

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ МЕСТНО РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

А.Ю. Воронцов

*Кафедра онкологии института последипломного образования (зав. — проф. И.Г. Терентьев)
Нижегородской государственной медицинской академии, Нижегородский областной
онкологический диспансер (главврач — В.С. Базанов)*

Организация и проведение предоперационной подготовки у больных, страдающих местно распространенным раком легкого, играют очень важную роль. Ошибки в рациональном дооперационном лечении больных данной группы оборачиваются впоследствии серьезными послеоперационными осложнениями и ростом частоты периоперативной летальности. Абсолютное большинство больных местно распространенным раком легкого страдают сопутствующими хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ) в различных их вариантах, с разной степенью активности воспалительного процесса, выраженности бронхиальной обструкции, тяжести дыхательной недостаточности [1].

При широком внедрении в практику хирургического и комбинированного лечения местно распространенных форм рака легкого мы столкнулись с весьма значительным ростом числа послеоперационных пневмоний, лечение которых требовало длительного времени, больших затрат дорогостоящих лекарственных препаратов и не всегда приводило к своевременному и успешному излечению пациентов [2]. Особенно серьезную проблему представляют собой послеоперационные пневмонии единственного легкого, так как у больных этой группы сложность лечения воспалительного процесса усугубляется значительной дыхательной недостаточностью и нарушениями гемодинамики вследствие возможной дислокации органов средостения [3, 4].

Проанализировав случаи возникновения перечисленных выше осложнений, мы пришли к выводу, что причиной развития воспалительных осложнений после операций при местно распрост-

раненном раке легкого является недостаточная или неполноценная подготовка больных к оперативному вмешательству. Это являлось, в частности, следствием того, что врачи отделения ограничены сроками предоперационного периода: полноценная подготовка к операции требует в среднем 7—14 дней пребывания больного на койке в дорогостоящем торакальном хирургическом стационаре. Задача проведения адекватного предоперационного лечения перекладывалась также на плечи районных врачей, которые в связи с отсутствием опыта лечения больных данной группы не были вполне компетентны в этом вопросе, и больные поступали на операцию недостаточно подготовленными. В связи с этим врачами торакального отделения была разработана рациональная и достаточно простая схема подготовки больных к операции в зависимости от выраженности сопутствующего ХОЗЛ (см. схему). Такое упрощение давало возможность провести полноценную предоперационную подготовку больных этой группы в условиях районных больниц. В основу группировки пациентов были положены данные клинического и лабораторного обследований с учетом диагностических возможностей лабораторной службы районных больниц.

Схема была составлена из двух частей. В первую — включены мероприятия, необходимые для всех больных с сопутствующим ХОЗЛ (своего рода профилактические мероприятия), во вторую — собственно предоперационное лечение тех больных, которым это требуется. В зависимости от выраженности воспалительного процесса врачи назначают необходимый набор лечебных мероприятий в соответствии с предложенной схемой.

Схема предоперационной подготовки больных при наличии сопутствующей бронхолегочной патологии

I. Мероприятия, необходимые всем больным:

- 1) запрещение курения;
- 2) ЭКГ, ФВД, осмотр терапевта;
- 3) общий анализ мокроты и анализ мокроты на чувствительность микрофлоры к антибиотикам, посев смыва с бронхов при проведении диагностической бронхоскопии;
- 4) общий и биохимический анализ крови;
- 5) анализы крови на состояние системы гемостаза;
- 6) ЛФК.

II. Собственно предоперационное лечение:

1) при хроническом обструктивном бронхите вне обострения

кашель со слизистой мокротой — средства, стимулирующие отхаркивание и муколитики внутрь и ингаляционно;

кашель со слизистой мокротой в сочетании с одышкой — средства, стимулирующие отхаркивание и муколитики внутрь и ингаляционно, бронхолитики в ингаляциях, внутрь и в/в;

2) при хроническом обструктивном бронхите в стадии обострения (кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышка)

а) кашель со слизисто-гнойной мокротой в сочетании с одышкой, ускорением СОЭ, лейкоцитозом — отхаркивающие средства всех групп внутрь и ингаляционно, ингаляции протеолитических ферментов, бронхолитиков, антибактериальных средств;

назо-трахеальные ингаляции гидрокарбоната натрия, антисептиков; лечебно-диагностическая бронхоскопия;

б) гнойная мокрота в большом количестве, повышение температуры тела, воспалительная реакция крови — все мероприятия предыдущей группы + хлористый кальций в/в, сульфаниламиды, антибиотики в/м и в/в, витамины группы В, С и их аналоги, микротрахеостомия или санационные бронхоскопии.

Проведен анализ историй болезни 64 пациентов, прооперированных по поводу местно распространенного рака легкого с 1994 по 1998 г. Всем больным были выполнены расширенные и расширенные комбинированные пневмонэктомии. При этом мы умышленно исключили истории болезни 3 пациентов, перенесших расширенные комбинированные лобэктомии, несмотря на то что данным больным мы также проводили предоперационную подготовку по разработанной нами схеме. Это было

сделано потому, что расширение типичной лобэктомии, согласно нашим наблюдениям, не приводило к заметному росту числа послеоперационных воспалительных осложнений.

О характере проведенных оперативных пособий можно судить по следующим данным. Расширенная пневмонэктомия была произведена у 64 больных, в том числе с резекцией перикарда (у 29), грудной стенки (у 3), диафрагмы (у 2), предсердия (у 1), аорты (у 1). Показанием к расширенной типичной пнев-

Распределение оперированных больных по форме сопутствующей бронхолегочной патологии

Нозологическая форма	Группы больных	
	1-я	2-я
Хронический катаральный необструктивный бронхит, фаза ремиссии	2	1
ХОЗЛ легкой степени тяжести, фаза ремиссии	18	8
ХОЗЛ средней степени тяжести, ДН1, фаза ремиссии	11	6
ХОЗЛ средней степени тяжести, слизисто-гнойный бронхит, ДН1		
фаза ремиссии	6	3
фаза обострения	4	2
Всего	41	20

монэктомии было распространение опухоли на прилежащие органы и ткани (врастание периферического рака в клетчатку средостения и врастание опухоли в другие органы).

Из данной группы больных 61 (95,3%) человек страдал сопутствующими ХОЗЛ. В 3 случаях серьезной сопутствующей патологии выявлено не было. Из обследованных нами больных с ХОЗЛ 43 пациента (1-я группа) получили лечение в полном объеме, причем 22 человека — по месту жительства. 2-ю группу составили больные, предоперационная подготовка которых проводилась до внедрения указанной выше схемы. Распределение больных в зависимости от формы сопутствующей патологии трахео-бронхиального дерева представлено в таблице.

В 1-й группе было отмечено лишь 3 (6,97%) случая послеоперационных пневмоний единственного легкого. После проведения больных выписали из стационара в удовлетворительном состоянии на 12—18-е сутки после операции. Во 2-й группе аналогичные осложнения возникли у 7 (33,3%) из 21 больного, из которых двое умерли в раннем послеоперационном периоде. Причиной смерти в обоих случаях была прогрессирующая легочная недостаточность на фоне острой пневмонии. Таким образом, смертность в результате острой пневмонии во 2-й группе составила 9,5%.

Применение стандартного подхода к предоперационной подготовке больных, страдающих сопутствующей бронхолегочной патологией, не противоречит принципам индивидуального подхода к каждому пациенту и при необходимости позволяет провести лечебные мероп-

приятия с учетом других сопутствующих болезней. Использование описанной схемы является удобным инструментом в руках лечащего врача.

ВЫВОДЫ

1. В хирургическом и комбинированном лечении больных местно распространенным раком легкого большое значение имеет рациональное проведение предоперационной подготовки с учетом сопутствующей бронхолегочной патологии.

2. Стандартизация предоперационной подготовки и применение разработанной нами схемы ее проведения дает возможность уменьшить сроки пребывания больного на койке в специализированном отделении до операции за счет организации его лечения в условиях районной больницы без ущерба для результатов означенного лечения.

3. Применение разработанной нами схемы предоперационной подготовки позволяет существенно снизить количество воспалительных послеоперационных осложнений и таким образом уменьшить периоперативную летальность у больных данной тяжелой группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кокосов А.Н. // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости — 1999. — № 2. — С. 15—18.
2. Нормативное регулирование и официальные стандарты лекарственной помощи (Библиотека клинического фармаколога) — М., 1996.
3. Ferguson M.K., Reeder L.B., Mick R. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 1995. — Vol. 109. — P. 275—281.
4. Harpole D.H., Liptay M.J., DeCamp M.M. et al. // Ann. Thorac. Surg. — 1996. — Vol. 61. — P. 977—982.

Поступила 15.05.00.

PECULIARITIES OF PRESURGERY PREPARATION OF PATIENTS WITH LOCALLY SPREAD LUNG CANCER IN THE PRESENCE OF ACCOMPANYING BRONCHOPULMONARY PATHOLOGY

A.Yu. Vorontsov

S u m m a r y

The standard rational presurgery preparation scheme was worked out and successfully used in 43 patients. The application of this technique makes it possible to decrease the number of postsurgery complications and consequently the perioperative mortality. The suggested presurgery preparation scheme under the conditions of the Central Republic Hospital makes it possible to decrease the time spent by a patient in the specialized department of the hospital before operation without diminishing the positive results of the treatment.