

© Коллектив авторов, 2014
УДК 616.24-006.6-07-089:725.511

И. В. Дейнега¹, В. И. Егоров¹, П. М. Ионов¹, А. Л. Акопов^{1, 2}

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЛЁГКОГО В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТОРАКАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЁГКИХ

¹ СПбГБУЗ «Городская Покровская больница» (главврач — М. Н. Бахолдина);

² ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» (ректор — академик РАМН С. Ф. Багненко)

Ключевые слова: рак лёгкого, параканкрозное воспаление, абсцесс лёгкого, эмпиема плевры

Введение. По литературным данным, первичный рак лёгкого (РЛ) сопровождается параканкрозными воспалительными изменениями не менее чем в 25% наблюдений, а инфекционные деструкции лёгких, как первые проявления рака, отмечаются у 15% больных [2, 6]. В отдельных случаях клинические проявления воспалительного процесса могут опережать и даже полностью нивелировать симптомы раковой опухоли в лёгком, что существенно затрудняет диагностику. Диагностические ошибки могут достигать 40%, но если диагноз поставлен правильно и вовремя, результат лечения такой опухоли может быть вполне приемлемым [3, 12, 14]. В то же время, некоторые хирурги относят больных с РЛ с параканкрозными гнойно-деструктивными изменениями к категории инкурабельных. Проведение им лучевого и химиотерапевтического лечения признается противопоказанным, а к возможности выполнения радикального хирургического вмешательства относятся сдержанно из-за представления о том, что гнойно-деструктивные осложнения имеют место только при далеко зашедших стадиях РЛ [6]. Немаловажное значение при принятии решения о тактике лечения имеет и общее тяжёлое состояние пациентов в момент госпитализации, их социальный статус, наличие или отсутствие лёгочного или внутриплеврального кровотечения.

В представленной работе проведён ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения больных с немелкоклеточным раком лёгкого (НМКРЛ), у которых течение заболевания осложнилось развитием гнойно-деструктивного процесса в паренхиме лёгкого и/или плевральной полости.

Материал и методы. Материал исследования включал 226 больных с НМКРЛ, осложнённым параканкрозными острыми инфекционными гнойно-деструктивными изменениями, находившихся в отделении торакальной хирургии для больных с гнойными заболеваниями лёгких СПбГБУЗ «Городская Покровская больница» с 2007 по 2012 г. Мужчин было 202, женщин — 24. Возраст больных — от 38 до 84 лет, в среднем 59,2 года. Опухоль локализовалась в правом лёгком у 141 (62%) пациента, в левом — у 85 (38%) больных. Центральный рак лёгкого имел место в 197 наблюдениях (87%), периферический — в 29 (13%). У 215 (95%) больных диагностирован плоскоклеточный рак, у 11 (5%) — аденокарцинома лёгкого.

По видам гнойно-деструктивных параканкрозных изменений пациенты распределились следующим образом: у 106 (47%) больных имел место острый абсцесс лёгкого, у 16 (7%) — гангренозный абсцесс, у 68 (30%) — эмпиема плевры, а у 36 (16%) — диагностирован острый абсцесс лёгкого с прорывом в плевральную полость (развитием бронхоплевральных свищей) и пиопневмотораксом. Кроме того, у 38 больных (17%) имело место лёгочное кровотечение, у 74 (33%) — полиорганная недостаточность и у 12 (5%) — флегмона грудной стенки. У 203 (90%) пациентов отмечено существенное снижение индекса массы тела как проявление кахексии.

Всем больным, помимо общеклинических исследований, производились рентгенография и компьютерная томография

Сведения об авторах:

Дейнега Игорь Владимирович (e-mail: deynega@pochta.ru), Егоров Владимир Ильич (e-mail: egorovspb@mail.ru),

Ионов Павел Михайлович (e-mail: ionovpm@rambler.ru), СПбГБУЗ «Городская Покровская больница», 199106, Санкт-Петербург, Васильевский остров, Большой проспект, 85;

Акопов Андрей Леонидович (e-mail: akopovand@mail.ru),

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, 6–8

(КТ) грудной клетки, ультразвуковое исследование брюшной полости, фибробронхоскопия (ФБС), функциональное исследование. По показаниям выполнялись КТ брюшной полости, магнитно-резонансная томография головного мозга, видеоторакоскопия (ВТС), видеоабсцессоскопия (ВАС), трансторакальная биопсия. Проведён анализ особенностей морфологической диагностики РЛ, классификации по стадиям по системе TNM, оценены особенности лечебной тактики, характера оперативных вмешательств, изучены непосредственные и отдалённые результаты хирургического лечения.

Результаты и обсуждение. У 102 (45%) больных о наличии злокачественной опухоли было известно до поступления в стационар, все они ранее расценены как неоперабельные. В подавляющем большинстве случаев это были пациенты с местно-распространённым или диссеминированным РЛ, у которых радикальное хирургическое лечение не было выполнимо по техническим и онкологическим соображениям. У оставшихся 124 больных рак лёгкого диагностирован только в стационаре. У подавляющего большинства пациентов (197 больных с центральным РЛ, 87%) гистологический диагноз установлен путём исследования биоптата, полученного при фибробронхоскопии. У 14 (6%) пациентов с периферическим РЛ информативный биоптат получен путём трансторакальной биопсии, а у 9 (4%) — путём видеоторакоскопии (ВТС, выполнена 4 больным с пиопневмотораксом) и видеоабсцессоскопии (ВАС, произведена 5 больным с периферическими гангренозными абсцессами лёгкого). Ещё у 2 (1%) пациентов диагноз установлен при патоморфологическом исследовании удалённого во время операции препарата. У 4 (2%) больных морфологически подтвердить наличие РЛ не удалось, диагноз установлен лишь на основании результатов клинично-инструментального исследования.

Стадирование РЛ, осложнённого острой инфекционной деструкцией лёгких (ОИДЛ), в большинстве наблюдений вызывало существенные сложности. Достоверная степень распространения первичной опухоли Т и лимфогенного метастазирования N была затруднительна как при клинично-рентгенологическом исследовании, так и интраоперационно. Чётко определить границу между бластоматозным и воспалительными процессами в лёгочной ткани при КТ грудной клетки не представлялось возможным у подавляющего большинства пациентов (84%). Дооперационная оценка распространённости процесса на перикард, средостение и грудную стенку с помощью КТ не подтверждалась во время операции в 56% наблюдений. При этом у пациентов с массивным параканкротическим воспалением стадирование по признаку Т было затруднено даже в ходе операции. Дополнительные трудности возникали

при наличии эмпиемы плевры, когда имела место необходимость проводить дифференциальную диагностику между параканкротическим воспалением и инфицированием карциноматозного выпота. Цитологическое исследование плевральной жидкости у больных с карциноматозом плевры, таких пациентов было 19, оказалось информативным лишь в 32% наблюдений (у 6 больных).

Лечение всех больных начиналось с мероприятий, направленных на купирование гнойно-деструктивного процесса. Консервативное лечение дополнялось дренированием плевральной полости и очагов деструкции в лёгком в 51% наблюдений, трансторакальной пункционной санацией гнойных очагов — в 35% наблюдений. Кроме того, у 12 (5%) пациентов выполнено вскрытие и санация флегмоны грудной стенки.

У 198 (88%) пациентов возможности для проведения специального противоопухолевого лечения в отделении не было, проводилась только противовоспалительная терапия. Основной причиной отказа в хирургическом лечении у 96 больных явилась степень распространения опухоли (стадия III–IV), у 102 пациентов — общее тяжёлое состояние. Все эти пациенты после выписки из торакального отделения направлены к онкологам по месту жительства.

Оперированы путём торакотомии лишь 28 пациентов, что составило 12% от общего числа больных. У всех этих пациентов до развития гнойно-деструктивных осложнений о РЛ известно не было. У 23 пациентов из 28 (82%) возможность выполнения радикальной операции по результатам клинично-инструментального исследования была сомнительна, торакотомии носили, в том числе, и диагностический характер. 25 больных оперированы в плановом порядке, а 3 (11%) пациента — в экстренном порядке в связи с лёгочным кровотечением.

Интраоперационно опухоль расценена как резектабельная у 27 из 28 (96%) пациентов. У 1 больного выявлена обширная инвазия опухоли в аорту, случай признан нерезектабельным.

В общей сложности у 27 резектабельных больных выполнены 16 пневмонэктомий и 11 лобэктомий. Комбинированные вмешательства произведены в 5 наблюдениях: резекция перикарда (2), грудной стенки (2), а в 1 наблюдении — грудной стенки и купола диафрагмы.

При плановом исследовании удалённых препаратов распространённость первичной опухоли T2 диагностирована у 8 больных, T3 — у 18 и T4 — у 1 больного. У 16 пациентов метастазов в лимфатические узлы выявлено не было (N0), у 4 (15%) больных имело место поражение внутрилёгочных

и прикорневых лимфатических узлов (N1), у 7 (26%) — медиастинальных лимфатических узлов (N2).

По результатам планового патоморфологического исследования резекции расценены как радикальные в 25 наблюдениях (R0 — 93%). В 1 наблюдении в крае резекции бронха обнаружены опухолевые клетки — микроскопически нерадикальная операция (R1 — 4%).

Осложнения раннего послеоперационного периода имели место у 9 больных (33%), частота осложнений после пневмонэктомии составила 43%, после лобэктомии — 18%. После комбинированных операций осложнённое течение послеоперационного периода имело место у 2 (40%) больных. Осложнений после эксплоративной операции не отмечено. Госпитальная летальность составила 4% (1 больной). Наиболее частым осложнением после резекций лёгких была эмпиема плевры без бронхиального свища (4 пациента, 14,3%). У 2 пациентов после правосторонней пневмонэктомии развилась несостоятельность культи бронха с эмпиемой плевры. Один из этих пациентов скончался на 7-е сутки после операции. В 1 наблюдении в раннем послеоперационном периоде имело место внутривидеальное кровоизлияние, выполнены реторакотомия и остановка кровотечения. Ещё у 2 пациентов развилась аритмия, купированная консервативно. Следует отметить, что наиболее часто (6 наблюдений из 9) послеоперационные осложнения возникли у пациентов с дооперационной эмпиемой плевры. Средняя длительность пребывания в стационаре после операции составила 16 сут (от 8 до 38 сут).

Анализ выживаемости произведён у 21 из 28 оперированных больных. После резекций лёгкого годичная выживаемость составила 85%, 3- и 5-летняя — 55 и 30% соответственно. Больной после эксплоративной операции прожил 5 мес.

Актуальность проблемы диагностики и лечения РЛ, осложнённого параканкротным воспалением, не вызывает сомнений [2, 6]. Несмотря на то, что многие хирурги относят этих больных к разряду неоперабельных, невозможность выполнения радикальной операции должна быть доказана. Отказ от оперативного лечения только на основании наличия у больного гнойно-деструктивных изменений вряд ли следует считать оправданным [1]. Оценивать резектабельность и операбельность больного следует только после проведения тщательной предоперационной подготовки и купирования параканкротных осложнений [4, 8].

Диагностика параканкротных изменений у больных с РЛ требует решения

двух задач — во-первых, установления собственно наличия опухоли лёгкого как причины гнойно-деструктивного процесса, а во-вторых, установления «границы» между воспалительным и бластоматозным процессами. Решение этих задач представляется особенно трудным как при распаде периферического рака, так и при деструкции ателектазированной части лёгкого в случае центральной опухоли. В ряде наблюдений имело место сочетание распада опухоли с деструктивными изменениями в прилежащей к опухоли лёгочной паренхиме. С целью дифференциальной диагностики в особо трудных случаях могут быть показаны видеоэндоскопические методы, которые позволяют выполнить прицельную биопсию под контролем зрения [7, 8, 15]. Однако считать эти методы исследования обязательными или даже первоочередными не следует, так как у большинства больных диагноз был установлен на основании менее инвазивных, более доступных и дешёвых методов инструментальной диагностики.

Точное стадирование РЛ у части больных затруднено даже в ходе операции. Основой КТ-диагностики, а также макроскопической оценки метастатического поражения лимфатических узлов являются лишь их размеры, однако лимфатические узлы могут увеличиваться в размерах как в ответ на воспаление, так и при лимфогенном метастазировании РЛ [5]. При этом у 25% больных метастазы обнаруживаются в макроскопически неизменённых лимфатических узлах, а в 40% случаях их увеличение обусловлено лишь гиперплазией [10, 11]. Следует отметить, что в нашем исследовании констатирована тенденция к гипердиагностике распространения РЛ как по признаку T, так и по признаку N, что могло привести к неоправданному отказу от радикального хирургического лечения [11]. В этой связи большое значение имеет эффективное лечение вторичных гнойно-деструктивных изменений в лёгочной паренхиме и грудной полости, успех которого в ряде случаев позволяет пересмотреть представления о неоперабельности больных [13].

Использование диагностической видеоторакоскопии с целью определения степени распространения (и, соответственно, резектабельности) РЛ у больных с параканкротным воспалением остаётся спорным. С одной стороны, применение этого метода позволяет произвести биопсию лимфатических узлов средостения, плевры и гистологически подтвердить либо опровергнуть их метастатическое поражение. С другой стороны — воспалительный процесс, наличие фиброзных наложений, спаек, множественных плевральных сращений, частичная облитерация плевральной

полости значительно затрудняют проведение ВТС и снижают её диагностическое значение, существует также угроза распространения гнойного процесса на средостение [9,11]. В своей практике мы ни разу не выполняли ВТС с этой целью. Всё это определяет оправданность выполнения торакотомии, в том числе и с диагностическими целями [12].

В представленном исследовании торакотомия выполнена только 28 (12%) пациентам, при этом у 1 — операция носила эксплоративный характер. Эти данные дополнительно свидетельствуют о неблагоприятном влиянии наличия параканкрозного воспаления на резектабельность пациентов, а также подтверждают возможную гипердиагностику степени распространения РЛ на фоне гнойно-деструктивных осложнений.

Основными особенностями операций на фоне параканкрозных изменений являлись наличие выраженного спаечного процесса, что потребовало в 46% случаях выполнения экстраплеврального выделения лёгкого; относительно легкое выделение элементов корня лёгкого по сравнению с пневмолизом, а также существенный объём кровопотери — более 500 мл у большинства больных. Имеются и особенности послеоперационного ведения больных, главными из которых являются обязательное дренирование плевральной полости, в том числе и после пневмонэктомий, двумя дренажами большого диаметра с последующей санацией длительностью не менее 7–10 дней, а также при необходимости пункционная санация полости после удаления дренажа. Непосредственные и отдалённые результаты хирургического лечения таких больных можно считать приемлемыми — 5-летняя выживаемость составила 30%.

Выводы. 1. Наличие параканкрозных изменений само по себе не может являться основанием для отказа от проведения радикального хирургического вмешательства у больных с НМКРЛ.

2. Деструкции лёгкого и эмпиема плевры создают трудности в установлении истинных границ опухолевого процесса, оценивать степень распространённости рака следует только после купирования параканкрозных гнойно-деструктивных осложнений.

3. При сомнениях в степени распространения РЛ торакотомия является последним и закономерным методом оценки резектабельности.

4. Адекватное лечение гнойных осложнений и точная хирургическая диагностика позволяют в ряде наблюдений выполнить радикальное оперативное вмешательство с относительно хорошими непосредственными и отдалёнными результатами.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Акопов А.Л., Егоров В.И., Чистяков И.В. и др. Диагностика причин плевральных выпотов при раке лёгкого // Учён. зап. СПбГМУ. 2012. № 1. С. 20–24.
2. Бисенков Л.Н., Шалаев С.А. Особенности лечебной тактики при раке лёгкого, осложнённом параканкрозом // Грудная и серд.-сосуд. хир. 2005. № 4. С. 55–59.
3. Виннер М.Г., Хачатрян М.Я., Абелян А.М. Дифференциальная диагностика гигантских абсцессов лёгких // Вестн. рентгенол. и радиол. 1985. № 5. С. 5–11.
4. Вишневский А.А., Кармазановский Г.Г., Коков Л.С. и др. Современные возможности диагностики в торакальной хирургии // Хирургия. 2003. № 3. С. 92–95.
5. Ищенко Б.И., Бисенков Л.Ф., Тюрин И.Е. Лучевая диагностика для лучевых хирургов. СПб.: Деан, 2001. 343 с.
6. Кузнецов И.М. Рак лёгкого, осложнённый воспалительными и гнойно-деструктивными изменениями в лёгочной паренхиме и грудной полости: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2005. 40 с.
7. Некрич Г.Л. Опыт лечения гигантских абсцессов лёгких // Грудная хир. 1982. № 2. С. 62–66.
8. Порханов В.А. Торакоскопическая и видеоконтролируемая хирургия лёгких, плевры и средостения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1996. 36 с.
9. Салимов Ш.Т., Усманов Х.С. Применение видеоторакокопии при лечении гнойно-воспалительных заболеваний лёгких и плевры // Эндоскоп. хир. 2010. № 1. С. 28–32.
10. Трахтенберг А.Х. Клиническая онкопульмонология. М.: ГЭОТАР, 2000. С. 599.
11. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Пневмония. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. 464 с.
12. Яицкий Н.А., Акопов А.Л., Райд Махмуд и др. Хирургическое лечение рака лёгкого, осложнённого плевральным выпотом // Вестн. хир. 2012. № 6. С. 19–21.
13. Beth A., Krishnadasen B. et al. Surgical management of acute necrotizing lung infections // Can. Resp. J. 2006. Vol. 13. P. 369–373.
14. Delarue N.C., Pearson F.G., Nelems J.M., Cooper J.D. Lung abscess: Surgical implications // Can. J. Surg. 1980. Vol. 23. P. 297–302.
15. Zegdi R., Azorin J. Videothoracoscopic lung biopsy in diffuse infiltrative lung diseases // Ann. Thorac. Surg. 1998. Vol. 66. P. 1170–1173.

Поступила в редакцию 12.02.2014 г.

I. V. Deinega¹, V. I. Egorov¹, P. M. Ionov¹, A. L. Akopov^{1, 2}

DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF LUNG CANCER IN CONDITIONS OF SPECIAL THORACAL DEPARTMENT FOR PATIENTS WITH PURULENT LUNG DISEASES

¹ Pokrovskaya municipal hospital, Saint-Petersburg; ² Pavlov First State Medical University of Saint-Petersburg

The authors investigated features of diagnostics and surgical treatment of lung cancer which was complicated by purulent destructive process. The possibilities of radical operative intervention were considered after preliminary adequate treatment of purulent complications in 226 patients. It was noted, that the diagnostic thoracotomy should be used in doubtful cases in order to estimate the resectability of lung cancer.

Key words: lung cancer, paracancerous inflammation, lung abscess, empyema of the pleura