

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЛЁГКОГО

Ю.А. Дыхно

*Красноярская государственная медицинская академия
660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1, e-mail: oya@krasail.ru*

Представлен опыт хирургического лечения 18 больных раком лёгкого, которым выполнялись симультанные операции. В большинстве случаев расширенная резекция доли легкого сочеталась с хирургическими вмешательствами на щитовидной железе и желчном пузыре. Описан клинический случай успешного лечения больного центральным раком легкого, одновременно перенесшего расширенную пульмонэктомию и резекцию желудка по поводу осложненного течения язвенной болезни.

Ключевые слова: рак легкого, симультанные операции.

SIMULTANEOUS OPERATIONS FOR LUNG CANCER

Yu.A. Dykhno

*Krasnoyarsk State Medical Academy
1, Zheleznyak Street, Krasnoyarsk-660022, Russia, e-mail: oya@krasail.ru*

The experience in performing simultaneous operations for 18 lung cancer patients has been presented. In most cases the extended resection of lung lobe was combined with surgery on the thyroid gland and gallbladder. The case of successful treatment for the patient with central lung cancer who simultaneously underwent extended pulmonectomy and stomach resection on account of complicated ulcerous disease has been described.

Key words: lung cancer, simultaneous operations.

Понятие «симультанная операция» введено Reifferscheid в 1971 г. и впервые упоминается в его статье «Одновременное вмешательство в брюшной полости – хирургические аспекты» [18]. Термин происходит от английского слова «simultaneously» – одновременность. В настоящее время под симультанными операциями понимают хирургическое вмешательство, одновременно производимое на двух или более органах, по поводу этиологически не связанных между собой заболеваний. Ряд авторов настаивает на термине «сочетанные» операции, мотивируя тем, что одномоментные операции осуществляют бригады хирургов в одно и то же время [11, 13]. Другие к симультанным операциям относят вмешательства при первично-множественных злокачественных опухолях [1, 4, 6, 12]. П. Деенчин [7] неверно относит радикальную мастэктомию и овариоэктомию при раке молочной железы к симультанным операциям. По нашему мнению, их следует относить к сочетанным оперативным вмешательствам. При симультанных операциях выделяют основной этап и сопутствующий, которых может быть несколько. Операция основного этапа направлена на устранение наиболее опасного для жизни больного патологического процесса, а сопутствующего – на ликвидацию заболевания, выявленного в период до- или интраоперационного обследования.

К симультанным не относятся операции на двух или более органах, поражённых одним заболеванием, например: гнойно-воспалительное расплавление, множественные травматические поражения органов или операции, направленные на восстановление проходимости желудочно-кишечного тракта и желчновыводящих путей. «Комбинированные» и «расширенные» операции, особенностью которых является увеличение объёма вмешательства для лечения одного заболевания, также нельзя отождествлять с симультанными операциями [10].

Симультанные операции в хирургии известны давно. Аппендэктомию с овариоэктомией или резекция дивертикула Меккеля в сочетании с герниопластикой выполнялись в тридцатые годы прошлого столетия [8]. А.В. Вишневский [3] в 1932 г. под местной анестезией из люмботомического доступа удалил правую пионефротическую почку, калькулёзный желчный пузырь и поражённую раком правую половину толстой кишки. Исход операции – благополучный.

При раке лёгкого симультанные операции, как правило, ограничены резекцией или лобэктомией и аортокоронарным шунтированием (АКШ) [5, 14, 15, 17, 19–21]. Авторы положительно отзываются о симультанных операциях, поскольку они имеют низкие показатели послеоперационных осложнений и летальности – до 6,3 %. Используемый стернотомический

доступ не ограничивал вмешательство на лёгком. Подчёркивается необходимость основываться только на прогнозе злокачественного новообразования.

В ряде работ [2, 7, 9, 11, 13, 16] приведены данные о медико-экономических преимуществах симультанных операций. Прежде всего, щадится психика больного, которого обследуют и оперируют один раз и который однократно переживает трудности послеоперационного периода. Кроме того, сокращаются сроки госпитализации и нетрудоспособности, затраты на лечение, расходы по оплате листа нетрудоспособности, а также уменьшается количество непроедленной продукции на производстве.

Под нашим наблюдением находилось 85 больных с онкологическими заболеваниями лёгкого, молочной железы, прямой кишки, поджелудочной железы, щитовидной железы, почки, мочевого пузыря, оперированных в симультанном объёме. Среди них 18 больным раком лёгкого была выполнена расширенная лоб-билобэктомия (17) и пульмонэктомия (1). Симультанными операциями были: гемитиреоидэктомия (7), секторальная резекция молочной железы (3), удаление кисты перикарда (1), овариоэктомия (1), холецистэктомия (5), резекция желудка (1). Послеоперационных осложнений в этой группе больных не было.

Больной Ч., 60 лет (история болезни №268-26) находился в отделении торакальной хирургии Красноярского онкологического диспансера с 14.01.08 по 26.02.08. Жалобы при поступлении: боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, одышка при ходьбе. За последние два месяца похудел на 20 кг. Из анамнеза: длительно болеет язвенной болезнью желудка. Последнее обострение в ноябре 2007 г. Лечился стационарно. Тогда же проведена флюорография лёгких, при которой обнаружена опухоль правого лёгкого.

Объективно: больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Дыхание справа резко ослаблено, слева – бронхиальное, сухие и средне-, мелкопузырчатые хрипы. ЧД до 24 в мин. ЧСС – 84 в мин. АД 160/90 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, где определяется регидность мышц. Печень выступает из-под

края рёберной дуги на 4 см. Стул регулярный. Периодически кал чёрного цвета, что не связано с приёмом лекарственных препаратов.

Фибробронхоскопия (14.12.07): Трахея без особенностей, карина острая, расположена срединно. Слева бронхиальное дерево без особенностей. Справа шпора верхнедолевого бронха резко утолщена, слизистая долевого и сегментарных бронхов бугристая. Взята биопсия. Гистологический анализ №37242-49: плоскоклеточный ороговевающий рак.

На рентгенограммах (15.01.08): верхняя доля правого лёгкого уменьшена в объёме. В S₂ – неоднородное затемнение с полостями деструкции. Верхнедолевой бронх сужен. На срединных томограммах просвет главного бронха не изменён. Справа просвет верхнедолевого и сегментарных бронхов сужен, стенка бронхов утолщена. Слева без особенностей. Заключение: центральный рак правого лёгкого. Ателектаз S2. Распад в зоне ателектаза.

Гастроскопия (16.01.08): Кардия сомкнута, в желудке вязкая слизь. Слизистая отёчная, гиперемированная. В антральном отделе на малой кривизне язвенный дефект до 2,0 см в диаметре с множественными тромбированными сосудами. Окружающая слизистая рыхлая. Перистальтика отсутствует. Привратник и луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей. Взята биопсия. Заключение: Калёзная язва антрального отдела желудка. Подозрение на рак желудка. Гистологическое исследование биоптата: хронический атрофический гастрит с обострением высокой степени активности. В одном из фрагментов железистого эпителия сосочковые структуры подозрительны в отношении аденокарциномы. НВ – отрицательна.

Спирометрия (17.01.08): резкое нарушение бронхиальной проводимости по смешанному типу, со значительным нарушением по бронхам среднего калибра. По данным общеклинических и биохимических анализов – анемия средней степени.

Диагноз после обследования: центральный плоскоклеточный ороговевающий рак верхнедолевого бронха справа, метастазы в бронхопульмональные лимфоузлы. Конкурирующее заболевание: хроническая каллезная

кровотокающая язва желудка, подозрение на рак желудка.

Сопутствующая патология: ИБС, СНПБ, ШФк, гипертоническая болезнь III, риск 4. Хронический бронхит вне обострения, ВН II-III, Одышка в покое.

Тяжесть симультанного оперативного вмешательства 13 баллов (7+4+III), по классификации Ю.А. Дыхно [9].

6.02.06 Операция (проф. Ю.А. Дыхно). Лапароторакотомия. Резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Расширенная пульмонэктомия справа.

Верхняя срединная лапаротомия. В брюшной полости выраженный спаечный процесс. В антральном отделе желудка по малой кривизне язвенная ниша с каллезными краями диаметром до 3 см. Серозный покров над нишей блестящий, опухолью не прорастает. Региональные лимфоузлы увеличены до 1,5–2 см, эластической консистенции. Произведена резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру. При срочном гистологическом исследовании удаленного препарата – каллезная язва, в лимфоузлах – гиперпластический лимфоаденит. Передне-боковая торакотомия справа по V межреберью. Опухоль окутывает главный и промежуточный бронхи. Бронхопульмональные, бифуркационные и паратрахеальные лимфоузлы увеличены до 2,5 см за счёт метастазов. Произведена расширенная пульмонэктомия.

Послеоперационный период протекал гладко. Больной выписан на 20-е сут после операции. Рекомендована лучевая терапия.

Таким образом, симультанные операции являются методом выбора у онкологических больных. Они требуют активной коррекции соответствующей патологии в пред-, интра- и послеоперационном периодах и имеют выраженное медико-экономическое преимущество перед последовательно выполненными плановыми операциями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арзамасцев С.Я., Брауде В.И. Одновременное хирургическое вмешательство на лёгком и гортани по поводу различных опухолей // Вестник оториноларингологии. 1988. № 1. С. 70–71.
2. Буянов В.М., Маховский В.З. Сочетанные хирургические операции в брюшной полости и забрюшинном пространстве // Хирургия. 1990. № 7. С. 81–86.
3. Вишневский А.В. Собрание трудов. Т. 4. М., 1951. 231 с.
4. Гаусман Б.Я., Кувишинов Я.И., Королёв Н.С. Наблюдение больного после одномоментной пневмонэктомии слева и резекции гортани по поводу синхронного рака // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1990. № 4. С. 59.
5. Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е. Рак лёгкого. М.: Радике, 1994. 86 с.
6. Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е., Стилиди И.С., Магаладзе З.О. Тактика хирургического лечения больных синхронными первично-множественными злокачественными опухолями в сочетании с раком лёгкого // Проблемы современной онкологии: Материалы юбилейной конференции. Томск, 1999. С. 78–80.
7. Деенчин П. Одномоментное проведение нескольких операций // Хирургия. 1975. № 7. С. 44–48.
8. Дыхно А.М., Неченаев С.К. О комбинированных заболеваниях органов брюшной полости. Хабаровск: Дальгид, 1948. 46 с.
9. Дыхно Ю.А., Назаров И.П., Урста О.В. и др. Симультанные операции в хирургии онкологических больных. Красноярск, 2002. 137 с.
10. Кних Л.Д., Фельтштинер И.Х. Симультанные операции в брюшной полости // Хирургия. 1976. № 4. С. 75–79.
11. Милонов О.Б., Черноусов А.Ф., Смирнов В.А. и др. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии // Хирургия. 1982. № 12. С. 89–93.
12. Пачес А.И., Пронн Р.М. Рак щитовидной железы. М.: Медицина, 1984. 84 с.
13. Перельман М.И. Сочетанные операции на лёгких и других органах // Анналы хирургии. 1996. № 1. С. 28–31.
14. Adant J.P., Defraigne J.O., Ziment R. Combined one stage cardiac and pulmonary surgery by median sternotomy // Asta chir. Belg. 1990. Vol. 90. Pt 4. P. 197–202.
15. Brutel-de-la-Riviere A., Knaepen P., Van-Swieten H. et. al. Concomitant open heart surgery and pulmonary resection for lung cancer // Eur. J. Cardiothorac. Surg. 1995 Vol. 9, Pt. 6. P. 310–314.
16. Horntrich J., Keuntic H. Zur Dokumentation und Indication in der Gallenchirurgie // Zbl. Chir. 1975. Bd. 100. S. 1200–1205.
17. Korfel R., Greve H. Priority of interventions: myocardial revascularization heart valve replacement – carotid endarterectomy – tumor surgery // Zangenbecks Arch. Chir. 1992. Suppl. P. 507–510.
18. Reifferscheid M. Der simultaneingriff in der Bauchhöhle – Chirurgische Aspekte // Zent. Bl. Chir. 1971. Bd. 5. S. 1210.
19. Rosalion A., Woodford N.W., Clazke C.P., Buxton B. Concomitant coronary revascularization and resection of lung cancer // Aust. N.Z.J. Surg. 1993. Vol. 63, Pt. 5. P. 336–340.
20. Yamaguchi A., Mizuhara F., Jde H. et al. A case of simultaneous operation for ischemic heart disease and lung cancer // Kyobu Geka. 1992. Vol. 45, Pt. 5. P. 459–462.
21. Zund M.B., Naaisund H., Rostand H. Combined lung and heart surgery // Tidsskr. Nor. Zaegeforen. 1990. Vol. 110, Pt. 19. P. 2535–2536.

Поступила 2.06.08