



В. В. Бойко,
А. Г. Краснояружский,
А. Б. Старикова

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
им. В.Т. Зайцева НАМН
Украины», г. Харьков

© Коллектив авторов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКИХ

Резюме. Представлены результаты современного подхода к диагностике и лечению больных с метастатическим поражением легких. Обязательными критериями отбора пациентов для хирургического лечения метастазов в легких было радикальное лечение первичной опухоли, ее гистологический вариант, исключение поражения других органов. Солитарные метастазы диагностированы у 22 (52,4 %) больных, единичные у 14 (33,3 %), множественные у 3 (7,1 %). В большинстве случаев операции выполнены торакотомным доступом (26 больных), видеоторакоскопические операции — 16 больных. Серьезных послеоперационных осложнений и летальности не было. Системную химиотерапию продолжили 22 (52,4 %) пациента. За период наблюдения от 11 до 28 мес. прогрессирование процесса отмечено у 16 (38,1 %) больных.

Ключевые слова: метастазы в легких, хирургическое лечение, видеоторакоскопические операции.

Введение

Метастатическое поражение легких (МПЛ) в зависимости от локализации и гистологической структуры первичной опухоли встречается с частотой от 1,6 до 55,4 %, возникая во многих случаях на фоне стабилизации или стойкой ремиссии основного заболевания и длительное время имеет малосимптомное течение [1, 6, 7]. Факт появления метастазов в легких свидетельствует о генерализации онкологического процесса и до недавнего времени это было основанием для отказа от активного лечения больного и назначения системной лекарственной или симптоматической терапии [3, 5]. В то же время известно, что метастазы рака толстой кишки, рака почки, герминогенных опухолей яичка, саркомы, рака эндометрия в некоторых случаях являются единичными и определенное время единственными проявлениями генерализации процесса. При этом хирургическое лечение с рациональным применением химиотерапии позволяет достичь длительной ремиссии и существенно продлить жизнь больного [1, 2, 4, 8].

Цель работы

Оценить эффективность и целесообразность хирургического лечения метастатических поражений легких.

Материалы и методы исследования

С 2007 по 2013 год по поводу внутрилегочных метастазов прооперировано 42 пациента в возрасте от 18 до 75 лет, из них 23 мужчины и 19 женщин. Учитывались локализация и гистологическая структура первичной опухоли, характер ранее проведенного лечения, его

эффективность, сроки выявления метастазов, их количество и анатомическая локализация в легких. Метастазы рака толстой кишки диагностированы у 13 больных, рака почки — у 6, рака шейки матки и эндометрия — у 7, яичника — у 3 пациентов, саркомы — у 4, легкого — у 3 пациентов, молочной железы — у 3, щитовидной железы — у 3 больных (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных с метастатическим поражением легких в зависимости от локализации первичного очага

Локализация первичного очага	Количество больных	
	абс.	%
Рак толстой кишки	13	30,9
Рак почки	6	14,4
Рак шейки матки и эндометрия	7	16,7
Рак яичников	3	7,1
Остеогенная саркома и саркома мягких тканей	4	9,6
Рак легкого	3	7,1
Рак молочной железы	3	7,1
Рак щитовидной железы	3	7,1
Всего	42	100,0

Комплексное лечение получили 19 (45,2 %) пациентов, комбинированное — 15 (35,7 %), только радикальное удаление первичного очага — 8 (19,1 %) больных. Кашель, одышка, боли в грудной клетке выявлены в 7,1 % случаев, кровохарканье отмечено у 2,4 % больных. Общие симптомы интоксикации такие как недомогание, слабость, субфебрильная температура имелись у 16,6 % больных. Всем больным перед оперативным вмешательством выполняли комплексное обследование, которое включало помимо общеклинических методов, КТ органов грудной клетки, бронхоскопию, УЗИ органов брюшной полости,



эзофаго-, гастро- или колоноскопию. Определение концентрации опухолевых маркеров в сыворотке крови выполнялись по показаниям. Абсолютным противопоказанием к операции являлись рецидив основного заболевания или наличие отдаленных метастазов внелегочной локализации.

Одностороннее поражение легких констатировано у 39 (92,8 %) пациентов: солитарные метастазы — у 22 (52,4 %) больных, единичные — у 14 (33,3 %), множественные у 3 (7,1 %) больных. У 2 (4,8 %) больных имелись двусторонние солитарные, у одного (2,4 %) пациента — единичные двусторонние.

При одностороннем поражении 23 (54,8 %) пациентам выполнили следующие оперативные вмешательства: атипичная резекция у 12 (28,6 %) больных, сегментарная резекция — у 6 (14,3 %), лобэктомия — у 3 (7,1 %), билобэктомия — у двух (4,8 %). Последовательные двухсторонние операции применили у 3 (7,1 %) больных, клиновидную резекцию с последующей сегментарной резекцией — у 2 (4,8 %) пациентов, у одного — атипичную резекцию и сегментарную резекцию. У 5 (11,9 %) пациентов при наличии макроскопически измененных лимфатических узлов, подозрительных на наличие метастазов, выполнена систематическая лимфодиссекция.

В настоящее время благодаря внедрению в практику видеоторакоскопии существенно расширились возможности хирургического лечения метастазов в легких. Высокая информативность и малая инвазивность делают торакоскопию предпочтительным методом лечения, особенно для больных пожилого возраста, пациентов, которым недавно проводились химиотерапия и и/или лучевая терапия [2, 3]. Для видеоторакоскопической операции наиболее подходящими являются субплевральные узлы и узлы, расположенные около латеральных краев легочных щелей и долей. В этих местах технически просто захватить паренхиму легкого, наложить степлер и иссечь клиновидный участок ткани без большой деформации легочной ткани. В 8 (19,0 %) случаях выполнена клиновидная резекция, атипичная резекция в 6 (14,3 %) случаях. У 2 (4,8 %) больных с единичными метастазами в одном легком выполнили видеоассистированную лобэктомию (табл. 2).

Результаты исследований и их обсуждение

Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдали у 11 (26,2 %) больных, оперированных по поводу внутрилегочных метастазов.

Гнойно-воспалительные осложнения (нагноение послеоперационной раны, пневмония) отмечены у 4 (9,6 %) пациентов, пнев-

моторакс у 1 (2,4 %), нарушение сердечного ритма — у 1 (2,4 %), одна пациентка оперирована повторно в раннем послеоперационном периоде в связи с внутривидеоторакоскопическим кровоотечением (табл. 3).

Таблица 2

Объем и характер операций у больных с метастатическим поражением легких

Вид оперативного вмешательства	Количество оперативных вмешательств	
	абс.	%
Одностороннее поражение		
Атипичная резекция	12	28,6
Сегментарная резекция	6	14,3
Лобэктомия	3	7,1
Билобэктомия	2	4,8
Двустороннее поражение		
Клиновидная резекция и сегментарная резекция	2	4,8
Атипичная резекция и сегментарная резекция	1	2,4
Торакоскопические вмешательства		
Клиновидная резекция	8	19,0
Атипичная резекция	6	14,3
Видеоассистированная лобэктомия	2	4,8

Таблица 3

Характер послеоперационных осложнений

Послеоперационное осложнение	Количество	
	абс.	%
Нагноение послеоперационной раны	2	4,8
Внутривидеоторакоскопическое кровоотечение	1	2,4
Пневмония	2	4,8
Нарушение сердечного ритма	1	2,4
Пневмоторакс	1	2,4

Следует отметить, что у больных, которым выполнены видеоторакоскопические операции, хирургические осложнения, прежде всего, такие, как кровоотечение, недостаточность швов, ателектаз, пневмоторакс в нашем случае не отмечено. Применение видеохирургической техники позволило сократить объем операционной травмы и не увеличило продолжительность операции благодаря экономии времени на этапах торакотомии и ушивании послеоперационной раны. Дренажи удаляли через 24–48 часов после контрольной рентгенографии легких. Наркотические анальгетики применяли в течение первых, реже — вторых суток.

При определении дальнейшей тактики лечения учитывались несколько факторов: гистологический вариант первичной опухоли, возраст, сроки наблюдения, особенности клинической картины у каждого конкретного пациента.

Проведение полихимиотерапии, как правило, начинали через 2–4 недели после хирургического вмешательства. Проводили 4–8 курсов химиотерапии. Время наблюдения за больными составило от 11 до 28 мес. За этот период



прогрессирование опухолевого процесса отмечено у 16 (38,1 %) больных, подвергнутых хирургическому лечению. Нужно отметить, что ни один больной из этой группы с наличием множественных метастазов — 2 (12,5 %), двустороннего поражения — 2 (12,5 %), с поражением медиастинальных лимфоузлов — 5 (31,3 %) не пережили этот рубеж.

Проведенное комбинированное лечение позволило продлить безрецидивный период более 28 мес. 26 (61,9 %) больным: больные раком толстой кишки — 9 (34,6 %), раком почки — 3 (11,5 %), раком яичников — 1 (3,8 %), раком шейки матки и эндометрия — 5 (19,3 %), саркомы — 2 (7,8 %), раком молочной железы — 3 (11,5 %), раком щитовидной железы — 3 (11,5 %).

Таким образом, хирургическое лечение метастатических поражений легких является важным звеном в комбинированной терапии данной категории больных, позволяющее продлить жизнь и улучшая ее качество.

Выводы

1. Важным аспектом правильного отбора больных, которым планируется хирургиче-

ское удаление метастазов в легких, следует считать радикальное лечение первичной опухоли, четкая дооперационная диагностика степени распространенности заболевания, ограниченное поражение легких, позволяющее удалить метастазы хирургическим путем.

2. При наличии поражения лимфатических узлов бронхопьюльмональных групп предпочтение следует отдавать анатомическим резекциям: сегментэктомиям, лобэктомиям.

3. Операциями выбора при единичных внутрилегочных метастазах менее 2,5 см в диаметре и расположенных субплеврально являются экономные резекции.

3. Видеоторакоскопические резекции легкого способствуют быстрой реабилитации больных и не сопровождаются серьезными осложнениями.

4. Хирургический метод — полноправный этап комбинированного лечения метастатических поражений, который при рациональном использовании позволяет значительно увеличить продолжительность жизни пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бороров Л. В. Лікування хворих з метастазами злоякісних пухлин різних локалізацій у легенях / Л. В. Бороров, А. В. Семиволос, О. І. Кобзев // Онкологія. — 2009. — № 4 (11). — С. 286-287.
2. Видеоторакоскопические и видеоассистированные операции при метастазах в легких / О. В. Пикин, К. И. Колбанов, В. А. Глушков [и др.] // Российский онкологический журнал. — 2010. — № 2. — С. 16-21.
3. Возможности видеоторакоскопии в онкологической клинике / А. Х. Трахтенберг, В. В. Соколов, О. В. Пикин [и др.] // Российский онкологический журнал. — 2007. — № 4. — С. 7-12.
4. Лечение пациентов с метастазами остеосаркомы в легких / П. А. Ковальчук, А. Г. Дедков, А. В. Ганул [и др.] // Клиническая онкология. — 2013. — № 4 (12). — С. 38-42.
5. Хирургия в лечении метастатических поражений легких и плевры / Л. Н. Бисенков, А. В. Решетов, О. В. Оржешковский [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2002. — № 5. — С. 52-56.
6. Greelish J. secondary pulmonary malignancy / J. Greelish, J. Friedberg // Surg. Clin. — 2000. — Vol. 80, № 2. — P. 633-657.
7. The biology of metastases in pediatric sarcomas / K. Krishnan, C. Khanna, L. J. Helman // Cancer J. — 2005. — № 11(4). — P. 306-313.
8. The place of surgery in metastatic non-small cell lung cancer / F. Barthes, L. Pimpec, P. Mordant, C. Pricopi [et al.] // Rev. Mal. Respire. — 2012. — Vol. 29 (3). — P. 83-376.



ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ
МЕТАСТАТИЧНИХ
УРАЖЕНЬ ЛЕГЕНІВ

*V. V. Boyko,
A. G. Krasnoyaruzhskiy,
A. B. Starikova*

Резюме. Представлено результати сучасного підходу до діагностики та лікування хворих з метастатичним ураженням легенів. Обов'язковими критеріями відбору пацієнтів для хірургічного лікування метастазів у легенях було радикальне лікування первинної пухлини, її гістологічний варіант, виключення ураження інших органів. Солітарні метастази діагностовано у 22 (52,4 %) хворих, одиничні — у 14 (33,3 %), множині — у 3 (7,1 %). В більшості випадків операції були виконані торакотомним доступом (26 хворих), відеоторакоскопічні операції — 16 хворих. Важких післяопераційних ускладнень та летальності не було. Системну хіміотерапію продовжили 22 (52,4 %) пацієнта. За період спостереження від 11 до 28 міс. прогресування процесу відмічено у 16 (38,1 %) хворих.

Ключові слова: *метастази в легенях, хірургічне лікування, відеоторакоскопічні операції.*

SURGICAL TREATMENT
OF METASTATIC
PULMONARY LESIONS

*V. V. Boyko,
A. G. Krasnoyaruzhskiy,
A. B. Starikova*

Summary. Results of the current approach to diagnosis and treatment of patients with metastatic lesions of the lung are presented. Mandatory criteria for selection of patients for surgical treatment of lung metastases was radical treatment of the primary tumor, histological variant, excluding lesions of other organs. Solitary metastasis was diagnosed in 22 (52,4 %) patients, isolated in 14 (33,3 %), multiple 3 patients (7,1 %). In most cases operations performed through thoracotomy access (26 patients), video thoracoscopic surgery - 16 patients. Serious postoperative complications and mortality were not noted. Systemic chemotherapy was continued in 22 (52,4 %) patients. During the observation period from 11 to 28 months the progression of the process was noted in 16 (38,1 %) patients.

Key words: *lung metastases, surgical treatment, videothoracoscopic surgery.*