

О ЧАСТИЧНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ЛЕГКИХ ПРИ РАКЕ

Б. А. Королев, М. Ф. Карпов

Клиника госпитальной хирургии лечебного факультета (зав. — член-корр. АМН СССР проф. Б. А. Королев) Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

В настоящее время как в отечественной, так и в зарубежной литературе имеются различные мнения по вопросу частичных резекций легких при раке. Все хирурги, занимающиеся оперативным лечением бронхогенного рака, наряду с пневмонэктомиями прибегают нередко к резекции одной или двух долей и даже сегментов легкого. Это объясняется тем, что большинство больных раком легкого вследствие преклонного возраста имеют сниженные функциональные показатели, характеризующие сердечно-сосудистую систему и состояние легочной ткани. Целью же хирургического лечения больных является не только спасение их жизни, но и сохранение максимальной полноценности функций организма. Это приобретает особое значение, если опухоль располагается на периферии легочной ткани и нет данных о вовлечении в процесс лимфатических узлов средостения. В таких случаях оперативное вмешательство может быть ограничено частичной резекцией легкого.

По сводным данным А. Н. Новикова и В. В. Родионова, лобэктомии при раке зарубежными авторами применяются в 21,2% по отношению ко всем операциям, а отечественными хирургами — в 13,2%. За последние годы отмечается рост удельного веса лобэктомий среди других операций. Это говорит о том, что частичные резекции легких при раке прочно входят в хирургическую практику. Целесообразность их должна определяться изучением непосредственных и отдаленных результатов.

В нашей клинике с 1951 г. по 1963 г. выполнено 256 радикальных операций на легких по поводу рака, из них 68 частичных резекций, что составляет 26,5% от общего числа радикальных операций. Мужчин было 55 и женщин — 13. В возрасте от 21 до 30 лет было 3, от 31 до 50 лет — 17, от 51 до 70 — 48 больных.

Таблица 1

Распределение частичных резекций легких по годам

Период	Лобэктомии	Билобэктомии	Клиновидные резекции	Всего частичных резекций
1951—1955 гг.	3	2	2	7
1956—1960 гг.	23	7	1	31
1961—1963 гг.	21	7	2	30
Итого: . . .	47	16	5	68

Начав с единичных лобэктомий, в некоторых случаях по вынужденным показаниям мы постепенно увеличиваем число частичных резекций легкого при раке. Основанием для этого нам служит невысокая послеоперационная летальность (8%) и хорошее функциональное состояние организма в послеоперационном периоде.

Робинсон, Джонс и Мейер (1956), учитывая отдаленные результаты собственных наблюдений и наблюдений 227 опрошенных хирургов, пришли к выводу, что при правильно выбранных случаях лобэктомия дает такие же благоприятные исходы, как и пневмонэктомия. Такого мнения придерживаются Б. К. Осипов и Т. А. Алиева, Г. Г. Шаповальянц, А. Н. Новиков и В. В. Родионов и др.

У 59 больных опухоль располагалась на периферии легочной ткани и только у 9 — в долевым бронхе. Последние опухоли по локализации мы относим к центральным. Обращает на себя внимание большая частота поражения раком правого легкого. Верхняя и нижняя доли поражаются одинаково часто.

Микроскопическая картина рака установлена у 64 больных.

Плоскоклеточный рак был у 31, из них у 5 — с орогованием, аденокарцинома — у 8, солидный рак — у 12, мелкоклеточный рак — у 8, скirrзный рак — у 2, полиморфный — у 1, альвеолярный — у 1 и коллоидный рак — у 1. У четырех больных результатами гистологического исследования удаленных опухолей мы не располагаем по техническим причинам.

В хирургическом лечении рака легкого центральным вопросом является определение объема оперативного вмешательства. Показанием к удалению доли легкого (билобэктомии) мы считаем периферическое расположение опухоли без вовлечения в процесс лимфатических узлов средостения. В этом нам помогает экспресс-метод цитологического исследования пунктатов опухолей и лимфатических узлов, получаемых

Локализация опухолей

Доля легкого	Правое легкое	Левое легкое	Всего
Верхняя	19	7	26
Нижняя	17	10	27
Средняя	6	—	6
Долевой бронх	7	2	9
Итого	49	19	68

нами на операционном столе, который мы применяем в клинике с 1959 г. (М. Ф. Карпов с соавторами, 1962).

У больных преклонного возраста со сниженными показателями внешнего дыхания и сердечной деятельности мы производили удаление одной или двух долей легкого и при расположении опухоли в сегментарном бронхе 2 и 3 порядка (их следует отнести к промежуточной локализации) или при отдельных увеличенных бронхопульмональных узлах. Частичная резекция легкого при этом сопровождается удалением одним препаратом одной или двух долей (справа) с лимфоузлами и клетчаткой корня легкого и средостения с учетом анатомо-физиологических особенностей лимфатических путей легкого.

Приводим одно из наблюдений.

М., 66 лет, поступил в клинику 15/II 1962 г. с жалобами на кашель со слизистой мокротой до 50 мл за сутки. Из перенесенных заболеваний отмечает грипп, сухой плеврит, малярию. Курит много с детства. Заболел за два месяца до поступления остро. Внезапно повысилась температура, появился сильный сухой кашель, тупые боли в груди справа. Амбулаторно лечился от гриппа. После рентгеноскопии грудной клетки был направлен в клинику.

Общее состояние удовлетворительное. Упитан. Границы сердца умеренно расширены, тоны приглушены. Пульс 84, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 155/80 мм. В легких укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания в области 3, 4 ребер и в правой подмышечной.

Гем.—88%, Э—4800000, Л.—4200, э—1%, п—3%, с—63%, л—31%, м—2%, РОЭ—15 мм/час. Моча в норме. В мокроте слизисто-гнойного характера обнаружены скопления резко атипических клеток, свежие эритроциты до 10—15 в поле зрения.

Рентгеноскопия и рентгенография грудной клетки. В задне-латеральном отделе верхней доли правого легкого—периферическое затемнение с четкими контурами, интенсивное, равномерное. На томограмме бронхи проходимы, отдельные увеличенные бронхопульмональные лимфатические узлы.

Диагноз: периферический рак верхней доли правого легкого.

2/III-62 г. под интубационным наркозом с управляемым дыханием передне-боковым доступом в IV межреберье справа без пересечения ребер произведена верхняя лобэктомия. При экспрессцитологическом исследовании бронхопульмонального лимфатического узла раковых клеток не найдено. В заднем сегменте верхней доли опухоль 6×5 см. Гистологическое строение опухоли—плоскоклеточный рак без ороговения.

Послеоперационное течение гладкое. Выписан на 20 день после операции. В настоящее время состояние удовлетворительное.

Заслуживает внимания при выборе объема оперативного вмешательства при раке легкого вывод Т. А. Алиевой, сделанный на основании литературных данных и собственных наблюдений, о том, что при периферическом расположении опухоли наблюдается более частое метастазирование гематогенным путем.

У 5 больных нами выполнена клиновидная резекция легкого. Резервы дыхательной функции у них были столь низкими, что даже лобэктомия оказалась непереносимой. У одного из этих больных одновременно с удалением опухоли легкого в пределах здоровых тканей резецированы частично два ребра, которые были вовлечены в раковый процесс. У двух больных клиновидная резекция выполнена ввиду неясности диагноза. Клинически диагностировалась туберкулома.

При удалении долей верхней, верхней и средней мы пользуемся передне-боковым доступом в IV межреберье без пересечения ребер. Техника радикальной лобэктомии для каждой из долей легкого как правого, так и левого является различной и отличается от такой же операции при гнойных заболеваниях и туберкулезе.

Нижние лобэктомии предпочитаем осуществлять боковым доступом в VI межреберье. Этот доступ дает возможность легче и менее травматично для больного выделить нижнюю долю из срощений. У семи больных удаление долей легкого сочета-

Виды операций

Удаляемые доли	Правое легкое	Левое легкое	Всего
Верхняя	13**	9*	22***
Средняя	5	—	5
Нижняя	14**	10	24**
Верхняя и средняя	7	—	7
Нижняя и средняя	10	—	10
Итого	49****	19*	68*****

(* обозначено число клиновидных резекций.)

лось с резекцией соседних органов: у четырех резецированы значительные участки костальной плевры, у одного — часть диафрагмы, у одного — части двух ребер и еще у одного — части межреберных мышц.

Семь операций выполнено под местной анестезией, остальные — под интубационным наркозом с управляемым дыханием. Если операция сопровождается значительной травматичностью, то в бронх добавляется местная анестезия 1% раствором новокаина. Перед зашиванием раны грудной стенки проводим спирт-новокаиновую блокаду межреберных нервов для профилактики болей. Иногда повторяем ее в послеоперационном периоде.

Из 63 больных после лоб- и билобэктомий в клинике умерло 6 человек (8%). Одна больная умерла от асфиксии вследствие закупорки главного бронха здоровой стороны опухолью. Эта была женщина 26 лет, поступившая в клинику с диагнозом «бронхоэктатическая болезнь». В результате клинико-рентгенологического исследования диагностированы двухсторонние бронхоэктазы с ателектазом нижней доли правого легкого. Через десять дней после поступления ей под интубационным наркозом с управляемым дыханием произведена нижняя лобэктомия правого легкого. Во время операции наступил летальный исход. При вскрытии установлен рак (плоскоклеточный) нижнедолевого бронха справа. Остальные пять больных умерли в клинике в различные сроки послеоперационного периода. Причины летальности: эмболия легочной артерии (1), недостаточность культы бронха и эмпиема плевральной полости (2, у одного — в сочетании с отдаленными метастазами), сердечно-легочная недостаточность в связи с пневмонией в оставшейся доле (1) и в здоровом легком (1). Остальные больные выписаны из клиники по выздоровлению.

В первом периоде (1951—1956 гг.) на 5 операций не было летальных исходов. У одного больного была недостаточность культы бронха, осложненная эмпиемой плевральной полости. Осложнение к выписке было излечено.

С 1956 по 1960 г. на 30 операций было 4 летальных исхода. Кроме этих осложнений, явившихся причиной летальности, у двух больных была недостаточность культы бронха с развившейся эмпиемой плевральной полости, и у одного — эмпиема плевральной полости и торакальный свищ. Все трое были выписаны после излечения осложнений.

И, наконец, за последние три года на 28 операций было два летальных исхода вследствие сердечно-легочной недостаточности в сочетании с пневмонией у одного в оставшейся доле, у другого — в здоровом легком. У одного больного в послеоперационном периоде развился отек легкого. Трахеостомия и настойчивая комплексная терапия дали возможность справиться с этим осложнением, и больной был выписан по выздоровлению. Таким образом, наиболее частым и серьезным осложнением при лобэктомиях являются бронхиальные свищи в сочетании с эмпиемой плевральной полости. У трех больных из пяти с этим осложнением удалось справиться консервативными мероприятиями.

Из 62 выписанных из клиники больных удалось проследить за судьбами 56 человек. Умерли в срок до 6 месяцев — 6, до года — 8, до 2 лет — 5, до 3 лет — 2. По состоянию на 1/1 1963 г. живы 35 человек. Живут более 6 месяцев 7, до 6 месяцев — 4, до 2 лет — 8, до 3 лет — 7, до 4 лет — 5, до 5 лет — 2, до 6 лет — 2 человека.

Сравнивая непосредственные и отдаленные результаты пневмонэктомий и частичных резекций легких при раке, мы пришли к выводу, что невысокая послеоперационная летальность, небольшая частота осложнений и хорошее функциональное состояние организма в послеоперационном периоде делают лоб- и билобэктомии вполне обоснованными у определенной категории больных. Противопоставлять эти два метода (пневмонэктомии и частичные резекции легких при раке) не следует. Правильный выбор их должен обосновываться соответствующими показаниями.

1. Алиева Т. А. Хирургия. 1957, 12. — 2. Колесников И. С. Там же. 1957, 5. — 3. Королев Б. А. Вопр. неотл. и груд. хир. Горький, 1958. — 4. Королев Б. А., Карпов М. Ф. Вопр. онкол. Горький, 1962; Вопр. анестезиол. и груд. хир. Горький. 1962. — 5. Карпов М. Ф., Мовшовская Е. Н., Морозова А. П., Шмерельсон М. Б. Там же. — 6. Лушников Е. С. Тр. 26 Всесоюзн. съезда хир. 1956. — 7. Новиков А. Н. и Родионов В. В. Результаты хирургического лечения рака легкого. М., Медгиз. 1962. — 8. Новиков А. Н., Гарин Н. Д. и Родионов В. В. Груд. хир. 1963, 3. — 9. Осипов Б. К. и Алиева Т. А. Рак легкого. Медгиз, М., 1959. — 10. Савицкий А. И. Рак легкого. Медгиз, М., 1957. — 11. Углов Ф. Г. Рак легкого. Медгиз, М., 1958. — 12. Шаповалыянц Г. Г. Груд. хир. 1963, 2. — 13. Robinson I., Iones C., Meyer V. Indications for Cobectomy in the treatment of carcinoma of the Lung. J. thorac. Surg. 1956, 32, 4.

УДК 616.24—005.1

О ТАКТИКЕ ХИРУРГА ПРИ МАССИВНЫХ ЛЕГОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Ю. А. Ратнер

Кафедра хирургии и онкологии (зав.—проф. Ю. А. Ратнер)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Легочное кровотечение является одним из самых частых осложнений таких хирургических страданий легких, как нагноение, бронхоэктазия, туберкулез, рак, инородные тела. Кровотечение из легкого может быть различной степени, начиная от незначительного до угрожающего жизни больного. Если обычное кровохарканье и средней степени кровотечение из легкого останавливаются сами собой или в результате применения общеизвестных консервативных средств (хлористый кальций, переливание крови, искусственный пневмоторакс), то при массивном кровотечении эти средства часто не ведут к цели, и печальная развязка наступает не так уж редко. Кто из практических врачей не бывал при этом в положении беспомощного свидетеля? Нам чаще приходилось наблюдать смерть в результате массивного легочного кровотечения у туберкулезных, раковых больных с нагноением легкого, а в годы войны — у раненных в грудь. У некоторых больных и раненых смерть наступала неожиданно. В наше время расцвета грудной хирургии нельзя мириться с подобным исходом, не испытавши более надежных методов остановки кровотечения, как хирургические вмешательства на легких и легочных сосудах. Раньше хирурги боялись вскрыть плевральную полость, так как не имели опыта в торакальной хирургии. Современный хирург уже не в праве отказать в операции больному с угрожающим жизни кровотечением из легкого, подобно тому, как это является обязательным при внематочной беременности, разрыве селезенки и других внутрибрюшных кровотечениях.

При массивном легочном кровотечении уже существуют известные жизненные показания к оперативному вмешательству, часто срочного характера. Литература по этому вопросу пока невелика. Наши наблюдения были сообщены в прениях на секции по грудной хирургии на XXVI Всесоюзном съезде хирургов.

Очень важным и трудным делом является установление правильных показаний и противопоказаний к срочному вмешательству. Мы не касаемся здесь тактики хирурга при ранениях груди, сопровождающихся значительным кровотечением из легкого. Вероятно, в будущем хирурги и в таких случаях станут более активными. Здесь мы имеем в виду кровотечение при хронических заболеваниях легких и поздние кровотечения после ранений груди, угрожающие жизни больного.

Как судить о том, является ли наступившее кровотечение опасным для жизни или нет? Главное значение имеет, конечно, количество излившейся крови, степень анемии, АД, состояние пульса, дыхание, словом, те же клинические и лабораторные признаки, которые руководят хирургом при кровотечениях из других органов. В течение ближайших часов предпринимаются консервативные меры для остановки кровотечения, главной из которых является переливание крови. Если же они к цели не ведут, то показано оперативное вмешательство. Сторона поражения предполагается хорошо известной.

Противопоказаниями к операции являются двухсторонние процессы, когда неизвестно, с какой стороны происходит кровотечение, выраженная недостаточность сердечной деятельности, кахексия. Прежде чем решиться на торакотомию, необходимо, конечно, убедиться, что кровотечение продолжается, несмотря на принятые меры.