

У 92 (77%) больных из 120 характер выпота был установлен только с помощью операции. Наиболее информативными методами диагностики карциноматоза плевры при раке легкого оказались видеоторакоскопия и торакотомия. В настоящее время именно видеоторакоскопическая ревизия и биопсия плевры являются стандартами диагностики плевральных выпотов [1, 5, 14]. При сомнительных результатах предоперационного исследования видеоторакоскопия и диагностическая торакотомия должны быть последними и закономерными методами диагностики причин накопления плевральной жидкости у больных раком легкого. У ряда больных диагностическая видеоторакоскопия может выполняться под местной анестезией, что позволяет использовать метод в амбулаторных условиях.

Литература

1. Порханов В.А. Видеоторакоскопические операции в диагностике и лечении заболеваний органов дыхания // Пробл. туберкулеза. – 1997; 6: 27–32.
2. Садовников А.А., Панченко К.И. Методы диагностики плевритов // Грудная и серд.-сосуд. хирургия. – 1996; 4: 60–62.
3. Ханин А.Л. Врачебные ошибки в ведении больных с заболеваниями плевры // Клини. мед. – 1999; 3: 20–22.
4. Чучалин А.Г. Плевра: патофизиологические и клинические аспекты // Пульмонология. – 1999; 1: 6–10.
5. Яблонский П.К., Пищик В.Г. Видеоторакоскопия в современной торакальной клинике // Вест. хирургии. – 2003; 1: 110–114.
6. Heffner J., Klein J. Recent advances in the diagnosis and management of malignant pleural effusions // Mayo Clin Proc. – 2008; 83: 235–250.
7. Kotyza J., Havel D., Vrzalová J. et al. Diagnostic and prognostic significance of inflammatory markers in lung cancer-associated pleural effusions // Int. J. Biol. Markers. – 2010; 25: 12–20.
8. Kremer R., Best L., Savulescu D. et al. Pleural fluid analysis of lung cancer vs benign inflammatory disease patients // Br. J. Cancer. – 2010; 102: 1180–1184.
9. Light R. Diagnostic principles in pleural disease // Eur. Respir. J. – 1997; 10: 476–481.
10. Light R. Tumor markers in undiagnosed pleural effusions // Chest. – 2004; 126: 1721–1724.
11. Neragi-Miandoab S. Malignant pleural effusion, current and evolving approaches for its diagnosis and management // Lung Cancer. – 2006; 54: 1–9.
12. Ozyurtkan M., Balci A., Cakmak M. Predictors of mortality within three months in the patients with malignant pleural effusion // Eur. J. Intern. Med. – 2010; 21: 30–34.
13. Rami-Porta R., Crowley J., Goldstraw P. The revised TNM lung cancer staging system for lung cancer // Ann. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2009; 15: 4–9.
14. Sakr L., Maldonado F., Greillier L. et al. Thoracoscopic assessment of pleural tumor burden in patients with malignant pleural effusion: prognostic and therapeutic implications // J. Thorac. Oncol. – 2011; 6: 592–597.

PLEURAL EFFUSION IN PATIENTS WITH LUNG CANCER: NONINVASIVE AND INVASIVE DIAGNOSIS

Professor A. Akopov, MD; V. Egorov, Candidate of Medical Sciences; Professor V. Varlamov, MD; V. Chistyakov, I. Deinaga, M. Raid, A. Karlson, I. Loginov
Research Institute of Pulmonology, Acad. I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University; Pokrovskaya Hospital, Saint Petersburg

The paper clarifies the causes of pleural effusion in patients with lung cancer, which is extremely urgent to choose a treatment and to determine prognosis. If the results of preoperative examination are ambiguous, it is video-assisted thoracoscopy, like diagnostic thoracotomy, that must be the last and appropriate methods for the diagnosis of pleural fluid accumulation in these patients.

Key words: lung cancer, pleural effusion, video-assisted thoracoscopy.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАСТАЗОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛЕГКИЕ

И. Андреяшкина¹, кандидат медицинских наук,

В. Плохов², доктор медицинских наук

¹Дорожная клиническая больница,

²Отделенческая клиническая больница на станции Волгоград I

E-mail: andreyashkina79@mail.ru

В работе представлены результаты клиничко-морфологической диагностики метастазов рака молочной железы в легкие и особенности тактики лечения.

Ключевые слова: рецепторный статус, рак молочной железы.

Лечение больных диссеминированным раком молочной железы (РМЖ) — одна из наиболее сложных проблем клинической онкологии. Это связано с биологической и кинетической неоднородностью заболевания, умеренной чувствительностью опухоли к химио- и гормонотерапии, отсутствием абсолютных признаков чувствительности и резистентности к современным противоопухолевым препаратам [2, 3, 5]. Однако многие вопросы планирования лечения и прогноза при диссеминированном РМЖ до сих пор остаются нерешенными. Метастатическое поражение легких при РМЖ чаще связано с гематогенным распространением процесса. Частота метастазирования в легкие и плевру при РМЖ составляет 29,4%. Особого внимания заслуживает характер метастазов РМЖ в легкие. По данным Н. Рыбаковой, выделяют 3 вида легочных метастазов: солитарные, единичные и множественные. Частота встречаемости солитарных метастазов, по данным разных авторов, составляет от 9 до 38,7%, что свидетельствует о склонности РМЖ давать ограниченные метастазы в легкие, что позволяет хирургам рассматривать вопрос об их оперативном лечении [1, 3, 4]. Однако множественные метастазы в легкие при РМЖ встречаются чаще — в 52–82% наблюдений.

Нами изучены особенности клиники, морфологического строения и диагностики у 230 больных РМЖ с легочными метастазами, находившихся на лечении в 1994–2004 г. Средний возраст больных составил 56,3 года, в том числе больных с солитарными метастазами — 57,6 года, с множественными метастазами — 49,2 года. Основные жалобы пациентов: боли в грудной клетке — у 18,3%, общая слабость — у 21,7%, одышка — у 11,3%, кашель сухой или с небольшим количеством мокроты — у 10,0%. В 29,2% случаев жалобы отсутствовали; изменения в легком были обнаружены только при рентгенологическом исследовании и носили ограниченный характер. В 64,0% случаев наблюдалось сочетание симптомов, чаще — с общей слабостью (при множественных очагах в легких и в случае метастатического плеврита). Всем больным провели комплексную диагностику:

рентгенографию в 2 стандартных проекциях, продольную томографию, компьютерную томографию, фибробронхоскопию и трансторакальную игловую биопсию.

Выявление метастазов в легких и плевре обеспечивало рациональное сочетание лучевых и эндоскопических методик исследования. Комплексные методы диагностики с достаточной определенностью позволяют оценивать характер изменения в легких и плевре. Чувствительность рентгенологического метода диагностики в случае вторичного изменения в легком составляет 57,2%, специфичность – 58,5%, точность – 53,3%. При морфологическом исследовании метастазов в 83% наблюдений заключение было информативно и позволило подтвердить диссеминацию РМЖ.

При солитарном метастазе РМЖ в легкие и плевру форма тени опухоли была неправильной в 49% наблюдений, контуры тени чаще были нечеткие (51,4%), однако такие признаки, как «дорожка» к корню легкого и увеличение внутригрудных лимфатических узлов, встречались относительно редко – соответственно в 1,6 и 2% наблюдений. При РМЖ солитарные метастазы в легкие отмечены у 59 (25,6%) больных, множественное поражение легкого – у 142 (61,8%) больных ($p < 0,05$).

Большое значение в верификации метастатического процесса в легком имело морфологическое исследование, которое для подтверждения диагноза метастаза в легких проведено у 95 пациентов.

В зависимости от цитологической картины метастазы в легких распределились следующим образом: аденокарцинома – в 62,5% наблюдений, метастазы железистого рака – в 20,5%, клетки злокачественной опухоли – в 17% ($p < 0,05$).

При оценке рецепторного статуса у больных РМЖ с метастазами в легкие и плевру получены следующие результаты: опухоль была чувствительна к рецепторам эстрогенов и прогестерона в 4% наблюдений. У 24% пациенток определена гормонозависимость опухоли к эстрогену и отсутствие гормоночувствительности к рецепторам прогестерона, у 29,4% – гормоночувствительность к рецепторам прогестерона и гормононегативность к рецепторам эстрогена; а 42,6% наблюдений опухоль была гормононегативна. В группе сравнения в 53,3% наблюдений опухоль была гормонопозитивна по рецепторам прогестерона и эстрогенов, в 40% – гормоночувствительна к рецепторам эстрогена и гормононегативна к рецепторам прогестерона и в 6,7% – гормононегативна к рецепторам эстрогена и прогестерона ($p < 0,05$).

Клинико-рентгенологическое исследование продемонстрировало, что легочные метастазы РМЖ чаще были множественными, чем ограниченными. Множественный вариант встретился в 61,8% наблюдений, он возникал в первый год заболевания РМЖ и характеризовался яркой клинической картиной. При данном варианте прогноз течения основного заболевания крайне негативный. У указанных больных тактика лечения была консервативной и включала химиотерапевтическое лечение, а также гормонотерапию.

Ограниченный вариант метастазов в легкие (одиночный четко отграниченный очаг) отмечен в 38,2% наблюдений. Этот вариант в случае ремиссии 24 мес и более является показанием к хирургическому лечению. Кроме того, для определения хирургической тактики лечения важны такие показатели первичной опухоли, как высокая и средняя степень дифференцировки, I и II степени злокачественности, рецепторнегативный и HER2 нео-негативный статус. При солитарных метастазах в легких у больных РМЖ предпочтение отдавали органосохранному лечению – это определялось прежде всего высокой склонностью РМЖ к ранней и множественной диссеминации.

Оценка клинической симптоматики и морфологической картины легочных метастазов обязательна при комплексной диагностике метастазов РМЖ в легкие.

При гормононегативных опухолях высок риск диссеминации опухолевого процесса, частота положительных ответов на системную противоопухолевую терапию понижена, арсенал противоопухолевой терапии ограничен. В группе больных с гормонопозитивной к рецепторам прогестерона и эстрогена опухолью получен положительный ответ на системную противоопухолевую терапию, что позволяет варьировать режимы терапии, обеспечивать контроль течения опухолевого процесса в процессе наблюдения. Выделение 2 клинико-рентгенологических вариантов течения легочных метастазов при РМЖ влияет на выбор тактики лечения: ограниченный характер поражения служит показанием к хирургическому лечению, множественный характер – к системной терапии.

Литература

1. Запиров Г. М. Лучевая диагностика и лечение солитарных метастазов в легких: дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2001.
2. Харченко В. П., Гуревич Л. А., Коробкина Е. С. Диагностика метастатических поражений легких // Тез. докл. в сб. Научно-практическая конференция «Лучевая диагностика на рубеже столетий». – СПб., 1999. – С. 115.
3. Гарин А. М. Эндокринная терапия и гормонозависимые опухоли. – М., 2005. – 74 с.
4. Fisher B., Wolmark N. Limited surgical management for breast cancer // World J. Surg. – 1985; 145: 156–158.
5. Gale K. Anderson J. Hormonal treatment for metastatic breast cancer // Cancer. – 1994; 12: 12–13.

CLINICOMORPHOLOGICAL FEATURES OF LUNG METASTASES FROM BREAST CANCER

I. Andreyashkina¹, Candidate of Medical Sciences; V. Plokhov², MD
¹Railway Clinical Hospital; ²Departmental Clinical Hospital at the Volgograd-I Station

The paper presents the results of clinicomorphological diagnosis of breast cancer metastases to the lung and the specific features of treatment policy.

Key words: receptor status, breast cancer.