doi: 10.17116/hirurgia201611258-61

Рецензии на статьи

Reviews of articles

Рецензия на статью В.Г. Пищика и соавт. «Видеоторакоскопические анатомические резекции легких: опыт 246 операций»

Торакоскопические анатомические резекции легких последние 5—10 лет широко используются в клинической практике, в основном при раке легкого. Техника подобных операций хорошо отработана и модификации использования той или иной методики их выполнения определяются установками клиники и предпочтениями конкретного хирурга. Основополагающим моментом является отсутствие использования ранорасширителя.

Авторами представлен большой опыт анатомических резекций легких (246 операций) при различной патологии (рак легкого, туберкулез, хронические нагноительные процессы, врожденные аномалии и т.д.). Представленный материал хорошо систематизирован, для оценки коморбидного статуса использован индекс Чарльсона, а для определения выраженности болевого синдрома — визуальная аналоговая шкала (ВАШ) боли.

Представляя непосредственные результаты, целесообразно дать помимо структуры осложнений еще и процентное отношение наиболее часто встречающихся осложнений к числу больных, перенесших резекции легких. Особенно это касается частоты негерметичности легочной ткани, что является основной причиной увеличения длительности пребывания больного в стационаре после торакоскопической резекции легкого. Помимо этого было бы интересно узнать основные показатели торакоскопических операций по сравнению с группой больных, оперированных торакотомным доступом, по критериям объема кровопотери, длительности вмешательства, оценки болевого синдрома, осложнениям, длительности пребывания в стационаре и т.д., что убеждало бы в неоспоримых преимуществах торакоскопических резекций легкого.

В целом следует поздравить авторов с хорошими полученными результатами и пожелать дальнейших успехов в развитии торакоскопической хирургии.

При прочтении статьи возникло два вопроса к авторам:

— какова была частота рестадирования по индексу N у больных раком легкого при плановом морфологическом исследовании по сравнению с дооперационными данными?

— каковы были показания к выполнению торакоскопической пневмонэктомии у больных раком легкого (стадия заболевания, распространенность по бронху/бронхам).

Руководитель отделения торакальной хирургии МНИОИ им. П.А. Герцена, д.м.н. ***Олег Валентинович Пикин***

Ответ В.Г. Пищика

Уважаемый Олег Валентинович! Позвольте поблагодарить Вас за высокую оценку нашей работы.

Продленный сброс воздуха развился у 19% среди всех оперированных больных, а гиперэкссудация и хилоторакс — у 2%. Также в первой тройке осложнений встречались нарушения ритма, отмеченные у 2,8% оперированных. У 47 больных сброс воздуха прекратился самостоятельно, в том числе на амбулаторном этапе после выписки с клапаном Хеймлиха. Осложнений продленного сброса не наблюдали. Один пациент подвергся реоперации — реторакоскопии с аэростазом. В его случае дефект легочной ткани не был связан с зоной лобэктомии, а развился из-за разрыва крупной буллы в остатке правого легкого.

Хотя сравнение с открытыми операциями не было целью нашей работы, такие данные мы собирали и планируем представить в отдельной статье. При торакоскопических операциях оказались достоверно ниже объем кровопотери, выраженность болевого синдрома и общая частота осложнений. Длительность операций не различалась существенно, а длительность пребывания в стационаре, хотя и была короче для ВТС лобэктомий, не продемонстрировала статистически значимых отличий.

По заданным вопросам:

— повышение стадии по N отмечено у 15 (8,9%) больных до N2 и у 12 (7,1%)до N1. Понижение стадии у 4 (2,4%) больных с N2 до N0;

— основными показаниями к торакоскопическим пневмонэктомиям у наших больных были центральные опухоли легкого, не подходящие для бронхопластических резекций (поражающие левый главный бронх или инвазирующие элементы корня легкого), а также значительное поражение обеих долей легкого при невозможности выполнить анатомические резекции меньшего объема.

Рецензия на статью Е.В. Левченко и соавт. «Хирургические вмешательства с циркулярной резекцией бифуркации трахеи в лечении больных со злокачественными опухолями бронхов»

Очень интересная статья на крайне актуальную тему современной торакальной онкологии — повышения возможностей и безопасности реконструктивной трахеобронхиальной хирургии при злокачественных опухолях легких. Несмотря на то, что данной проблеме посвящено большое количество исследований, проводимых на протяжении многих лет в различных медицинских учреждениях нашей страны и мира, авторам удалось предложить оригинальные методики, повышающие безопасность этих, порой рискованных вмешательств. Первичная бронхомиопластика с целью профилактики грозных осложнений со стороны бронхиальных и трахеальных анастомозов в настоящее время в клинической практике применяется крайне редко. В основном ее используют для коррекции уже развившихся осложнений, во время повторных хирургических вмешательств. Авторами убедительно доказана целесообразность предлагаемой хирургической тактики. Значительно уменьшилась частота послеоперационных осложнений и минимизирована летальность. Представляется, что в дальнейшем могут быть конкретизированы показания для первичной миопластики в зависимости от репаративных возможностей конкретного пациента, операционной ситуации, надежности анастомозов.

Авторам удалось получить и удовлетворительные отдаленные результаты после реконструктивных бронхо- и трахеопластических операций при раке легкого в условиях комбинированного противоопухолевого лечения.

Существуют и вопросы:

— предлагается применение инвагинационного трахеобронхиального анастомоза по типу телескопического. Аналогичная методика в настоящее время нашла широкое применение в легочной трансплантации, в условиях ишемии одного из концов анастомоза. Считаете ли Вы, что это имеет существенные преимущества, в то время как ранее предпочтение отдавалось тщательной адаптации краев сшиваемой слизистой оболочки?

— вновь возникают вопросы о терминологии. Это относится к названию операций («двухманжеточная резекция», «манжеточная резекция», операции без упоминания авторов, которыми они были предложены). Подобные различия приводят к невозможности сравнивать результаты лечения из различных клиник и хирургических школ. Считаете ли Вы, что в настоящее время вновь возникла необходимость обсуждения данного вопроса на научных форумах?

Профессор ***В.Д. Паршин***

Ответ профессора Е.В. Левченко

Поскольку с технической точки зрения нахлесточные соединения (lapjoint) имеют преимущества перед стыковочными (bulljoint) по прочности, герметичности и более низкой концентрации напряжения, то чрезвычайными техническими трудностями в тщательной адаптации краев трахеи и бронхов из-за различий их диаметров следует пренебречь в пользу более простых и надежных инвагинационных анастомозов.

По поводу терминологии. Здесь я соглашусь, что в «русском» понимании слово «*sleeve*» применительно к реконструкциям трахеи и бронхов предпочтительно использовать «рукав», нежели «манжета» (я изменил двухманжеточные на двухрукавные). Также согласен с обсуждением на научных форумах проблемы медицинской терминологии.

Рецензия на статью А.А. Печетова и соавт. «Солитарная фиброзная опухоль плевры и легкого: отдельные клинические наблюдения и обзор литературы»

Статья посвящена несомненно интересной и редкой проблеме — солитарным фиброзным опухолям. Все представленные наблюдения невелики и очень разрозненны. Значительным опытом лечения и диагностики данной патологии не располагает никто из специалистов.

Авторы статьи представили 2 случая успешного лечения солитарной фиброзной опухоли плевры. Статья хорошо иллюстрирована, представлены рентгенограммы, фотоматериалы удаленной опухоли и этапов хирургического вмешательства, результатов гистологического исследования. Хотелось бы узнать мнение авторов: считают ли они обязательным получение морфологической верификации до операции? Нужно ли добиваться от диагностов определения органной принадлежности опухоли или отдавать предпочтение диагностической торакоскопии? Какие специалисты должны осуществлять дальнейшее наблюдение за оперированными: онкологи, хирурги, терапевты?

Несомненно, данная публикация будет интересна врачам-диагностам, терапевтам-пульмонологам, онкологам, морфологам и торакальным хирургам.

PS. К сожалению, в данной статье не представлена дальнейшая судьба пациентов: были ли рецидивы опухоли и через какой срок наблюдения? Так-

же в статье отсутствует иммуногистохимическое исследование удаленной опухоли у 1-й пациентки и трактовка данной опухоли морфологами.

Руководитель хирургического торакального отделения ГБУЗ МОНИКИ, зав. кафедрой онкологии и торакальной хирургии, д.м.н., проф. ***В.С. Мазурин***

Ответ к.м.н. А.А. Печетова

Отвечая на вопрос о необходимости предоперационной морфологической верификации диагноза, необходимо отметить, что, по данным литературы, трансторакальная биопсия позволяет установить диагноз СФО до операции не более чем в 40% наблюдений. Тем не менее мы считаем, что при технической возможности трансторакальная биопсия под контролем УЗИ должна быть выполнена, так как имеет важное значение с точки зрения дифференциальной диагностики, а ее результаты могут изменить объем предполагаемой операции. Вопрос органной принадлежности опухоли по возможности должен быть решен на дооперационном этапе. С этой целью при новообразованиях больших размеров, компремирующих как паренхиму легкого, так и мягкие ткани грудной стенки и средостения, считаем целесообразным проведение мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ)-ангиографии, которая позволяет установить источники кровоснабжения опухоли. Ангиопульмоно- и аортографии имеют не только диагностическое, но и лечебное значение, позволяют выполнить эмболизацию афферентных сосудов, питающих опухоль, снизив тем самым риск интраоперационного кровотечения. Однако, несмотря на все современные возможности неинвазивной диагностики, считаем целесообразным начинать ревизию плевральной полости с торакоскопии, так как нередко это позволяет не только оценить характер роста опухоли и ее истинную органную принадлежность, но и выполнить основной этап операции (резекцию легкого, грудной стенки) с использованием прецизионной техники. По данным литературы, риск рецидива заболевания составляет 2—14% и может быть обусловлен нерадикально выполненной первичной операцией, в связи с чем пациенты должны находиться под наблюдением онколога и хирурга не менее 3 лет после удаления опухоли.

Ответ на PS.: в настоящее время сроки наблюдения за представленными пациентами составляют 4 и 5 мес соответственно (выполнены контрольные МСКТ, при которых продолженного роста не выявлено), однако говорить об успехе лечения на сегодняшний день преждевременно. Статья посвящена проблемам дифференциальной и дооперационной диагностики. Морфологическое описание опухоли 1-го пациента в статье приведено.

Рецензия на статью О.В. Пикина и соавт. «Анализ послеоперационных осложнений по системе ТММ у больных немелкоклеточным раком легкого после пневмонэктомии за 5-летний период»

Коллективом авторов из Московского онкологического института им. П.А. Герцена представлена чрезвычайно интересная аналитическая статья, посвященная детальному анализу осложнений, развивающихся после пневмонэктомии, и раскрывающая целый ряд новых аспектов анализа осложнений после торакальных операций.

Общемировая тенденция последнего времени в хирургии рака легкого — увеличение количества органосохраняющих операций и, соответственно, уменьшение числа пневмонэктомий. Известно, что 6-месячная летальность после правосторонней пневмонэктомии от причин, не связанных с прогрессированием опухолевого процесса, достигает 25,0% и считается, что перенесенная пневмонэктомия, сама по себе, сокращает продолжительность жизни человека на 5—7 лет.

Однако, если в мире эта проблема решается преимущественно за счет раннего выявления рака легкого, что дает возможность более широкого выполнения радикальных торакоскопических лобэктомий, то в России, где у 68% пациентов с впервые выявленным раком легкого диагностируется III—IV стадия заболевания, решением этой проблемы становится применение бронхо- и ангиопластических резекций легкого.

В статье проанализирован большой опыт (216 пневмонэктомий) Института им. П.А. Герцена. Оригинальной идеей авторов является использование для анализа осложнений системы ТММ (Thoracic Morbidity and Mortality System) — современной международной классификации, которая нечасто используется в нашей стране, возможно, из-за ее «излишней строгости» — обязательности учета любых, самых малых осложнений и даже просто отклонений от обычного течения послеоперационного периода, не требующих коррекции (Grade I). Особо следует отметить дизайн исследования, который, по формированию групп сравнения, детальности анализа осложнений, использованному статистическому аппарату, близок к критериям доказательной медицины.

Вместе с тем ряд вопросов нуждается в комментариях:

— в статье приведен анализ осложнений за 5-летний период, что дает возможность оценить не только послеоперационные осложнения, но и общую и онкологическую выживаемость. Представляется, что работа бы существенно выиграла, если до-

полнить проведенный авторами анализ данными 1, 3 и 5-летней выживаемости.

— несомненный вывод о большой опасности расширенных комбинированных пневмонэктомий — операций, по сути, вынужденных, особенно при осложненных формах рака, не дает ответа на насущные вопросы: «Что делать с этими пациентами?» и «Как уменьшить количество осложнений после таких операций?».

Профессор ***К.Г. Жестков***

Ответ О.В. Пикина

Анализ отдаленных результатов у этой категории больных представляет несомненный интерес, особенно в аспекте онкологической оправданности выполнения расширенно-комбинированных операций с высоким риском осложнений. Нами запланировано подобное исследование, однако в данной статье отдаленные результаты не могут быть представлены полноценно, поскольку большинство больных оперированы после 2010 г., что не позволяет оценить 5-летнюю выживаемость.

Расширенно-комбинированные операции изначально предполагают достаточно высокую частоту послеоперационных осложнений, зачастую являются нестандартными в техническом исполнении. По нашему мнению, подобные операции следует выполнять в высококвалифицированных лечебных учреждениях. Больных с осложнениями опухолевого процесса, при отсутствии признаков нерезектабельности, надо оперировать, поскольку только ликвидация жизнеугрожающих осложнений открывает возможности для консервативного противоопухолевого лечения. Проблема профилактики послеоперационных осложнений у данной категории больных многогранна, сводится как к коррекции нарушений иммунитета, окислительно-восстановительных процессов, сопутствующей патологии, так и к использованию различных васкуляризированных лоскутов с целью предотвращения бронхоплевральных гнойных осложнений, что является темой для самостоятельного серьезного исследования.

Рецензия на статью проф. К.Г. Жесткова и Р.Т. Ядута «Роль и место талька в лечении злокачественного плеврита»

Не побоюсь назвать данную публикацию в нашей стране пионерской, потому что так глубоко данная проблема никем ранее не была проанализирована.

Вопрос о роли и месте талька в лечении злокачественного плеврита имеет две стороны — медицинскую и юридическую.

Медицинская сторона довольно убедительно освещена в приведенных ссылках на источники литературы, в основном зарубежные. Стоит согласиться с выдвинутыми авторами показаниями к торакоскопическому плевродезу тальком при метастатическом плеврите. Обосновано именно торакоскопическое распыление, так как другие способы введения талька или инстилляции его в растворе новокаина значительно снижают его эффективность.

Между тем совершенно не изучены (по крайней мере, не освещены в отечественной литературе) частота и выраженность болевого синдрома и необходимость назначения анальгетиков, гипертермия. Несмотря на приводимую низкую частоту, их нельзя недоучитывать. Плевродез тальком может создать новые проблемы у этой и без того проблемной группы больных — преждевременное назначение наркотических обезболивающих препаратов, некорригируемость лихорадки.

Еще один вопрос — насколько быстро наступает эффект плевродеза? Скорость накопления жидкости может существенно опережать склеивание листков плевры.

Длительность сохранения эффекта также имеет важное значение, даже с учетом невысокой средней продолжительности жизни этих пациентов. О каких отдаленных результатах может идти речь и как сами авторы оценивают долгосрочность эффекта? Наверное, речь в большей степени должна идти о показателе «доживаемости пациентов без плеврита». Есть ли в литературе сведения о том, что следует делать при развитии пневмоторакса у таких пациентов?

Юридические коллизии также досконально изложены в статье. Логика и здравый смысл подсказывают — то, что не запрещено, разрешено. Однако в силу особенностей отечественной юриспруденции данный метод лечения может быть небезопасным для торакального хирурга, даже будучи безопасным для больного.

Из сказанного напрашивается вывод о двух путях решения проблемы: либо официальная регистрация талька как лекарственного средства, либо официальное упоминание возможности внутриплеврального пути введения талька с учетом того, что «тальк является компонентом комплексных фармакологических препаратов» и он уже прошел доклинические и клинические исследования.

Не исключено, что для этого все равно потребуются Российские исследования, и Национальная торакальная секция вместе с Ассоциацией торакальных хирургов России должны выступить в этом плане их организаторами и участниками.

Зав. кафедрой хирургии института профессионального образования Самарского государственного медицинского университета, д.м.н., проф. ***Е.А. Корымасов***