ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАТЕРИАЛОВ НА ОСНОВЕ НИКЕЛИДА ТИТАНА В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕГКОГО

Ю.В. Рудык, С.В. Миллер, А.А. Завьялов

НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН

Основным методом лечения больных раком легкого является хирургический, позволяющий надеяться на длительное излечение больных только на начальных стадиях опухолевого процесса, но при III стадии 5-летняя выживаемость лишь после хирургического лечения составляет 10—19,6%. Для улучшения отдаленных результатов лечения больных местнораспространенным раком легкого необходимо использование комбинированных методов лечения.

В хирургии рака легкого большое значение имеет рассмотрение вопроса о непосредственных результатах лечения. После радикальных операций по поводу рака легкого осложнения развиваются у 35—40% больных (Ганцев Ш.Г., 1997). Чаще всего отмечаются бронхоплевральные осложнения, в первую очередь бронхиальные свищи, затем по частоте следуют сердечно-сосудистые осложнения, послеоперационные пневмонии и ряд других. До недавнего времени бронхиальные свищи с эмпиемой плевры наблюдались у 3,5—16% оперированных больных, являясь основной причиной послеоперационной летальности (Колесников И.С., 1987). Это осложнение служит противопоказанием для послеоперационного химиолучевого лечения. Частота развития свищей, несомненно, зависит от объема оперативного вмешательства и способов ушивания и плевризации культи бронха, которые можно разделить на три группы:

1) при помощи швов: а) с инвагинацией перезвязанной культи в просвет бронха (Maeyer W., 1909); б) ушивание с наложением отдельных узловых швов с последующей плевризацией (Трахтенберг А.Х., 1981);

2) укрытие культи с использованием пластических материалов: а) закрытие культи бронха реберным хрящом (Гайдук П.Х., 1957); б) тамponирование просвета бронхомышечным лоскутом на

ножке, выкроенным из межреберного промежутка (Петровский Б.В., 1957); в) диафрагмальным лоскутом с краевой фиксацией лоскута к стенкам культи бронха (Суворов Т.Д., 1958);

3) механические методы обработки культи бронха с применением сшивающих аппаратов УКБ-25 (Стрекопытов А.А., 1952), УКЛ-60 (Амосов Н.М., 1957; Гарин Н.Д., 1959).

В условиях выполнения расширенных и комбинированных хирургических вмешательств при использовании дополнительного противоопухолевого воздействия, особенно при интраоперационной лучевой терапии (ИОЛТ), количество бронхиальных свищей составляет 6,3—14,7%.

Анализируя приведенные данные, мы обратили внимание на никелид титана как на материал, с помощью которого возможно усовершенствовать методику ручной обработки культи бронха, уменьшив риск возникновения бронхоплевральных свищей. Мы использовали никелид титана в качестве шовного материала, опираясь на положительный опыт применения сшивающих механизмов (скоб, скрепок) на основе никелида титана в хирургии опорно-двигательного аппарата, в челюстно-лицевой и торакальной хирургии (Соколов Е.Г., 1996), а также положительные результаты исследований никелида титана на биосовместимость, взаимодействие с окружающими тканями (Гюнтер В.Э. с соавт., 1998).

Мы использовали методику ручного шва, разработанную в МНИОИ им. П.А. Герцена, в качестве шовного материала применялась атраматическая нить на основе никелида титана, дополнительно с целью повышения герметизма на линию швов наносился гранулированный порошок на основе никелида титана.

Представляем два случая применения данной методики в отделении торакоабдоминальной онкологии НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН:

Больной А., 62 лет, с диагнозом: центральный рак верхнедолевого бронха справа с переходом на главный бронх III стадии (T₃N₀M₀).

30.10.02 выполнена верхняя лобэктомия с циркулярной резекцией одного кольца главного бронха. Наложен межбронхиальный анастомоз атравматическими нитями на основе никелида титана, линия шва дополнительно обработана гранулированным порошком на основе никелида титана. В послеоперационном периоде признаки несостоятельности швов анастомоза отсутствовали. С 18-х суток после операции начат курс послеоперационной гамма-терапии с двух встречных полей на зону анастомоза в стандартном режиме в СОД 45 Гр.

При контрольном осмотре через 3 мес после окончания лечения признаков прогрессирования нет. ФБС-контроль (3.02.03): в зоне межбронхиального анастомоза слизистая розовая.

Больная М., 52 лет, с диагнозом: центральный рак верхнедолевого бронха левого легкого с распространением на нижнедолевой бронх, с метастазами в бронхопульмональные лимфоузлы IIIb стадии (T^hM₀).

31.10.02 выполнена пневмонэктомия слева с ИОЛТ в дозе 15 Гр на фоне радиосенсибилизации цисплатином. Культи бронха обработана порошком пористого никелида титана. В послеоперационном периоде признаки несостоятельности швов культи бронха отсутствовали.

При контрольном осмотре через 3 мес после операции признаков рецидива опухоли нет. ФБС-контроль: культи главного бронха герметичная, слизистая ярко-розовая.

Таким образом, анализ литературных данных и первого клинического опыта использования нового шовного материала дает возможность положительно оценить перспективы применения никелида титана при хирургическом лечении онкопульмонологических больных.