

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В ЛЕГКИЕ



В.Л. Ганул, Л.В. Бороров, А.В. Ганул,
Б.О. Борисюк, В.М. Совенко,
А.И. Шевченко, А.В. Семиволос,
О.И. Кобзев, Ю.Н. Кондрацкий

Адрес:
Кондрацкий Юрий Николаевич
03022, Киев, ул. Ломоносова, 33/43
Тел.: (044) 259-01-68
E-mail: ykondr@gmail.com

Ключевые слова: метастатическое поражение легких, хирургическое лечение, химиотерапия, комплексное лечение.

На основании анализа результатов лечения 245 онкологических больных проведена оценка целесообразности хирургического удаления метастазов злокачественных новообразований в легкие. Выбор метода лечения больных, имеющих метастазы в легкие, зависит от характера первичной опухоли, радикализма ранее проведенного лечения, объема опухолевого поражения легкого. Доказана эффективность хирургического и комплексного лечения больных с метастатическим поражением легких.

ВВЕДЕНИЕ

Вопросы метастазирования остаются одной из актуальных проблем онкологии. Метастазирование злокачественных опухолей в значительной мере определяет клиническое течение, выбор методов лечения и прогноз заболевания. В практике торакальных хирургов метастатические поражения легких встречаются довольно часто. Обусловлено это тем, что органы грудной клетки, в особенности легкие, являются одним из наиболее «излюбленных» мест метастазирования злокачественных новообразований [2, 7]. Частота метастазирования злокачественных опухолей в легкие, по данным различных авторов, варьирует от 1,6 до 55,4% в зависимости от локализации и гистологической структуры первичной опухоли. Чаще всего метастатическое поражение легких встречается при трофобластической болезни (55,4%), злокачественных новообразованиях почек (37,7%), опорно-двигательного аппарата (18,6%), толстой кишки (16,8%), грудной железы (15,7%), реже — при раке и саркомах матки (4,2%), раке желудка (1,6%) [1, 5, 6]. В 70–90% случаев метастазы располагаются в «плащевой» зоне легких [8, 13]. В 50–81,8% случаев распространение метастазов в легкие происходит лимфогематогенным путем, реже — гематогенными (9,4–30,2%) и лимфогенными (4,3–23,5%) путями [1, 11].

До недавнего времени появление отдаленных, даже единичных метастазов в легкие и другие органы считали признаком диссеминации опухолевого процесса, а следовательно, безнадежности больного. Таким пациентам нередко назначали только симптоматическую терапию и считали их не подлежащими активному лечению. Однако в настоящее время доказано, что метастазы в легкие

могут быть единственным продолжением болезни. Проведенное хирургическое, химиолучевое лечение, использование иммунотерапии и гормонотерапии способны на длительный срок продлить жизнь больного, улучшить ее качество, а в некоторых случаях и полностью излечить пациента. Выбор метода лечения больных, имеющих метастазы в легкие, зависит от многих составляющих. Наиболее значительными являются локализация и гистологическая структура первичной опухоли, характер ранее проведенного лечения, его эффективность, соматическое состояние больного [4, 9, 10, 12, 14]. Легочные метастазы принято делить [3, 8] по количеству — солитарные (1), единичные (2–3), множественные (более 3); по локализации — односторонние, двухсторонние. В зависимости от эффективности существующих методов лечения первичных злокачественных опухолей, легочные метастазы разделяют на 3 группы.

1-я группа — метастазы чувствительные к химиотерапии и лучевой терапии (рак яичка, остеогенная саркома, трофобластическая болезнь, рак яичника); 2-я группа — метастазы практически резистентные к воздействию химиопрепаратов (гипернефрома, меланома, высококодифференцированный железистый рак толстой кишки и эндометрия, плоскоклеточный рак шейки матки); 3-я группа — метастазы опухолей, которые частично поддаются воздействию консервативных методов лечения (рак грудной железы, рак легкого) [3, 7, 8].

Первое сообщение об успешном результате хирургического лечения метастазов в легкое принадлежит J.D. Varney, E.D. Churchill (1939 год). В 1940 г. последовало сообщение E. Churchill о повтор-

ной резекции обоих легких по поводу метастазов. В Советском Союзе первую резекцию легкого по поводу метастазов внелегочной злокачественной опухоли произвел Б.Э. Линберг в 1948 г. Пионерами хирургии легочных метастазов были А.А. Вишневецкий, Е.С. Лушников, И.Г. Скрижинская, А.И. Пирогов, А.И. Максимов. Но, несмотря на то что хирургическое удаление метастазов выполняется на протяжении более 40 лет, критерии отбора больных за это время мало изменились. Обязательными условиями являются полное удаление первичной опухоли или возможность ее удаления, отсутствие других проявлений метастатической болезни, количество узлов должно быть ограниченным и доступным для полного хирургического удаления и наконец — уверенность в том, что больной перенесет планируемое хирургическое лечение. В последние годы показания к активному хирургическому лечению легочных метастазов значительно расширились [3].

Выбор лечебной тактики при метастатическом поражении легких обусловлен конкретными объективными данными. Основываясь на собственном многолетнем клиническом опыте, мы поставили задачу оценить результаты различных лечебных подходов и определить целесообразность хирургического удаления легочных метастазов у онкологических больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В отделении опухолей органов грудной полости Национального института рака за последние 20 лет под наблюдением находились 245 пациентов, которым выполнялось хирургическое удаление легочных метастазов злокачественных опухолей различных локализаций. Для удобства в работе больные разделены на группы в зависимости от локализации первичной опухоли согласно международной классификации болезней — МКБ-10 (табл. 1).

Таблица 1 Характеристика групп больных с метастазами злокачественных опухолей в легких

Локализация первичной опухоли (код по МКБ-10)	Количество больных	
	Абс. число	%
Злокачественные опухоли костей (C40)	59	24,08±2,73
Злокачественные опухоли мягких тканей (C48–C49)	47	19,18±2,52
Рак почки (C64)	40	16,33±2,36
Злокачественные опухоли тела матки (C54)	25	10,20±1,93
Рак прямой кишки (C20)	23	9,39±1,86
Рак легкого (C34)	18	7,35±1,67
Рак грудной железы (C50)	20	8,16±1,75
Рак ободочной кишки (C18)	12	4,90±1,38
Всего	245	100

Согласно нашим данным, хирургическому удалению метастазов в легкие

чаще подвергались пациенты со злокачественными опухолями костей (24,1%), мягких тканей (19,2%) и почек (16,3%), реже эти операции проводили у больных раком грудной железы (8,2%) и ободочной кишки (4,9%).

Планирование хирургического удаления метастазов в легкие осуществлялось с учетом целесообразности назначения химиотерапии, что позволяло проводить комплексное лечение. В случае установления IV стадии заболевания на момент постановки диагноза лечение обязательно начинали с удаления первичного очага, после чего выполняли операции на легких. При метастазах у больных 1-й и 3-й групп с целью достижения частичной регрессии или стабилизации процесса лечение начинали с проведения 2–3 курсов неoadъювантной полихимиотерапии. После операции на легких лечение дополнялось адъювантной химиотерапией. У больных с метастазами, резистентными к химиотерапии (2-я группа), решался вопрос о возможности самостоятельного оперативного лечения. При выявлении показаний для хирургического удаления легочных метастазов обязательным было исключение диссеминации опухоли. Планирование одноэтапных или двухэтапных отсроченных операций осуществлялось на основании всестороннего обследования больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Хирургическое лечение метастатического поражения легких чаще проводилось при одностороннем поражении — у 211 (86,12±2,21%) больных, реже при двустороннем поражении — у 32 (12,65±2,12%) пациентов. Двухстороннее удаление легочных метастазов в большинстве случаев выполняли поэтапно с интервалом в 2–3 нед. При отсутствии противопоказаний у части пациентов молодого возраста с солитарными и единичными двухсторонними метастазами проводили одномоментные билатеральные экономные резекции легких. В зависимости от распространенности метастазирования чаще выполняли операции при солитарных метастазах — у 131 (53,47±3,19%) больного, при единичных — у 58 (23,67±2,72%) и при множественных — у 56 (22,86±2,68%) пациентов. Если у пациентов в отдаленные сроки наблюдения выявлялись новые метастазы в легких — эти больные подвергались повторным резекциям легких с учетом сохранения достаточных легочных резервов и отсутствием противопоказаний к операции.

По объему оперативных вмешательств чаще выполнялись атипичские и краевые резекции легких — 185 (75,51±2,75%) случаев, реже лобэктомии — 53 (21,63±2,63%) случая, пневмонэктомии — только

у 7 (2,86±1,06%) больных. Оптимальными операциями при удалении легочных метастазов следует считать экономные резекции (атипичские и краевые), реже — лобэктомии. Пневмонэктомии при метастатическом поражении легких не целесообразны, хотя данное вмешательство допустимо при солитарных узлах больших размеров в одном легком.

По данным канцер-регистра Национального института рака нами проведен анализ 3- и 5-летней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями различных локализаций, которым проводилось хирургическое удаление легочных метастазов (табл. 2).

Таблица 2 Выживаемость больных со злокачественными новообразованиями после хирургического удаления легочных метастазов в зависимости от локализации первичной опухоли

Локализация первичной опухоли (код по МКБ-10)	Выживаемость (%)	
	3-летняя	5-летняя
Злокачественные опухоли костей (C40)	42,1±7,7	22,1±7,4
Злокачественные опухоли мягких тканей (C48–C49)	37,9±9,1	29,4±8,8
Рак почки (C64)	57,9±9,7	31,3±11,4
Злокачественные опухоли тела матки (C54)	64,1±10,7	43,4±11,4
Рак прямой кишки (C20)	37,2±11,1	15,5±8,5
Рак легкого (C34)	30,6±12,6	12,5±9,1
Рак грудной железы (C50)	48,4±12,2	25,9±11,7
Рак ободочной кишки (C18)	37,9±16,5	14,6±10,9

Из таблицы следует, что самые хорошие результаты 5-летней выживаемости получены при лечении больных со злокачественными новообразованиями тела матки (43,4±11,4%), почки (31,3±11,4%), мягких тканей (29,4±8,8%), грудной железы (25,9±11,7%) и костей (22,1±7,4%). У пациентов с первичным опухолевым поражением прямой кишки, ободочной кишки и легких эти показатели хуже и составляют соответственно 15,5±8,5; 14,6±10,9 и 12,5±9,1%.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенного исследования подтолкнули нас к смене тактики лечения больных с метастазами злокачественных новообразований в легких.

Если прежде выявление отдаленных метастазов в легкие и другие органы считалось признаком диссеминации опухолевого процесса и пациентка назначалась только симптоматическая терапия, то полученные нами, в том числе и отдаленные данные, позволяют сделать вывод о целесообразности хирургического удаления метастазов в легкие при комплексном лечении онкологических больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов Б.П. (1984) Метастатические опухоли. Москва: Медицина: 191 с.
2. Калабанова Е.А., Неродо Г.А., Гуськова Е.А. и др. (2009) К вопросу о метастазировании и рецидивировании при раке шейки матки. Сибирский онкологический журнал. Приложение № 1: 87–88.

3. Матвеев В.Б., Стилиди И.С., Тойгонбеков А.К. и др. (2003) Хирургическое лечение метастазов рака почки в легкие. Вест. Кыргызско-Российского Славянского университета; 3(7): <http://www.krsu.edu.kg/vestnik/2003/v7/a29.html>
4. Накашидзе Д.Я. (1991) Хирургический метод в лечении метастатических опухолей легкого. Дис ... канд мед наук. Москва: 139 с.
5. Рыбакова Н.И. (1978) Метастатические опухоли легких. В: Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания. Москва: Медицина: 391 с.
6. Самсонов В.А. (1986) Метастазы рака почки (по данным аутопсий). Вопросы онкологии, 32: 78–81.
7. Стародубцев А.Л., Курильчик А.А., Кудрявцева Г.Т. и др. (2010) Комбинированное лечение метастазов сарком костей и мягких тканей в легкие. Сибирский онкологический журнал, 5(41): 54–58.
8. Чиссов В.И., Трахтенберг А.Х., Пикин О.В. и др. (2009) Метастатические опухоли легких. М.: Гэтар-Медиа: 101–109.
9. Barlow A.D., Nakas A., Pattenden C. et al. (2009) Surgical treatment of combined hepatic and pulmonary colorectal cancer metastases. Eur J Surg Oncol, 35(3): 307–312.
10. Dresler C.M., Goldbeg M. (1996) Surgical management of lung metastases: selection factors and results. Oncology, 10 (5): 649–655.
11. Greelish J., Friedberg J. (2000) Secondary pulmonary malignancy. Surg. Clin. N. Am. 80(2): 633–657.
12. Kern K.A., Pass H.I., Roth J.A. (1987) Surgical treatment of pulmonary metastases. In: Surgical treatment of metastases cancer. Ed SA Rosenberg. Philadelphia: JB. Lippincott Co: 69–100.
13. Nielsen O. (2003) Role of systemic treatment in adult soft tissue sarcomas. Eur. J. Cancer Suppl.: 1(6): 249–259.
14. Reshetov A.V., Iablonskii P.K., Orlova R.V. et al. (2008) The possibility and prognostic value of secondary lymphatic cancer spread in intrapulmonic metastases of solid tumors. Vestn Khir Im I I Grek, 167 (3): 36–42.

Доцільність хірургічного видалення метастазів злویакісних новоутворень в легені

В.Л. Ганул, Л.В. Бороров, А.В. Ганул, Б.О. Борисюк, В.М. Сovenko, А.І. Шевченко, А.В. Семиволос, О.І. Кобзев, Ю.М. Кондрацький
Національний інститут раку, Київ

Резюме. На підставі аналізу результатів лікування 245 онкологічних хворих проведено оцінку доцільності хірургічного видалення метастазів злویакісних новоутворень в легені. Вибір методу лікування хворих, що мають метастази в легені, залежить від характеру первинної пухлини, радикалізму раніше проведеного лікування, об'єму пухлинного ураження легені. Доведено ефективність хірургічного і комплексного лікування хворих з метастатичним ураженням легень.

Ключові слова: метастатичне ураження легень, хірургічне лікування, хіміотерапія, комплексне лікування.

Feasibility surgical removal cancer metastasis to the lungs

V.L. Ganul, L.V. Bororov, A.V. Ganul, B.O. Borisjuk, V.M. Sovenko, A.I. Shevchenko, A.V. Semivolos, O.I. Kobzev, Y.U. Kondratskii
National Cancer Institute, Kiev

Summary. Analysis of treatment outcomes 245 cancer patients evaluated whether surgical removal of metastases of malignant tumors in the lung. Choice of treatment of patients with metastases to the lungs depends on the nature of the primary tumor, radicalism before the treatment, the amount of tumor lesions of the lung. The efficiency of surgical and combined treatment of patients with metastatic lesions of the lungs.

Key words: metastatic lung, surgical treatment, chemotherapy, combined treatment.