

© С. М. Лазарев, Д. В. Алказ, 2012
УДК 616.25-006-06: 616.25-002-072.1-08

С. М. Лазарев, Д. В. Алказ

ЛЕЧЕНИЕ ПЛЕВРИТОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. В. П. Земляной) ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург

Ключевые слова: плевродез, плевриты злокачественной этиологии, видеоторакоскопия

Введение. Плевриты злокачественной этиологии (ПЗЭ) — частое осложнение у больных, страдающих онкологическими заболеваниями. По данным зарубежной литературы [5, 6], 25% всех плевральных выпотов в общей больничной сети — результат проявления онкологического процесса. ПЗЭ могут быть как при первичной опухоли плевры (мезотелиома), так и при диссеминированной форме опухолевого заболевания с вторичным её поражением [1, 2, 11]. ПЗЭ носят рецидивирующий характер и при неадекватном лечении могут приводить к фиксированному коллапсу лёгкого, дыхательной недостаточности и другим осложнениям, резко снижающим качество жизни пациентов.

Первым этапом оказания помощи пациентам, страдающим ПЗЭ, является торакоцентез. Поскольку злокачественные плевриты склонны рецидивировать, плевральная пункция является временной мерой эвакуации жидкости. Более эффективным способом паллиативного лечения данной категории больных является плевродез. Для достижения плевродеза используются терапевтический и хирургический методы. Терапевтический способ плевродеза подразумевает введение в плевральное пространство склерозанта, вызывающего местную воспалительную реакцию, которая способствует сращению париетальной и висцеральной плевры. Хирургическим способом выполняют непосредственное воздействие на листки плевры во время оперативного вмешательства.

В настоящее время с помощью видеоторакоскопического оборудования стало возможным удаление метастатически поражённой плевры [3]. По сравнению с традиционной торакотомией выполнение видеоторакоскопического вмешательства позволяет снизить травматизм и риск

послеоперационных осложнений, что актуально для ослабленных больных. Другим способом торакоскопического воздействия является аргонно-плазменный плевродез, при котором производится коагуляция париетальной плевры в аргонно-плазменной среде. С развитием лазерных технологий в медицине появилась возможность использования фотодинамической терапии во время видеоторакоскопии с целью индукции плевродеза [9, 10]. Одним из недостатков данных методик является отсутствие соответствующей аппаратуры и использование дорогостоящих препаратов (фотосенсибилизаторов).

Таким образом, в настоящее время имеется большой арсенал средств для лечения больных с ПЗЭ. Однако по-прежнему аргументированное обоснование выбора способа лечения ПЗЭ отсутствует.

Цель исследования — обосновать использование торакоскопии в лечении ПЗЭ.

Материал и методы. За период с 1995 по 2011 г. в клинике торакальной хирургии СЗГМУ им. И. И. Мечникова проведено лечение 123 пациентов по поводу первичного или метастатического поражения плевры, осложненного злокачественным плевритом, различными способами.

Все больные были разделены на группы. 1-ю группу (основную) составили 60 пациентов, которым проводилось оперативное лечение с использованием видеоторакоскопии (ВТС). Данная группа состояла из 2 подгрупп: А — 32 пациента, которым выполнили костальную плеврэктомию; В (28 пациентов) — сочетание частичной плеврэктомии и инсуффляции порошка талька. Во 2-ю (контрольную) группу вошли 63 пациента, которым применялись препараты для внутривидеоторакоскопического введения — суспензия медицинского талька (у 34) и раствор доксициклина (у 29), приготовленные непосредственно перед введением.

Общая характеристика больных представлена в табл. 1.

Для определения степени опухолевого поражения применяли стандартную рентгенографию в 2 проекциях, полипозиционную рентгеноскопию, компьютерную (КТ) или спиральную компьютерную томографию (СКТ) органов грудной клетки, фибробронхоскопию, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза, периферических непальпируемых лимфатиче-

Таблица 1

Сравнительная характеристика пациентов

Показатели	1-я группа		2-я группа (n=63)
	подгруппа А (n=32)	подгруппа В (n=28)	
Мужчины	7 (21,8)	10 (35,7)	19 (30)
Женщины	25 (78,2)	18 (64,3)	44 (70)
Средний возраст, лет (M±m)	54±14	59±9,5	55±12,5
Причины плевральной экссудации:			
рак молочной железы	10 (31,5)	8 (29)	16 (25,4)
рак легкого	10 (31,5)	4 (14)	21 (33,3)
мезотелиома плевры	1 (3)	2 (7)	7 (11,1)
рак яичников	2 (6)	7 (25)	9 (14,3)
рак почки	2 (6)	4 (14)	3 (4,8)
другие локализации	7 (22)	3 (11)	7 (11,1)
Локализация плеврального выпота:			
слева	10	17	23
справа	21	8	37
с двух сторон	1	3	3
Темп накопления жидкости в плевральной полости в течение 1 мес:			
медленный (0–1 пункция)	14	5	17
умеренный (2–5 пункций)	17	14	38
быстрый (более 5 пункций)	1	9	8

Примечание. В табл. 1–4 в скобках — %.

ских узлов. При необходимости выполняли КТ, СКТ или магнитно-резонансную томографию органов брюшной полости, малого таза, головного мозга, сцинтиграфию костей скелета, эзофаго-, гастро- или колоноскопию. Проводили изучение показателей функции внешнего дыхания до начала лечения и после. Исследовали плевральную жидкость и плевробиоптаты.

Противопоказания к оперативному вмешательству определяли по состоянию пациентов, наличию сопутствующей патологии, возможности проведения коррекции в предоперационном периоде. К состояниям, поддающимся коррекции в предоперационном периоде, были отнесены недостаточность кровообращения IIА степени, ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения II функционального класса, нарушения сердечного ритма по типу желудочковой и наджелудочковой экстрасистол, мерцательной аритмии, гормонозависимая форма бронхиальной астмы, декомпенсированный сахарный диабет, дыхательная недостаточность III степени, коагулопатии.

Оперативное лечение не проводилось при недостаточности кровообращения IIБ–III степени, инфаркте миокарда в острой и подострой стадии, остром нарушении мозгового кровообращения, некорригируемой коагулопатии, оценке по шкале Карновского менее 40%.

Эффективность лечения пациентов оценивали разными методами, по длительности госпитализации, качеству жизни по шкале Карновского и продолжительности жизни с использованием методики Каплана—Майера.

Результаты и обсуждение. Среди больных 1-й группы подгруппы А, которым по

поводу злокачественного плеврита была выполнена видеоторакоскопия (ВТС) и проведена костальная плеврэктомию, у 26 (81,3%) пациентов отмечено значительное уменьшение болевого синдрома, кашля, одышки, а у 30 (93,7%) — клинически и рентгенологически зафиксировано резкое снижение темпов экссудации с последующим прекращением накопления жидкости, т. е. достигнут плевродез. В подгруппе В при сочетании частичной плеврэктомии и инсuffляции порошка талька эффект плевродеза достигнут у 26 (92,8%) из 28 больных.

Для объективизации эффективности использования костальной плеврэктомии и сочетания частичной плеврэктомии с инсuffляцией талька проведен сравнительный анализ с результатами лечения пациентов 2-й группы (внутриплевральным введением медицинского талька и доксициклина). Сравнительные данные представлены в табл. 2.

Объективное и субъективное улучшение зафиксировано в 1-й группе больных в подгруппе А у 30 (93,7%) пациентов и подгруппе В у 26 (92,8%), во 2-й группе — у 48 (76,2%) пациентов. Различия статистически значимые ($p < 0,05$). Методика оказалась неэффективной у 4 больных (2 пациента — подгруппы А, 2 — подгруппы В),

Таблица 2

Сравнительная эффективность методик плевродеза

Группа больных	Объективное и субъективное улучшение, п	Без эффекта, п	Ухудшение, п	Итого
1-я:				
подгруппа А	30 (93,7)	2 (6,3)	–	32
подгруппа В	26 (92,8)	2 (7,2)	–	28
2-я	48 (76,2)	9 (14,3)	6 (9,5)	63
Всего	104	13	6	123

Таблица 3

Сроки нахождения дренажа в плевральной полости

Группа больных	Сроки нахождения дренажа в плевральной полости, сутки		
	от 1 до 3	от 4 до 8	от 9 до 15
1-я:			
подгруппа А	20 (62,5)	12 (37,5)	–
подгруппа В	16 (57,14)	11 (39,3)	1 (3,56)
2-я	23 (36,5)	25 (39,7)	15 (23,8)
Всего	59	58	16

во 2-й группе — у 9. У 6 больных 2-й группы наступило ухудшение состояния, потребовавшее прекращения лечения, в 1-й группе таких наблюдений не было, различия статистически значимые ($p < 0,05$). Полученные результаты исследования

позволяют сделать вывод о том, что использование ВТС с целью индукции плевродеза является более эффективным, чем методика внутривидеоплеврального введения талька и доксициклина.

Таким образом, хирургический способ плевродеза превосходит по своей эффективности внутривидеоплевральное введение талька и доксициклина.

Мы проанализировали сроки нахождения дренажа в плевральной полости у больных, которым плевродез проводили хирургическим и консервативными способами (табл. 3).

Как следует из табл. 3, при хирургическом способе плевродеза срок дренирования плевральной полости меньше, чем в группе, где плевродез осуществлялся внутривидеоплевральным введением суспензии талька и доксициклина. Длительность

Таблица 4

Оценка общего статуса больных по шкале Карновского

Период лечения	Группы больных	Сохранена нормальная ежедневная активность; медицинская помощь не требуется (100–80%)	Утрата трудоспособности, возможно проживание в домашних условиях; большей частью способен себя обслуживать; требуется уход в различном объеме (70–50%)	Неспособен себя обслуживать, требуется госпитальная помощь; возможна быстрая прогрессия заболевания (40–20%)	Терминальный период: быстро прогрессирующий фатальный процесс, смерть больного (10%)	Всего
До лечения	1-я:					
	подгруппа А	1 (3,2)	31 (96,8)	0	0	32
	подгруппа В	1 (3,6)	27 (96,4)	0	0	28
	2-я	0	61 (94,12)	2 (5,88)	0	63
В 1-й месяц после лечения	1-я:					
	подгруппа А	25 (78,1)	5 (18,8)	0	1 (3,1)	32
	подгруппа В	18 (64,3)	10 (35,7)	0	0	28
	2-я	27 (42,85)	29 (46)	5 (7,9)	2 (3,25)	63
Через 3 мес после лечения	1-я:					
	подгруппа А	19 (59,4)	12 (34,4)	2 (6,2)	0	32
	подгруппа В	15 (53,6)	9 (32,2)	2 (7,1)	2 (7,1)	28
	2-я	18 (28,6%)	29 (46%)	10 (15,9%)	6 (9,5%)	63

госпитализации в 1-й группе была (9±3) дня, во 2-й — (21±4) дня.

Оценку общего статуса больного оценивали по шкале Карновского при поступлении в стационар, при выписке и через 3 мес после плеврореза (табл. 4).

В течение 25 мес были прослежены отдаленные результаты лечения у 58 (96,0%) больных 1-й группы. При оценке отдаленных результатов принимали во внимание продолжительность их жизни без признаков рецидива плеврита.

38 (65,5%) пациентам 1-й группы после проведения хирургического плеврореза проводили химиотерапевтическое лечение, а 20 (34,5%) — получали только симптоматическую терапию.

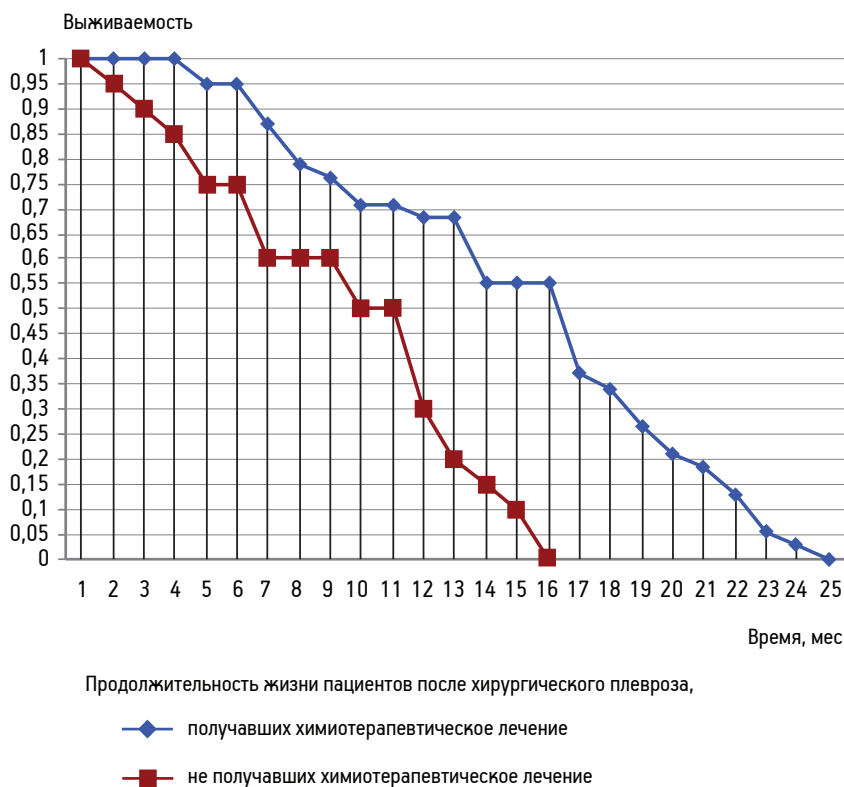
Выживаемость пациентов 1-й группы представлена на рисунке.

Как следует из рисунка, медиана выживаемости пациентов, получавших химиотерапевтическое лечение после хирургического плеврореза, составила 16 мес. У пациентов, которым проводилась только симптоматическая терапия, медиана выживаемости составила 10 мес.

Внутриплевральное введение различных противоопухолевых и неспецифических препаратов (доксциклин, медицинский тальк и т. д.) нашло широкое применение при первичном и метастатическом поражении плевры. Эффективность этих методик, по данным различных авторов, колеблется от 40 до 94% [4, 7, 8, 12]. Часто этот способ лечения сопряжен с побочными эффектами (повышением температуры тела, тошнотой, рвотой, болью в груди).

На современном этапе развития торакальной онкологии повышение качества жизни больных, страдающих опухолевым плевритом, связано с выполнением операций, которые, с одной стороны, предупреждают рецидив плеврита, с другой — улучшают качество жизни, а иногда способствуют возвращению её к норме.

Таким образом, анализ результатов лечения и динамического наблюдения показал, что выполнение костальной плеврэктомии, сочетание частичной плеврэктомии и инсуффляции порошка талька является надёжным хирургическим



Выживаемость больных после плеврореза хирургическим способом

способом плеврореза у больных с опухолевым плевритом.

Выводы. 1. Торакоскопический плеврорез, произведенный у пациентов с опухолевыми плевритами, — более эффективный метод паллиативной помощи инкурабельным больным.

2. Использование внутриплеврального введения препаратов, индуцирующих плеврорез, является методом выбора в лечении опухолевых плевритов при наличии противопоказаний к оперативному лечению.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Акопов А. Л. Плевральный выпот при раке легкого // Пульмонология. 2001. № 4. С. 72–77.
2. Boutin C., Viallat J.R., Cargnino P., Fariesse P. Thoracoscopy in malignant pleural effusions // Am. Rev. Resp. Dis. 1981. Vol. 124. P. 588–592.
3. David A. W. et al. Video-assisted thoracoscopic pleurectomy in the management of malignant pleural effusion // Chest. 1995. Vol. 107. P. 1454–1456.
4. Herrington J. D., Gora-Harper M. L., Salley R. K. Chemical pleurodesis with doxycycline 1 g. // Pharmacotherapy. 1996. Vol. 16. P. 280–285.
5. Light R. W. Useful tests on the pleural fluid in the management of patients with pleural effusions // Curr. Opin. Pulm. Med. 1999. Vol. 5. P. 245–249.
6. Light R. W. Management of pleural effusions // J. Formos Med. Assoc. 2000. Vol. 99. P. 523–531.

7. Patz E. F. Jr., McAdams H. P., Erasmus J. J. et al. Sclerotherapy for malignant pleural effusions: a prospective randomized trial of bleomycin vs doxycycline with small-bore catheter drainage // Chest. 1998. Vol. 113. P. 1305–1311.
8. Prevost A., Nazeyrollas P., Milosevic D. et al. Malignant pleural effusions treated with high dose intrapleural doxycycline: clinical efficacy and tolerance // Oncol. Rep. 1998. Vol. 5. P. 363–366.
9. Ris H. B., Altermatt H. J., Nachbur B. et al. Intraoperative photodynamic therapy with mTHPC for chest malignancies // Lus. Surg. Med. 1996. Vol. 18. P. 3945.
10. Roberts D. J.H., Cairnduff F., Driver I. et al. Tumour vascular shutdown following photodynamic therapy based on polyhaematoporphyrin or 5-aminolaevulinic acid // Int. J. Oncol. 1994. Vol. 5. P. 763–768.
11. Sugarbaker D. J., Heher E. C., Lee T. H. et al. Extrapleural pneumonectomy, chemotherapy and radiotherapy in the treatment of diffuse malignant pleural mesothelioma // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1991. Vol. 102. P. 10–15.
12. Walker-Renard P., Vaughan L. M., Sahn S. A. Chemical pleurodesis for malignant pleural effusions // Ann. Intern. Med. 1994. Vol. 120. P. 56–64.

Поступила в редакцию 20.06.2012 г.

S. M. Lazarev, D. V. Alkaz

TREATMENT OF MALIGNANT ETIOLOGY PLEURISIES USING VIDEOTHORACOSCOPY

On the basis of an analysis of results of treatment of 123 patients by different methods of pleurodesis the authors have shown advantages of the method of videothoracoscopy.

Уважаемые авторы и читатели!

*Редколлегия и редакция журнала «Вестник хирургии» поздравляют вас
с Новым годом и Рождеством!*

Желаем крепкого здоровья, счастья, успехов во всех делах!

Надеемся на дальнейшее сотрудничество.

Ждем ваших статей.