

РАСШИРЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЪЁМА В ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЁГКОГО

А.В. Черных

*Областная клиническая больница, г. Липецк
398055, г. Липецк, ул. Московская, 6а, e-mail: avch@lipetsk.ru*

Проведен анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения 150 больных раком легкого I–IIIA стадии с применением систематической медиастинальной лимфодиссекции. При расширенных операциях уровень послеоперационных осложнений составил 21,3 %, послеоперационная летальность – 6,7 %. Показатели 3- и 5-летней общей кумулятивной выживаемости равняются 70 % и 59 % соответственно.

Ключевые слова: рак лёгкого, хирургическое лечение, медиастинальная лимфодиссекция.

EXTENSION OF SURGERY FOR LUNG CANCER

A.V. Chernykh

*Regional Clinical Hospital
6a, Moskovskaya Street, Lipetsk-398055, Russia, e-mail: avch@lipetsk.ru*

Short-and long-term results of surgical treatment including systematic mediastinal lymphodissection for 150 patients with stage I–b IIIA lung cancer were analyzed. The rates of postoperative complications and postoperative lethality were 21.3 % and 6.7 %, respectively. The 3-year survival rate was 70 % and the 5-year survival rate was 59 %.

Key words: lung cancer, surgical treatment, mediastinal lymphodissection.

В лечении рака лёгкого в настоящее время прослеживаются две основные тенденции, зачастую взаимоисключающие друг друга. Сторонники комбинированного лечения, прежде всего, видят возможности повышения эффективности лечения рака лёгкого в применении различных вариантов лучевой и химиотерапии [1, 5–7, 11, 12, 14]. Напротив, приверженцы агрессивной хирургической тактики, считая значение комбинированного лечения преувеличенным, полагают, что основным способом, которым можно добиться улучшения результатов лечения рака лёгкого, является расширенная лимфодиссекция [2, 3, 10, 13]. Так, исследованиями ряда авторов [1, 2] было показано, что комбинированное лечение с использованием предоперационной химиолучевой терапии позволило увеличить 5-летнюю выживаемость больных раком лёгкого по сравнению с радикальными операциями на 10–20 %, без существенного увеличения частоты послеоперационных осложнений и летальности. Вместе с тем опубликованы работы [5, 6, 8], в которых утверждается, что расширенные операции с медиастинальной лимфодиссекцией позволяют снизить частоту локорегионарных рецидивов с 30 до 15 %. По данным ряда авторов

[3, 4], частота послеоперационных осложнений и летальность после расширенных операций невысоки и составляют 16–20 % и 1–4 % соответственно. В совместной публикации японские и европейские авторы [10] сообщают о повышении 5-летней выживаемости после расширенных операций в среднем на 10–20 %.

Медиастинальная лимфодиссекция при раке лёгкого является не только лечебной, но и диагностической манипуляцией, так как она обеспечивает адекватное стадирование заболевания, что позволяет проводить более эффективное адъювантное лечение [4, 5, 9]. Однако в современной литературе недостаточно внимания уделяется исследованию возможностей расширения лимфодиссекции при лечении рака лёгкого.

Материал и методы

В основу работы положен анализ непосредственных и отдалённых результатов лечения 300 больных немелкоклеточным и мелкоклеточным раком лёгкого, в период с 1995 по 2006 г. Мужчин среди них было 281 (93,7 %) и женщин – 19 (6,3 %). Возраст пациентов варьировал от 31 до 78 лет. Большинство больных (40,3 %) были старше 50 лет, старше 60 лет – 33,7 %, в возрас-

те 70 лет оперированы 2,7 % пациентов. Из 300 оперативных вмешательств 150 (50,0 %) составили «расширенные» операции, которые сопровождалась принципиальной систематической медиастиальной билатеральной лимфодиссекцией (МБЛ), 150 (50,0 %) больным выполнены операции без систематической медиастиальной билатеральной лимфодиссекции, условно названные «типичными»

Обе группы сопоставимы друг с другом по стадиям и сопутствующей патологии. У 55 (18,3 %) больных была I стадия процесса, у 103 (34,3 %) – II стадия, у 142 (47,6 %) – IIIA стадия. По гистологическому строению опухоли, в целом, имеющиеся различия в сформированных исследуемых группах оказались сопоставимы ($p > 0,05$). В большинстве наблюдений был диагностирован плоскоклеточный рак – 158 (52,7 %), в основной группе – 76 (25,2 %), в контрольной 82 (27,4 %). Аденокарцинома была выявлена у 102 (34,0 %) больных – у 46 (15,3 %) и 56 (18,3 %) соответственно. Из общего числа операций пневмонэктомии составили 146 (48,7 %), лоб- и билобэктомии – 154 (57,3 %). При I стадии это соотношение было 9 (16,7 %) против 45 (83,3 %), при II стадии – 49 (41,2 %) против 70 (58,8 %), при IIIA стадии – 88 (69,3 %) против 39 (31,0 %) соответственно. Из выполненных пневмонэктомий – 93 (31,0 %) были «расширенными», 53 (17,7 %) – «типичными» без МБЛ. Резекции легкого в 57 (19,0 %) случаях сочетались с МБЛ, в 97 (32,3 %) явились «типичными».

Результаты и обсуждение

Средняя продолжительность операции с систематической медиастиальной билатеральной лимфодиссекцией составила 228,5 мин (от 185 до 255 мин), в группе без МБЛ – 190 мин (175–205 мин). Различия по продолжительности операций в группах недостоверны ($p > 0,05$).

Средний объем кровопотери в группе «расширенных» операций составил 655,5 мл (610–700 мл), в группе «типичных» операций – 575 мл (450–700 мл) ($p > 0,05$). Таким образом, выполнение расширенной лимфодиссекции не привело к увеличению продолжительности операции и объема кровопотери.

В обеих группах послеоперационные осложнения возникли у 58 (19,3 %) пациентов, из них

погибли – 22 больных, летальность составила 7,3 %. После «расширенных» операций умерло 10 пациентов (6,7 %). Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 32 (21,3 %) из 150 больных. Из них «хирургические» составили 13,3 %, «нехирургические» – 8,0 %. Среди «нехирургических» осложнений доминировала лёгочно-сердечная недостаточность, она возникла у 5 (3,3 %) больных, кроме того, наблюдалась пневмония в 2 (1,2 %), острая сердечно-сосудистая недостаточность – в 3 (2,0 %) и нарушение сердечного ритма – в 2 (1,2 %) случаях. Структура «хирургических» осложнений после «расширенных» операций была следующей: кровотечение возникло у 3 (2,0 %) больных, несостоятельность шва бронха – у 6 (4,0 %), эмпиема плевры – у 3 (2,0 %), нагноение раны – у 7 (4,7 %) пациентов. При «типичных» операциях осложненное течение послеоперационного периода было у 28 (18,7 %) больных, структура осложнений сопоставима с группой «расширенных» операций ($p > 0,05$).

Таким образом, оценивая частоту послеоперационных осложнений и летальность, следует отметить, что расширение объема операции существенно не влияют на их увеличение. В то же время можно заметить перспективы дальнейшего улучшения непосредственных результатов лечения – повышение техники оперирования, оптимизация предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных раком лёгкого.

В отдаленном периоде удалось проследить судьбу 254 (85,0 %) пациентов. Обе группы по количеству прослеженных больных были сопоставимы друг с другом. Основными критериями оценки отдаленной эффективности лечения в нашем исследовании были показатели 3- и 5-летней выживаемости. После «расширенных» операций по поводу рака легкого I стадии ($T_{1-2}N_0M_0$) 3- и 5-летняя выживаемость составила 80,4 % и 80,4 % соответственно, медиана выживаемости равнялась 3937 дням (127 мес). При II стадии ($T_{1-2}N_1M_0$ и $T_3N_0M_0$) эти показатели составили – 80,3 %, 70 % и 2149 дней (70 мес) соответственно. При IIIA стадии ($T_{1-2}N_2M_0$ и $T_3N_2M_0$) – 71 %, 50 % и 965 дней (32 мес) соответственно.

При анализе показателей общей выживаемости в сравниваемых группах, последняя до-

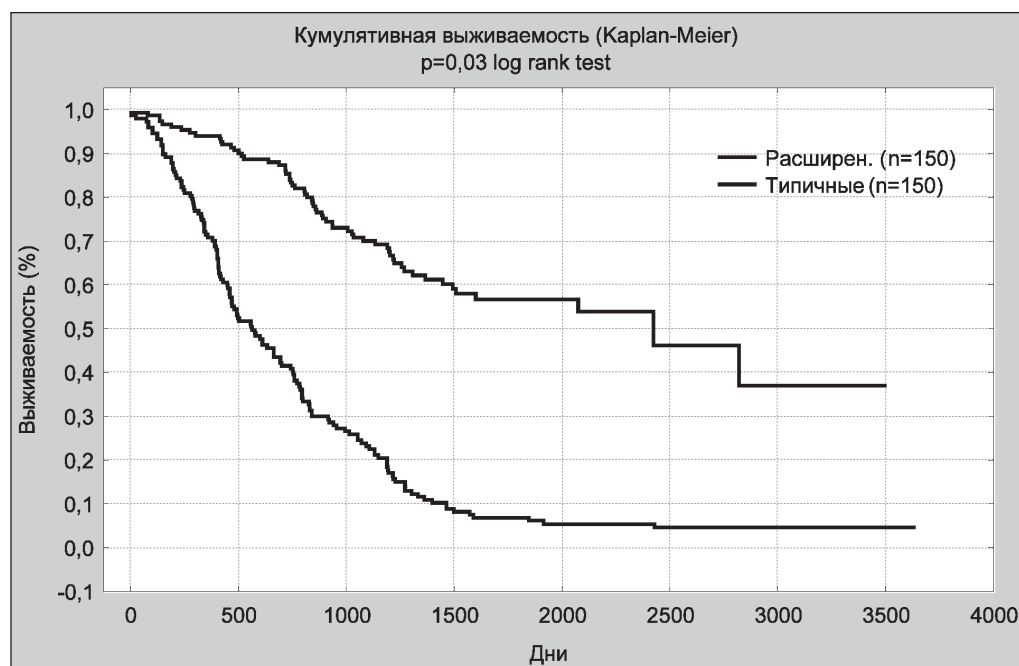


Рис. 1. Показатели общей выживаемости больных раком легкого I–IIIa стадии после «расширенных» и «типичных» операций (p=0,03).

стоверно была выше у больных, перенесших операции с систематической медиастиальной лимфодиссекцией (p=0,03, log rank test) (рис. 1). Так, 3- и 5-летняя общая кумулятивная выживаемость после «расширенных» операций составила 70 % и 59 %, тогда как в контрольной группе – 30 % и 9 % соответственно.

Таким образом, использование систематической медиастиальной билатеральной лимфодиссекции при раке лёгкого существенно не ухудшает тяжесть течения послеоперационного периода, но в то же время МБЛ повышает показатели общей 5-летней выживаемости.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Важенин А.В.* Радиационная онкология: организация, тактика, пути развития. М.: Изд-во РАМН, 2003. 236 с.
2. *Давыдов М.И.* Принципы хирургического лечения злокачественных опухолей в торако-абдоминальной клинике // Вопросы онкологии. 2002. Т. 48, № 4–5. С. 468–479.
3. *Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е.* Рак легкого. М.: Радикс, 1994. 210 с.
4. *Стилиди И.С., Тер-Ованесов М.Д.* Хирургическое лечение рака легкого // Практическая онкология. 2000. № 3. С. 21–23.

5. *Трахтенберг А.Х.* Рак легкого. М.: Медицина, 1987. 303 с.
6. *Харченко В.П., Кузьмин Н.В.* Рак легкого. М.: Медицина, 1994. 480 с.
7. *De Pierre A., Milleron B., Moro-Sibiot D. et al.* Preoperative chemotherapy followed by surgery compared with primary surgery in resectable stage I (except T1N0), II and IIIA non-small-cell lung cancer // J. Clin. Oncol. 2002. Vol. 20. P. 247–253.
8. *Ginsberg R., Vokes E., Raben A.* A non-small-cell lung cancer / Eds. V.T. DeVita, S. Hellman, S.A. Rosenberg. Cancer principles and practice of oncology. Philadelphia: Lippincott, 1997. P. 858–911.
9. *Ginsberg R.* Role of surgery in the treatment of stage I and II lung cancer // Proc. ASCO. 2001. P. 460–464.
10. *De Giacomo T., Rendina E., Venuta F. et al.* Thoracoscopic staging of IIIB non-small cell lung cancer before neoadjuvant therapy // Ann. Thorac. Surg. 1997. Vol. 64, № 5. P. 1409.
11. *Pistrers K.* Stage I/II non-small-cell lung cancer: Is there a role for combined-modality therapy? // Proc. ASCO. 2002. P. 465–470.
12. *PORT Meta-analysis Trialists Group.* Postoperative radiotherapy in non-small-cell lung cancer: systematic review and meta-analysis of individual patient data from nine controlled trials // Lancet. 1998. Vol. 352. P. 257–263.
13. *Stefano M.* Mediastinoscopy as a standardized procedure for mediastinal lymph-node staging in non small cell carcinoma // Europ. J. Cardiothorac. Surg. 2001. Vol. 20. P. 652–653.
14. *Van Houtte P.* The role of radiotherapy and the value of combined treatment in lung cancer // Proc. ESMO. 2002. P. 91–98.

Поступила 5.06.08