

УДК 616.24-089

Ю.Ф. Савенков

ТРАНССТЕРНАЛЬНАЯ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ПНЕВМОНЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРИ РАКЕ ОПЕРИРОВАННОГО ЛЕГКОГО

Областное клиническое лечебно-профилактическое объединение «Фтизиатрия», г. Днепропетровск

Проблема взаимоотношений рака и туберкулеза прошла сложный путь эволюции от взаимопротивоположных точек зрения К. Рокитанского, Р. Вирхова, считавших рак и туберкулез антагонистами, и взгляда Menetrier, утверждавшего, что «туберкулез готовит ложе для рака», через промежуточную концепцию развития рубцового рака на фоне склеротических посттуберкулезных изменений до признания факта возникновения рака при туберкулезе любой формы и любой фазы [2, 4, 5, 8, 9]. Вопросы возможности развития рака в ранее оперированном легком у больных туберкулезом, особенности его диагностики, объема и вида оперативных вмешательств у данного контингента больных представлены в литературе единичными сообщениями [2, 4, 7].

По данным анализа архивных материалов ОКЛПО «Фтизиатрия» было установлено, что за последние 10 лет (1990–1999г.г.) на лечении во фтизиоторакальном отделении находилось 6 пациентов с диагнозом рак оперированного (по поводу туберкулеза) легкого, что составило 0,76 % к общему числу оперированных больных туберкулезом легких за эти годы.

Среди 6 оперированных лиц все были мужского пола в возрасте от 42 до 60 лет. 4 больных были оперированы ранее по поводу туберкулом, 2 — при фиброзно-кавернозном туберкулезе. Соответственно, объем первичных резекций был представлен 4 сегментарными резекциями и 2 лобэктомиями. Перед первой операцией 3 больных выделяли микобактерии туберкулеза. Гистологическое исследование удаленных частей легких подтвердило клинический диагноз туберкулеза. После выписки больные находились под диспансерном наблюдением, в течение которого ни у одного из больных не было отмечено реактивации туберкулезного процесса.

Сроки обнаружения опухоли в легком после операции составили до 5 лет — у 2 больных, до 11 лет — у 3-х, и 20 лет — у 1 больного. Периферический рак отмечался у 4, центральный (с переходом на промежуточный бронх) — у 2 больных. Данные рентгенологических исследований свидетельствовали о появлении новой тени в зоне посттуберкулезных изменений (2) или вне ее (4), рост этой тени на фоне противотуберкулезной терапии, лучистость контуров этой тени, наличие обтурационного ателектаза одного или нескольких сегментов оперированной доли легкого. На втором месте по информативности полученных данных находилось бронхологическое исследование с прямой биопсией или катетербиопсией. Тщательное многократное цитологическое исследование мокроты позволило обнаружить атипические клетки у 3, а при цитологическом исследовании мазков из культы бронха — у 2 больных. По данным компьютерной томографии у 4 больных отмечалась гиперплазия лимфатических узлов средостения.

У всех больных ведущим фактором в определении показаний и выбора объема повторной резекции была распространенность опухолевого процесса, соответствующая III стадии (T2N1M0–2; T2N2M0 –3; T3N2M0 –1).

Во всех случаях гистологически отмечался плоскоклеточный неороговевающий рак.

Всем больным выполнены расширенные заключительные пневмонэктомии из трансстернально-перикардиального доступа. (Пат. 21779 А).

Средняя длительность операции составила 3 часа, а общая кровопотеря варьировала от 700 г до 2500 г (в среднем 1350 г). В послеоперационном периоде у 1 больного на фоне протрагированного внутриплеврального кровотечения, гемической гипоксии развилась легочно-сердечная недостаточность, приведшая на 5-е сутки к летальному исходу. У остальных больных послеоперационный период протекал без осложнений. Приводим одно клиническое наблюдение.

Больной М., 55 лет (Ч/б № 984), поступил в легочно-хирургическое отделение областного противотуберкулезного диспансера 12.05.1991 г. Диагноз при поступлении: центральный рак правого легкого T3N2M0. Из анамнеза известно, что в 1971 году больной перенес резекцию 1, 2 сегментов правого легкого по поводу туберкуломы. Течение послеоперационного периода гладкое. Длительное время состоял на учете у фтизиатра. Ежегодно проходил профилактические осмотры. Изменения в легких выявлены при обращении по поводу повышения температуры, общей слабости, боли в грудной клетке, кровохарканья. После рентгенологического (рис. 1) и бронхологического исследования установлен диагноз: эпидермоидный экзофитный рак промежуточного бронха.

4.06.1991 г. больной оперирован. Выполнена расширенная заключительная пневмонэктомия из трансстернального трансмедиастинально-перикардиального доступа. Во время операции обращало на себя внимание наличие выраженных буллезно-дистрофических из-

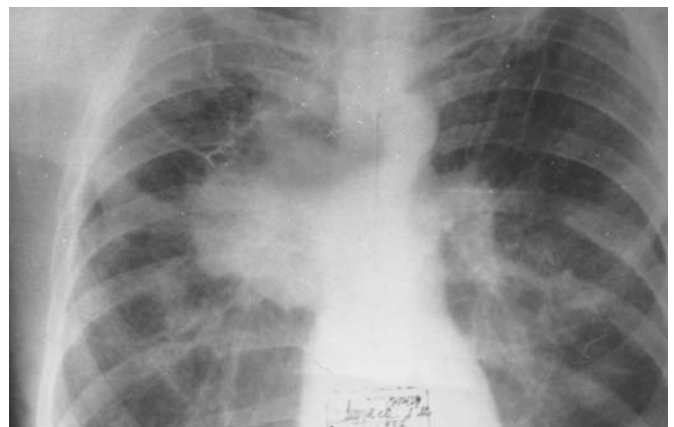


Рис. 1. Обзорная фоторентгенограмма грудной клетки больного М. перед операцией

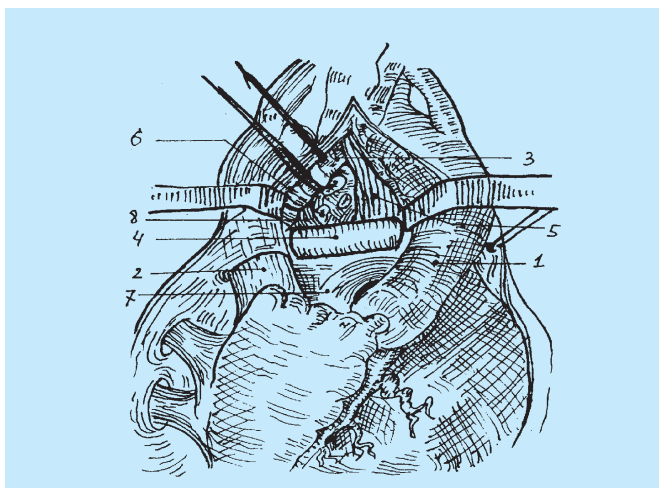


Рис. 2. Трансперикардиальный этап правосторонней расширенной заключительной пневмонэктомии

Примечания: 1 — аорта; 2 — верхняя полая вена; 3 — правый главный бронх; 4 — правая ветвь легочной артерии; 5 — аорто-перикардиальная связка; 6 — бифуркационные лимфоузлы; 7 — левое предсердие; 8 — бронхо-перикардиальная связка.

менений оперированного правого легкого. Пневмонэктомия сопровождалась удалением верхних и нижних трахео-бронхиальных лимфоузлов, а также лимфоузлов переднего средостения (рис. 2). Из-за больших размеров опухоли и тесного ее слияния с перикардом, обработка нижней легочной вены протекала по интраперикардиальному пути. Длительность операции — 3 часа. Общая кровопотеря — 1200 г. Послеоперационный период гладкий (рис. 3). В данном случае после 20-летнего клинического благополучия возникло развитие опухоли в непораженных туберкулезом участках оперированного ранее легкого.

Более 8 лет живут 2 больных, более 5 лет — 3 без признаков рецидива опухоли или метастазирования. Таким образом, хирургическое лечение больных с сочетанием рака и туберкулеза имеет свои особенности, обусловленные характером обоих заболеваний и перенесенным ранее оперативным вмешательством. В подобных случаях значительно чаще поражаются плевральные листки, что вызывает частичную или полную облитерацию плевральной полости, создавая, особенно при ранее выполненной лобэктомии, труднопреодолимые рубцовые сращения. Значительные топографо-анатомические нарушения, фиброзно-склеротическая трансформация паренхимы и корня легкого, рубцовые



Рис. 3. Обзорная фоторентгенограмма грудной клетки больного М. после операции

изменения вокруг лимфатических узлов крайне затрудняют полное удаление всех лимфатических узлов и окружающей их клетчатки. Использование трансстернального доступа при расширенных заключительных пневмонэктомиях при раке оперированного легкого позволяет выполнить полную лимфаденэктомию и обработать все элементы корня легкого в проксимальных их отделах, повышая таким образом резектабельность и достигая радикальности на уровне бронхо-сосудистых структур. Необходимо постоянно сохранять онкологическую настороженность, помня о возможности сочетания туберкулеза легких и рака.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бирюков Ю.В., Отс О.Н., Абдумурадов К.А. Повторные операции при заключительных опухолях легких // Грудная хирургия. — 1985. — № 5. — С. 43–47.
2. Богуш Л.К., Дубровский А.В. Хирургическое лечение рака легкого у больных туберкулезом // Хирургическое лечение больных сочетанными с туберкулезом и нетуберкулезными заболеваниями легких в противотуберкулезных учреждениях. — Москва, 1984. — С. 79–84.
3. Добровольский С.Р., Григорьева С.П. Повторные вмешательства при первичных злокачественных опухолях на ранее оперированном легком // Грудная и серд.-сосуд. хирургия. — 1992. — № 1–2. — С. 41–44.
4. Иванов В.А., Иванов А.В. Рак оперированного легкого // Грудная хирургия. — 1974. — № 2. — С. 57–59.
5. Отс О.Н., Бирюков Ю.В. Удаление оставшихся отделов легкого по типу пневмонэктомии // Грудная и серд.-сосуд. хирургия. — 1991. — № 1. — С. 37–40.
6. Релин Ю.М. Повторные резекции-пневмонэктомии при рецидивах туберкулеза легких // Пробл. туберкулеза. — 1990. — 12. — С. 35–39.
7. Садовников А.А., Кузнецов А.Д. Повторные операции на легких и плевре при туберкулезе // Грудная и серд.-сосуд. хирургия. — 1991. — № 11. — С. 30–35.
8. Deslauriers I. Indications for completion pneumonectomy // Ann. Thorac. Surg. — 1988. — Vol. 46, 2. — P. 133–135.
9. McGovern E. M., Trastek V. F., Pairolero P. C. Completion pneumonectomy: indications, completions and results // Ann. Thorac. Surg. — 1988. — Vol. 46, 2. — p. 141–146.

ТРАНССТЕРНАЛЬНАЯ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ПНЕВМОНЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОПЕРИРОВАННОГО ЛЕГКОГО

Ю.Ф. Савенков

Резюме

Изучены результаты лечения 6 пациентов с опухолью в оперированном ранее легком при туберкулезе. Всем больным выполнены трансстернальные заключительные пневмонэктомии. Отмечены редкость патологии, особенность диагностики и хирургического лечения. Трансстернальный трансперикардиально-медиастинальный доступ создает оптимальные условия для широкой медиастинотомии, контролируемой медиастинальной лимфаденэктомии, повышает резектабельность и радикальность вмешательства.

TRANSSTERNAL FINAL PNEUMONECTOMY IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS AND CANCER OF AN OPERATED LUNG

Yu.F. Savenkov

Summary

The results of treatment of 6 patients with cancer of an operated lung because of tuberculosis have been studied. All the patients underwent transsternal final pneumonectomy. Rarity of pathology, peculiarities of diagnosis and surgical treatment were characterized. Transsternal transpericardial-mediastinal access created optimal conditions both for broad mediastinotomy and controllable mediastinal lymphadenectomy. This access also improved the radicalism of the surgical intervention.