

Бронхиолоальвеолярный рак и его хирургическое лечение (взгляд из практики)

Доктор мед. наук З.Н.АЙТАКОВ, А.А.САВЧЕНКО

Bronchioloalveolar cancer and it's surgical treatment

Z.N. AITAKOV, A.A. SAVCHENKO

Московский городской онкологический диспансер

В 1979—1995 гг. авторы наблюдали 243 больных бронхиолоальвеолярным раком (БАР) легкого. Возраст больных от 38 до 83 лет. Соотношение мужчин и женщин 1,1:1,0, что резко отличается от показателей заболеваемости раком легкого в целом. Выделены 4 формы БАР по принятой методике. Оперировано 198 больных, в том числе радикально 195. Умерли после операции 6 человек. Удовлетворительные отдаленные результаты получены только при узловых формах БАР. Основными методами диагностики были рентгенологическое обследование, трансторакальная пункция, многократное исследование мокроты.

The authors have followed up 243 patients with bronchioloalveolar cancer of the lung from 1979 to 1995 years. The age of the patients varied from 39 to 83 years. The ratio men women was as 1,1:1,9, which distintly differ from the indies of morbidity from lung cancer of the whole, 4 forms of bronchioalveolar cancer, according to conventional methods, were singled out. 198 patients died after operation. Favourable long term results were obtained only in nodelar forms of bronchioloalveolar ancer. The main diagnostic methods were roentgenological examinaiom tram-striracic puncture and repeated studies ofthe phlegm.

В последние годы бронхиолоальвеолярному раку (БАР) как в зарубежной, так и в отечественной литературе посвящено много публикаций [1, 2, 5, 6, 8, 10, 11, 13]. У нас в стране по этой теме особенно много сообщений вышло из Пульмонологического центра Екатеринбургa [7—9], сотрудники которого подробно описали клиническую картину, диагностику и лечение БАР. Этому же вопросу посвящены работы, выполненные в крупных научных центрах столицы [1, 5, 6]. Все это связано с необычностью клинического течения БАР, различными формами его рентгенологического проявления, трудностью и особенностями диагностики, местного распространения и метастазирования.

Мы, сотрудники практического здравоохранения, решили поделиться своим опытом диагностики и лечения больных БАР за 1979—1995 гг., основанным на результатах работы нашего торакального отделения, тем более что число личных наблюдений (243) представляется нам значительным. Сюда не входят 13 больных БАР легкого, оперированных нами в Хабаровске в 1957—1976 гг., но включено 34 наблюдения БАР у больных, проконсультированных за изучаемый период в туберкулезных и терапевтических отделениях Москвы.

В самом торакальном отделении диспансера находилось на лечении 209 больных БАР, что составляет 2,9% общего числа больных раком легкого, лечившихся за эти годы в отделении. Этот показатель колебался в разные годы от 1,5 до 4,7%.

В Международной гистологической классификации ВОЗ БАР в 1967 г. выделен как подтип аденокарциномы [1,4].

У нас больные БАР составляли чуть более 1/3 (34,3%) всех больных железистой формой рака легкого, находившихся на лечении в отделении.

Отличительной особенностью БАР по сравнению с гистологическими формами рака легкого является почти одинаковая частота заболеваемости мужчин и женщин. Так, если в Москве соотношение ежегодной заболеваемости раком легкого мужчин и женщин составляет 4,2—4,4 : 1,0, а в стационаре среди госпитализированных за все годы — 12,0 : 1,0, в том числе среди оперированных 7,4 : 1,0, то в группе больных БАР — 1,1 : 1,0 (130 мужчин и 113 женщин), а среди оперированных (116 мужчин и 83 женщины) — 1,4 : 1,0. На эту особенность указывают и другие авторы [1, 5, 6, 8].

Возраст больных колебался от 38 до 83 лет.

Роль курения как важнейшего этиологического фактора рака легкого вообще при БАР так четко не прослеживается, что подтверждает учение Крейберга [15], относящего аденокарциномы к группе раков легкого преимущественно эндогенного происхождения.

Так, по нашим наблюдениям, среди больных плоскоклеточным и мелкоклеточным раком легкого (свыше 20 тыс.) было 99,4% курящих мужчин и 84% женщин, среди больных БАР курящих мужчин было 81%, длительно куривших, но бросивших курить 10 лет назад и более — 8,2%, а среди женщин курящих было только 22%.

Известно, что БАР [14] возникает преимущественно в зоне рубцов после ранее перенесенных пневмонии, туберкулеза, инфаркта легкого и прочих легочных заболеваний. Из-за своеобразного стелющегося роста клеток опухоли на строме межальвеолярных

перегородок [3—8] определение стадийности БЛР по системе *ТНМ* затруднено.

Основной метод распространения опухоли аэрогенный. Учитывая разнообразие клинико-рентгенологических форм проявления роста БАР, мы в последние годы придерживаемся классификации, предложенной сотрудниками МНИИО им. П.А.Герцена [1]: 1. Локализованные формы: а) одноузловые, б) пневмониеподобные; 2. Распространенные: а) многоузловые, б) диссеминированные.

Из 243 больных у 202 была локализованная форма БАР, в том числе у 186 — узловая, у 16 — пневмониеподобная. Распространенная форма отмечена у 41 больного, в том числе многоузловая — у 7, диссеминированная — у 34.

Диагностика БАР встречает определенные трудности.

Одиночные узлы в легком выявляются, как правило, случайно при профилактических осмотрах, флюорографии. Клинические проявления у большинства этих больных отсутствуют, и стоит немалых трудов внешне здорового человека убедить в необходимости операции. У большинства больных с узловой опухолью ее размер составлял 2—4 см. Только в 11 наблюдениях опухоль была более 5 см. Основными методами диагностики узловых форм являются рентгенологический и трансторакальная пункция. Изменений в бронхиальном дереве при бронхоскопии не выявляется, так как малые размеры опухоли и ее преимущественно субплевральное расположение не оказывают давления извне даже на субсегментарные бронхи.

На обзорной рентгенограмме тень опухоли обычно малоинтенсивна, без четких контуров, полупрозрачная, имеет ячеистый характер за счет скопления слизи, выделяемой опухолью [6, 8]. При БАР контуры опухоли в отличие от туберкуломы и туберкулезного округлого инфильтрата всегда имеют нечеткий контур — бугристые и лучистые. При БАР полости со слизью, напоминающие распад туберкуломы, имеют вид округлых или овальных просветлений, в то время как при туберкуломе и туберкулезном инфильтрате распад в большинстве случаев одиночный, имеет щелевидную форму и локализуется у нижнемедиального полюса образования [1, 8].

Не обладая достаточным опытом и знаниями, в первые годы работы в предоперационном диагнозе мы допускали ошибки практически у половины больных, ныне правильность предоперационного диагноза достигает 90%. Особенно четко тень опухоли видна на томограммах.

Верификация процесса у такой категории больных достигается только трансторакальной пункцией. У 5 больных при узловой форме БАР удалось верифицировать опухоль либо при исследовании мокроты, либо по отпечаткам ткани при бронхоскопии. Широкое применение трансторакальной пункции в последние годы помогло установить диагноз до операции у 43 больных.

Практика показывает, что наличие одиночного узла в легком у внешне здорового человека зачастую вызывает у врачей по месту жительства больного сомнения в наличии рака; больным проводится либо противотуберкулезная терапия, либо пресловутое ди-

намическое наблюдение, иногда длительно (до 1—1,5 лет). Особенно это характерно для группы так называемых медленно растущих [10] узловых форм БАР. Мы наблюдали 6 таких больных. Неуверенность врача в диагнозе передается больному и лечение неоправданно откладывается, а именно это представляет исключительную опасность. Отложенное нами по разным причинам лечение 4 больных с узловой формой БАР привело к тому, что при повторном обращении 3 из них было отказано в радикальном лечении из-за запущенности процесса.

Радикальная операция при узловой форме осуществлялась либо в объеме клиновидной или полисегментарной резекции, либо (что чаще всего) лоб- и билобэктомии, и только у 3 больных вынужденно была выполнена пневмонэктомия. Из-за частого рецидива заболевания в последние годы мы почти полностью отказались от полисегментарных клиновидных и краевых резекций. В то же время лобэктомия при $T_{L_2}H_p$ выполненная у 67 больных, прослеженных более 5 лет после операции, дала вполне удовлетворительные результаты — 39 человек пережили этот срок.

Обнаруженные во время операции метастазы в регионарные лимфоузлы первого-второго порядка резко изменяют прогноз в худшую сторону; никто из 17 больных с $T_{L_2}H_p$, которым была выполнена радикальная операция при узловой форме БАР, не пережил 3-летний срок наблюдения [12].

Малообнадеживающий послеоперационный прогноз после радикальной операции у больных с пневмониеподобной формой БАР. Из 16 больных этой группы оперировано 12, выписано после операции 11, прослежено 7, из них в течение 3 лет умерли 6. Во всех 3 известных нам случаях смерть наступила от дыхательной недостаточности в связи с аэрогенной диссеминацией процесса. Именно исходя из последнего, можно понять ряд авторов [1], указывающих на малую перспективу благоприятного лечения БАР вообще. Мнение этих авторов особенно подтверждает течение заболевания при распространенных формах БАР, наблюдавшихся нами у 41 больного.

Многоузловая опухоль наблюдалась у 7 больных, в том числе в одной доле у 2, в двух долях у 3, по массивному узлу в каждом легком у 2. Из них оперировано 4.

Наконец, с диссеминированным мелкоочаговым множественным поражением обоих легких было 34 больных. Именно у них отмечалась богатая легочная симптоматика: кашель, одышка, кровохарканье, потливость, обильная мокрота, слабость, похудание, боли. По существу это терминальная стадия болезни. Во всех этих наблюдениях диагноз был верифицирован либо на основании анализа мокроты, либо на аутопсии. У, больных этой группы (23 человека) составляли женщины, почти все некурящие, работоспособного возраста (40—60 лет). В этой группе исключительно трудна дифференцированная диагностика с метастатическим поражением легких, диссеминированным туберкулезом легких, фиброзирующим альвеолитом. Эти больные буквально "сгорали" в соматических отделениях, несмотря на активную противовоспалительную и противотуберкулезную терапию.

Из 243 больных БАР оперативное лечение проведено у 198. У 6 больных произведена сегментарная резекция, у 22 — клиновидная резекция, у 129 — лобэктомия, у 11 — билобэктомия, у 27 — пульмонэктомия, у 3 больных — пробная торакотомия.

Симптоматическое лечение проводилось у 45 больных, никто из них не прожил более 6 мес.

На 198 операциях метастатический БАР был у 9 больных, в том числе на стороне поражения у 7, в противоположном легком у 2. Период между возникновением первой и второй опухоли колебался от 4 до 15 лет. Диагностика и лечение этих больных представляют значительные трудности.

В послеоперационном периоде умерли 7 больных в возрасте старше 60 лет, в том числе 5 старше 70 лет. Причинами смерти были острая сердечно-сосу-

дистая или острая легочная недостаточность (3 человека), кровотечение (2), тромбоэмболия легочной артерии (2).

Если, как отмечалось выше, отдаленные результаты при узловой форме БАР после радикальных операций можно признать удовлетворительными, то при пневмониеподобной и распространенных формах они неутешительны.

Таким образом, БАР — форма рака легкого, имеющая свои особенности роста, внутрилегочного распространения и течения. Единственным радикальным методом его лечения является операция. Оперативное вмешательство оправдано только при локализованных узловых формах I — II стадии. Минимальный объем радикальной операции при БАР — лобэктомия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронхиолоальвеолярный рак. Методические рекомендации. М 1989; 15.
2. Васильев А.В. Клинический онколог 1990; 10: 52-55.
3. Гринберг Л.М., Мазур Г.И. Клинический онколог 1991; 69: 7: 114-116.
4. Козлов В.В. К вопросу о рентгенодиагностике бронхиолоальвеолярного рака легкого. В кн.: Диагностика и лечение онкологических заболеваний. Тезисы докладов 1-й Московской научно-практической конференции молодых ученых. М.—Обнинск 1990; 11-19.
5. Трахтенберг А.Х., Франк Г.А., Коваленко В.П., Ефимова О.Ю., Вальцев Н.В. Хирургия 1988; 11: 50-55.
6. Харченко В.П., Гуревич Л.А., Галицкая Г.А., Супрун Ю.Б., Мелентьева Е.Г., Иванов А.В. Вестник рентгенологии 1989; 3: 5-14.
7. Шулуток М.Л., Виннер М.Г., Мазур Г.И., Гринберг Л.М. Пробл туб 1987; 6: 35-39.
8. Шулуток М.Л., Виннер М.Г., Мазур Г.И., Гринберг Л.М., Синейко Л.М. Вопросы онкологии 1989; 35: 3: 294-299.
9. Шулуток М.Л., Гринберг Л.М., Мазур Г.И., Мотус И.Я. Грудная хирургия 1988; 2: 53-58.
10. Brolly F., Sehmilz C., Orion B., Maier A., Warles A., Belloeg J.P., Balrenschlager A., Roegel E. Les cancers bronchiolo-alveolaires uninodulaires. Apropos de 5 cas devaluation prolongee. Rev pneumol clin 1987; 43: 271-281.
11. Buck J., Weiske R., Reichardt W. Zur diagnostischen Problematik der Alveolarzellkarzinome. Radiologic 1986; 26: 1: 10-16.
12. Dock W., Grabenwöger F., Pinlerits F., Bardach G. Das bronchioalveolare Karzinom Fortschr. Geb Röntgenstr und Nuklearmed 1986; 145: 5: 510-514.
13. Gutsfeld P., Huwer H., Hiilsewede P., Istringhaus H. Langzeitprognose nach Resektion bronchioloalveolarer Karzinome. Prax und Klin Pneumol 1987; 41: 1: 780.
14. Heikkila L. Results of surgical treatment in bronchioloalveolar carcinoma. Ann chir et gynecoï 1986; 75: 4: 183-191.
15. Kreyberg L. The significance of histological typing in the study of the epidemiology of primary epithelial lung tumors: a study of 466 cases. Br J Cancer 1954; 8: 199-208.

Поступила 24.01.96