

© Коллектив авторов, 2013  
УДК 616.12/.13:616.24-006.6-089.87

А. Л. Акопов<sup>1</sup>, С. Д. Горбунков<sup>1</sup>, В. И. Егоров<sup>2</sup>, И. В. Дейнега<sup>2</sup>, С. М. Чёрный<sup>1</sup>

## КОМБИНИРОВАННАЯ ЛЕВОСТОРОННЯЯ ПНЕВМОНЭКТОМИЯ ПО ПОВОДУ РАКА ЛЁГКОГО У БОЛЬНОГО С ТЯЖЁЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ

<sup>1</sup> Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав. — академик РАМН Н. А. Яицкий), ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»;

<sup>2</sup> Городская Покровская больница (главврач — М. Н. Бахолдина), Санкт-Петербург

**Ключевые слова:** пневмонэктомия, рак легкого, сопутствующая патология

Летальность после пневмонэктомии, по данным различных авторов, составляет от 2 до 12%, а частота послеоперационных осложнений колеблется от 12 до 34% [4]. В ряде клинических случаев, например при больших или даже гигантских размерах опухоли у больных с немелкоклеточным раком легкого, специальное консервативное противоопухолевое лечение считается противопоказанным, и только радикальное хирургическое вмешательство может рассматриваться как реальный способ продления жизни больных. При этом стремление к снижению послеоперационной летальности неизбежно приводит к отказу в операции у ряда пациентов с операбельными и резектабельными опухолями лёгких. Особые сложности возникают в оценке функциональной переносимости предстоящего оперативного вмешательства при наличии тяжёлой сопутствующей сердечно-сосудистой и дыхательной патологии, так как общепринятых объективных критериев оценки степени хирургического риска на сегодняшний день нет.

Пациент К., 1944 г. рождения, в ноябре 2011 г. госпитализирован на хирургическое торакальное отделение с жалобами на слабость, дискомфорт в левой половине грудной клетки. По профессии — радиохимик (в анамнезе — большие дозы облучения как однократные, так и суммарные, ингаляция радиоактивной пыли, острая лучевая реакция с 1976 по

1998 г.). Из анамнеза жизни известно, что в 1996 г. перенес острый инфаркт миокарда, произведена ангиопластика правой коронарной артерии. В 1999 г. — острый тромбофлебит глубоких вен правой нижней конечности, назначена антикоагулянтная терапия. В 2000 и 2001 гг. имели место рецидивы тромбофлебита, осложнившиеся массивной тромбоэмболией правой и левой ветвей лёгочной артерии (ТЭЛА). Тогда же впервые развилась декомпенсация хронической недостаточности мозгового кровообращения (инсульт) по ишемическому типу в бассейне корковых ветвей правой среднемозговой артерии, которая рецидивировала в 2002, 2006 и 2008 гг., развился левосторонний гемипарез. В 2002 г. — очередной рецидив ТЭЛА. Весь этот период проводилась антикоагулянтная терапия при контроле показателей свёртывающей системы крови. В 2008 г. при лучевом обследовании впервые выявлено периферическое новообразование нижней доли левого легкого с максимальным размером 1,5 см, расцененное как участок пневмофиброза после перенесенной ТЭЛА.

Через 1 год отмечен рост новообразования до 3 см в диаметре. Одновременно выявлено новообразование левой почки размером 2,5 см, расцененное как метастаз злокачественной опухоли легкого. Вскоре развились рецидив тромбофлебита глубоких вен правой нижней конечности, илеофemorальный тромбоз, распространение тромбоза на нижнюю полую вену с формированием флотирующего тромба. 20.07.2010 г. установлен кава-фильтр в нижнюю полую вену, после чего рецидивов ТЭЛА не отмечалось.

Стабилизация состояния пациента позволила продолжить обследование по поводу новообразования левого легкого. Несколько раз в различных стационарах путем чрезбронхиальной и трансторакальной биопсии пытались получить материал для гистологического исследования, однако верифицировать характер новообразования не удалось.

### Сведения об авторах:

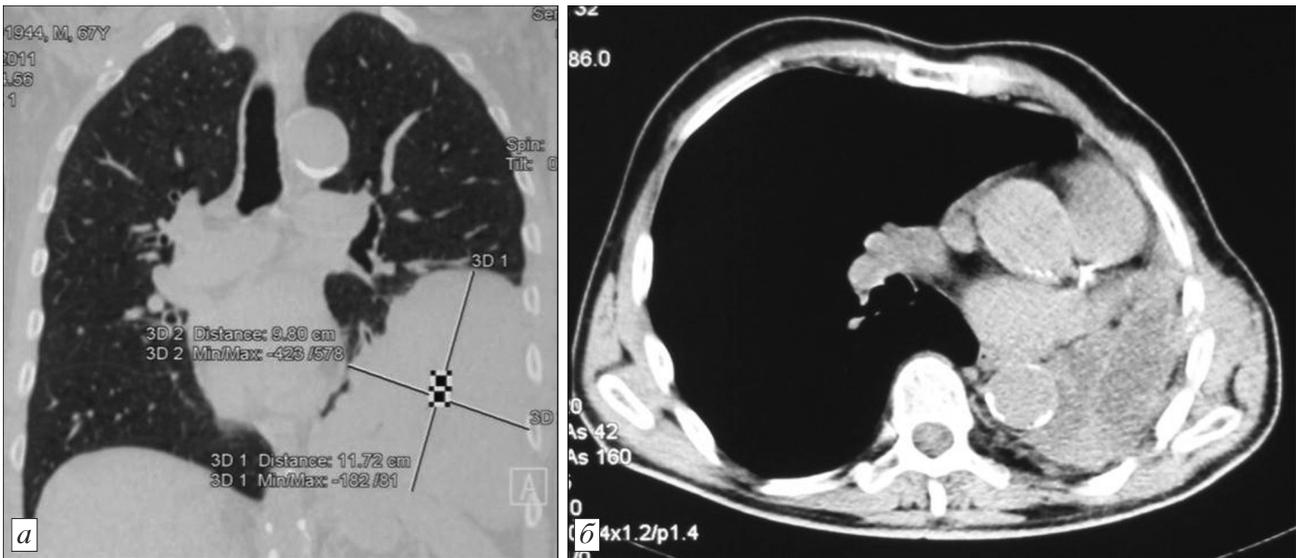
Акопов Андрей Леонидович (akopovand@mail.ru), Горбунков Станислав Дмитриевич (sdgorbunkov@mail.ru),

Чёрный Семен Миронович (chernyi@mail.ru), кафедра госпитальной хирургии № 1,

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, 6–8;

Егоров Владимир Ильич (egorovspb@mail.ru), Дейнега Игорь Владимирович (deynega@pochta.ru),

Городская Покровская больница, 199106, Санкт-Петербург, Большой пр. В. О., 85



Результаты компьютерной томографии больного К., 1944 г. р. (объяснения в тексте).

а — до операции; б — через 16 мес после операции

В конце 2010 г. рентгенологически выявлены полость деструкции в нижней доле левого легкого и левосторонний плевральный выпот. Плевральная полость дренирована, эвакуировано около 1000 мл гнойного экссудата. В течение следующего года госпитализировался в несколько стационаров Санкт-Петербурга, однако от хирургической диагностики и оперативного лечения специалисты воздерживались в связи с большими размерами новообразования (более 10 см в диаметре) и тяжестью сопутствующей патологии.

При очередном лучевом обследовании в ноябре 2011 г. — на фоне диффузной эмфиземы картина гигантского новообразования нижней доли левого легкого, умеренно накапливающее контрастное вещество, размером 11×15 см, широко прилежащее к грудной стенке, диафрагме и средостению, в центре новообразования определялась зона распада (рисунок, а). Существенного увеличения внутригрудных лимфатических узлов не отмечено. При КТ брюшной полости размеры новообразования левой почки не изменились (киста), инородное тело (кава-фильтр) в нижней полой вене. Эхокардиографических значимых признаков лёгочной гипертензии не выявлено. По данным спирографии — необратимые нарушения проходимости дыхательных путей (ОФВ1 62% от должного, индекс Тиффно — 68% от должного).

Учитывая бесперспективность консервативной терапии, неясность диагноза, отсутствие признаков декомпенсации кровообращения, решено выполнить лечебно-диагностическое хирургическое вмешательство. Прием варфарина был прекращен за 3 сут до операции, пациент продолжил получать гепарин в дозе 10 000 МЕ/сут.

14 ноября 2011 г. произведена боковая левосторонняя торакотомия. Легкое выделено из массивных сращений, установлено, что новообразование занимает большую часть лёгочной паренхимы, вовлекает перикард, субтотально левый купол диафрагмы, а также боковые участки VII–IX ребер. При этом магистральные сосуды средостения, грудной отдел аорты, пищевод в опухоль не вовлечены, признаков карциноматоза плевры нет, макроскопически признаков лимфогенной диссеминации опухоли в средостение также не установлено. Путем интраперикардиальной перевязки

лёгочных сосудов, резекции перикарда, грудной стенки и субтотальной резекции левого купола диафрагмы выполнена пневмонэктомия, опухоль удалена макроскопически радикально единым блоком. Дефекты грудной стенки и диафрагмы ушиты местными тканями. Интраоперационная кровопотеря составила около 600 мл. Пациента экстубировали через 12 ч после завершения операции, в дальнейшем дыхательных и гемодинамических расстройств не отмечалось. На 3-и сутки диагностирована несостоятельность шва диафрагмы с перемещением части желудка в левую плевральную полость. Произведены реторакотомия, ушивание дефекта диафрагмы с использованием сетчатого эндопротеза. В дальнейшем течение послеоперационного периода — без особенностей.

При гистологическом исследовании удаленного препарата диагностирован плоскоклеточный рак с наличием метастазов в лимфатических узлах корня легкого (N1). В краях резекции признаков опухолевого роста не обнаружено. Пациент выписан из стационара через 19 сут после пневмонэктомии. Через 2 мес в амбулаторном режиме начато проведение адьювантной противоопухолевой полихимиотерапии (пять циклов по схеме карбоплатин 6 АУС, паклитаксел 100 мг/м<sup>2</sup>). С конца весны 2012 г. вернулся к работе. В январе 2013 г. диагностировано наличие имплантационного метастаза в зоне операционного рубца размером 4×4 см, метастаз удален путем резекции мягких тканей грудной стенки. При контрольном обследовании в марте 2013 г., через 16 мес после операции, признаков рецидива и отдаленных метастазов не выявлено (рисунок, б).

Данное наблюдение представляет клинический интерес с нескольких позиций. Наличие в анамнезе тяжелой сосудистой патологии (рецидивирующий тромбофлебит, илеофemorальный тромбоз, рецидивирующая ТЭЛА, инфаркт миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения) являются критериями высокой послеоперационной летальности, и таким боль-

ным хирургическое вмешательство на лёгких, как пневмонэктомия, не выполняется. Наличие кава-фильтра само по себе — также противопоказание к обширным резекциям лёгких. Кроме того, размеры новообразования, обширное вовлечение в опухоль окружающих тканей (перикард, грудная стенка, диафрагма) также определяли чрезвычайно высокий риск операции. Гигантские размеры новообразования исключали возможность проведения противоопухолевой химиотерапии и лучевой терапии, тем более, что гистологический вариант опухоли до операции установлен не был. Нет сомнения, что проведенное хирургическое вмешательство не может считаться абсолютно радикальным, учитывая степень распространения рака легкого. Однако оно в сочетании с адьювант-

ной химиотерапией позволило продлить жизнь больного и существенно улучшить ее качество.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Goldenberg N., Kahn S., Solymoss S. Markers of coagulation and angiogenesis in cancer-associated venous thromboembolism // *J. Clin. Oncol.* 2003. Vol. 21. P. 4194–4199.
2. Lyman G., Khorana A., Falanga A. et al. American Society of Clinical Oncology guideline: recommendations for venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer // *J. Clin. Oncol.* 2007. Vol. 25. P. 5490–5505.
3. Malgor R., Bilfinger T., Labropoulos N. Systematic review of pulmonary embolism in patients with lung cancer // *Ann. Thorac. Surg.* 2012. Vol. 94. P. 311–316.
4. Myrdal G., Gustafsson G., Lambe M. Outcome after lung cancer surgery. Factors predicting early mortality and major morbidity // *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* 2001. Vol. 20. P. 694–699.

Поступила в редакцию 22.05.2013 г.