

УДК: 611.711-033.2-07

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПОЗВОНОЧНИКЕ

Абдужаппаров Сулаймон Бахреддинович¹, Алимов Ижод Рустамович¹,
 Муродова Дилором Субхоновна², Хамрокулов Бекзод Баходирович³

1 - Многопрофильная частная клиника Nano Med Clinic, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
 Республика Узбекистан, г. Ташкент;

3 – Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Республика Узбекистан, г. Ташкент

УМУРТҚА ПОҒОНАСИНИНГ КОЛОРЕКТАЛ САРАТОН МЕТАСТАТИК ЎСМАЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ

Абдужаппаров Сулаймон Бахреддинович¹, Алимов Ижод Рустамович¹,
 Муродова Дилором Субхоновна², Хамрокулов Бекзод Баходирович³

1 – Nano Med Clinic кўп тармоқли хусусий клиникаси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 – Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази,
 Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

3 – Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий – амалий тиббиёт маркази,
 Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

SURGICAL TREATMENT OF METASTATIC TUMORS COLORECTAL CANCER IN THE SPINE

Abdujapparov Sulaymon Bahreddinovich¹, Alimov Ijod Rustamjonovich¹, Murodova Dilorom Subhonovna²,
 Hamrokulov Bekzod Bahodirovich³

1 - Multidisciplinary private clinic Nano Med Clinic, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers,
 Republic of Uzbekistan, Tashkent;

3 – Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology,
 Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: [@nanomedicalclinic](mailto:Nano.Medical.Clinic)

Резюме. Тадқиқотнинг мақсади. Умуртқа погонасида колоректал саратони метастазлари бўлган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш. Материаллар ва усуллар. 2020 йилдан 2022 йилгача Nano Med Clinic кўп тармоқли клиникаси ва республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказида умуртқа погонасида колоректал саратон метастазлари бўлган 14 бемор даволанди. Улардан 8 таси (57%) эркаклар, 6 таси (43%) аёллар. Беморларнинг ёши 48 ёшдан 65 ёшгача бўлган. Беморларнинг ўртача ёши 56,5 ёшни ташкил қилади. Натижалар. Адабий маълумотларга кўра, скелет суякларидоги колоректал саратон метастазларининг энг кенг тарқалган локализацияси умуртқа погонаси (65%), тос суяги суяклари (34%), узун суяклар (26%) ва бошқа скелет суяклари (17%). Скелет суякларининг метастатик шикастланиши, айниқса умуртқа погонаси, оғир оғриқ синдроми ва неврологик касалликларни ҳисобга олган ҳолда беморларнинг ҳаёт сифатини кескин пасайтиради. Хулосалар. Шунга кўра, колоректал саратон суяк метастазлари бўлган беморларнинг қолган ҳаёт сифатини яхшилаш учун қўшимча даволаш усуллари қўллаш керак.

Калит сўзлар: колоректал саратон, скелет суяклари ва умуртқа погонаси метастазлари, ҳаёт сифати.

Abstract. Purpose of the study. Improving the quality of life of patients with CRC metastases in the spine. Material and methods. In the multidisciplinary clinic Nano Medical Clinic and Republican specialized scientific and practical medical center for oncology and radiology from 2020 to 2022. The 14 patients with colorectal cancer metastases to the spine

were treated. Of these, 8 (57%) are men, 6 (43%) are women. The age of the patients ranged from 48 to 65 years. The average age of patients is 56.5 years. Results. According to the literature data, the most common localization of colorectal cancer metastases in the bones of the skeleton is the spine (65%), pubic pelvic bones (34%), long bones (26%) and other bones of the skeleton (17%). Metastatic lesions of the bones of the skeleton, especially the spine, sharply worsen the quality of life of patients, taking into account the pronounced pain syndrome and neurological disorders. Conclusions. Accordingly, there is a need for the use of additional methods of treatment to improve the quality of the remaining life of patients with bone metastases of CRC.

Key words: colorectal cancer, metastatic of the bones of the skeleton and spine, quality of life.

Колоректальный рак (КРР) остается на 3-м месте в структуре онкологической заболеваемости и смертности взрослых мужчин и женщин во всем мире [1]. Хорошо известно, что наиболее часто КРР метастазирует в печень и легкие [2]. Характер метастазирования связан как с особенностями оттока крови от толстой кишки в портальную систему, так и со специфическими сигнальными белками, характерными для каждого органа. Важность этих компонентов и влияние, которое они оказывают на процесс образования метастазов, до сих пор являются темой для обсуждения.

Подавляющее большинство метастазов в кости диагностируется у пациентов со стадией Т3-4 КРР. Частота выявления метастазов в костях варьирует в различных публикациях. В работе Т.О. Кутателадзе, среди 1406 больных раком ободочной и прямой кишок у 66 (4%) были выявлены метастазы в костях. S. Vesbeas et al. (1978) [3] представили данные обследования 765 пациентов с диссеминированным раком ободочной и прямой кишок в период с 1960 по 1970 г. При этом выявлены метастазы в кости у 53 (6,9 %) пациентов. Из них у 1,8 % диагностировано изолированное поражение костей скелета, не сочетающееся с метастазами в другие органы. Наибольшее число наблюдений приведено в работе R. Kanthan et al. [4], где исследователи провели ретроспективный анализ 5352 пациентов с первичным КРР, получавших лечение в период с 1970 по 1995 г. Из всех пациентов метастазы в кости скелета выявлены у 355 (6,6 %). Из них у 16,9 % диагностированы изолированные метастазы, тогда как у 83,1 % имелись метастазы в кости в сочетании с метастазами в печень, легкие или головной мозг[5].

Согласно опубликованным D. Santini в 2012 г. данным [6], наиболее частая локализация метастазов в кости скелета — это позвоночник (65 %), лобковые тазовые кости (34 %), длинные кости (26 %) и другие кости скелета (17 %).

Метастатическое поражение костей скелета, в особенности позвоночника резко ухудшают качество жизни больных с учетом выраженного бо-

левого синдрома и неврологических нарушений. Согласно этому имеется потребность в применении дополнительных методов лечения для улучшения качества оставшейся жизни больных с костными метастазами КРР.

Цель исследования: Улучшение качества жизни больных с метастазами КРР в позвоночнике.

Материал и методы: В многопрофильной клинике Nano Medical Clinic и РСНПМЦОР с 2020 по 2022гг. пролечено 14 больных с метастазами КРР в позвоночник. Из них мужчины 8 (57%), женщины 6 (43%). Возраст больных варьировал от 48 до 65 лет. Средний возраст больных составляет 56,5 лет.

В качестве диагностических мероприятий, помимо общеклинических и лабораторных исследований, больным проводились инструментальные методы обследований, такие как спондилограмма, МРТ, МСКТ, сцинтиграфия костей скелета, а также все необходимые диагностические варианты онкопоиска в организме.

Среди топического расположения патологического процесса в позвоночнике, выявлялось изолированное и множественное поражение позвонков. Из них, 4 больных с изолированным поражением позвонков, 10 больных с множественным. Среди числа больных с изолированным поражением, у 1 (25%) больного патологический процесс располагался в шейном отделе позвоночника, у 1 (25%) больных в грудном отделе позвоночника, у 2 (50%) больных в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Среди 10 больных с множественным поражением позвоночника, у 3 (30%) больных в шейном и грудном отделе позвоночника, у 5 (50%) больных в грудном и поясничном отделе позвоночника, у 2 (20%) больных выявлено поражение шейного, грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника. У 8 больных с множественным поражением позвонков, патологический процесс выявлен и в других отделах костного скелета по данным сцинтиграфии в виде метастазов (см. табл. 1).

Таблица 1. Количественная характеристика локализации патологического процесса в позвоночнике.

Поражение одного позвонка			Множественное поражение позвоночника		
Шейный отдел	Грудной отдел	Поясничный отдел	Шейно-грудной	Грудо-поясничный	Все отделы
1 больной	1 больной	2 больных	3 больных	5 больных	2 больных

Таблица 2. Количественная характеристика опухолевого роста в отношении позвоночного канала

Поражение одного позвонка		Множественное поражение позвоночника			
Без интраканального роста		С интра-канальным ростом	Без интраканального роста		С интра-канальным ростом
Без дестр	С дестр		Без дестр	С дестр	
1 больной	2 больных	1 больной	2 больных	2 больных	6 больных

Также, из перечисленного количества 4 больных с изолированным поражением позвоночника, у 1 (25%) больного патологический процесс в поясничном отделе распространялся за пределы позвонка интраканально, у 2 (50%) больных отмечалась деструкция стенок позвонков без интраканального роста опухоли (1 больной в шейном отделе позвоночника, 1 больной в поясничном отделе позвоночника), у 1 (25%) больного поражение поясничного позвонка ограничивалось телом позвонков без деструкции их стенок.

Из перечисленного количества 10 больных с множественным поражением позвоночника, среди 3 (30%) больных с поражением шейного и грудного отдела позвоночника, у 1 больного патологический процесс в шейном позвонке распространялся за пределы позвонка интраканально, у остальных 2 больных процесс протекал без деструкции стенок тела позвонка. Среди 5 (50%) больных с поражением грудного и поясничного отдела позвоночника, у 2 больных отмечалось интраканальное распространение опухоли из поясничных позвонков, у одного больного отмечалась деструкция стенки грудного позвонка, у 2 больных отмечалось поражение позвонков без деструкции их стенок. Среди 2 (20%) больных с множественным поражением шейного, грудного и поясничного отдела позвоночника, поражение ограничивалось телом позвонков без деструкции их стенок (см. табл. 2).

У всех больных основным клиническим признаком заболевания являлась сильная боль в позвоночнике в соответствии с локализацией патологического процесса. Кроме того, у 1 (7%) больного с наличием интраканального роста опухоли отмечались неврологические расстройства в виде корешковых болей и выпадений чувствительности. Неврологические расстройства соответствовали локализации компрессии структур спинного мозга.

Всем 14 больным оказана хирургическая помощь. Тактика хирургического вмешательства определялась в соответствии со следующими показателями:

- локализация патологического процесса
- количество пораженных позвонков
- наличие интраканального роста
- наличие поражения стенок позвонков
- наличие отдаленных метастазов
- наличие тяжелых сопутствующих заболеваний

При изолированном поражении позвонков, хирургическое лечение 1 (7%) больному с наличием интраканального роста опухоли проводилось открытым хирургическим путем в виде ламинэктомии с удалением опухоли с последующей открытой вертебропластикой пораженного позвонка костным цементом и спондилодезом системой ТПФ.

2 больным (14%) с наличием деструкции стенок позвонков без интраканального роста, также проводились открытые хирургические операции. 1 больному с поражением шейного позвонка переднебоковая корпорэктомия со спондилодезом титановым имплантом, 1 больному с поражением поясничного отдела позвоночника оперативное лечение проводилось комбинированным методом в виде ламинэктомии с биопсией тела пораженного позвонка, открытой вертебропластикой костным цементом с последующим спондилодезом системой ТПФ. 2 (14%) больным с патологическим процессом в теле без деструкции стенок позвонка произведено хирургическое лечение методом перкутанной вертебропластики после предварительной биопсии тела пораженного позвонка.

При множественном поражении позвонков, хирургическое лечение 1 (10%) больному с наличием интраканального роста опухоли из шейного позвонка, а также 1 (10%) больному с наличием интраканального роста опухоли из поясничного позвонка проводилось открытым хирургическим путем. При этом, больному с поражением шейного позвонка проводилась переднебоковая корпорэктомия со спондилодезом титановым имплантом. Больному с поражением поясничного позвонка с интраканальным ростом оперативное лечение проводилось комбинированным методом в виде ламинэктомии с удалением опухоли с последующей открытой вертебропластикой пораженного позвонка костным цементом и спондилодезом системой ТПФ. Обе операции производились больным с целью улучшения качества оставшейся жизни, несмотря на распространенность процесса в других позвонках и участках организма. Одному (10%) больному с поражением поясничного позвонка с интраканальным ростом открытая операция не была выполнена из-за наличия тяжелых сопутствующих заболеваний, больному выполнена пункционная биопсия пораженного позвонка для верификации патологического процесса. Среди остальных 7 (70%) больных с

множественным поражением позвоночника метод перкутанной вертебропластики выполнялся 4 больным, при этом у 2 больных отмечалось поражение 3х позвонков в грудно-поясничном отделе, обоим больным оперативное вмешательство проводилось на всех пораженных позвонках. У 2 больных перкутанная вертебропластика ограничивалась одним позвонком, так как деструктивный процесс в других пораженных позвонках был мало выражен. Всем больным при выполнении метода перкутанной вертебропластики выполнена биопсия пораженного участка позвонка для гистологической верификации. 2 больным имеющим процесс поражения в шейном, грудном и поясничном отделе позвоночника одновременно, произведена пункционная биопсия тел пораженных позвонков без дальнейшей их вертебропластики, учитывая распространенность процесса в позвоночнике и количество пораженных позвонков.

Результаты лечения 14 больных с опухолевым поражением позвоночника оценивалось с учетом 5 летней выживаемости после выявленного онкопроцесса и оценки их качества жизни по шкале Карновского.

Из пролеченных 14 больных за период наблюдения летальных исходов 5. При этом один больной с метастатической опухолью умер через 8 месяцев после операции, 4 больных прожили после операции более 12 месяцев.

Согласно шкале Карновского, составленно на пятый год наблюдения после операции качество жизни пациентов сохраняется в пределах более 50 баллов, что свидетельствует о стойком послеоперационном сохранении высокого качества оставшейся жизни пациентов.

Выводы: С помощью хирургических методов лечения метастатических опухолей КРР в позвоночник с применением малоинвазивных методов вмешательств нами удалось достигнуть значительного улучшения качества оставшейся жизни пациентов без радикальных орган разрушающих операций.

Литература:

1. Jemal A., Murray T., Ward E. et al. Cancer Statistics 2005. CA Cancer J Clin 2005;55(1):1030.
2. Schlüter K., Gassmann P., Enns A. et al. Organ-specific metastatic tumor cell adhesion and extrava-

sion of colon carcinoma cells with different metastatic potential. Am J Pathol 2006 Sep; 169:106473.

3. Besbeas S., Stearns M.W. Jr. Osseous metastases from carcinomas of the colon and rectum. Dis Colon Rectum 1978 MayJun; 21(4):2668.

4. Kanthan R., Loewy J., Kanthan S.C. Skeletal metastases in colorectal carcinomas: a Saskatchewan profile. Dis Colon Rectum Dec 1999;42(12):15927.

5. Santini D., Tampellini M., Vincenzi B. et al. Natural history of bone metastasis in colorectal cancer: final results of a large Italian bone metastases study. Ann Oncol 2012 Aug;23(8):207277. Epub 2012 Jan 4.

6. Choi S.J., Kim J.H., Lee M.R. et al. Long-term disease-free survival after surgical resection for multiple bone metastases from rectal cancer. World J Clin Oncol 2011 Aug 10;2(8):3268.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПОЗВОНОЧНИКЕ

*Абдужаппаров С.Б., Алимов И.Р., Муродова Д.С.,
Хамрокулов Б.Б.*

Резюме. Цель исследования. Улучшение качества жизни пациентов с метастазами КРР в позвоночник. Материалы и методы. В многопрофильной клинике Nano Medical Clinic и Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии с 2020 по 2022 год было пролечено 14 пациентов с метастазами колоректального рака в позвоночник. Из них 8 (57%) - мужчины, 6 (43%) - женщины. Возраст пациентов варьировался от 48 до 65 лет. Средний возраст пациентов составляет 56,5 лет. Результаты. Согласно литературным данным, наиболее распространенной локализацией метастазов колоректального рака в костях скелета является позвоночник (65%), лобковые кости таза (34%), длинные кости (26%) и другие кости скелета (17%). Метастатические поражения костей скелета, особенно позвоночника, резко ухудшают качество жизни пациентов, учитывая выраженный болевой синдром и неврологические расстройства. Выводы. Соответственно, существует необходимость в применении дополнительных методов лечения для улучшения качества оставшейся жизни пациентов с костными метастазами КРР.

Ключевые слова: колоректальный рак, метастазы в кости скелета и позвоночник, качество жизни.