

СЛУЧАЙ СИМУЛЬТАННОЙ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНОЙ РАКОМ ЛЕГКОГО В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

С.В. Миллер¹, Б.Н. Козлов², А.Ю.Добродеев¹, С.А. Тузиков^{1,3}, Е.Л. Юмов¹,
Д.С. Панфилов², М.С. Кузнецов², Э.Л. Сондуев²

ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, г. Томск¹

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, г. Томск²

ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск³
634028, г. Томск, ул. Савиных, 12/1, e-mail: miler_sv@sibmail.com¹

Представлен случай успешного хирургического лечения периферического рака легкого с одновременным аортокоронарным шунтированием по поводу сопутствующей ишемической болезни сердца.

Ключевые слова: рак легкого, ишемическая болезнь сердца, симультанные операции.

A CASE OF SIMULTANEOUS OPERATION FOR CARDIAC DISEASE AND LUNG CANCER

S.V. Miller¹, B.N. Kozlov², A.Yu. Dobrodeev¹, S.A. Tuzikov^{1,3}, E.L. Yumov¹, D.S. Panfilov², M.S. Kuznetsov², E.L. Sonduev²

Cancer Research Institute, Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences, Tomsk¹

Cardiology Research Institute, Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences, Tomsk²

Siberian State Medical University, Tomsk³

12/1 Savinykh Street, 634028-Tomsk, Russia, e-mail: miler_sv@sibmail.com¹

A case of successful surgical treatment for peripheral lung cancer with concurrent coronary artery bypass for ischemic heart disease has been presented.

Key words: lung cancer, ischemic heart disease, simultaneous surgery.

В настоящее время во всем мире заболеваемость раком легкого и ишемической болезнью сердца (ИБС) имеет тенденцию к увеличению, что связано с курением, неправильным образом жизни и увеличением ее продолжительности. Сочетание рака легкого и ИБС у одного больного наблюдается в 7–10 % случаев, а пик заболеваемости приходится на возраст 50–60 лет [4, 7].

Хирургический метод лечения рака легкого является наиболее эффективным [2, 3], но с определенным риском развития серьезных осложнений, который многократно увеличивается при сопутствующей кардиологической патологии. Установлено, что операционный риск хирургического вмешательства на легких может быть уменьшен, если профилактически провести коррекцию патологии клапанов сердца, реваскуляризацию миокарда открытым или чрескожным доступом.

Внедрение современных методов обследования и хирургического лечения тяжелых сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний увеличивает число радикально оперированных больных раком легкого, что позволяет добиться улучшения

ближайших и отдаленных результатов лечения. У таких пациентов 3- и 5-летняя выживаемость составляет 55,7 % и 39 % соответственно. При этом частота послеоперационных осложнений и госпитальная летальность при одномоментных вмешательствах равняется 62,5 % и 12,5 %, а при последовательной хирургической тактике – 56,7 % и 3,3 % соответственно [1]. По данным В.А. Порханова и др. [4], отдаленные результаты у больных раком легкого после комбинированных операций на сердце и легком достоверно не отличаются от общеизвестных показателей (общая 5-летняя выживаемость – 35 %, медиана выживаемости – 41 мес) и соотносятся со стадией заболевания. Частота рецидива симптомов стенокардии через 1, 3 года и 5 лет после проведенной реваскуляризации равнялась 2,6, 4,2 и 7,5 % соответственно. Однако, несмотря на имеющийся мировой опыт по хирургическому лечению больных раком легкого с ИБС [1, 4–6], в литературе обсуждаются варианты лечебной тактики при данной патологии. В частности, из какого доступа и через какой временной интервал должны быть выполнены оперативные вмешательства; их

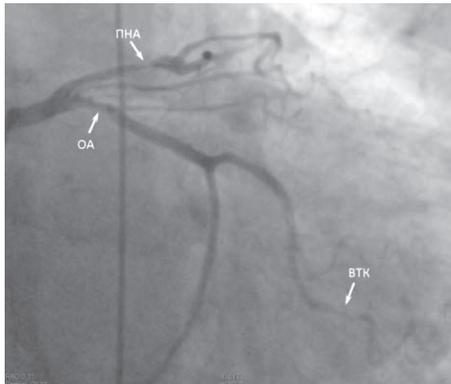


Рис. 1. Коронарография. Атеросклеротическое поражение коронарного русла. ПНА – стеноз передней нисходящей артерии 75 %, ОА – стеноз огибающей артерии 70 %, ВТК – стеноз ветви тупого края 75 %

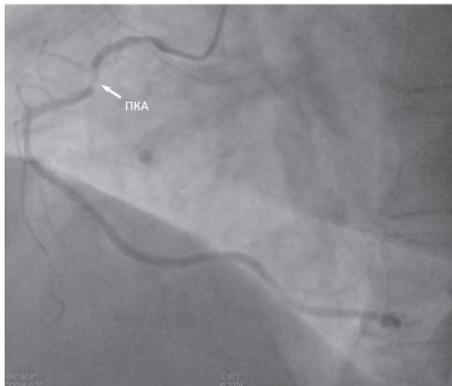


Рис. 2. Коронарография. Атеросклеротическое поражение коронарного русла. ПКА – стеноз правой коронарной артерии 75 %



Рис. 3. КТ органов грудной клетки. Новообразование в верхней доле левого легкого (указано стрелкой)

этапность; возможна ли медиастинальная лимфо-диссекция после аорто-коронарного шунтирования и влияет ли искусственное кровообращение на развитие онкологического процесса. В связи с этим приводим собственное клиническое наблюдение:

Пациентка Д., 62 лет, поступила на обследование и лечение в отдел сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН 11.04.13 с жалобами на давящие, сжимающие боли за грудной, возникающие при ходьбе в обычном темпе на расстояние 300 м, проходящие после использования нитроглицерина через 3–5 мин, одышке смешанного характера при ходьбе, повышении артериального давления до максимальных значений 220/110 мм рт. ст., сопровождающееся головной болью.

Из анамнеза известно, что у пациентки отмечаются повышения артериального давления в течение последних 10 лет. Антигипертензивные препараты принимала нерегулярно. В сентябре 2011 г. впервые перенесла затяжной стенокардитический приступ. Была госпитализирована в кардиологический стационар с диагнозом инфаркт миокарда передне-боковой стенки без зубца Q. После выписки у пациентки сохранялись давящие боли за грудной при ходьбе на расстояние 300 м, снижение толерантности к физическим нагрузкам. В связи с этим пациентке была выполнена коронарография. По результатам исследования было выявлено многососудистое поражение коронарного русла: стеноз передней нисходящей артерии в средней трети 75 %, стеноз огибающей артерии до 70 %, стеноз 1-й ветви тупого края 75 %, стеноз правой коронарной артерии в средней трети 75 % (рис. 1, 2). На основании данных коронарографии пациентка была госпитализирована в кардиохирургический стационар для проведения оперативного лечения.

При обследовании отклонений в общеклинических анализах нет. По данным эхокардиографии камеры сердца не расширены (КДО – 99 мл, КСО – 33 мл), нарушений локальной сократимости не выявлено (фракция выброса ЛЖ в В-режиме – 67 %), определяется небольшой кальциноз створок аортального клапана (пиковый градиент – 6 мм рт. ст.), стеноза и регургитации нет. Остальные клапаны функционируют нормально. При ультразвуковом исследовании сонных артерий определяются циркулярные неоднородные бляшки с обеих сторон со стенозированием устья внутренней сон-

ной артерии справа – 15 %, слева – 55 %. Стенозов в бедренных артериях не выявлено. Спирография отклонений от нормы не выявила.

По данным рентгенографии органов грудной клетки выявлен участок уплотнения в 1–2-м сегментах верхней доли левого легкого средней интенсивности, неправильной формы, неоднородной структуры, размером 2×2,1 см, с нечеткими контурами. При компьютерной томографии органов грудной клетки с внутривенным болюсным контрастированием в указанных сегментах левого легкого определяется фокус уплотнения неправильной округлой формы, размером 2,6×1,9 см с неровными нечеткими контурами за счет выраженных тяжей в окружающую легочную ткань. Плотность фокуса мягкотканая, до 45–50 ЕД, структура неоднородная без признаков распада, обызвествлений. Наружным контуром фокус прилежит к утолщенной костальной плевре. В артериальную фазу отмечается усиление образования в верхней доле до 65 ЕД, в венозную фазу – до 76 ЕД, в паренхиматозную фазу – до 85 ЕД. Накопления контраста в утолщенной костальной плевре не отмечено (рис. 3). По данным видеобронхоскопии патологии со стороны дыхательных путей не выявлено. При маммографии инволютивные изменения в молочных железах.

После обследования был сформулирован основной комбинированный диагноз: Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения ФК II. Постинфарктный кардиосклероз (сентябрь 2011 г.). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий. Н I, NYHA II. Периферическая опухоль верхней доли левого легкого на фоне артериальной гипертензии III степени (с достигнутым целевым уровнем артериального давления), гиперхолестеринемии, ожирения I степени. Сопутствующий диагноз: Атеросклероз сонных артерий. Хроническая ишемия головного мозга II степени. Хроническая обструктивная болезнь легких I степени, ремиссия.

По результатам консилиума кардиохирургов, онкологов и кардиологов пациентке было предложено симультанное оперативное лечение в объеме аортокоронарного шунтирования и верхней лобэктомии левого легкого. Риск оперативного вмешательства по Euroscore – 5 баллов (4,08 % по логарифмической шкале)

7.05.13. пациентке было выполнено оперативное лечение в вышеуказанном объеме. Через средин-

ную стернотомию был обеспечен доступ к сердцу и корню левого легкого (с целью минимизации операционной травмы). При ревизии левой плевральной полости в верхней доле легкого выявлена опухоль до 3 см в диаметре с прорастанием в висцеральную плевру. Диаметр прикорневых лимфатических узлов и узлов переднего средостения 1 см. По данным тонкоигольной биопсии опухоли с цитологическим экспресс-исследованием диагностирован низкодифференцированный рак. На первом этапе оперативного лечения выполнена радикальная верхняя лобэктомия с медиастинальной лимфодиссекцией. Макропрепарат: на разрезе опухоль серого цвета, прорастает висцеральную плевру, в прикорневые и медиастинальные лимфоузлы до 1 см в диаметре. Вторым этапом проведено аортокоронарное шунтирование задней межжелудочковой артерии, 1-й ветви тупого края, маммарокоронарное шунтирование передней нисходящей артерии в условиях искусственного кровообращения и фармакоолодической кардиоopleгии. 2-я ветвь тупого края признана нешунтабельной вследствие малого диаметра (менее 1 мм), остальные шунтируемые артерии достаточного диаметра (1,5 мм). Дренажены полость перикарда, переднее средостение и левая плевральная полость во II и VII межреберьях. Операция закончена металлостеосинтезом грудины и послойным ушиванием раны.

Результат патогистологического и иммуногистохимического исследования: плоскоклеточный низкодифференцированный рак легкого без метастазов в лимфатические узлы, стадия расценена как ПВ T₃N₀M₀.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка экстубирована спустя 8 ч после окончания операции, наблюдалась устойчивая гемодинамика без инотропной поддержки на фоне средних доз пентамина. На следующие сутки удалены средостенный, перикардальный и плевральный дренаж во II межреберье. Дренаж в VII межреберье удален на 5-е сут. Больная выписана из стационара в удовлетворительном состоянии на 18-е сут после операции. Заживление раны первичным натяжением.

Таким образом, выполнение одномоментных операций на сердце и легком из стернотомного доступа в условиях искусственного кровообращения является эффективным методом хирургического лечения рака легкого и профилактики коронар-

ной смерти у пациентов с тяжелой кардиальной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Акчурина Р.С., Герасимов С.С. и др. Хирургическое лечение больных раком легкого с тяжелыми сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012. № 7. С. 18–26.

2. Добродеев А.Ю., Завьялов А.А., Тузиков С.А., Миллер С.В. Рак легкого: 25-летний опыт хирургического и комбинированного лечения // Вопросы онкологии. 2010. Т. 56, № 2. С. 201–205.

3. Манцырев Е.О., Важенин А.В., Гладков О.А. и др. Влияние объема медиастинальной лимфодиссекции на результаты комбинированного лечения немелкоклеточного рака легкого IIIA(N₂) стадии // Сибирский онкологический журнал. 2013. № 5 (59). С. 12–16.

4. Порханов В.А., Барбухатти К.О., Кононенко В.Б. и др. Симультанные операции на открытом сердце у больных раком легкого // Онкохирургия. 2012. Т. 4, № 3. С. 73–81.

5. Dyszkiewicz W., Jemielity M., Piwkowski C. et al. The early and late results of combined off-pump coronary artery bypass grafting and pulmonary resection in patients with concomitant lung cancer and unstable coronary heart disease // Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2008. Vol. 34 (3). P. 531–535.

6. Mariani M.A., van Boven W.J., Duurkens V.A.M. et al. Combined off-pump coronary surgery and right lung resections through midline sternotomy // Ann. Thorac. Surg. 2001. Vol. 71. P. 1343–1344.

7. Reicher-Reiss H., Jonas M., Goldbourt U. et al. Selectively increased risk of cancer in men with coronary heart disease // Am. J. Cardiol. 2001. Vol. 87 (4). P. 459–462.

Поступила 24.06.13