

КОМБИНИРОВАННАЯ ПНЕВМОНЭКТОМИЯ У БОЛЬНОГО РАКОМ ЛЕГКОГО С ИМПЛАНТИРОВАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ

Е.В. Левченко¹, Л.И. Виленский³, А.В. Авалиани², С.А. Якшин²

Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер. Отделение торакальной хирургии¹
Отделение анестезиологии и реанимации²

Ставропольский краевой клинический кардиологический диспансер
Отделение хирургии аритмий и электрокардиостимуляции³

Общепризнанно, что операции по поводу рака легкого сопряжены с высочайшим риском развития как интраоперационных, так и послеоперационных осложнений. Существенное влияние на развитие осложнений оказывают объем оперативного вмешательства [1, 2, 3, 8, 10], функция внешнего дыхания [4, 11], возраст и связанные с ним сопутствующие заболевания [5, 9]. Одним из значимых факторов, определяющих функциональную операбельность больных раком легкого, является патология сердечно-сосудистой системы, в частности аритмологические нарушения. Методом выбора коррекции брадиаритмического варианта ишемической болезни сердца (ИБС) является имплантация электрокардиостимулятора (ЭКС). В литературе имеются единичные публикации о легочных резекциях по поводу рака легкого пациентам с ЭКС [6, 7]. Однако в доступной нам литературе не встретилось описания случаев выполнения пневмонэктомии с циркулярной резекцией бифуркации трахеи у пациентов с имплантированным ЭКС.

Приводим наше наблюдение.

Больной О., 60 лет, 01.05.98 поступил в отделение хирургии аритмий и ЭКС Ставропольского краевого клинического кардиологического диспансера с жалобами на кашель периодического характера с незначительным количеством слизистой мокроты, одышку при физической нагрузке, тупую ноющую боль в грудной клетке слева. Отметил ухудшение общего состояния, связанное с усилением болезненности в области сердца. Длительное время находился под наблюдением кардиолога с диагнозом: ИБС, стенокардия напряжения, ФКП Мерцательная тахикардия, постоянная форма. Состояние после радиочастотной деструкции (абляции) A-V соединения и имплантации ЭКС (режим VVI1991 г.). Реимплантация ЭКС 1992, 1993 гг. При поступлении выявлена дислокация электрода ЭКС с самопроизвольным позиционированием его контактной головки в области выходного тракта правого желудочка.

В результате дальнейшего дообследования выявлено:

1. Рентгенография органов грудной клетки от 01.05.98: правый корень расширен, бесструктурен. Тень средостения не расширена. Определяется снижение пневматизации SI-III правого легкого. В мягких тканях левой подключичной области определяется инородное тело (ЭКС).

2. КТ органов грудной полости от 06.05.98: в области верхней доли правого легкого определяется опухоль 5х4,5х4 см. с вовлечением правого главного бронха и трахеобронхиального угла (рис. 1).

3. ФБС от

20.05.98: справа устье верхнедолевого бронха деформировано и обтурировано бугристой опухолью, опухоль инфильтрирует и распространяется по латеральной стенке правого главного бронха до трахеобронхиального угла. Щипцовая биопсия, отпечаток, аспират.

4. Гистологическое заключение № 22420 от 25.05.98:

группа атипичных клеток с гиперхромными ядрами. Цитологическое заключение № 5077 от 20.05.98 — элементы плоскоклеточного рака.

Больной консультирован онкологом. Запланировано оперативное вмешатель-

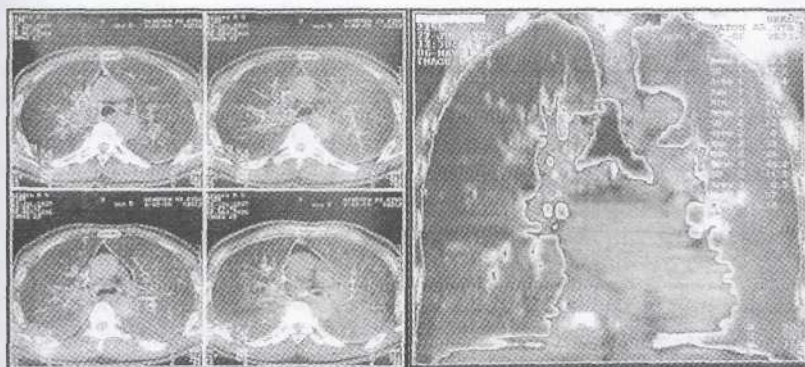


Рис. 1. Компьютерная томография органов грудной клетки: опухоль верхней доли правого легкого инфильтрирует правый главный бронх и трахеобронхиальный угол

ство в объеме правосторонней пневмонэктомии с резекцией бифуркации трахеи. 07.05.98 выполнена имплантация ЭКС в режиме VVIR. Эндокардиальный доступ выбран через правую подключичную вену. С учетом планируемой пневмонэктомии и сопряженным с ней смещением органов средостения ЭКС из левой подключичной области решено не удалять. ЭКС переведен в режим DEMAND и перепрограммирован на частоту стимуляции 40 в минуту на случай дислокации вновь установленного электрода.

01.06.98 больной госпитализирован в торакальное отделение Ставропольского краевого клинического онкологического диспансера. 08.06.98 выполнена комбинированная пневмонэктомия с циркулярной резекцией бифуркации трахеи. Трахея отсечена на 2 полукольца краевальнее трахеобронхиального угла, левый главный бронх - на 1 полукольцо каудальнее кия бифуркации трахеи. Выполнена ipsilateralная медиастиальная лимфодиссекция. Наркоз НЛА +N₂O по эндотрахеальной методике. Этап формирования трахеобронхиального анастомоза выполнен системой "иунт — дыхание" через дополнительный разрез мембраниозной части левого главного бронха. Ранний послеоперационный период осложнился пневмонией единственного легкого. После комплексной противовоспалительной терапии осложнение купировано. Нарушений ритмовождения, сопровождающихся гемодинамическими расстройствами, не наблюдалось.

Послеоперационное патогистологическое заключение №25458 от 15.06.98: высокодифференцированный плоскоклеточный рак верхней доли правого легкого. В краях резекции опухоли не найдено. В лимфоузлах лимфаденит, антракоз. Послеоперационное стадирование -pT₃N₀M₀. Больной через 28 сут в удовлетворительном состоянии выписан из отделения под наблюдение кардиолога и онколога по месту жительства.

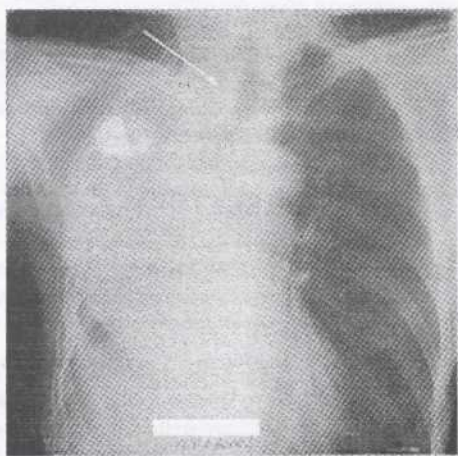


Рис. 2. Обзорная рентгенография органов грудной полости больного О. через 20 мес после пневмонэктомии справа. Шейный отдел трахеи сдавлен опухолью (указана стрелкой) правой надключичной области

Через 2 мес после стабилизации положения средостения, ЭКС, находившийся в режиме DEMAND, удален. Нарушений ритмовождения нет.

Через 16 мес у пациента выявлено Mts-поражение печени и шейно-надключичных лимфоузлов справа (рис. 2). Смерть больного наступила в результате прогрессирования опухолевого процесса через 21 мес после выполнения оперативного вмешательства.

Практический интерес данной публикации, как нам представляется, заключается в возможности выполнения сложного трахеобронхопластического оперативного вмешательства пациенту с сердечной недостаточностью, возникшей в результате дислокации электрода ЭКС. Это сообщение демонстрирует, что в случаях вынужденной замены ЭКС у пациентов перед выполнением пневмонэктомии (с программированным смещением органов средостения) целесообразна тактика дополнительной имплантации ЭКС с переводом "старой" системы ЭКС в режим DEMAND, что дает дополнительные гарантии на случай дислокации электрода "новой" системы ЭКС.

Литература

1. Давыдов М.И. Современная стратегия торакоабдоминальной хирургии // Казан. мед. журн. 2000. №4. С. 254-258.
2. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Клиническая онкопульмонология. М., 2000. С. 240-242.
3. Харченко В.П., Кузьмин И.В. Рак легкого. М., 1994.
4. Bnme IIIA., AlRefai M., Monteverde M. et al. Stair climbing test predicts cardiopulmonary complications after lung resection // Chest. 2002. Vol. 121 (4). P. 1106-1110.
5. Jazieh A.R., Hussain M., Howington J.A. et al. Prognostic factors in patients with surgically resected stages 1 and II non-small cell lung cancer // Ann. Thorac. Surg. 2000. Vol. 70 (4). P. 1168-1171.
6. Kovarik J.L. Pulmonary resection in a patient with an implanted cardiac pacemaker // Int. Surg. 1975. Vol. 60 (5). P. 296-297.
7. Leagus C.J., Pemberton A.H., Narodick B.G. Lobectomy in a patient with an internal cardiac pacemaker // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1966. Vol. 51 (2). P. 268-271.
8. Licker M., Spiliopoulos A., Frey J.G. et al. Risk Factors for early mortality and major complications following pneumonectomy for non-small cell carcinoma of the lung // Chest. 2002. Vol. 121 (6). P. 1890-1897.
9. Myrdal G., Gustafsson G., Lambe M. et al. Outcome after lung cancer surgery. Factors predicting early mortality and major morbidity // Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2001. Vol. 20 (4). P. 694-699.
10. Riquet M., Lang-Lazdunski L., Le P.B. et al. Characteristics and prognosis of resected T3 non-small cell lung cancer // Ann. Thorac. Surg. 2002. Vol. 73 (1). P. 253-258.
11. Uramoto H., Nakanishi R., Fujino Y. et al. Prediction of pulmonary complications after a lobectomy in patients with non-small cell lung cancer // Thorax. 2001. Vol. 56 (1). P. 59-61.

Поступила 12.07.04