

53. Wick M.R., Swanson P.E. "Carcinosarcomas" current perspectives and a histological review of nosological concepts. *Setmin. Diagn. Pathol.* 1993; 10: 118-127.
54. Thompson L., Chang B., Barsky S.H. Monoclonal origins of malignant mixed tumors (carcinosarcomas). *Am. J. Surg. Pathol.* 1996; 20: 277-287.
55. Seifert G., ed. World Health Organization. International histological classification of tumours. Histological typing of salivary gland tumours. New York: Springer-Verlag; 1991.
56. Weiss S.W., ed. World Health Organization International histological classification of tumours. Histological typing of soft tissue tumours. New York: Springer-Verlag; 1994.
57. Jaffa E.S., Harris N.L., Stein H., Vardiman J. eds. WHO. Classification of tumours. (IARC Ed.). Pathology and genetics of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. Lyon: IARC Press; 2001.
58. Battifora H., Elliot McCaughey W.T. Atlas of tumor pathology: tumors of the serosal membranes. 3-rd series: fascicle 15. New York, Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1995.

Поступила 07.12.04

Оригинальные исследования

УДК 616.24-006.6-089

П.Векс, В.Хаас, Е.Утта

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО

Клиника Левенштайн, Центр пневмологии, торакальной и сосудистой хирургии,
74245, Левенштайн

MODERN THORACIC SURGERY IN LUNG CARCINOMA

P.Wex, V.Haas, E.Utta

Summary

2,268 patients were operated for lung carcinoma in the period from 1990 to 2000. One hundred patients (3.5 %) were operated repeatedly. Hospital mortality was 9 %. Atypical and segment resections caused local relapses in 20 %. The intervention volume did not effect the perspective life expectancy. Longer period between primary and subsequent interventions was associated with better long-term prognosis. Patients with metachronous tumors had better prognosis when compared with patients having local relapses of a tumor. Synchronous and solitary primary tumors had poor prognosis, thus, they should be considered as early-metastasizing tumors.

Резюме

2 268 пациентов в период между 1990 и 2000 гг. были оперированы по поводу карциномы легкого. У 100 пациентов (3,5 %) были проведены повторные операции. Летальность в больничных условиях составила 9 %. В 20 % случаев атипичные и сегментные резекции легкого привели к локальным рецидивам. Размер вмешательства не влиял на продолжительность жизни в перспективе. Чем больше был интервал времени между первичным и последующими вмешательствами, тем более благоприятным был долговременный прогноз. Пациенты с метакронными опухолями имеют лучший прогноз, по сравнению с пациентами, имеющими локальный рецидив опухоли. Синхронные и солитарные первичные опухоли имеют плохой прогноз, и их следует рассматривать как опухоли, дающие ранние метастазы.

В течение 5 лет и больше после первичного хирургического вмешательства по поводу карциномы легкого живут 69 % пациентов с послеоперационной опухолевой стадией I, 45 % — со стадией II и лишь 20 % — со стадией III [1-3]. Даже на ранней опухо-

левой стадии I у 30 % пациентов возникали локально-региональный опухолевый рецидив, метакронная вторичная опухоль или метастазы [1]. Локально-региональные опухолевые рецидивы развились в течение 2 лет после операции, метакронные вторичные опу-

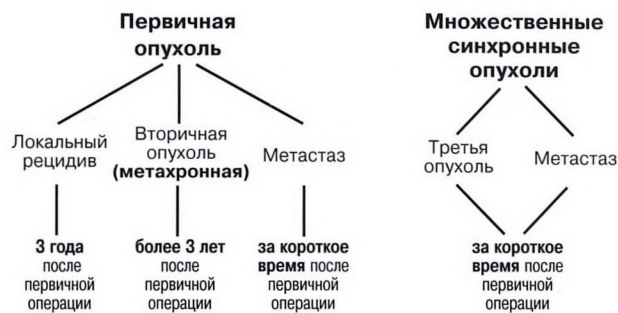


Рис. 1. Диагностические критерии

холи — на более поздних этапах течения болезни, а метастазы — в течение короткого интервала времени после первичного вмешательства. Синхронные первичные опухоли обращают на себя особое внимание, т. к. они потенциально способны возвращаться в форме метастазов или рецидивов (рис. 1).

Материалы и методы

У 9 600 пациентов в период между 1990 и 2000 гг. была диагностирована карцинома легкого, 2 868 пациентов (29,9 %) были первично прооперированы, у 100 (3,5 %) пациентов были проведены повторные операции. 24 пациента подверглись 3-й, а 2 пациента — 4-й операции. Повторные вмешательства проводились 27 раз из-за локальных опухолевых рецидивов (рис. 2) и 42 раза — из-за метахронных вторичных опухолей (рис. 3). 18 раз поводом для повторного

Стадия	TNM	Первичная опухоль	Рецидив опухоли	
			1-я	2-я
IA	T ₁ N ₀ M ₀	4	2	2
IB	T ₂ N ₀ M ₀	8	6	
IIA	T ₁ N ₁ M ₀	2		
IIB	T ₂ N ₁ M ₀	7		
	T ₃ N ₀ M ₀	2	2	
IIIA	T ₃ N ₁ M ₀	2	3	
	T ₁₋₃ N ₂ M ₀	2	5	
IIIB	T ₄ N ₀₋₂ M ₀		6	
	T ₁₋₄ N ₃ M ₀		3	1
IV	T ₁₋₄ N ₀₋₃ M ₁			1
Всего		27	27	4

Рис. 2. Рецидив опухоли (n = 27). Послеоперационная стадия

вмешательства был солитарный легочный метастаз и 13 раз — метастаз или опухолевый рецидив после первично синхронных легочных опухолей. Локально-региональные опухолевые рецидивы диагностировались в течение 3 лет после первичного вмешательства, а вторичные опухоли — в течение от 3 до 10 лет и позже. Вторичная опухоль в 25 случаях располагалась контралатерально и в 20 случаях — ипсилатерально. Метастазы и третичные опухоли после синхронных первичных опухолей проявлялись в течение 3 лет после первичного вмешательства. Метахронные опухоли имели в среднем в 3 раза больший интервал времени (протяженностью в 67,5 мес.) между первичным и последующими вмешательствами. Интервалы времени для 3 других опухолевых разновидностей составляют: 15,2 мес. — для рецидивных опухолей; 22,2 мес. — для третичных опухолей после синхронных первичных опухолей и 17,7 мес. — для метастазов или солитарных первичных опухолей.

Результаты

Были проведены анализ и сравнение оперативных вмешательств у пациентов 4 групп, разделенных в

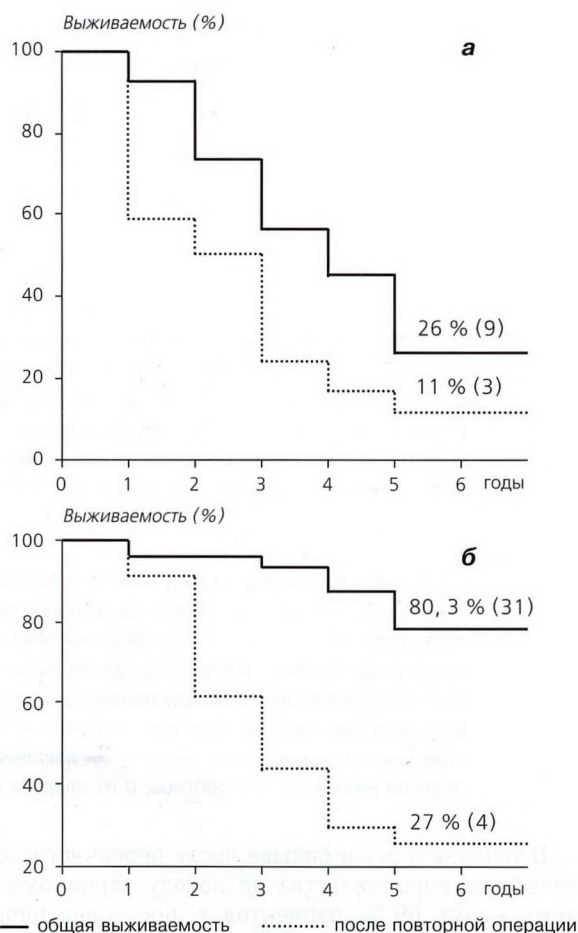


Рис. 3. а) локальный рецидив (n = 27); б) метахронная опухоль (n = 42)

послеоперационный период по стадиям заболевания, различимых по характеру патологии, течению болезни и прогнозу продолжительности жизни.

Локально-региональные опухолевые рецидивы

Если размер первичного вмешательства был меньше, чем лобэктомия (атипичная резекция легких, сегментная эктомия), что имело место в 9 случаях (33 %), то при опухолевом рецидиве следовало, как правило, уже долевая резекция. Если же при первичном вмешательстве лобэктомия проводилась, что имело место в 15 случаях (56 %), то при вторичном вмешательстве следовала преимущественно завершающая пневмонэктомия или, реже, резекция грудной стенки. У пациентов, которым лобэктомия первично не проводилась, при повторном вмешательстве была найдена неизменной опухолевая стадия I (29,6 % случаев). Это доказывает, что первичная операция в смысле онкологии была выполнена не полностью. Если же первая операция делалась при более высокой опухолевой стадии IIА–IIIА, т. е. при распространении опухоли в лимфатические узлы, то их статус, с учетом возможности наступления локального рецидива, был важнее выбора типа операции.

Метахронные опухоли

Всего в 5 случаях (11,9 %) была выполнена операция, когда размер первичного вмешательства был меньше, чем лобэктомия. Наиболее частой операцией являлась лобэктомия, у 37 пациентов (88 %) (рис. 4). 22 раза (52,4 %) вторичные опухоли локализовались в контрлатеральном легком. Вследствие этого при повторном вмешательстве, исходя, как правило, из функциональных возможностей, операция проводилась по методике, щадящей паренхиму. Когда же вторичная опухоль располагалась на той же стороне, что встретилось у 20 больных (47,6 %), то 15 (35,7 %) требовалась завершающая пневмонэктомия. При метакхронных опухолях стадия I была обнаружена в 71 % случаев, тогда как при локальных опухолевых рецидивах — у 44 % больных. Отсюда следует, что случаи рецидива опухоли говорят о худшем прогнозе, чем случаи с метакхронными опухолями.

Синхронные первичные опухоли с третичными опухолями и метастазами после солитарной первичной опухоли

В обеих группах и оба раза (50 % случаев) первично имела место аденокарцинома, при этом преимущественно (в 80 % случаев) производилась лобэктомия или операция по методике, щадящей паренхиму. В 12 случаях из 13 наблюдались синхронные первичные опухоли в обоих легких, причем 11 раз тип клеток был одинаковым и всего 2 раза — различным. 18 метастазных манифестаций, из них 12 ипси- и 6 контрлатеральных, имели тот же самый тип клеток, что и первичная опухоль (рис. 5). В течение 4 лет после первичного вмешательства у 12 из 18 пациентов с метастазами и у 6 из 11 пациентов с первичными син-

хронными легочными опухолями развились третичные опухоли или метастазы.

Течение болезни и вероятность выживания

Послеоперационные осложнения наблюдались у 32 пациентов. 5 раз к летальным осложнениям приводил острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), 2 раза — недостаточность культи бронха и по 1 разу — эмболия легких и повторный инсульт. Хирургическая летальность составила 9 %.

Ретроспективно можно проследить течение болезни каждого из пациентов. Сравнение вероятности продолжительности жизни по Каплану–Майеру, включая 9 летальных случаев во время операций, дает следующую картину: пациенты с локально-региональным опухолевым рецидивом живут меньше, чем пациенты с метакхронными опухолями, та же закономерность наблюдается и после повторного вмешательства. Общий показатель продолжительности жизни был тем больше, чем длиннее был интервал времени между первичным и последующими вмешательствами.

Пациенты с синхронными первичными опухолями выигрывают от повторного вмешательства лишь субъективно.

В сравнении с этим фактом, пациенты с метакхронными опухолями имеют заметное преимущество. По общему показателю продолжительности жизни синхронные первичные опухоли с новой опухолевой манифестацией и первичные опухоли с легочными ме-

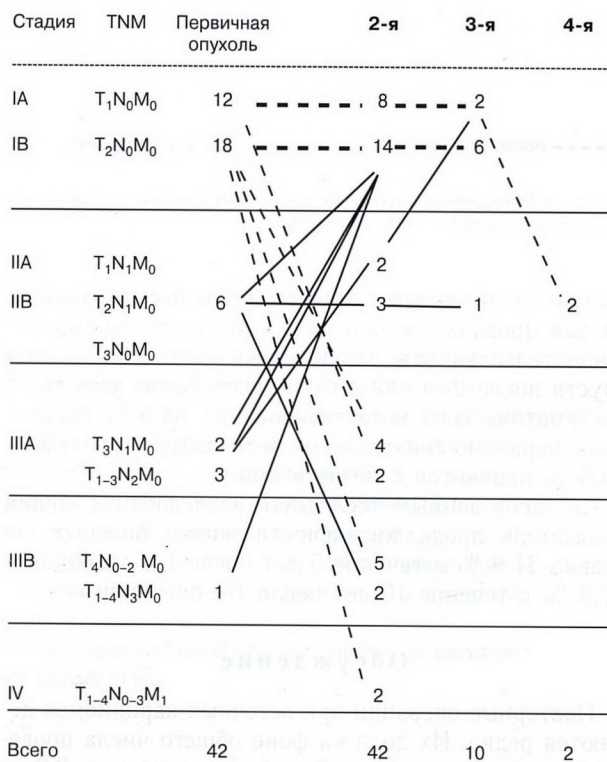


Рис. 4. Метахронная опухоль (n = 42). Послеоперационная стадия

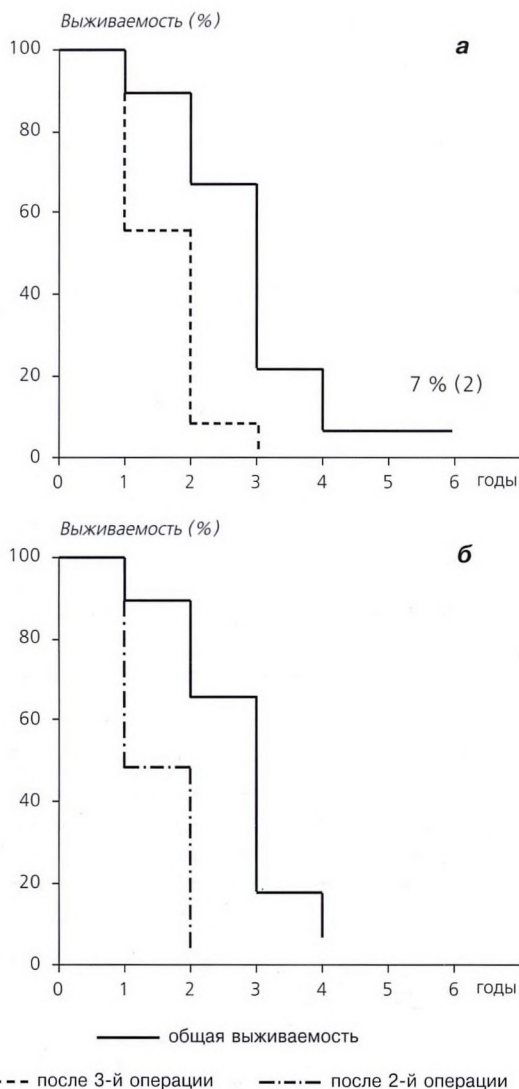


Рис. 5. а) Синхронные опухоли ($n = 13$) — метастазы; б) Одиночная первичная опухоль ($n = 18$) — метастазы

тастазами отличаются друг от друга несущественно, но для продолжительности жизни после повторного вмешательства эти различия значительны. 3 года спустя после 2-го или 3-го вмешательства умерли от систематического метастазирования 54,5 % пациентов с первично синхронными легочными опухолями и 66,6 % пациентов с метастазами.

Согласно данным последнего исследования общий показатель продолжительности жизни больных составил 31,9 % в течение 5 лет после 1-й операции и 17,9 % в течение 10 лет после 1-й операции.

Обсуждение

Повторные операции при легочных карциномах делаются редко. Их доля на фоне общего числа проведенных легочных резекций составляет всего от 0,2 до 4 % [4, 5]. При первичных опухолях атипичные ре-

зекции и сегмент эктомии, т. е. операции с меньшим объемом, чем лобэктомия, должны проводиться лишь в исключительных случаях. Их отягощает высокий показатель локальных рецидивов на уровне от 20 до 30 % [1, 5, 6], так что польза от них сомнительна. Как правило, требуется дополнительное систематическое удаление лимфатических узлов, которое на сегодняшний день все еще остается самым верным мероприятием разделения болезни на отдельные стадии [1]. Хирургическая летальность у представленного здесь числа пациентов составляет 9 % и, таким образом, укладывается в диапазон летальности от 2,3 до 13 %, о котором сообщается в литературе [1, 5–8]. Если, как это делалось в ряде работ, за исходную величину для подсчета показателя хирургической летальности принять завершающую пневмонэктомию, то тогда он составляет от 3,6 до 15,2 % [9, 10]. Для поздних форм повторного вмешательства показатель продолжительности жизни в течение 5 лет составляет от 15,5 до 59 % [1, 5–8]. Сообщаемый Martini [1] 59%-ный показатель продолжительности жизни в течение 5 лет выделяется на общем фоне потому, что автор исследовал только раннюю опухолевую стадию I. Приводимый в литературе показатель продолжительности жизни в течение 5 лет после завершающей пневмонэктомии лежит между 18,3 и 35 % [9, 10]. Из сравнительно сходных данных по операционной летальности и по показателю продолжительности жизни в течение 5 лет следует, что размер вмешательства не приводит к повышенной хирургической летальности и не оказывает существенного влияния на продолжительность жизни в перспективе.

Ограничиваясь отдельными видами опухолей, Deschamps [11] и Antakli [12] установили для метатхронных легочных опухолей вдвое больший показатель продолжительности жизни в течение 5 лет, чем для первично синхронных легочных опухолей, тогда как Okada [13], напротив, пишет об одинаково хороших временных показателях для этих опухолей. Согласно нашему клиническому материалу по показателю продолжительности жизни в течение 5 лет, метатхронные опухоли имеют заметное преимущество по сравнению с синхронными первичными опухолями. Преимущество по показателю продолжительности жизни в течение 5 лет может быть доказано также для метатхронных опухолей, по сравнению с локально-региональными опухолевыми рецидивами, что не отклоняется от результатов исследований, приводимых другими авторами [1, 7, 8]. Продолжительность интервала времени между первичным и последующими вмешательствами является важным фактором для прогнозирования, т. е. чем более длинным был интервал, тем лучше долговременный прогноз. Пациенты с повторными синхронными опухолями легкого, как и пациенты с первичными опухолями, осложненными метастазами, имеют одинаково плохой прогноз. В связи с этим мы рассматриваем синхронные первичные опухоли легкого одинаковой гистологии не как независимые мультифокальные опухолевые манифестации, а скорее

как ранние метастазирующие первичные опухоли, при которых повторная операция имеет всего лишь паллиативный характер. Поэтому для таких ситуаций само оперативное вмешательство не представляется целесообразным. В этих случаях нужно искать новые подходы к решению данной проблемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Martini N., Bains M.L., Burt M.E. et al. Incidence of local recurrence and second primary tumors in resected stage I lung cancer. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1995; 109: 120.
2. Mountain C.F. Revisions in the international system for staging lung cancer. Chest 1997; 111: 1710.
3. Naruke T., Tomoyuki G., Tsuchiya R., Suemasu K. Prognosis and survival resected lung carcinoma based on the new international staging system. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1988; 96: 440.
4. Schulte H.D., Irlich G., Wassner U.J. Reinterventionen beim Bronchialcarcinom. Langenbecks Arch. Chir. 1976; 342: 219.
5. Jensek R.J., Penfield Faber L., Kittle C.F., Meng R.L. Survival following resection for second primary bronchogenic carcinoma. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1981; 82: 658.
6. Wex P., Ebner H., Dragojevic D. Ergebnisse der Reintervention beim Bronchialcarcinom. Prax. Klin. Pneumol. 1987; 41: 778.
7. Voltolini L., Paladini P., Luzzi L. et al. Iterative surgical resections for local recurrent and second primary bronchogenic carcinoma. Eur. J. Cardio-thorac. Surg. 2000; 18: 529.
8. Doddoli C., Thomas P. et al. Surgical management of metachronous bronchial carcinoma. Eur. J. Cardio-thorac. Surg. 2001; 19: 899.
9. Verhagen A.F., van de Wai H.J., Cox A.L., Laquet L.K. Surgical treatment of multiple primary lung cancer. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1989; 37: 107.
10. Regnard J.F., Icard D., Magdeleinat P. et al. Completion pneumonectomy: experience in eighty patients. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1999; 117: 109.
11. Deschamps C., Pairolero P.C., Trastek V.F., Payne W.S. Multiple primary lung cancers: results of surgical treatment. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1990; 99: 769.
12. Antakli T., Schaefer R.F., Rutherford J.E., Read R.L. Second primary lung cancer. Ann. Thorac. Surg. 1995; 59: 863.
13. Okada M., Tsubota N., Yoshimura M., Miyamoto Y. Operative approach for multiple primary lung carcinomas. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1998; 115: 836.

Поступила 25.11.03

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2004

УДК 616.25-003.217-089

А.Л.Акопов¹, В.В.Варламов¹, В.И.Егоров¹, В.Б.Кондратьев², З.И.Пухова³

ВИДЕОТОРАСКОПИЧЕСКИЙ КОЛЛАГЕНОВЫЙ ПЛЕВРОДЕЗ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМ ПЛЕВРАЛЬНОМ ВЫПОТЕ

¹ НИИ пульмонологии СПГМУ им. акад. И.П.Павлова;

² Медицинская академия последипломного образования;

³ Университет технологии и дизайна, Санкт-Петербург

VIDEOTHORACOSCOPIC COLLAGEN PLEURODESIS IN MALIGNANT PLEURISY

A.L.Akopov, V.V.Varlamov, V.I.Egorov, V.B.Kondratiev, Z.I.Pukhova

Summary

The study was aimed to develop a method of videothoracoscopic collagen pleurodesis in malignant pleurisy and to evaluate its efficacy.

The article presents results of treatment of 24 patients with recurrent malignant pleurisy underwent videothoracoscopic collagen pleurodesis. Twenty patients were diagnosed non-small cell lung carcinoma and 4 ones were with breast cancer. The operative intervention included videothoracoscopic revision of the pleural cavity under the endotracheal anesthesia, pleura biopsy, evacuation of fluid, pulverization of powdered collagen (1 g), and drainage of the pleural cavity. Videothoracoscopy allowed macroscopic detection of pleural carcinomatosis in 100 % of the patients. Target histological examination of the biopsy samples determined a histological type of tumor in all the patients. All the cases showed a positive therapeutic clinical and radiological effect which was complete solution of the pleural effusion. Eighteen of 24 patients (75 %) did not have delayed relapses of the pleural effusion, need of thoracocentesis and evacuation of the fluid. We evaluated immediate and delayed results, survival and quality of life of the patients.

Conclusion. Videothoracoscopic collagen pleurodesis is a simple and quite effective method of palliative treatment of patients with malignant pleurisy improving their quality of life.

Резюме

Цель исследования — разработка методики и оценка эффективности видеоторакокопического коллагенового плевродеза при злокачественных плевральных выпотах.