

ВЛИЯНИЕ ИПСИЛАТЕРАЛЬНОЙ БРОНХОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЁГКОГО

Артур Флуорович Гильметдинов^{1*}, Владимир Петрович Потанин²

¹Больница скорой медицинской помощи, г. Набережные Челны, Россия;

²Республиканский клинический онкологический диспансер, г. Казань, Россия

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2015-930

Цель. Анализ выживаемости пациентов в зависимости от объёма хирургического лечения и влияния на этот показатель факта ипсилатеральной бронхопульмональной лимфодиссекции.

Методы. Анализ подвергнуты стационарные и амбулаторные медицинские карты 1324 пациентов, оперированных в торакальном отделении №1 в 2000–2009 гг. Сформированы группы (всего 944 пациента) в зависимости от клинико-анатомической формы и стадии (периферический рак – 555 пациентов, центральный рак – 389 больных), морфологического варианта (периферический рак – 254 пациента с аденокарциномой и 204 человека с плоскоклеточным раком, центральный рак – 44 пациента с аденокарциномой и 304 пациента с плоскоклеточным раком). Рассчитана 5-летняя выживаемость в каждой группе больных в зависимости от объёма хирургического лечения (лобэктомия, пульмонэктомия) и проанализирована зависимость этого показателя от факта ипсилатеральной бронхопульмональной лимфодиссекции, заведомо выполняемой при пульмонэктомии.

Результаты. После лобэктомии показатели 5-летней выживаемости близки в сформированных группах – 57,08 и 55,14% ($p=0,8$). Однако 5-летняя выживаемость пациентов после пульмонэктомии при центральном раке лёгкого (41,13%) значительно выше, чем при периферическом раке (26,83%, $p=0,02$). Показатели выживаемости для отдельных стадий заболевания после пульмонэктомии при центральном раке лёгкого значительно превышали те же показатели при периферическом раке. Не выявлено существенной разницы в выживаемости при периферическом раке всех гистологических вариантов и при центральной аденокарциноме лёгкого, чего нельзя сказать о центральном плоскоклеточном раке. После пульмонэктомии при плоскоклеточном центральном раке выживаемость незначительно отличалась от аналогичного показателя у пациентов, перенёвших лобэктомию. Полученные промежуточные результаты ретроспективного анализа отражают влияние факта удаления данной группы лимфатических узлов на выживаемость.

Вывод. Лучшие результаты после пульмонэктомии получены при центральной форме плоскоклеточного рака, однако при периферическом раке выявлено преобладание ранних стадий заболевания после лобэктомии, что заведомо повышает показатели выживаемости; при обосновании предложенная методика будет способствовать повышению выживаемости пациентов с немелкоклеточным раком лёгкого.

Ключевые слова: немелкоклеточный рак лёгкого, ипсилатеральные бронхопульмональные лимфатические узлы, лимфодиссекция.

THE INFLUENCE OF THE IPSILATERAL BRONCHOPULMONARY LYMPH NODE DISSECTION ON SURVIVAL RATE IN NON-SMALL-CELL LUNG CANCER

A.F. Gilmeidinov¹, V.P. Potanin²

¹Regional Emergency Medical Center, Naberezhnye Chelny, Russia;

²Tatarstan Regional Clinical Cancer Center, Kazan, Russia

Aim. The analysis of the survival rates depending on the extent of surgery and the influence of ipsilateral bronchopulmonary lymph node dissection on this indicator.

Methods. Medical charts of 1324 in- and outpatients who underwent surgeries in the department of thoracic surgery №1 in 2000–2009 were analyzed. Patients were allocated to the groups (944 patients in total) according to clinical form and stage (peripheral cancer – 555 patients, central cancer – 389 patients), histological type (peripheral cancer – 254 patients with adenocarcinoma and 204 patients with squamous cell carcinoma, central cancer – 44 patients with adenocarcinoma and 304 patients with squamous cell carcinoma). 5-year survival rate was calculated in each group depending on the extent of surgery (lobectomy, pneumonectomy), and the impact of ipsilateral bronchopulmonary lymph node dissection that was performed in all cases of pneumonectomy on this indicator was analyzed.

Results. After lobectomy, 5-year survival rates were similar in both groups – 57.08 and 55.14% ($p=0.8$). However, 5-year survival rate in patients after pneumonectomy due to central lung cancer (41.13%) was significantly higher compared to peripheral cancer (26.83%, $p=0.02$). Survival rates for the certain stages of the disease after pneumonectomy due to central cancer were significantly higher when compared to peripheral cancer. No significant differences in survival rates in different histological types of peripheral cancer and in the central form of lung adenocarcinoma were revealed, in contrast to squamous cell cancer. The survival rates after pneumonectomy in cases of central squamous cancer were only slightly different from those after lobectomy. Gained preliminary data of retrospective analysis reflect the influence of lymph node dissection on survival.

Conclusion. The best results after pneumonectomy were obtained in patients with central form of squamous cell carcinoma. However, in the cases of peripheral cancer early stages of the disease prevailed after lobectomy, which obviously increased survival rates. If proven, the proposed method will increase the survival rates in patients with non-small cell lung cancer.

Keywords: non-small-cell lung cancer, ipsilateral bronchopulmonary lymph nodes, lymph node dissection.

Заболеемость и смертность при раке лёгкого занимают лидирующие позиции во всех странах, несмотря на большое внимание к профилактике и лечению данного заболевания. Задача торакальных хирургов и онкологов определена — улучшение показателей общей и безрецидивной выживаемости. Положительная динамика в названных показателях есть, но она не утешительна, и нельзя с уверенностью сказать, что прогрессивна. Доказательством тому служит эволюция взглядов на лимфодиссекцию при раке лёгкого:

1) начало изучения путей лимфогенного дренирования при раке лёгкого датируется 1900 г. [4];

2) первое хирургическое лечение рака лёгкого, сопровождавшееся регионарной лимфодиссекцией, выполнено в 1951 г. [1];

3) первая карта лимфатических узлов предложена Tsuguo Naruke в 1978 г. [3, 5];

4) в 2004 г. Европейским обществом торакальных хирургов определены показания и объём каждого вида лимфодиссекции [2].

Между основными этапами развития взглядов на лимфодиссекцию проходило по 30–50 лет. При этом корректная оценка состояния лимфатических узлов является основным компонентом стадирования и лечения рака лёгкого.

Вся изученная литература за последние десять лет в основном охватывает вопрос изучения состояния средостенных лимфатических узлов (N2) как самого важного показателя в диагностическом и лечебном плане (неoadьювантная и адьювантная терапия). Все настоящие исследования, посвящённые внутригрудным лимфатическим узлам, несмотря порой на противоположность задач, имеют одну цель — внесение изменений в принятую систему стадирования, на основании которой уже стала бы возможной мультимодальная и персонифицированная терапия.

Значимость изучения состояния средостенных лимфатических узлов неоспорима, но пути лимфогенного дренирования не ограничены этим. В ряде исследований продемонстрировано великое множество вариаций лимфатической системы лёгкого, которые могут обосновать порой непредсказуемое лимфогенное метастазирование при раке этой локализации [2]. При этом в отечественной и зарубежной литературе не освещается вопрос метастазирования рака лёгкого в ипсилатеральные бронхопульмональные лимфатические узлы (11-я группа лимфатических узлов), а в практике при хирургическом лечении рака лёгкого бронхопульмональные

лимфатические узлы остающихся долей при отсутствии макроскопических изменений, как правило, не подвергаются биопсии или диссекции. При этом не исключены микрометастазирование и дальнейшее прогрессирование заболевания за счёт поражения именно этих групп лимфатических узлов.

Цель исследования — анализ выживаемости пациентов в зависимости от объёма хирургического лечения (лобэктомия, пульмонэктомия) и влияния на этот показатель факта ипсилатеральной бронхопульмональной лимфодиссекции, заведомо выполняемой при пульмонэктомии.

Набор клинического материала произведён на базе торакального отделения №1 ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ» (г. Казань). Для решения поставленных задач анализу подвергнуты стационарные и амбулаторные медицинские карты 1324 пациентов, находившихся под наблюдением и оперированных в торакальном отделении №1 в 2000–2009 гг.

Условия включения в группы: объём операции (лобэктомия или пульмонэктомия), морфологический вариант (плоскоклеточный рак и аденокарцинома), стадия (I–IIIА), отсутствие осложнений в послеоперационном периоде, отсутствие неoadьювантного и адьювантного лечения.

Сформированы группы (всего 944 человека) в зависимости от клинико-анатомической формы (периферический рак — 555 пациентов, центральный рак — 389 больных), стадии (периферический рак: IA — 57, IB — 339, IIA — 4, IIB — 105, IIIA — 50; центральный рак: IA — 15, IB — 167, IIA — 3, IIB — 130, IIIA — 74), морфологического варианта (периферический рак — 254 пациента с аденокарциномой и 204 человека с плоскоклеточным раком, центральный рак — 44 пациента с аденокарциномой и 304 пациента с плоскоклеточным раком). Группы сопоставимы по полу, возрасту и характеристикам заболевания.

Рассчитана 5-летняя выживаемость в каждой группе пациентов в зависимости от объёма хирургического лечения (лобэктомия, пульмонэктомия) методом Каплана-Майера, проанализирована зависимость этого показателя от факта ипсилатеральной бронхопульмональной лимфодиссекции, заведомо выполняемой при пульмонэктомии.

При периферическом раке лёгкого 5-летняя выживаемость после лобэктомии составила $57,08 \pm 4,55\%$ (473 человека), после пульмонэктомии — $26,83 \pm 9,79\%$ (82 пациента, $p=0,001$). При центральном раке лёгкого

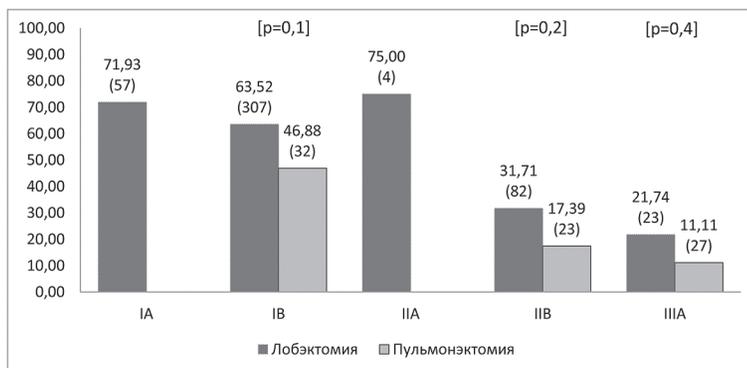


Рис. 1. Выживаемость с периферическим раком в зависимости от стадии заболевания (в скобках указано количество больных в группе; всего 555 пациентов)

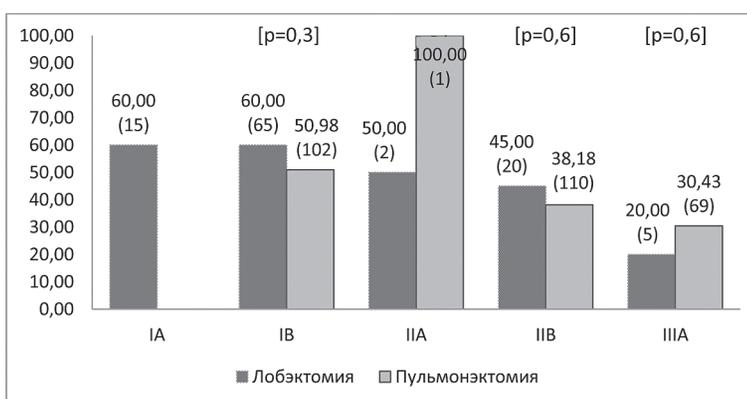


Рис. 2. Выживаемость с центральным раком в зависимости от стадии заболевания (в скобках указано количество пациентов в группе; всего 389 пациентов)

5-летняя выживаемость после лобэктомии — 55,14±9,62% (107 больных), после пулмонэктомии — 41,13±5,86% (282 пациента, p=0,02). После лобэктомии показатели 5-летней выживаемости близки в обеих группах (p=0,8). После пулмонэктомии 5-летняя выживаемость пациентов при центральном раке лёгкого значительно выше, чем при периферическом (p=0,02).

Результаты выживаемости по стадиям заболевания отражают картину общих групп: показатели выживаемости для отдельных стадий заболевания после пулмонэктомии при центральной форме значительно превышают те же показатели при периферическом раке (рис. 1, 2).

Помимо этого, при центральном раке лёгкого стадийная выживаемость после пулмонэктомии приближается к тем же показателям после лобэктомии (чем выше стадия, тем ближе показатели), а при стадии заболевания IIIA даже превышает их — 30,43±11,08% после пулмонэктомии против 20,0±40,0% после лобэктомии (p=0,6).

По полученным результатам можно объяснить худшие результаты после пулмонэк-

томии при периферическом раке.

Основная группа пациентов представлена стадиями заболевания I-IIA (400 пациентов против 155), в ней лобэктомия выполнена 368 пациентам, что объясняет лучшую 5-летнюю выживаемость в группе пациентов с периферическим раком после лобэктомии.

В группе с центральным раком количество пациентов со стадией I-IIA, подвергшихся лобэктомии, — 82 против 25 при стадии IIB-IIIА, что увеличивает выживаемость пациентов после лобэктомии.

Учитывая вышесказанное, можно отметить несколько завышенные результаты 5-летней выживаемости, полученные у пациентов после лобэктомии, по сравнению с пациентами, которым была выполнена пулмонэктомия.

Также сформированы группы в зависимости от морфологического варианта: периферический рак — 254 человека с аденокарциномой и 204 пациента с плоскоклеточным раком, центральный рак — 44 пациента с аденокарциномой и 304 человека с плоскоклеточным раком. Выживаемость в зависимости от гистологического варианта также

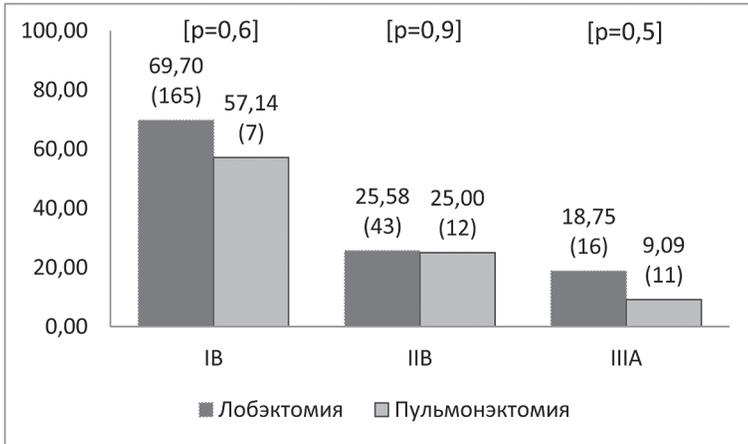


Рис. 3. Выживаемость при периферической аденокарциноме лёгкого (в скобках указано количество пациентов в группе; всего 254 пациента)

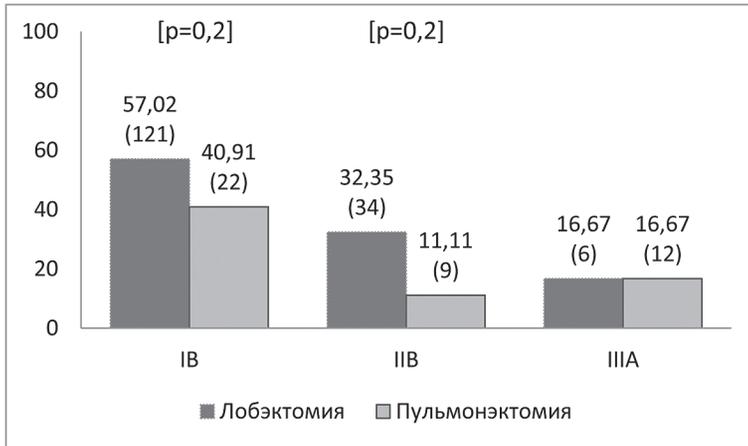


Рис. 4. Выживаемость при периферическом плоскоклеточном раке лёгкого (в скобках указано количество пациентов в группе; всего 204 пациента)

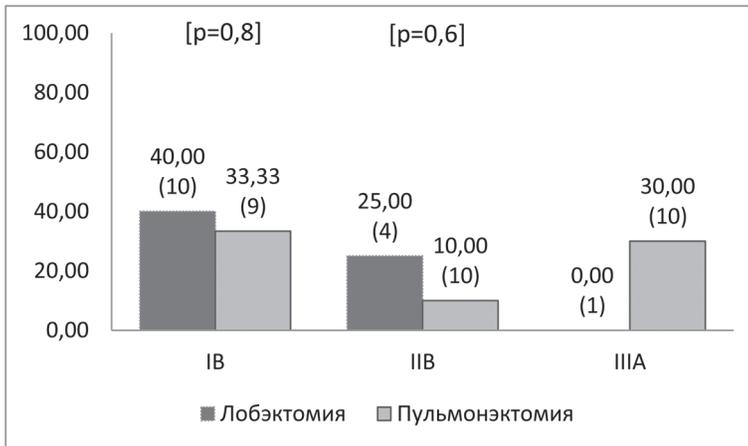


Рис. 5. Выживаемость при центральной аденокарциноме лёгкого (в скобках указано количество пациентов в группе; всего 44 пациента)

имеет определенную закономерность: при сравнении 5-летней выживаемости при периферической клинко-анатомической форме рака лёгкого разница между лобэктомией и пулмонэктомией при всех стадиях и гисто-

логических вариантах приблизительно одинакова (рис. 3, 4).

Не выявлено существенной разницы в выживаемости и при центральной форме аденокарциномы лёгкого (рис. 5).

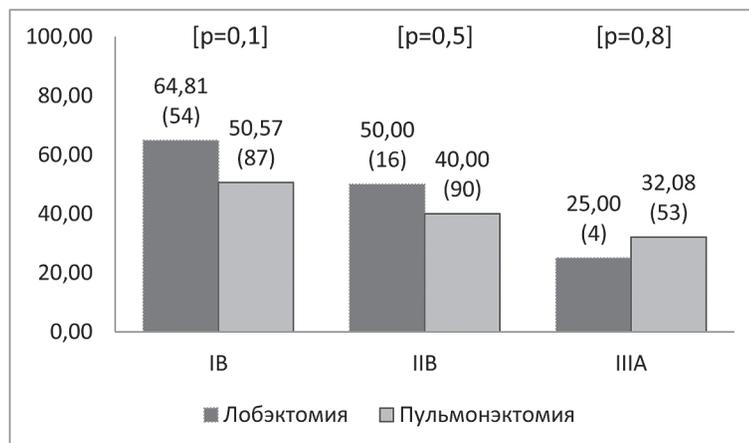


Рис. 6. Выживаемость при центральном плоскоклеточном раке лёгкого (в скобках указано количество пациентов в группе; всего 304 пациента)

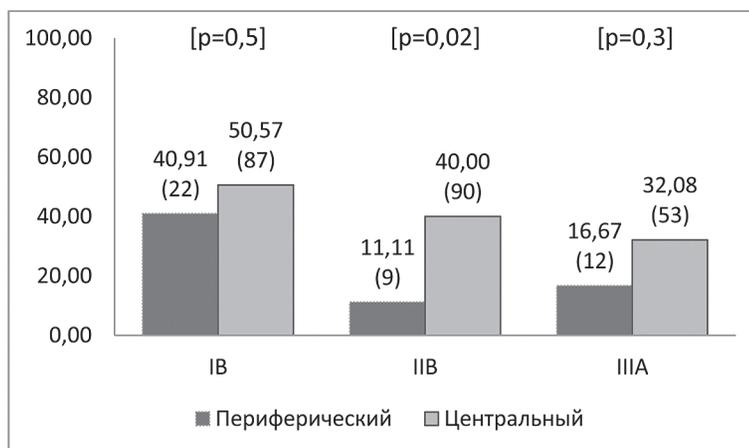


Рис. 7. Выживаемость пациентов с плоскоклеточным раком после пулмонэктомии (в скобках указано количество пациентов в группе; всего 273 пациента)

Лучшие результаты 5-летней выживаемости после пулмонэктомии среди представленных данных получены при плоскоклеточном центральном раке лёгкого (рис. 6).

Выживаемость после пулмонэктомии при плоскоклеточном центральном раке лёгкого оказалась близка к аналогичному показателю после лобэктомии: стадия IB — 50,57±10,72% против 64,81±13,00% (p=0,1), стадия IIB — 40,0±10,33% против 50,0±25,82% (p=0,5), стадия IIIA — 32,08±12,82% против 25,0±50,0% (p=0,8). С повышением стадии заболевания отражённая закономерность становится всё более существенной — чем выше стадия, тем лучше результаты пулмонэктомии по сравнению с лобэктомией.

Также при центральном плоскоклеточном раке лёгкого показатели выживаемости после пулмонэктомии существенно выше, чем при периферическом раке лёгкого (рис. 7): стадия IB — 50,57±10,72% против 40,91±21,46% (p=0,5), стадия IIB — 40,0±10,33%

против 11,11±22,22% (p=0,02), стадия IIIA — 32,08±12,82% против 16,67±22,47% (p=0,3). Описанная тенденция не наблюдается при аденокарциноме.

На основании изученной литературы впервые поднят вопрос относительно изучения состояния ипсилатеральных бронхопюльмональных лимфатических узлов. Соответственно впервые оценено влияние факта поражения данной группы лимфатических узлов на выживаемость. На основании полученных результатов будут сформулированы основные показания для ипсилатеральной бронхопюльмональной биопсии и лимфодиссекции.

Таким образом, показатели выживаемости и смертности пациентов с диагнозом «рак лёгкого» неутешительны, и, несмотря на более чем вековую историю, вопрос внутригрудного лимфатического дренирования и диссекции не потерял актуальности и по сей день. В связи с этим тема изучения состо-

яния ипсилатеральных бронхопальмональных лимфатических узлов является относительно новой и актуальной.

Полученные промежуточные результаты ретроспективного анализа отражают влияние факта удаления данной группы лимфатических узлов на выживаемость. Лучшие результаты после пульмонэктомии получены при центральной форме плоскоклеточного рака, однако при периферическом раке выявлено преобладание ранних стадий заболевания после лобэктомий, что заведомо повышает показатели выживаемости.

Нами запланированы дальнейший детальный анализ (с учётом возрастных групп, локализации, стороны поражения, факта поражения лимфатических узлов N1 и N2), исследование методов до- и интраоперационной диагностики состояния бронхопальмональных лимфатических узлов, определение показаний и разработка техники выполнения ипсилатеральной бронхопальмональной

биопсии или диссекции.

Предложенная нами методика будет способствовать повышению показателей выживаемости пациентов с немелкоклеточным раком лёгкого.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cahan W.G., Watson W.L., Pool J.L. Radical pneumonectomy. *J. Thorac. Surg.* 1951; 22: 449–473.
2. Lardinois D., De Leyn P., Van Schil P. et al. ESTS guidelines for intraoperative lymph node staging in non-small cell lung cancer. *Eur. J. Cardio-thorac. surg.* 2006; 30: 787–792.
3. Naruke T., Suemasu K., Ishikawa S. Lymph node mapping and curability at various levels of metastasis in resected lung cancer. *J. Thorac. Cardio-Vasc. Surg.* 1978; 76: 832–839.
4. Rusch V., Asamura H., Watanabe H. et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project: a proposal for a new international lymph node map in the forthcoming seventh edition of the TNM classification for lung cancer. *J. Thorac. Oncol.* 2009; 4: 568–577.
5. Watanabe Sh., Asamura H. Lymph node dissection for lung cancer: significance, strategy and technique. *J. Thorac. Oncol.* 2009; 4: 652–657.

УДК 616.35-006.6-089-089.87-06: 616.718.192-089.48-089.168

АСПИРАЦИОННОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БРЮШНО-АНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Фоат Шайхутдинович Ахметзянов^{1,2*}, Нурлан Талапович Шайхутдинов³,
Наиль Абулкарямович Валиев³, Зильфира Николаевна Шемеунова³, Василий Иванович Егоров¹

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия¹;

Приволжский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, г. Казань, Россия²;

Республиканский клинический онкологический диспансер, г. Казань, Россия³

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2015-935

Цель. Изучить эффективность применения двухпросветных дренажей «труба в трубе», устанавливаемых по разработанной методике после брюшно-анальной резекции прямой кишки по поводу опухолевой патологии.

Методы. Проанализированы данные 52 пациентов с опухолью прямой кишки, которым в двух хирургических отделениях за последние 4 года выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки. При этой операции низведение толстой кишки выполняли с иссечением слизистой оболочки анального канала и помещением слизистой оболочки низводимой кишки в анальный канал. У всех пациентов брюшно-анальная резекция завершена установкой двухпросветных дренажей нашей конструкции в забрюшинную часть полости малого таза по разработанной методике через прокол на передней брюшной стенке. Ни одному пациенту одномоментную кишечную стому не накладывали.

Результаты. Средняя продолжительность послеоперационного периода составила 17 койко-дней, среди больных, перенёвших некомбинированные операции (50 из 52 больных) — 15,3 койко-дня. В послеоперационном периоде осложнения в общей сложности развились у 11 (21,1%) больных, при этом частота гнойно-септических осложнений составила 1,9%, что ниже литературных данных. Отметим, что использование предлагаемого нами метода дренирования полости малого таза полностью исключает формирование свищей в области промежности и значительно облегчает послеоперационный уход.

Вывод. Полученные нами данные позволяют говорить об эффективности применения данной методики дренирования полости малого таза при брюшно-анальных резекциях прямой кишки в связи низким процентом гнойно-септических осложнений: она позволяет исключить возможность формирования промежностных свищей, значительно облегчает ведение послеоперационного периода.

Ключевые слова: рак прямой кишки, брюшно-анальная резекция, гнойно-септические осложнения, аспирационное дренирование, дренаж «труба в трубе», краевой некроз слизистой оболочки низведённой кишки, колоанальный анастомоз.