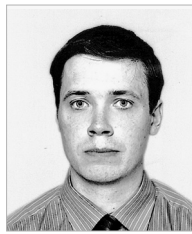


УДК 616.24-006.6-089+616.24-089.87+616.125.2-089.844



Ю.С. Спирин¹, А.Д. Стащенко², Д.Б. Комелев³,
А.А. Сирик², В.И. Арбузов¹, А.Й. Золотарев³,
Е.А. Кабакова³, С.И. Ющук¹, И.В. Максимишин¹

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ПНЕВМОНЭКТОМИИ С МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИЕЙ И РЕЗЕКЦИЕЙ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПО ПОВОДУ РАКА ЛЕГКОГО

¹ Херсонская областная клиническая больница

² Херсонский областной противотуберкулезный диспансер

³ Одесская областная клиническая больница

Ключевые слова: плоскоклеточная
карцинома легкого,
пневмонэктомия,
резекция предсердия.

Описан случай успешного оперативного лечения пациента с местнораспространенной плоскоклеточной карциномой правого легкого с прорастанием в левое предсердие. В условиях искусственного кровообращения выполнена правосторонняя пневмонэктомия с медиастинальной лимфодиссекцией, резекция левого предсердия с его последующей пластикой. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент осмотрен через 9 мес после операции — признаков рецидива опухоли нет.

Местнораспространенные формы рака легкого, особенно при вовлечении в онкологический процесс элементов сердца, представляют сложную клиническую проблему и в большинстве случаев требуют неординарных решений. До эры искусственного кровообращения (ИК) таких пациентов считали неоперабельными, однако за последние десятилетия ситуация изменилась коренным образом. Рутинное использование ИК существенно расширило возможности лечения пациентов с кардиальной патологией, позволило выполнять сложные сочетанные резекции при местнораспространенном онкологическом процессе, когда в последний вовлечены элементы сердца, магистральные сосуды или другие органы [4]. Так, М.И. Давыдов и соавт. из 600 радикальных операций по поводу рака легкого в 156 (26 %) случаях выполнили расширенно-комбинированные вмешательства, в том числе 63 — с резекцией перикарда, 65 — бифуркации трахеи (в 52 случаях — циркулярная и в 13 — клиновидная резекция), 10 — левого предсердия, 3 — верхней полой вены, 8 — диафрагмы и 7 — грудной стенки [2]. Однако суммарный опыт таких операций относительно

небольшой, в основном это прерогатива крупных хирургических центров. В доступной нам отечественной литературе мы не нашли публикаций, посвященных подобным операциям.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Пациент Л., 1958 года рождения, обратился в торакальное отделение Херсонского противотуберкулезного диспансера в июле 2011 г. с жалобами на небольшую слабость, умеренный влажный кашель. На спиральной компьютерной томографии выявлены признаки злокачественного новообразования нижнедолевого бронха с частичным прорастанием в промежуточный и среднедолевой бронхи, метастазами в лимфоузлы средостения. При видеобронхоскопии — просвет трахеи без особенностей. В области мембранозной части трахеи — шероховатый характер слизистой оболочки за счет бугорков продуктивного характера (очагово-фиброзные изменения). Карина килевидная. Справа: задняя стенка нижнедолевого бронха значительно выстоит в просвет, смыкается с передней. Стенки ригидные, усилен сосудистый рисунок. Умеренная деформация шпоры верхнедоле-

вого бронха. Пройодимість бронхов верхньої доли збережена. Слева — без особливостей. Цитологія — плоскоклітинна карцинома.

Після трьох курсів хіміотерапії хворий повторно госпіталізований в торакальне відділення, 19.10.2011 г. проведена пробна торакотомія справа. Во время операції виявлено, що пухлина виходить з нижньої доли легкого і проростає в ліве передсердя. Случай признан неоперабельним. Пізніше, ухвалюючи місцеве розповсюдження онкологічного процесу і відсутність віддалених метастазів, хворий був консультований бригадою торакальних і кардіохірургів. При детальном розгляді комп'ютерної томограми заподозрено проростання пухлини в стінку лівого передсердя (рис. 1). Принято рішення про проведення симультанної пульмонектомії і резекції лівого передсердя з застосуванням ІК.

В відділенні серцево-судинної хірургії Херсонської обласної клінічної лікарні 25.11.2011 г. спільно торакальними і кардіохірургами проведена операція. Стернотомія. С великими технічними труднощами (через виражений спайковий процес) виділено праве легке, мобілізовані його корінь і лімфатичні вузли середостення. При ревізії виявлено проростання пухлини в задню стінку лівого передсердя протяжністю до 3 см. Підключен апарат ІК. Ретроградна кардіоплегія. Виконана резекція задньої стінки лівого передсердя в межах здорових тканин, єдиним блоком удалена пухлина (ліве легке, лімфовузли середостення, уражена частина лівого передсердя) (рис. 2). Дефект передсердя ушит неперервним двохрядним швом (рис. 3). Ретроградна реперфузія міокарда, спонтанне відновлення серцевої діяльності. Після ретельного гемостазу виконано дренирування правої плевральної порожнини і переднього середостення.

Ранній післяопераційний період протікав без ускладнень. 30.11.2011 г. хворий для даль-

нішого лікування переведен з реанімаційного в торакальне відділення. Состояние после правосторонней пневмонектомии рентгенологически: справа — небольшой горизонтальный уровень жидкости на уровне 2-го ребра. При бронхоскопии: просвет трахеи без особенностей, культя правого главного бронха короткая, шов ровный, герметичный. Слизистая оболочка не изменена. Слева — без особенностей. Дальнейшее течение — без особенностей, выписан в удовлетворительном состоянии. Контрольный осмотр в августе 2012 г. — данных о рецидиве опухоли нет.

ОБСУЖДЕНИЕ

Местнораспространенная форма рака легкого с вовлечением в процесс различных отделов сердца относится к IIIb стадии заболевания. Эта стадия является наиболее гетерогенной, встречается у разных групп пациентов и характеризуется различными подходами к их лечению. Так, если в группе с поражением контралатеральных лимфоузлов и при наличии опухолевого плеврита хирургическое

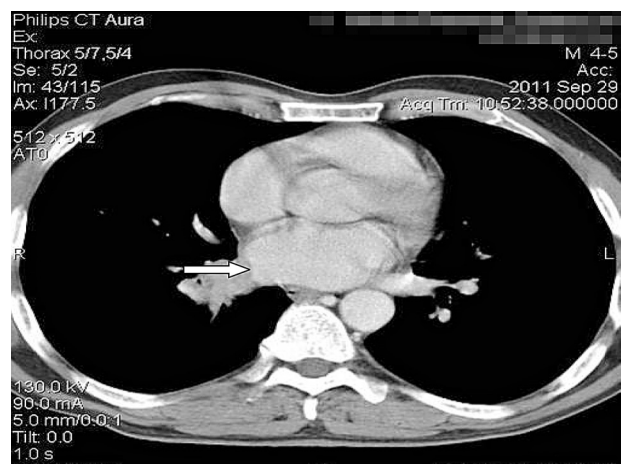


Рис 1. Компьютерная томография больного Л. Прорастание опухоли легкого в левое предсердие (указано стрелкой)



Рис. 2. Макропрепарат удаленного легкого и стенки левого предсердия



Рис 3. Пластика левого предсердия (дефект ушит двухрядным непрерывным швом)

лечение противопоказано, то в группе пациентов с вовлечением в процесс ипсилатеральных лимфоузлов и органов средостения тактика лечения в основном зависит от опыта хирургического лечения в данной клинике. Накопленный мировой опыт свидетельствует, что к потенциально операбельным сегодня относят опухоли легких с прорастанием в верхнюю полую вену, дугу аорты, нисходящую аорту, предсердие и другие элементы переднего и заднего средостения. Однако в любом случае хирургическому лечению должна предшествовать лучевая и/или химиотерапия [3, 4].

В приведенном клиническом наблюдении опухоль легкого соответствовала IIIb стадии ($T_4N_2M_0$). Отмечены местнораспространенный процесс (прорастание в стенку левого предсердия) и поражение региональных лимфоузлов без отдаленного метастазирования. Пробная торакотомия показала невозможность радикального лечения пациента без применения ИК. Учитывая молодой возраст пациента, отсутствие сопутствующей патологии и отдаленных метастазов больному была предложена повторная операция в условиях отделения сердечно-сосудистой хирургии. Для достижения поставленной цели решен ряд организационных и лечебных задач. На первом этапе пациент был переведен в отделение сердечно-сосудистой хирургии, где проведен ряд диагностических мероприятий, включая коронароангиографию (согласно локальным протоколам обследования пациентов перед операциями с ИК). Сопутствующей

патологии не выявлено. Сформирована бригада из торакальных и кардиохирургов, перфузиолога, анестезиолога, двух операционных сестер (кардиохирургической и торакальной). Одновременно в операции было задействовано 11 человек. Сложность этого этапа заключалась в организации четкой и слаженной работы большого числа медицинских специалистов. Этого достигнуто в ходе консилиумов, на которых была выработана четкая тактика выполнения операции и последовательность действий хирургов. В ранний послеоперационный период основной задачей было правильное формирование фиброторакса и профилактика гнойно-септических осложнений. Поэтому пациент был переведен в специализированное торакальное отделение, где получил полный курс послеоперационной реабилитации и поставлен на диспансерный учет согласно онкологическим стандартам.

ВЫВОДЫ

Местнораспространенные формы рака легкого с вовлечением в процесс элементов сердца при определенных условиях могут быть радикально оперированы.

Залогом успеха подобных симультанных операций является тщательная дооперационная подготовка пациента, четко спланированная работа смежных специалистов (торакальных и кардиохирургов), грамотная послеоперационная реабилитация.

Литература

1. Давыдов М.И. Принципы хирургического лечения злокачественных опухолей в торако-абдоминальной клинике // Вопросы онкологии. — 2002. — Т. 48, № 4—5. — С. 468—479.
2. Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е. Современные принципы выбора лечебной тактики и возможности хирургического лечения
3. немелкоклеточного рака легкого // Новое в терапии рака легкого. — М., 2003. — С. 25—28.
4. Jeremic B., Machtay M. Concurrent radiochemotherapy in the treatment of locally advanced non-small cell lung cancer // Hematol. Oncol. Clin. N. Am. — 2004. — N 18. — P. 91—101.
5. Ohta M., Hazama K., Kagisaki K. et al. Combined right atrial resection for lung cancer that developed intractable atrial flutter // Jpn. J. Thorac. And. — 2003. — Vol. 51, N 3. — P. 117—119.

Ю.С. Спирін, О.Д. Сташенко, Д.Б. Комелев, О.О. Сірік, В.І. Арбузов,
О.Й. Золотарев, К.О. Кабакова, С.І. Юшук, І.В. Максимішин

ВИПАДОК ВДАЛОЇ ПНЕВМОНЕКТОМІЇ З МЕДІАСТИНАЛЬНОЮ ЛІМФОДИСЕКЦІЄЮ ТА РЕЗЕКЦІЄЮ ЛІВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ З ПРИВОДУ РАКУ ЛЕГЕНІ

Описано випадок вдалого хірургічного лікування пацієнта з місцевопоширеною плоскоклітинною карциномою правої легені з проростанням у ліве передсердя. В умовах штучного кровообігу виконано правобічну пульмонектомію з медіастиною лімфодисекцією, резекцію лівого передсердя з його подальшою пластикою. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Хворого оглянуто через 9 міс після операції — ознак рецидиву пухлини немає.

Ключові слова: плоскоклітинна карцинома легені, пульмонектомія, резекція передсердя.

**Yu.S. Spirin, A.D. Stashenko, D.B. Komelev, A.A. Sirik, V.I. Arbuzov,
A.I. Zolotarev, E.A. Kabakova, S.I. Yushchuk, I.V. Maksimishin**

**THE CASE OF SUCCESSFUL PNEUMONECTOMY
WITH LEFT ATRIUM RESECTION
IN PATIENT WITH LUNG CANCER**

A case of successful surgical treatment of patients with locally common squamous micro-carcinoma in right lung with germination in the left atrium is described. Under cardiopulmonary bypass the right-sided pneumectomy, lymphodissection, mediastinal resection of left atrium with its subsequent plastic was performed. Postoperative period ran smoothly. The patient was investigated 9 month later — no signs of tumor recurrence was diagnosed.

Key words: squamous lung carcinoma, pneumectomy, atrium resection.