

**Р. И. Верещако, С. П. Завертыленко, А. А. Пискорский, И. С. Бацей, Д. А. Токарь,
Ю. Н. Олейник, А. А. Семенченко, Р. В. Швыдак**

РОЛЬ ТРАХЕОБРОНХОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИИ РАКА ЛЕГКОГО

*Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев
Киевский городской клинический онкологический центр, г. Киев*

Цель исследования

1 — повышение резектабельности у больных раком легкого с низкими функциональными резервами; 2 — органосохраняющие операции при опухолевом поражении бронхиального дерева; 3 — выполнение радикальной операции при инвазии опухолью главного бронха осложненной деструкцией легкого; 4 — ликвидация свища культи главного бронха.

Материалы и методы исследования

В клинике кафедры онкологии НМУ имени А. А. Богомольца, на базе Киевского городского клинического онкологического центра в отделении торакальной хирургии в 2014–2015 гг. выполнено 19 трахеобронхопластических операций. Возраст пациентов колебался от 36 до 75 лет (средний — 61,1 г.). Мужчин и женщин было 15 и 4 соответственно. Показаниями для резекции бронхиального дерева с последующей реконструкцией были: 1 — поражение опухолью долевого бронха до его устья; 2 — поражение опухолью долевого бронха с распространением инвазии на промежуточный или главный бронхи. Показаниями для резекции бифуркации трахеи были: 1 — поражение опухолью главного бронха до его устья; 2 — несостоятельность культи главного бронха после пневмонэктомии. По системе TNM больные распределялись следующим образом: T2N0M0 — 1, T2N1M0 — 2, T3N0M0 — 3, T3N1M0 — 10, T3N2M0 — 1, T4N2M0 — 1. В одном случае клиновидная резекция правого главного бронха выполнена в связи с его инвазией ганглиомой средостения. Как правило, трахеобронхопластическая хирургия очень индивидуальна, поэтому у 19 пациентов выполнено 11 вариантов трахеобронхопластических операций: 1 — клиновидная резекция бифуркации трахеи с целью ликвидации свища культи правого главного бронха (2); 2 — пневмонэктомия справа с клиновидной резекцией бифуркации трахеи (4); 3 — верхняя билобэктомия с клиновидной резекцией правого главного бронха (1); 4 — нижняя билобэктомия

с клиновидной резекцией правого главного бронха (1); 5 — верхняя лобэктомия слева с циркулярной резекцией левого главного и нижнедолевого бронхов (3); 6 — верхняя лобэктомия справа с циркулярной резекцией правого главного и промежуточного бронхов (1); 7 — верхняя лобэктомия слева с клиновидной резекцией левого главного бронха (3); 8 — нижняя лобэктомия слева с клиновидной резекцией левого главного бронха (1); 9 — верхняя лобэктомия справа с клиновидной резекцией правого главного бронха (1); 10 — средняя лобэктомия с клиновидной резекцией, промежуточного бронха (1); 11 — изолированная клиновидная резекция правого главного бронха (1). Опухолевая инвазия легочной артерии, потребовавшая ее резекции, была в трех наблюдениях.

Результаты исследования

Среди оперированных больных ателектаз доли (двух долей) легкого наблюдался у 10 пациентов, у 4 из них — инфицированный. Ателектаз легкого был у двух пациентов, в одном случае инфицированный. Для больных раком легкого с инфицированным ателектазом (субателектазом) хирургическое лечение является единственным возможным. Гистологический тип опухолей в большинстве случаев (14) представлен плоскоклеточным раком. У 1 (5,2 %) пациента послеоперационный период осложнился несостоятельностью шва бифуркации трахеи. Летальных исходов не было.

Выводы

Таким образом, трахеобронхопластические операции позволяют: применить специальное (радикальное) лечение у группы больных, которым противопоказаны другие варианты терапии, повысить резектабельность рака легкого при низких функциональных резервах и поражении главного бронха до его устья, увеличить число органосохраняющих вмешательств, ликвидировать свищ культи главного бронха.