведение химиотерапии. Если опухолевые изменения не выявляются, то больной подлежит тщательному наблюдению с повторным определением уровня РЭА через 1–2 мес и обследованием. Повышение уровня РЭА без соответствующего подтверждения прогрессирования опухоли с определяемыми очагами (физикальное обследование, рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости, компьютерная томография брюшной полости, сканирование костей) не может быть основанием для проведения противоопухолевого лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cohen A, Minsky B, Schilsky R. *Cancer of the colon. In: Cancer. Principles & Practice of Oncology. 5th ed. / Ed. By V. DeVita, S. Hellmann, S. Rosenberg: Chapter 32, pp.971-1251, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1997*
2. Hill M, Cunningham D. *Gastrointestinal cancer. In: Textbook of medical oncology. 2nd ed. / Ed. By F. Cavalli, H. Hanson, S. Kaye; Martin Dunitz Ltd, London, 2000, p.271-307*
3. Kelly CJ, Daly JM. *Cancer, 1992, 70: 1397-1408*
4. Kemeny N, Seiter K. *Colon and rectal cancer. In: Handbook of chemotherapy in clinical oncology, SCI ed., 1993:589-594*
5. Moertel C. et al. *Carcinoembryonic antigen test for recurrent colorectal cancer. JAMA, 1978, 78: 1065-6*
6. Pazdur R, Coia L, Wagman L. *Colorectal and anal cancers. In: Cancer Management: A Multidisciplinary Approach. 1st ed. / Ed. By R. Pazdur, L. Coia, W. Hoskins, L. Wagman. PRR, Huntington, NY, 1996/1997, p.55-75*
7. Williams N, Northover JM, Arnott SJ, Jass JR. *Colorectal tumors. In: Oxford Textbook of Oncology / Ed. By M. Peckham, H. Pinedo, U. Veronesi; Oxford Medical Press, 1995, vol.1, p.1133-1168*