

А.А. БЕЙСЕБАЕВ¹, М.И. КАРАСАЕВ¹, Э. Т. БАЙМУХАМЕТОВ¹, З. К. ТУЛЕУТАЕВА², Ж. А. АМАНГАЛИЕВ²¹ Казахский НИИ онкологии и радиологии МЗ РК, Алматы, Казахстан² Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова, Алматы, Казахстан**РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ РАКА ЛЕГКОГО**

Целью исследования явился анализ непосредственных результатов больных раком легкого, которым выполнено реконструктивно-пластические операции на бронхах с лимфодиссекцией. Реконструктивно-пластические операции выполнены 170 больным раком легкого. У всех больных диагноз подтвержден морфологический. Изучены различные варианты и объемы реконструктивно-пластические операции на бронхах и трахее. Анализ собственных наблюдений показал, что можно сделать следующие выводы: возможность повышения резектабельности при раке легкого и расширение объема операций в виде лимфодиссекции без увеличения частоты послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: рак легкого, трахеобронхиальная хирургия, лимфодиссекция.

Введение. Реконструктивно-пластические операции при раке легкого за последние годы имеет тенденцию к быстрому развитию и постоянно совершенствуется. Совершенствование методологического подхода к оперативной техники решительно позволило расширить границы резекции бронхов и трахеи. Выполнение расширенных реконструктивно-пластических операций при раке легкого – решительный шаг в решении проблем хирургического лечения рака легкого, заключающаяся в одновременном выполнении лимфодиссекции.

В современной трахеобронхиальной хирургии резекция и пластика бифуркационного отдела трахеи, является наиболее «сложной» категорией из-за высокого риска, технической сложности и трудностей анестезиологического обеспечения [1, 2, 6]. За основу выполнения лимфодиссекции в основном приняты технические приемы, которые описаны И. С. Колесниковым и соавт. (1975). За последние десятилетия широко разрабатываются новые варианты оперативных вмешательств с учетом лимфогенного метастазирования при раке легкого и вовлеченности в опухоль соседних органов [4, 5]. В КазНИИОнР соответствие диаметров анастомозируемых бронхов и трахеи выполняются по собственной методике, внутригрудные лимфатические узлы удаляя не зависимо от вовлеченности их в онкопроцесс.

Цель исследования: анализ непосредственных результатов реконструктивно-пластических операции на бронхах с лимфодиссекцией при раке.

Материалы, варианты реконструктивно-пластических операций и результаты.

Отделение торако-абдоминальной онкохирургии Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии располагает опытом хирургического лечения, расширенных реконструктивно-пластических операции на бронхах 170 больных раком легкого.

Из них 159 (93,5%) мужчин и 11 (6,5%) женщин, 40 (23,6%) больных были в возрасте 60 и более 70 лет (табл. 1).

Таблица 1- Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Количество больных	Возраст				
		30-39	40-49	50-59	60-69	70 и более
Мужчины	159	5	44	73	34	3
Женщины	11	2	3	3	3	-
Всего	170 (100%)	7 (4,1%)	47 (27,6%)	76 (44,7%)	37 (21,8%)	3 (1,8%)

Распределение опухоли по системе TNM соответствовало II-III стадиям. II стадия установлена у 62 (36,5%), III стадия – у 108 (63,5%) больных. Эти данные сопоставляли с результатами интраоперационного и послеоперационного исследования (состояние легочной паренхимы, бронхов, сосудов, лимфатических узлов средостения, вовлечение в опухолевый процесс соседних структур).

У 20 (19,8%) больных кроме главного бронха в опухолевый процесс были вовлечены соседние органы (перикард, диафрагма, верхняя полая вена, грудная стенка).

Большинство из исследованных больных, 63 (62,4%), имели правостороннюю локализацию опухолевого процесса (табл. 2).

Таблица 2 - Локализация опухолевого процесса у больных раком легкого

Распространенность процесса по бронху	Правое легкое						Левое легкое			
	Верхняя доля		Средняя доля		Нижняя доля		Верхняя доля		Нижняя доля	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Проксимальная часть бронха	22 ^x	34,9	1	1,6	-	-	22	57,9	-	-
Дистальная часть бронха	31	49,2	2	3,2	7	11,1	13	34,2	3	7,9
Всего	53 ^x	84,1	3	4,8	7	11,1	35	92,1	3	7,9
Итого	63 ^x (62,4%)						38 (37,6%)			

^x – двум больным после долевыми резекций с пластикой главного бронха выполнены повторные операции по типу пневмонэктомии с резекцией бифуркации трахеи

По таблице отчетливо видно преимущественная локализация опухолевого процесса в верхней доле правого легкого, который был диагностирован у 53 больных, что составило 84,1%. Гистологическая структура опухолевого процесса больных, перенесших реконструктивно-пластическую операцию на бронхах и трахее представлена на рисунке 1. Наиболее распространенным гистологическим типом был плоскоклеточный рак у 138 (81,1%) больных. Гистологическая характеристика остальных форм опухоли была следующая: аденокарцинома была у 21 (12,4%), бронхоальвеолярный рак - у 7 (4,1%), мелкоклеточный – у 2 (1,2%), ангиосаркома – у 1 (0,6%) и крупноклеточный – у 1 (0,6%) больных.

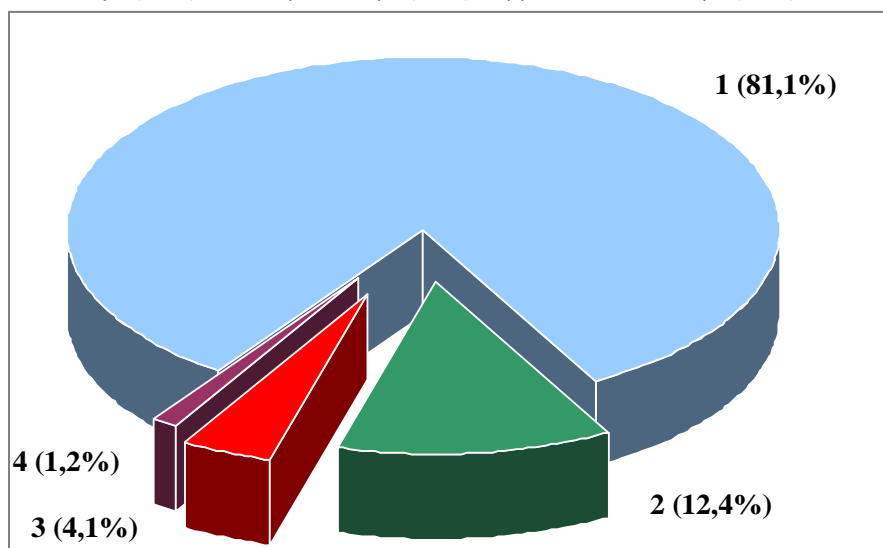


Рисунок 1 - Гистологическая структура больных раком легкого, перенесших реконструктивно-пластическую операцию.
1 - плоскоклеточный рак; 2 – аденокарцинома;
3 - бронхоальвеолярный; 4 – мелкоклеточный

В таблицах 3-4 представлены объем проведенных оперативных вмешательств и варианты резекции и пластики бронхов и трахеи.

Таблица 3 - Объем реконструктивно-пластических операций на бронхах и трахее

Объем операций	Кол-во больных	Стадия рака			
		II а	II б	III а	III б
Лобэктомия с клиновидной резекцией бронхов, лимфодиссекция	41	9	11	17	4
Лобэктомия с циркулярной резекцией бронхов, лимфодиссекция	35	7	22	5	1
Билобэктомия с клиновидной резекцией бронхов, лимфодиссекция	17	4	7	4	2
Билобэктомия с циркулярной резекцией бронхов, лимфодиссекция	14	3	8	3	-
Пневмонэктомия с краевой резекцией бифуркации трахеи, лимфодиссекция	34	5	7	37	5
Пневмонэктомия с клиновидной резекцией бифуркации трахеи, лимфодиссекция	17				
Пневмонэктомия с циркулярной резекцией бифуркации трахеи, лимфодиссекция	3				
Резекция и пластика трахеи, лимфодиссекция	9	1	5	3	-
Всего	170	29	60	69	12

Таблица 4 - Варианты реконструктивно-пластических операций на трахее и бронхах

Варианты резекции и пластики	Трахея	Бронх
Краевая	34	-
Клиновидная	17	58
Циркулярная	7	49
Окончатая	2	-
Трапецевидная	3	-
Всего	63	107

К реконструктивно-пластической операции предъявляются чрезмерно высокие требования. Совершенствование предоперационной подготовки, анестезиологического обеспечения и интенсивной терапии в раннем послеоперационном периоде служит резервом, главным образом, для снижения частоты и летальности при операциях на легком. По данным В. П.Харченко (1999) в специализированных торакальных клиниках частота осложнений после реконструктивно-пластических операций в среднем составляют 21,7%, летальность - 9,9%. Аналогичные данные нашего института отражены в таблице 5.

Таблица 5 - Частота послеоперационных осложнений и летальности после реконструктивно-пластических операций на бронхах и трахее

Характер осложнений	Количество осложнений	Летальность
Несостоятельность анастомоза	5	3
Внутриплевральное кровотечение	2	-
Хилоторакс	1	-
Сердечно-сосудистые (тромбоэмболия легочных сосудов, острая сердечно-сосудистая недостаточность)	4	3
Пневмония, трахеобронхит, альвеолярный свищ и дыхательная недостаточность	8	1
Эмпиема плевры	1	-
Всего	21 (12,4%)	7 (4,1%)

Основными осложнениями в послеоперационном периоде остаются сердечно-дыхательная недостаточность. Наиболее значительно уменьшилась частота развития послеоперационной пневмонии. Несомненно, что совершенствование техники хирургических вмешательств позволили реже иметь место в раннем послеоперационном периоде таких грозных осложнений, как внутриплевральное кровотечение и несостоятельность анастомоза. Осложнения типа внутриплеврального кровотечения и несостоятельности анастомоза значительно уменьшились при выполнении реконструктивно-пластических операций на трахее и бронхах дополнительное оперативное вмешательство на внутригрудных лимфатических узлах (лимфодиссекция) не приводило к увеличению частоты послеоперационных осложнений. Осложнение типа хилоторакса имело место в одном случае, консервативная терапия оказалась эффективной. Наиболее грозными осложнениями остаются тромбоз легочной артерии и сосудов легкого. С 1998 года по настоящее время частота послеоперационных осложнений при реконструктивно-пластических операциях и лимфодиссекции составляют 12,4%, летальности – 4,1%.

Таким образом, анализ собственных наблюдений показывают возможность повышения резектабельности при раке легкого, в частности при распространении процесса на область бифуркации трахеи и расширение объема операций в виде лимфодиссекции без увеличения частоты послеоперационных осложнений. Реконструктивно-пластические операции на бронхах позволяют выполнять долевы резекции вместо пневмонэктомии. Реконструктивно-пластические операции на области бифуркации трахеи – признавать таких больных операбельными.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Петровский Б.В., Перельман М.И., Королева Н.С. Трахеобронхиальная хирургия. – М.: Медицина, 1978. – 296 с.
- 2 Харченко В.П., Галил-оглы Г.Л., Чхиквадзе В.Д. и др. Применение реконструктивно-пластических операций в лечении рака легкого // Вестн. хир. – 1982. – № 7. – С. 3-8.
- 3 Колесников И.С., Щерба Б.В., Межевикин Н.И., Шалаев С.А. Оперативные вмешательства при раке. – Л.: Медицина, 1975.
- 4 Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е. Рак легкого. – М.: Радикс, 1994. – 209 с.
- 5 Бисенков Л.Н., Гришаков С.В., Шалаев С.А. Хирургия рака легкого в далеко зашедших стадиях заболевания. – СПб.: Гиппократ. – 1998. – 384 с.
- 6 Бейсебаев А. А., Арзыкулов Ж. А., Карасаев М. И. Расширенные реконструктивно-пластические операции как вариант современного подхода к хирургическому лечению рака легкого. //Онкология и радиология Казахстана - 2005.

А.А . БЕЙСЕБАЕВ, М.И. КАРАСАЕВ, Э. Т. БАЙМУХАМЕТОВ, З. К. ТУЛЕУТАЕВА, Ж. А. АМАНГАЛИЕВ

Түйін: Өкпенің қатерлі ісігі кезіндегі трахеобронхиалды хирургия жедел дамып жетілдірілуде. Оперативті тәсілді өзгертуі бронх және кенірдектің резекциясының мүмкіншілігі кенейтіді. Өкпенің қатерлі ісігінің хирургиялық емдеуі қазіргі заман талабына сай кеңейтілген лимфодиссекциямен қатар жүргізіледі.

A.A. BEYSEBAYEV, M.S. KARASAEV, E.T. BAYMUKHAMETOV, Z.K. TULEUTAYEVA, ZH. A. AMANGALIEV

Resume: The tracheobronchial surgery of lung cancer is fast-improved end developed. Change of operative procedure allows extend the limits of possible bronchus and trachea resection. The simultaneous realization of bronchus and trachea resection with extended lymph dissection – is the modern variant of approach to lung cancer surgery treatment.

Keywords: lung cancer, thoracic surgery, lymph node dissection.