

3. Мишенькин Н.В., Лоцилов В.И., Иванова Л.И. и др. Патологические состояния оперированного в прошлом среднего уха и их хирургическое лечение: Методические рекомендации. - Омск, 1980. - 23 с.
4. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. Болезни уха, горла и носа. - М.: Медицина, 1980. - 487 с.
5. Погосов В.С. Атлас оперативной оториноларингологии. - М.: Медицина, 1983. - С.104-108.
6. Преображенский Н.А., Пятакина О.К. Хирургическое лечение тугоухости// В кн.: Тугоухость / Под ред. Н.А. Преображенского. - М.: Медицина, 1978. - С. 356-357.
7. Сагалович Б.М., Петровская А.Н. Дифференциальная диагностика нейросенсорной тугоухости// В кн.: Современные методы диагностики и лечения хронических оториноларингологических заболеваний. - М., 1986. - С. 3-13.
8. Сагалович Б.М., Петровская А.Н. Ранняя диагностика нейросенсорной тугоухости: Методические рекомендации. - М., 1988. - 15 с.
9. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии: Учебное пособие. - М., 1990. - 288 с.
10. Тарасов Д.И., Наседкин А.Н., Лебедев В.П., Токарев О.П. Тугоухость у детей. - М.: Медицина, 1984. - С. 163-167.
11. Шульга А.О., Вишняков Н.П. Хирургическое лечение при хроническом гнойном среднем отите// В кн.: Хроническое гнойное воспаление среднего уха. - М., 1969. - С. 87-93.
12. Arnold W., Ganzer U., Kleinmann H. Sensorineural hearing loss in mucous otitis. - Arch. Oto-Rhino-Laring.- Berl., 1977. - Bd. 215. - 1. - S. 91-93.

© СИНЕВ А.П., ЛАЛЕТИН В.Г., МЕНГ А.А. - 1999
УДК 616.24 - 006 - 089

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ЛЁГКОГО

А.П. Синев, В.Г. Лалетин, А.А. Менг

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, курс онкологии, зав. - проф. В.Г. Лалетин)

Резюме. С 1976 года по настоящее время прооперировано 38 больных с метастазами в лёгкие злокачественных новообразований различных локализаций. Интервал времени от момента лечения первичного очага до момента удаления метастаза варьировал от 1 месяца до 11 лет. Основную часть (25) составляли больные в возрастной группе младше 50 лет. Наиболее часто встречались метастазы злокачественных новообразований прямой и толстой кишки - 6 (16%) больных. В ближайшем послеоперационном периоде умерло 2 (5,2%) больных. Прослежена судьба 33 больных. После удаления метастазов прожили более 5 лет шестеро больных.

Большинство больных злокачественными новообразованиями погибают от генерализации процесса и метастазов, которые до определённого момента ограничиваются каким-либо одним органом при отсутствии рецидива в области ранее удалённой опухоли. В 20% случаев встречается изолированное метастатическое поражение лёгких [2,3].

Несмотря на достигнутые успехи в торакальной хирургии, до настоящего времени реальная врачебная помощь больным онкологической патологией заключается в воздействии на первичный очаг и зоны регионарного лимфогенного метастазирования. Судьба больных с вторичными очагами в лёгких, по мнению большинства врачей, считается фатальной, процесс рассматривается как генерализованный. Тем не менее, в клинической практике возможно эффективное хирургическое лечение у этой группы больных [4,5,6,9]. О первой такой попытке сообщил Kroenlein в 1886 году. Burney и Churchill в 1939

году сообщили о случае успешного удаления солитарного метастаза гипернефроидного рака в лёгкое спустя год после нефрэктомии у больной 56 лет, прожившей после операции на лёгком ещё 12 лет. Анализируя литературу за последние 15-20 лет мы встретили описание, как отдельных случаев, так и серии наблюдений успешного хирургического лечения метастатических опухолей лёгких [5,11]. Мировой опыт насчитывает около 15000 подобных операций. В последнее время объём показаний к удалению интраторакальных метастазов имеет тенденцию к расширению, однако это остаётся уделом крупных клиник грудной хирургии. В связи с разработкой и внедрением методов малоинвазивной хирургии появляются сообщения об успешных торакоскопических операциях при метастазах [1,8,10]. В ряде крупных клиник выполняются одномоментные билатеральные торакотомии и трансстернальные доступы с целью удаления вторичных очагов в обоих лёгких, или пульмонального рака с мета-

стазом в контралатеральный орган [11]. Комбинирование оперативного лечения с лучевым и лекарственным противоопухолевыми методами позволяет улучшить отдалённые результаты.

Материалы и методы

Мы располагаем опытом лечения 38 больных, оперированных в торакальном отделении Иркутского областного онкодиспансера по поводу различных вариантов метастатического поражения лёгких, начиная с 1976 года. Возраст больных составлял от 17 до 75 лет, из них женщин было 24(63%), мужчин - 14(37%). Большинство больных в возрасте до 50 лет - 25 (65%). Временные интервалы от момента удаления первичного очага до вмешательства на лёгком весьма вариабельны и составляли от 1 месяца до 11 лет.

При выборе объёма оперативного вмешательства мы руководствовались размером опухоли, её расположением, взаимоотношением с бронхами и сосудами, функциональными возможностями больного. Предпочтение отдавалось вариантам экономных резекций и прецизионной технике удаления очагов, так как, не влияя на радикальность, они функционально более приемлемы, послеоперационные осложнения при таких вмешательствах существенно ниже. К расширению объёма вмешательства до пневмонэктомии прибегали как к вынужденной мере при большом распространении процесса или вовлечении в него элементов корня лёгкого.

Всем больным проводилось комплексное клиническое обследование, включавшее в себя рентгенологические, в том числе компьютерную томографию, эндоскопические, ультразвуковые, радиоизотопные, функциональные и лабораторные методы. Тем самым получали максимум информации об очаге в лёгком, о состоянии области ранее удалённой опухоли, исключали внелёгочные метастазы, оценивали функциональное состояние внешнего дыхания и компенсаторные возможности сердечно-сосудистой системы.

Результаты и обсуждение

Клиническая симптоматика у наблюдаемых нами больных была довольно разнообразной, в зависимости от степени поражения лёгких. У трети больных заболевание протекало бессимптомно, выявление у них метастазов стало возможным благодаря динамическому наблюдению после лечения злокачественной опухоли, обязательным элементом которого является рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Две трети больных обратились к врачу с клиникой заболевания лёгких.

Оперативное вмешательство в объёме пневмонэктомии выполнено у 3 больных, лоб- и билобэктомии - у 17, различные варианты сублобарных резекций - у 28. В некоторых случаях лобэктомию сочетали с прецизионным удалением очагов из оставшейся части лёгкого или резекции с помощью сшивающих аппаратов. В 3 случаях операции выполнены последовательно на обоих лёгких с интервалом в 3 - 4 недели, начиная с наиболее поражённой стороны. Повторные вмешатель-

ства на лёгком, ранее оперированном по поводу метастазов, предприняты у 4 больных. У 22 (58%) оперированных больных очаги были солитарными. Самый большой имел размер 12 x10x8 см (у больного лейомиосаркомой голени). Максимальное количество метастатических очагов, удалённых за 4 последовательные операции (у больной злокачественной гемангиоперицитомой бедра) составило 36. Наиболее часто (6 больных) удаляли метастазы в лёгкое рака прямой и толстой кишки. Метастазы синовиальной саркомы, лейомиосаркомы и хондросаркомы выявлены по 4 раза каждый. По поводу вторичных процессов в лёгких выполнены 3 вмешательства: при остеогенной саркоме, гипернефроме, раке матки и метастазах рака лёгкого в лёгкое. Вторичные пульмональные очаги при гемангиоперицитоме и раке молочной железы выявлены у 2 больных при каждой локализации. По одному случаю приходится на удаление метастазов меланомы, рака желудка, рака гортани и злокачественной тимомы.

От ранних послеоперационных осложнений, обусловленных дальнейшей генерализацией процесса, погибло 2 больных. Более 5 лет прожили 6 больных, 3 - 5 лет - 8, 1 - 3 года - 12. Менее года прожили 5 больных. Отдалённые результаты у 5 больных проследить не удалось.

Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности хирургического лечения поражений лёгких метастатического характера. Это позволяет у большинства больных продлить ремиссию, в ряде случаев имеющую стойкий характер. Кроме того, у ряда пациентов значительно улучшается качество жизни, благодаря ликвидации тяжёлых симптомов, которые были связаны с наличием процесса в лёгких. Совершенствование хирургической техники и сочетание оперативного лечения с методами лучевой и лекарственной противоопухолевой терапии позволяет расширить показания к специальному лечению у онкобольных с метастатическими поражениями лёгких.

DIAGNOSIS AND TREATMENT METASTATIC TUMOR OF LUNG

A.P. Sinev, V.G. Laletin, A.A. Meng
(Irkutsk State Medical University)

We present results of surgical treatment of lung metastases. From 1976 to 1997 was excised focus in lung in 38 patient. The time interval was from 1 months to 11 years. In 6 cases were exposed metastases of colorectal cancer. 6 men were lived over 5 year.

Литература.

1. Айтаков З.И., Казакова В.А., Зеленер С.В. и др. Хирургическое лечение метастатических опухолей лёгких// Хирургия. -1986. - №9. - С. 19-21.
2. Атанасян Л.А., Рыбакова Н.И., Поддубный Б.К. Метастатические опухоли лёгких. - М.: Медицина, 1977. -183 с.
3. Ахмедов Б.П. Метастатические опухоли. - М.: Медицина, 1984. - С.25-62.

4. Вальтер М., Рейхерт, Ерасми Г. и др. Хирургия метастазов лёгких// Хирургия. - 1994. - №1. - С.29 - 33.
5. Накашидзе Д.Я. Хирургический метод в лечении метастатических опухолей лёгких: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Москва, 1991. - 18 с.
6. Перельман М.И. Прецизионная техника удаления патологических образований из лёгких// Хирургия. - 1983. - №11. - С. 12 -14.
7. Розенштраух Л.С., Рыбакова Н.И., Виннер М.Г. Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания. - М.: Медицина, 1987. - 525 с.
8. Dresler C.M., Goldberg M. Surgical management of lung metastases: selection factors and results// Oncology. - 1996. - Vol.10. - P.649 -656.
9. Mc Cormach P.M., Martini N. The changing role of surgery for pulmonary metastases// Ann. Thorac. Surg. - 1979. - Vol.28. - P. 139 -145.
10. Sartorelli K.N., Partrick D., Meagher D.R. Post-site recurrence after thoracoscopic resection of pulmonary metastasis owing to osteogenic sarcoma// J. Pediatr. Surg. - 1996. - Vol.31. - P. 1443-4.
11. Shimizu J., Oda M., Nayashi Y. Results of surgical treatment of pulmonary metastases// J. Surg. Oncol. - 1995. - Vol.58. - P. 57-62.

© ЗАЛЕВСКИЙ А.А. - 1999
УДК 616.26/27-002-007.43-089

ПЕРЕДНИЙ МЕЖПЛЕВРАЛЬНЫЙ ДОСТУП К ЗАДНЕМУ СРЕДОСТЕНИЮ

А.А. Залевский

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор – профессор В.И. Прохоренков, кафедра общей хирургии, зав. - профессор М.И. Гульман).

Резюме. Представлена методика нового переднего межплеврального доступа к наддиафрагмальному отделу заднего средостения и результаты ее применения у пациентов с хирургической патологией кардии.

За последние десятилетия сообщений, посвященных разработке новых хирургических доступов к заднему средостению для выполнения операций традиционным методом, в доступной нам литературе мы не нашли. Приоритеты отданы эндоскопическим технологиям. В тоже время больным, ранее перенесшим полостные операции традиционным методом, отказывают в эндоскопических операциях из-за спаечного процесса. Эндоскопическая операция нередко заканчивается традиционным методом из-за возникших осложнений или непреодолимых технических трудностей. Известно несколько традиционных доступов к наддиафрагмальному отделу заднего средостения:

- 1) задний экстраплевральный доступ И.И. Насилова, предложенный им в 1888 году [4]. Его многократно применяли отечественные и зарубежные хирурги в классическом авторском варианте и в различных модификациях. Все они были единодушны в оценке его недостатков. Высокая травматичность и чреватость тяжкими осложнениями стали причиной отказа от практического применения этого доступа [3].
- 2) чресплевральный заднебоковой доступ, разработанный и предложенный в 1900 году В.Д. Добромисловым [цит. по Комарову Б.Д. и соавт.], менее травматичен. Именно с этим доступом связано стремительное развитие хирур-

гии пищевода во всем мире [2,9,8]. Но применение его ограничено у больных с сопутствующей легочно-сердечной недостаточностью. Положение такого пациента на операционном столе на боку значительно затрудняет физиологию дыхания даже с ИВЛ. Кроме того, после торакотомии средостение закрыто легким. Чтобы открыть его, приходится пересечь легочную связку, а легкое отсечь кпереди и кверху. В результате возникают нарушения легочной вентиляции и гемодинамики, опасные для жизни. Некоторые хирурги отдавали предпочтение этому доступу при повторных операциях больным, ранее оперированным через абдоминальный доступ, а также при больших длительно существующих аксиальных, паразофагеальных грыжах и коротком пищеводе [10]. В большинстве случаев это левосторонняя заднебоковая торакотомия по VI-VIII межреберью слева и, нередко, с пересечением реберной дуги [1,5].

- 3) торако-абдоминальный доступ, представляющий соединение чресплеврального и чресбрюшинного доступов с пересечением реберной дуги, применяют относительно редко из-за травматичности. Большинство хирургов при необходимости соединяют грудную и брюшную полости посредством диафрагматомии [6,11].