

ХРОНИКА

ПРОТОКОЛ 386-ГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (30 января 1992 г.)

Председатель — проф. А.И. Пирогов

Секретарь — канд. мед. наук. С.М. Волков

ДОКЛАД И ДЕМОСТРАЦИЯ

*М.И. Давыдов, В.С. Мазурин, А.И. Пирогов,
Б.Е. Полоцкий, Г.В. Унгадзе, Н.М. Аль-Ансари,
С.М. Волков*

ОПЫТ ТОТАЛЬНОЙ И СУБТОТАЛЬНОЙ ПЛАСТИКИ ТРАХЕИ ПРИ РАКЕ ТРАХЕИ И ПИЩЕВОДА. ДЕМОСТРАЦИЯ БОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ ПОЛТОРА ГОДА ПОСЛЕ ПОЛНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТРАХЕИ ЛИНЕЙНЫМ СИЛИКОНОВЫМ ПРОТЕЗОМ

Онкологический научный центр Российской АМН

Реконструктивно-восстановительная хирургия трахеи — новый раздел онкохирургии. В торакальном отделении Онкологического центра за 1987-1991 гг., кроме пневмонэктомий с клиновидной и циркулярной резекцией трахеи, выполнено 7 обширных резекций трахеи по поводу плоскоклеточного рака ее бифуркации (1), цилиндромы (2), рака верхнегрудного отдела пищевода, гортани и рака щитовидной железы (2), осложненных поражением трахеи, пищеводно-трахеальным свищом. Возраст больных — 38 — 78 лет. Резецировалось от 6 до 11 колец трахеи с одномоментной резекцией щитовидной железы, резекцией и пластикой пищевода. Трахеальный анастомоз формировался после мобилизации бифуркации трахеи, главных бронхов, пересечения левой плечеголовной вены. В одном случае реконструкция трахеи выполнена силиконовым протезом. Два летальных исхода — в течение второго месяца после операции — произошли вследствие аррозионного кровотечения из сонной артерии и перитонита, вызванного перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки. У 2 больных возникли рубцовые стенозы трахеи, требовавшие длительной лазерной деструкции рубцов.

Опыт ОНЦ позволяет дать заключение об оправданности обширных (в том числе субтотальных) резекций трахеи, обосновывает показания к аллопла-

стике трахеи, что ставит новые задачи перед медицинской промышленностью по созданию протезов.

Демонстрирован больной 48 лет (и/б 90/18287), заболевание которого проявилось в июне 1989 г. одышкой, кровохарканьем. В Институте фтизиатрии (Кишинев) выявлена опухоль трахеи, проводилась эндоскопическая деструкция.

Поступил в ОНЦ с жалобами на выраженную одышку. Диагностирована цилиндрома. Опухоль располагалась в средней трети трахеи, циркулярно суживала ее просвет до 1,0 см на протяжении 4,0 см. По задней стенке трахеи — выраженная сосудистая сеть над зоной подслизистого роста опухоли. Протяженность экзофитного компонента — 5 колец трахеи. Выполнена (10.10.90) резекция трахеи с аллопластикой силиконовым протезом: срединная продольная стернотомия. При ревизии выявлены анатомические особенности: широкая дуга аорты перекрывает нижнюю треть и бифуркацию трахеи, короткий и мощный плечеголовный ствол перекрывает среднюю треть трахеи. Произведены мобилизация и отведение сосудов, мобилизация трахеи и бронхов. Границы поражения определены с помощью интраоперационной бронхоскопии. При этом выявлен подслизистый рост на значительном протяжении. Трахея пересечена в пределах здоровых тканей на 2 кольца ниже перстневидного хряща и на 1 хрящевое кольцо выше бифуркации трахеи. Трахея восстановлена с помощью аллопротеза. В связи с несовпадением диаметра протеза и дистального диаметра трахеи анастомозируемые концы адаптированы фенестрацией протеза. Зоны анастомозов окутаны лоскутами медиастинальной плевры. (Оперировал проф. М.И. Давыдов.)

Гистологическое исследование удаленной опухоли подтвердило диагноз цилиндромы, прорастающей все слои стенки трахеи, без метастазов. Состояние больного оставалось относительно удовлетворительным до осени 1991 г. В последующем появились недомогание, кашель с мокротой, одышка. В ОНЦ 1-21.11.91 проведено лечение по поводу обострения пневмонии (с непродолжительным эффектом). При обследовании в очередной раз выявлен дефект (пролежень) в стенке трахеи — в области ее верхнего соединения с протезом, а также смещение протеза относительно его вертикальной оси: протез стал перекрывать устье

правого главного бронха на 1/3 и левого — на 2/3. Медиастинит, а также давление смещенного протеза трахеи на пищевод привели к вторичному расплавлению стенки пищевода на границе его грудного и шейного отделов, формированию пищеводно-трахеального свища. Проводили лечение антибиотиками, санационные бронхоскопии, парентеральное и зондовое питание.

Состояние улучшилось. Планируется повторная операция.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

— Во время операции проводилась ВЧ-вентиляция.

— Частые пневмонии объясняются нарушением дренажной функции дыхательных путей, в том числе вследствие смещения протеза, и нарушением вентиляции легких.

— Качество жизни после операции следует считать относительно удовлетворительным, особенно принимая во внимание исходное состояние, угрожавшую асфиксию.

— На основании одного наблюдения сложно сказать о случайности или закономерности отторжения протеза. Условия для его приживления были неблагоприятными.

— Планируется повторная операция с целью устранения пищеводно-трахеального свища.

ПРЕНИЯ

Проф А.Х. ТРАХТЕНБЕРГ. Хирургов следует прежде всего поздравить с тем, что больной пережил первый год после операции. Как правило, протез отторгается через 1 — 2 мес. Впечатляет смелость хирурга, который решился применить протез, подаривший больному уже 1,5 года жизни. Имеющиеся протезы требуют совершенствования. Демонстрировано уникальное наблюдение. Несомненно, следует развивать это направление исследований. Дальнейшая лечебная тактика в данном случае может включать гастростомию с последующим наблюдением. В случае купирования острых воспалительных изменений возможно удаление отторгнутого протеза. В МНИОИ им. П.А. Герцена выполнены 3 операции с резекцией трахеи и формированием трахеального анастомоза. Наибольшее число резекцированных колец трахеи — 11. Наш опыт подтверждает сложность определения границ опухолевого роста при операции по поводу цилиндромы. Один из больных пережил 5-летний срок без признаков рецидива.

Проф. М.И. ДАВЫДОВ. Очевидно, протез сместился в результате его отторжения. Пищеводно-

трахеальный свищ поддерживает медиастинит и не позволяет рассчитывать на улучшение положения в отдаленной перспективе. Конечно, было бы более эффективно оперировать в идеальных условиях, но выжидание бесперспективно. Оправдано повторное хирургическое вмешательство.

Проф. А.И. ПИРОГОВ (председатель). Остановлюсь лишь на нескольких положениях обсуждаемой проблемы — относительная редкость новообразований трахеи, трудность диагностики, малая эффективность консервативных методов лечения, сложность хирургического вмешательства. Опыт хирургии трахеи — это опыт лишь нескольких клиник. Несомненно, достигнут успешный результат. Следует развивать анестезиологическое обеспечение, совершенствовать трахеальные протезы. Необходимо осмысливать опыт выполненных операций, чтобы устранять возникновение пролежней, аррозивных кровотечений.

ДОКЛАД

*А.Х. Трахтенберг, Г.А. Франк,
Е.В. Самоходский, В.В. Соколов*

О КЛАССИФИКАЦИЯХ И ТЕРМИНОЛОГИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЛЕГКИХ.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена.

Полноценность научной информации при анализе клинических наблюдений в онкопульмонологии зависит от правильного использования многочисленных классификаций. Систематизация злокачественных опухолей легких необходима для определения их нозологической принадлежности, степени злокачественности и распространенности процесса, планирования лечебной тактики и прогноза. Между тем известно, что научные и практические учреждения используют разные классификации. Это затрудняет суммирование и сопоставление данных, полученных разными авторами. Многолетний опыт МНИОИ им. П.А. Герцена с учетом данных литературы позволил нам предложить собственную концепцию классификаций в онкопульмонологии.

Считаем оправданным использование клинко-анатомической классификации рака легкого с выделением центральной, периферической, а также медиастинальной и диссеминированной форм, отнесение к центральному раку рентгеногегативных опухолей субсегментарных бронхов.

Отечественная классификация рака легкого по

стадиям не может удовлетворить клиницистов в связи со значительной субъективностью ряда ее важных критериев. Считаем целесообразным использовать Международную классификацию рака легкого по стадиям и символам TNM (1987), которая имеет ряд преимуществ, конкретна, позволяет унифицировать лечебную тактику и прогноз. Повидимому, градировать по данной классификации следует не только немелкоклеточный рак, но и мелкоклеточный, саркому, карциноид. Это позволит создать универсальное средство общения, будет служить задаче интеграции материалов научных исследований, способствовать в конечном итоге прогрессу в результатах лечения. Анализируя различные гистологические классификации рака легкого, мы пришли к выводу о целесообразности использования Международной классификации ВОЗ (1981), дополнив ее рядом положений отечественных классификаций (Н.А. Краевский с соавт.), более полно учитывающих степень дифференцировки новообразования. Считаем возможным применение ее и при саркомах, карциноидах легких, поскольку это позволяет уточнить прогноз жизни.

Предложена концепция МНИОИ им. П.А. Герцена относительно систематизации аденокарцином, карциноидов, сарком легкого. Представлены также данные о систематизации оперативных вмешательств в торакальной онкохирургии и анализ вопросов терминологии.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

— Термин "расширенная операция" целесообразно оставить. Это подтверждает анализ накопленного клинического материала. "Расширенная операция" предполагает удаление всей клетчатки и всех групп лимфатических узлов средостения. "Операция с соблюдением принципов онкологического радикализма" должна обязательно включать удаление клетчатки корня легкого и лимфатических узлов центральной группы (трахеобронхиальных верхних и нижних, передних средостенных).

— Карциноид является особенно злокачественной опухолью. Ее надо выделять отдельно, учитывая своеобразие клинического течения. Операции по поводу карциноида следует выполнять, как и по поводу рака, с обязательной медиастинальной лимфодиссекцией.

— Пример прецизионной операции в онкопульмонологии — энуклеация по поводу доброкачественного новообразования. Имеются отдельные публикации, в которых сообщается об оправданности прецизионных операций при типичном карциноиде, саркоме легкого размером до 3 см.

ПРЕНИЯ

З.Н. АЙТАКОВ. В принятой классификации TNM оправдано подразделение критерия "Т" на Т3 и Т4, выделение N3, по существу соответствующее M1. Детализация значений символов системы TNM повышает точность оценки распространенности процесса. В связи с непредсказуемостью клинического течения бронхолегочного рака (БАР), недостаточной изученностью его гистоструктуры следует признать справедливым выделение этой опухоли в предложенной классификации. Доклад поднимает важный, актуальный вопрос.

Проф. А.И. ПИРОГОВ (председатель). В представленном докладе все аспекты классификации философски осмыслены. Основные положения заслуживают внимательного изучения. Доклад следует опубликовать в научных журналах для обсуждения медицинской общественностью. Конечно, мы должны придерживаться существующих канонов, но мы заинтересованы и в том, чтобы творчески осмыслить новые предложения. Доклад, представленная классификация операций, несомненно, заслуживают внимания. Так, сегментэктомия при периферическом раке может быть радикальна, и приемлема. "Прецизионная резекция" — термин, которым можно пользоваться. Осмысленное применение заслуживает внимания.