
ОПЫТ РАБОТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

УДК: 616.24-006.6-089:616.42-089.87

СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕГКОГО

А.А. Аксарин

*Сургутская окружная клиническая больница, г. Сургут
628408, г. Сургут, ул. Энергетиков, 14, e-mail: alexaa1971@mail.ru*

Проведён анализ результатов хирургического лечения 721 больного раком легкого. Радикальные операции с применением систематической лимфодиссекции СЛД статистически значительно увеличили 5-летнюю общую выживаемость до 60 %, без увеличения частоты послеоперационных осложнений (17,2 %) и послеоперационной летальности (3,5 %).

Ключевые слова: рак легкого, хирургическое лечение, систематическая лимфодиссекция.

SYSTEMATIC LYMPHODISSECTION IN SURGICAL TREATMENT OF LUNG CANCER

A.A. Aksarin

*Surgut District Clinical Hospital, Surgut
14, Energetikov Street, 628408-Surgut, Russia, e-mail: alexaa1971@mail.ru*

Results of surgical treatment of 721 lung cancer patients were analyzed. Radical surgeries with systematic lymphodissection led to a significant increase in the overall 5-year survival rate (up to 60 %) without increase in the postoperative complication rate (17,2 %) and postoperative lethality rate (3,5 %).

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

Актуальность проблемы рака хирургического лечения легкого (РЛ) обусловлена высоким уровнем заболеваемости, высокой смертностью и неудовлетворительными отдаленными результатами. Эта патология занимает первое место в структуре заболеваемости населения злокачественными новообразованиями среди мужского населения России. Выживаемость больных раком легкого не может считаться удовлетворительной, по разным оценкам, 5-летние показатели составляют 24,6–65 % [1–4]. Основным фактором, определяющим прогноз выживаемости, является степень распространенности опухоли, в первую очередь лимфогенной диссеминации, что указывает на необходимость выполнения медиастинальной лимфодиссекции. В литературе остается открытым вопрос как о целесообразности профилактической медиастинальной лимфодиссекции, так и о возможности ее использования в качестве «золотого стандарта» при хирургическом лечении рака легкого I–III стадий [1, 3].

Объемы оперативного вмешательства на лимфатических коллекторах при раке легкого оста-

СИБИРСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ. 2013. № 5 (59)

ются дискуссионными. Сторонники уменьшения объема операции считают возможным применять индивидуальные схемы лимфодиссекции, ориентируясь на частоту метастазирования, размеры и локализацию первичной опухоли, а также форму роста и топографию лимфоузлов. По данным F. Ishiguro et al., систематическая медиастинальная лимфодиссекция не имеет преимуществ перед селективной медиастинальной лимфодиссекцией, которая, по мнению авторов, не ухудшает показатели 5-летней выживаемости при немелкоклеточном раке легкого – 76,0 % и 71,9 % [8]. Однако T. Maniwa et al. указывают на увеличение частоты локорегионарных рецидивов после дольспецифичной систематической лимфодиссекции, что свидетельствует в пользу выполнения систематической медиастинальной лимфодиссекции [9].

Кроме того, приверженцы обязательной лимфодиссекции указывают на невозможность точной интраоперационной идентификации микрометастазов в макроскопически не измененных лимфоузлах, наличие «прыгающих» метастазов [1, 3, 5]. А.В. Черных предложил расширить объем лим-

фодиссекции до систематической билатеральной лимфодиссекции. Это увеличивало пятилетнюю выживаемость до 59 % по сравнению с 9 % при «типичных» операциях, без существенного влияния на частоту послеоперационных осложнений [6]. Некоторые авторы для выполнения систематической двусторонней медиастинальной лимфодиссекции рекомендуют sternotomy доступ, что позволяет статистически значимо повысить показатели 5-летней выживаемости у больных раком левого легкого со статусом лимфоузлов N₂₋₃. При раке правого легкого результаты были статистически не значимы [5].

Цель исследования – определить влияние систематической лимфодиссекции на результаты хирургического лечения рака легкого.

Материал и методы

Клинический материал составили истории болезни 721 больного раком легкого, которым были выполнены радикальные операции в лечебных учреждениях Югры в период с 1999 по 2009 г. Среди пациентов преобладали представители мужского пола – 592 (84,6 %), женщин – 108 (15,4 %), гендерное соотношение – 5,5:1. Самому молодому пациенту было 22 года, самому пожилому – 79 лет, средний возраст составил 54,9 года. Специального отбора больных для выполнения исследования не проводилось.

Полученные сведения систематизированы в базе данных Microsoft Excel, статистическая обработка данных выполнена в программе SPSS 17.0. Выживаемость рассчитывалась по методу Kaplan–Meier.

Результаты и обсуждение

Всем больным были выполнены радикальные операции в объеме лоб-, билобэктомии или пневмонэктомии. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения рака легкого проведен с учетом характера выполненной лимфодиссекции, в зависимости от ее объема пациенты были разделены на три группы:

1. Медиастинальная лимфодиссекция (ЛД) не выполнялась.
2. Системная биопсия (выборочная лимфодиссекция – удалялись только пораженные лимфоузлы или трахеобронхиальные лимфоузлы).
3. Систематическая лимфодиссекция (СЛД) (ипсилатеральная радикальная лимфодиссекция – 1–10 группы лимфоузлов по классификации T. Naruke, 1997).

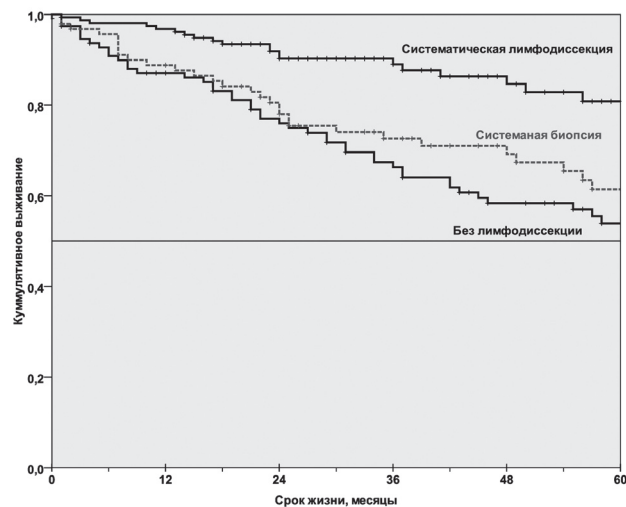


Рис. 1. Зависимость выживаемости больных раком легкого I стадии от объема лимфодиссекции

Сравнение проводилось в группах пациентов с одинаковой распространенностью опухоли.

По поводу рака легкого I стадии было прооперировано 373 больных, в том числе без лимфодиссекции – 116 пациентов, системная биопсия выполнена 96 больным, СЛД – 161 пациенту. При сравнении общей выживаемости, последняя была статистически значимо выше после операций с СЛД ($p < 0,05$, log rank test) (рис. 1). Так, показатели 3- и 5-летней общей кумулятивной выживаемости после операций с СЛД составили 88 % и 81 %. После других вариантов оперативных вмешательств – 73–66 % и 62–54 % соответственно. Медиана выживаемости после операций с СЛД не достигнута, при системной биопсии она составила 84 мес, у больных без ЛД – 89 мес. При этом увеличение степени хирургической агрессии при операциях по поводу РЛ I стадии не сказалось на течении послеоперационного периода, частота послеоперационных осложнений при СЛД по сравнению с системной биопсией и без лимфодиссекции равнялась 9,3, 18,7 и 12,1 %, уровень послеоперационной летальности – 0,6, 3,1 и 1,7 %.

Вероятнее всего, выявленные различия в отдаленных результатах лечения рака легкого IA и IB стадий при разных объемах лимфодиссекции при лечении обусловлены субклиническими микрометастазами в лимфатических структурах на стороне поражения, которые всегда удаляются при СЛД. Об этом также указывает ряд зарубежных авторов,

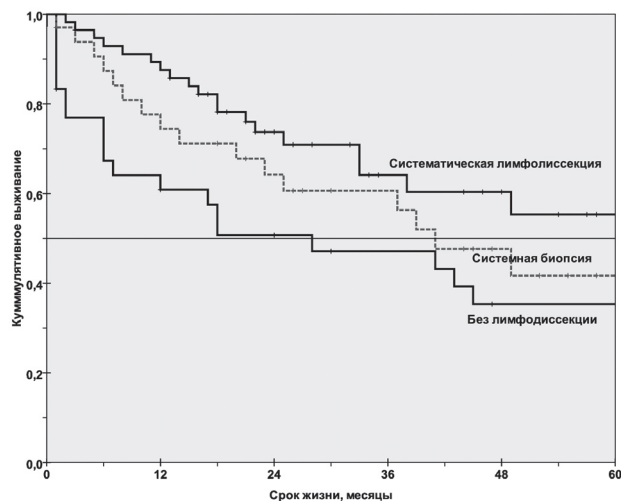


Рис. 2. Зависимость выживаемости больных раком легкого II стадии от объема лимфодиссекции

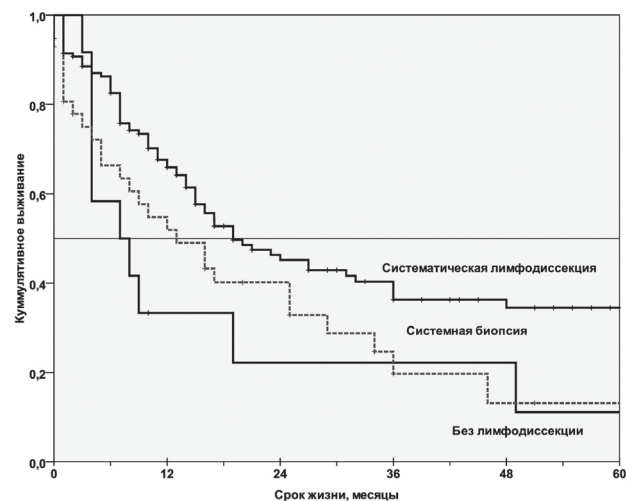


Рис. 3. Зависимость выживаемости больных раком легкого III стадии от объема лимфодиссекции

рекомендующих выполнять полную принципиальную медиастинальную лимфодиссекцию при I стадии заболевания [7].

По поводу РЛ II стадии хирургическое лечение проведено 130 пациентам, в том числе без лимфодиссекции прооперировано 36 пациентов, системная биопсия выполнена 34, СЛД – 60 пациентам. При этом получены следующие отдаленные результаты: 3- и 5-летняя выживаемость после операций с СЛД составила 64 % и 55 %, после операций с системной биопсией – 61 % и 42 %, без ЛД – 47 % и 35 % соответственно (рис. 2). Медиана выживаемости после операций с СЛД – 71 мес, при системной биопсии – 41 мес, без ЛД – 28 мес. Полученные данные свидетельствуют о статистически значимом улучшении отдаленных результатов хирургического лечения при применении методики СЛД ($p < 0,05$, log rank test). Выполнение операций с СЛД у больных РЛ II стадии по сравнению с системной биопсией и без лимфодиссекции не повлияло на частоту послеоперационных осложнений – 16,7, 8,8 и 22,2 % и показатели послеоперационной летальности – 0, 2,9 и 11,1 % соответственно ($p > 0,05$).

Количество больных раком легкого IIIA–IIIB стадий, оперированных с СЛД, системной биопсией и без лимфодиссекции, составило 152, 42 и 14 человек соответственно. При анализе уровня общей выживаемости в сравниваемых группах последняя была статистически значимо выше при операциях с СЛД ($p < 0,05$, log rank test) (рис. 3), в том числе

показатели 3- и 5-летней общей кумулятивной выживаемости равнялись 38 % и 34 %. После других вариантов хирургических вмешательств – 22 % и 11–13 %. При этом медиана выживаемости после операций с СЛД составила 19 мес, тогда как при системной биопсии она равнялась 13 мес, при отсутствии ЛД – 7 мес. Выполнение операций с СЛД у больных РЛ III стадии по сравнению с системной биопсией и без лимфодиссекции не повлияло на частоту послеоперационных осложнений (25,0, 28,6 и 21,4 %), но несколько увеличило послеоперационную летальность (7,9, 9,5 и 0 %), однако статистически значимых различий между этими показателями не наблюдалось ($p > 0,05$).

Полученные результаты позволяют утверждать, что применение СЛД независимо от стадии рака легкого позволяет добиться достоверно лучших отдаленных результатов лечения без увеличения частоты послеоперационных осложнений и летальности. Мы полагаем, что это обусловлено точной диагностикой стадии заболевания и удалением микрометастазов у пациентов, которым выполнялась СЛД.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Голдстроу П.* Систематическая лимфодиссекция – «золотой стандарт» оценки состояния внутригрудных лимфоузлов? // *Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН.* 2004. № 4. С. 56–59.
2. *Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е.* Рак легкого. М.: Радикс, 1994. 209 с.
3. *Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е., Аллахвердиев А.К.* Систематическая медиастинальная лимфодиссекция – стандарт в хирургическом

лечении больных немелкоклеточным раком легкого I, II и IIIA стадии // Пульмонология. 2007. № 3. С. 72–76.

4. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Рак легкого. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 656 с.

5. Хата Э., Икеда Ш., Кавано Р., Йокота Т. Систематическая двусторонняя медиастинальная лимфодиссекция по поводу рака легкого стернотомным доступом // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2004. № 4. С. 101–104.

6. Черных А.В. Расширение хирургического объема в лечении рака легкого // Сибирский онкологический журнал. 2009. № 1 (31). С.48–50.

7. Cerfolio R.J., Bryant A.S., Minnich D.J. Complete Thoracic Mediastinal Lymphadenectomy Leads to a Higher Rate of Pathologically Proven N2 Disease in Patients With Non-Small Cell Lung Cancer // Ann. Thorac. Surg. 2012. Vol. 94 (3). P. 902–906.

8. Ishiguro F., Matsuo K., Fukui T. et al. Effect of selective lymph node dissection based on patterns of lobe-specific lymph node metastases on patient outcome in patients with resectable non-small cell lung cancer: A large-scale retrospective cohort study applying a propensity score // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2010. Vol. 139. P. 1001–1006.

9. Maniwa T., Okumura T., Isaka M. et al. Recurrence of mediastinal node cancer after lobe-specific systematic nodal dissection for non-small-cell lung cancer // Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2013. Vol. 44 (1). E. 59–64.

Поступила 30.05.13