

Л.В. Бороров  
 А.В. Семиволос  
 О.І. Кобзев  
 В.М. Совенко  
 Б.О. Борисяк  
 А.І. Шевченко  
 О.Г. Кляпчук

# ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З МЕТАСТАЗАМИ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН РІЗНИХ ЛОКАЛІЗАЦІЙ У ЛЕГЕНЯХ

ДУ «Національний інститут раку», Київ, Україна

**Ключові слова:** метастатичне ураження легень, хірургічне лікування, комплексне лікування, хіміотерапія.

**Резюме.** Проведена оцінка 3- та 5-річної виживаності після хірургічного та комплексного лікування 231 хворого з метастатичним ураженням легень. Вибір методу терапії хворих із метастазами в легенях залежить від локалізації та гістологічної структури первинної пухлини, характеру раніше проведеного лікування, його ефективності, термінів виявлення метастазів, їх кількості та анатомічного розташування в легенях. Доведена доцільність хірургічного лікування метастазів злоякісних пухлин різних локалізацій у легенях.

Серед органів і систем організму значне місце за частотою метастатичного ураження при злоякісних новоутвореннях різних локалізацій займають легені. При первинному обстеженні метастази в легенях (МЛ) виявляють у 6–15% хворих зі злоякісними пухлинами, а після лікування, у разі прогресування процесу, як правило, у більшості випадків уражаються легені. МЛ розповсюджуються лімфогематогенним шляхом у 50,0–81,8% випадку, рідше – гематогенним (9,4–30,2%) та лімфогенним (4,3–23,5%) шляхами [1]. Однак метастатичне ураження легень не завжди є ознакою генералізації основного захворювання, особливо при солітарному чи одиночному ураженні легень. Метастазування злоякісних пухлин в легені виявляється з частотою від 1,6 до 55,4% залежно від локалізації та гістологічної структури первинної пухлини (табл. 1) [2]. За даними різних авторів процентні співвідношення відрізняються, що може пояснюватись особливостями відбору пацієнтів у різних лікувальних закладах. Найчастіше МЛ виявляються при трофобластичній хворобі, злоякісних новоутвореннях нирок, опорно-рухового апарату, товстої кишки [1–3].

Таблиця 1

Частота метастазування злоякісних пухлин в легені

Локалізація первинної пухлини	%
Злоякісні пухлини опорно-рухового апарату	18,6
Рак молочної залози	15,7
Пухлини яєчка	11,3
Меланома шкіри	6,5
Рак і саркома матки	4,2
Рак шлунка	1,6
Рак товстої кишки	16,8
Рак нирки	37,7
Трофобластична хвороба	55,4

Вибір методу лікування хворих із МЛ залежить від локалізації та гістологічної структури первинної пухлини, характеру раніше проведеного лікування, його ефективності, строків виявлення метастазів, їх кількості та анатомічного розташування в легенях [5–12]. МЛ прийнято розділяти: за кількістю – солітарні (1), одиночні – (2–3), множинні (> 3); за локалізацією – однібічні, двобічні. На практиці МЛ розділяють на 3 групи [3, 4]: 1-ша – метастази, чутливі до хіміотерапії (ХТ) та променевої терапії (ПТ) (рак яєчка, остеосаркома, хвороба трофобласту); 2-га – метастази,

практично резистентні до ХТ (гіпернефрома, меланома, високодиференційний залозистий рак товстої кишки та ендометрію, плоскоклітинний рак шийки матки); 3-тя – метастази пухлин, що частково піддаються впливу консервативних методів лікування (рак молочної залози, рак легені).

У зв'язку з викладеним постала необхідність систематизувати метастатичні процеси в легенях та виробити показання до оперативного та комплексного лікування, що й спонукало до цього дослідження.

За останні 20 років в ДУ «Національний інститут раку» перебував 231 пацієнт, якому проводилось оперативне лікування з приводу метастатичних уражень легень. Для зручності у роботі ми поділили хворих на відповідні групи залежно від локалізації первинної пухлини (табл. 2). Наведені результати свідчать, що частіше підлягають оперативному лікуванню пацієнти з первинним ураженням злоякісними пухлинами кісток (24,2%), м'яких тканин (19,5%) та нирок (15,6%).

Таблиця 2

Характеристика хворих, які проходили лікування у відділенні пухлин органів грудної порожнини ДУ «Національний інститут раку»

Локалізація первинної пухлини	Кількість хворих	
	абс. число	%
Злоякісні пухлини кісток	56	24,2
Злоякісні пухлини м'яких тканин	45	19,5
Рак нирки	36	15,6
Злоякісні пухлини матки та яєчника	23	9,9
Рак прямої кишки	23	9,9
Рак легені	18	7,8
Рак молочної залози	18	7,8
Рак ободової кишки	12	5,2
<b>Всього</b>	<b>231</b>	<b>100,0</b>

Встановлено, що хірургічне лікування при МЛ слід виконувати, враховуючи чутливість первинної пухлини (її метастазів) до ХПТ, що дозволяє проводити комплексне лікування. У разі діагностики ІV стадії захворювання на момент встановлення діагнозу (при виявленні солітарних, або одиночних МЛ) бажано перш за все пролікувати первинно уражений орган, а потім виконувати операцію на легені.

При метастазах 1-ї та 3-ї груп лікування слід починати з проведення неoad'ювантної ХТ, після оперативного їх видалення необхідно проводити ад'ювантне лікування. Призначення неoad'ювантної ХТ (2–3 курси) спрямоване на досягнення регресії чи стабілізації про-

цесу перед оперативним видаленням МЛ. При метастазах 2-ї групи перш за все необхідно вирішувати питання про можливість оперативного лікування.

З оперативних доступів виконано: однібічна торакотомія — у 200 (86,7%) хворих, двобічна торакотомія — у 29 (12,5%), стернотомія — у 2 (0,8% випадків). Локалізація метастазів у більшості прооперованих пацієнтів однібічна — 200 (86,7%); двобічна — у 31 (13,3%) хворого. Двобічне видалення метастазів у більшості випадків виконували поетапно з інтервалом 2–3 тиж. При солітарних та одиночних двобічних метастазах, за відсутності протипоказань у частини пацієнтів молодого віку виконували одномоментні двобічні економні резекції легень. Залежно від розповсюдженості метастазування частіше виконуються оперативні втручання при солітарних метастазах — у 125 (54,2%), при одиночних — у 52 (22,5%) і при множинних — у 54 (23,3%) пацієнтів.

Із оперативних втручань у більшості випадків виконували атипову та крайову резекцію легені — 177 (76,7%) та лобектомію — 48 (20,8%) випадків, пневмонектомію — лише у 6 (2,5%) хворих. Оптимальними операціями при видаленні МЛ слід вважати економні резекції (атипові, крайові), рідше — лобектомії. Виконання пневмонектомії при МЛ легень не бажане.

Заданими канцер-реєстру ДУ «Національного інституту раку» проведено аналіз 3- та 5-річної виживаності хворих після оперативного видалення МЛ (табл. 3).

Таблиця 3

**Вживаність хворих після хірургічного видалення МЛ залежно від локалізації первинної пухлини**

Первинна пухлина	Вживаність, %	
	3-річна	5-річна
Рак ободової кишки	37,9	14,6
Рак прямої кишки	37,2	15,5
Рак легені	30,6	12,5
Злоякісні пухлини кісток	41,4	21,6
Злоякісні пухлини м'яких тканин	38,2	30,0
Рак молочної залози	48,2	26,9
Злоякісні пухлини матки та яєчника	63,9	44,3
Рак нирки	53,3	30,7

Найкращі результати отримані при лікуванні хворих зі злоякісними пухлинами матки та яєчника, нирки, молочної залози, кісток та м'яких тканин. Обов'язковими критеріями відбору пацієнтів, у яких планується хірургічне видалення МЛ, слід вважати: радикальне лікування первинної пухлини; встановлений гістологічний варіант первинної пухлини; локалізація МЛ без ураження інших органів (повне використання арсеналу необхідних методів діагностики); проведення за показаннями неoad'ювантною ХТ для досягнення часткової регресії чи стабілізації процесу; можливість видалення всіх метастазів за допомогою однієї операції чи двоментної відстроченої; ризик оперативного втручання не повинен бути високим (з урахуванням достатнього функціонального резерву залишеної частини легень).

## ВИСНОВОК

Хірургічне видалення МЛ є доцільним у комплексному лікуванні хворих зі злоякісними пухлинами різних локалізацій та достовірно покращує виживаність.

## ЛІТЕРАТУРА

1. **Ахмедов БП.** Метастатические опухоли. Москва: Медицина, 1984. 191 с.
2. **Рыбакова НИ.** Метастатические опухоли легких. В: Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания. Москва: Медицина, 1978. 391 с.
3. **Трахтенберг АХ, Чиссов ВИ.** Клиническая онкопульмонология. Москва: ГЭОТАР Медицина, 2000: 543–56.
4. **Матвеев ВБ, Стилиди ИС, Тойгонбеков АК и др.** Хирургическое лечение метастазов рака почки в легкие. Вест Кыргызско-Российского Славянского университета 2003; 3 (7): <http://www.krsu.edu.kg/vestnik/2003/v7/a29.html>
5. **Накашидзе ДЯ.** Хирургический метод в лечении метастатических опухолей легкого. Дис ... канд мед наук. Москва, 1991. 139 с.
6. **Dresler CM, Goldbeg M.** Surgical management of lung metastases: selection factors and results. *Oncology* 1996; 10 (5): 649–55.
7. **Kern KA, Pass HI, Roth JA.** Surgical treatment of pulmonary metastases. In: Surgical treatment of metastases cancer / Ed SA Rosenber / Philadelphia: JB. Lippincott Co, 1987: 69–100.
8. **Mori N, Sawada T, Satoh H, et al.** A resected case of solitary pancreatic metastasis from adenocarcinoma of the lung. *JOP* 2008; 9 (6): 698–703.
9. **Barlow AD, Nakas A, Pattenden C, et al.** Surgical treatment of combined hepatic and pulmonary colorectal cancer metastases. *Eur J Surg Oncol* 2009; 35 (3): 307–12.
10. **Reshetov AV, Iablonskii PK, Orlova RV, et al.** The possibility and prognostic value of secondary lymphatic cancer spread in intrapulmonic metastases of solid tumors. *Vestn Khir Im I I Grek* 2008; 167 (3): 36–42.
11. **Ghetie C, Davies M, Cornfeld D, et al.** Expectoration of a lung metastasis in a patient with colorectal carcinoma. *Clin Colorectal Cancer* 2008; 7 (4): 283–6.
12. **Winter H, Meimarakis G, Hoffmann G, et al.** Does surgical resection of pulmonary metastases of head and neck cancer improve survival? *Ann Surg Oncol* 2008; 15 (10): 2915–26.

## TREATMENT OF PATIENTS WITH MALIGNANCIES OF VARIOUS LOCALIZATIONS SPREAD INTO THE LUNGS

*L.V. Bororov, A.V. Semivolos, O.I. Kobzev, V.M. Sovenko, B.O. Borisjuk, A.I. Shevchenko, O.G. Klapchuk*

**Summary.** The paper analyzes the 3- and 5-year survival rates after surgery and combined treatment of 231 patients with metastatic dissemination into the lungs. The choice of the treatment technique applied in patients with lung metastases depends on the localization and histological structure of the primary tumor, specifics of the treatment applied earlier, its efficacy, time when metastases were revealed, their number, and anatomic localization in the lungs. Evidences are provided showing that surgery treatment is an appropriate tactics in case of lung metastases of variously localized tumors.

**Key Words:** metastatic dissemination into lungs, surgery, combined treatment, chemotherapy.

**Адреса для листування:**

Бороров Л.В.  
03022, Київ, вул. Ломоносова, 33/43  
ДУ «Національний інститут раку»