

*А.Д. Сташенко
Ю.И. Ивон
М.И. Бабич
А.А. Сирик
В.С. Ручкин*

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО

Областной противотуберкулезный диспансер, Херсон, Украина

Резюме. *Проведен ретроспективный анализ непосредственных и отдаленных результатов применения бронхопластических операций у 51 больного немелкоклеточным раком легкого I–III стадии.*

Ключевые слова:

немелкоклеточный рак легкого, реконструктивно-пластические операции.

Реконструктивно-пластические (бронхопластические) операции [4, 7, 9, 11] при злокачественных опухолях легкого применяют относительно редко, хотя большинство авторов отмечают их высокую эффективность [1, 5, 6, 8]. Бронхопластическая резекция легкого дает возможность сохранить полноценный хирургический контроль над первичной опухолью с гораздо меньшими последующими функциональными потерями [2, 5, 7]. Целесообразность выполнения бронхопластической операции определяется в каждом отдельном случае индивидуально [9, 10, 12], стандартизованные подходы пока не разработаны. Как правило, в качестве основных факторов указывают центральную локализацию опухоли, ограничение местной распространенности по бронху в резектабельных пределах, возможность хирургического контроля лимфогенного метастазирования, низкие функциональные резервы больного в случае выполнения пневмонэктомии, возможность выполнения срочной гистологии срезов бронха и другие. В большинстве исследований результаты применения бронхопластических операций не уступают по отдаленным результатам пневмонэктомии [3, 9, 10–12].

Нами проведен ретроспективный анализ непосредственных и отдаленных результатов 51 операции больных немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ) I–II стадии, которые в 1980–2004 гг. были оперированы в отделении торакальной хирургии Херсонского областного противотуберкулезного диспансера.

Среди включенных в исследование пациентов мужчин было 45 (88,2%), женщин — 6 (11,8%). Возраст пациентов колебался от 27 до 76 лет, в среднем $58,2 \pm 1,4$ года. Локализация опухоли справа составляла 44 случая (86,3%), слева — 7 (13,7%). I стадия заболевания выявлена у 9 (17,6%) больных, II — у 16 (31,5%), III — у 26 (50,9%). Больше всего выполнено верхних лобэктомий — 47 (справа — 44); верхних лобэктомий с клиновидной резекцией главного бронха — 7; нижняя лобэктомия с циркулярной резекцией промежуточного бронха — 1. Осложнения после операции зарегистрированы у 13 (25,5%) пациентов; умерли — 2 (послеоперационная летальность — 3,9%). В обоих случаях после верхней лобэктомии с клиновидной резекцией главного бронха возникла несостоятельность анастомоза, острая эмпиема плевры; причина смерти — эрозивное кровотечение из легочной артерии.

3-летняя выживаемость в группе анализа составила 78% при НМРЛ I стадии, 56,6% — на II стадии и 36,4% — на III стадии. Таким образом, бронхопластическая лобэктомия не снижает радикальности хирургического вмешательства при НМРЛ по сравнению с пневмонэктомией при условии адекватной лимфодиссекции; применение различных вариантов бронхопластических операций повышает резектабельность при раке легкого. Следует также отметить, что бронхопластические операции по сравнению с пневмонэктомией сохраняют более высокие показатели кардиореспираторного резерва и повышают качество жизни больных. В то же время необходима выработка четких прогностических критериев для обоснования выбора радикальной бронхопластической операции при раке легкого.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Авилова ОМ.** Резекция и пластика бронхов и медиастинальной трахеи. [Автореф дис ... докт мед наук]. Киев, 1971. 25 с.
2. **Бисенков ЛН, Шанин ЮН, Замятин МН и др.** Бронхоскопический мониторинг при операциях на легких. Грудная сердечно-сосуд хирургия 2000; (1): 43–7.
3. **Марченко ВП, Чхиквидзе ВД.** Резекция легкого с иссечением устья бронха. Вестн хиругии 1984; (1): 21–6.
4. **Маслов ВИ, Малышев ВЕ, Куликов МВ и др.** Лобэктомии с клиновидной резекцией главного и промежуточного бронхов. Грудная сердечно-сосуд хирургия 2000; (5): 62–5.
5. **Перельман МИ, Бирюков ЮВ, Гудовский ЛМ и др.** Хирургия трахеи и бронхов. Анн хирургии 2001; (1): 30–4.
6. **Перельман МИ, Григорьева СП, Добровольский СР.** Резекция и пластика бронхов в хирургии рака легкого. Грудная хирургия 1981; (2): 34–40.
7. **Петровский БВ, Перельман МИ, Королева ИС.** Трахеобронхиальная хирургия. М, 1978. 250 с.
8. **Торчинский ЛГ, Осипова НА, Ветшева МС и др.** Особенности общей анестезии и вентиляции легких в хирургии опухолей дыхательных путей. Рос мед ж 2003; (6): 54–7.
9. **Харченко ВП.** Резекция и пластика бронхов и трахеи при раке легкого. [Автореф дис ... докт мед наук]. М, 1975. 21 с.
10. **Cordo DI.** Surgical treatment of tracheal and main bronchi stenosis — segmental resection. Semin Thorac Cardiovasc Surg 2006; 18 (2): 92–5.
11. **Politi L, Loaroni A, Scognamillo F, et al.** Indications, techniques, complications and results of sleeve lobectomy. Minerva Chir 2004; 59 (1): 37–44.
12. **Zhao B, Fu XN, Sun NW, et al.** Surgical treatment for tumors of trachea, carina and main bronchus. Chirurgia (Bucur) 2006; 101 (4): 411–4.

**RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY
IN LUNG CANCER**

*A.D. Stashenko, Y.I. Ivon, M.I. Babich, A.A. Sirik,
V.S. Ruchkin*

Summary. *A retrospective analysis of immediate and late results of bronchi-plastical operations in 51 patients with non-small-cell lung cancer I-III stage.*

Key Words: non-small-cell lung cancer,
reconstructive plastic surgery.

Адрес для переписки:

Сташенко А.Д.
73003, Херсон, Николаевское шоссе, 82
Областной противотуберкулезный
диспансер