

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МГНТ ОТ 17.01.95.

Проф. Дворецкий Л.И. Ведение пожилого пульмонологического больного.

В докладе освещены основные проблемы, возникающие при ведении пожилых больных с заболеваниями легких. Основными особенностями пожилого пульмонологического больного являются преобладание хронических обструктивных заболеваний легких (ХОЗЛ), наличие морфологических и функциональных изменений легочной ткани (сенильное легкое), высокая частота сопутствующей внелегочной патологии, нередко с формированием так называемого синдрома "взаимного отягощения" (декомпенсация сопутствующего заболевания на фоне обострения ХОЗЛ или пневмонии, развитие тяжелых пневмоний на фоне различных соматических заболеваний). В связи с нарушениями фармакокинетики различных медикаментов, а также необходимостью полифармакотерапии у пожилых частота лекарственных осложнений у данной категории пациентов значительно выше. Основные требования к фармакотерапии пожилого больного ХОЗЛ должны сводиться к удобству применения лекарств (преимущественно таблетированные формы, пролонгированные препараты), снижению риска побочных эффектов (комбинированные препараты), минимальному взаимодействию с другими медикаментами, доступности и приемлемой стоимости лекарств, необходимости наблюдения и контроля за лечением. Существенной альтернативой медикаментозной терапии больных ХОЗЛ должны быть методы кинезитерапии. Основной акцент при ведении пожилого больного ХОЗЛ должен быть сделан на улучшении качества жизни, т.е. на ослаблении клинических проявлений (главным образом одышки), контроле сопутствующей патологии (сердечная декомпенсация, нарушение питания, остеопороз и др.), предупреждении побочных эффектов медикаментов, улучшении психосоциальной адаптации (повышение физической активности, самообслуживания, контакта с окружающими).

Ст.н.с. И.К.Малашенкова, к.б.н. В.М.Говорун. Демонстрация случая смешанной микоплазменной инфекции респираторного тракта.

Представлен случай затяжного течения обструктивного бронхита, сочетающегося с сегментарной пневмонией и поражением верхних дыхательных путей, смешанной микоплазменной этиологии (*M.pneumoniae* и *P.hominis*), осложнившийся дисбактериозом и распространенным кандидозом слизистых с развитием аутоиммунного тиреоидита и инфекционно-аллергического миокардита на фоне иммунодефицитного состояния.

В докладе подняты вопросы адекватной антибиотикотерапии (недооценка клинической симптоматики, нарушения тактики применения антибиотиков привели у данной больной к распространенному кандидозу слизистых, углублению иммунодепрессии).

Привлечено внимание к новому методу определения причинного возбудителя с помощью полимеразно-цепной реакции (ДНК-типирование).

Отмечена необходимость оценки иммунного статуса в случаях затяжного и тяжелого течения микст-инфекций респираторного тракта. Продемонстрирован пример успешного применения этиотропной терапии в сочетании с детоксикацией и иммунокоррекцией.

На примере представленного случая и данных литературы обсуждалась частота и возможные патогенетические механизмы развития иммунокомплексной патологии при микоплазменной инфекции и вопросы терапии.

В заключительном слове проф. Н.А.Дидковский отметил высокий научный уровень клинической демонстрации ст.н.с. И.К.Малашенковой и к.б.н. В.М.Говоруна и обратил внимание слушателей на новые возможности этиологической диагностики, которые открывает метод полимеразно-цепной реакции. Проф. Н.А.Дидковский поздравил проф. Л.И.Дворецкого и всех присутствующих с рождением нового журнала — выходом в свет первого номера журнала "Клиническая геронтология".

ПРОТОКОЛ 214-ГО ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ОТ 13.04.93.

Председатель — проф. А.П.Кузьмичев, референт — проф. Н.С.Королева

Доклады

1. Б.Е.Полоцкий, С.Г.Малаев, Е.А.Смирнова, М.И.Давыдов, А.И.Пирогов, З.О.Мачаладзе, Н.Т.Райхлин (Онкологический научный центр РАМН). **Отдаленные результаты и прогноз хирургического лечения при немелкоклеточном раке легкого в зависимости от ультраструктуры опухоли.**

Наиболее важными факторами прогноза при хирургическом лечении рака легкого являются распространенность и гистологическая форма опухоли. Совокупная оценка показателей распространенности опухоли в зависимости от гистологического варианта показала близкие 3- и 5-летние результаты при T1-2N0M0. В то же время, если соответственно 33,3 и 22,9% больных плоскоклеточным раком с распространенностью T3N0M0 прожили эти сроки, то у пациентов с аденокарциномой результаты значительно хуже — 11,1%. При плоскоклеточном раке метастазирование в лимфатические узлы (N1-2) при T3 позволяет все же каждому шестому больному (16,6%) прожить 2 года. К 3 годам выживаемость резко падает (6,6%), 5 лет не прожил ни один пациент. Результаты лечения аденокарциномы аналогичной распространенности крайне плохие — только половина пациентов (50%) пережили год, а затем и они погибли, не дожив до 2 лет.

Одним из подходов к совершенствованию прогнозирования хирургического лечения является оценка ультраструктуры опухолевых клеток. В докладе приведена оценка результатов хирургического лечения 70 больных с аденокарциномой легкого. При гистологическом исследовании среди изученных опухолей было 15 высокодифференцированных, 31 среднел дифференцированных и 24 низкодифференцированных аденокарцином.

Анализ результатов хирургического лечения при сравнимых значениях TNM показал, что степень дифференцировки опухоли на светопитическом уровне мало влияет на отдаленные результаты: 5 лет прожили 46% больных при высокодифференцированных формах, 41% — при умереннодифференцированных и 36% больных при низкодифференцированных. Результаты лечения 163 пациентов с плоскоклеточным раком легкого практически не зависели от степени дифференцировки опухоли на светопитическом уровне.

Отмечено, что благоприятное течение заболевания (1-я группа) связано в основном с отсутствием темных клеток (ТК) и большим количеством десмосом; среди больных, проживших 5 лет, ТК наблюдались всего у 5 (7%), в том числе при центральном раке их было много у 4 (8,2%), а при периферическом — у 1 (4,3%) больного. В то же время много десмосом выявлено в целом у 64 (89%) больных, в том числе у 48 (98%) при центральном раке и у 16 (69%) при периферическом расположенной опухоли.

Среди больных, умерших после операции в сроки до 5 лет (2-я группа), наблюдалась противоположная картина: ТК отмечены в

целом у большинства — у 78 (86%), а много десмосом — менее чем у половины — у 38 (41%) больных. Соответственно при центральном раке ТК обнаружены у 45 (82%), а десмосом было много у половины — у 27 (49%) больных. При периферической опухоли ТК выявлены у 33 (92%), а большое количество десмосом — менее чем 1/3 — у 11 (30%) пациентов.

Особенно наглядны ультраструктурные различия при сравнении последовательно больных 1-й и 2-й групп с равноценными значениями TNM: при T1-2N0, T1-2N1, T1-2N2, когда много ТК отмечалось у 6,9 и 84,6%; 15,3 и 85,7%; 0 и 86,6% соответственно. Такое же сравнение при распространенности T3N0, T3N1, T3N2 выявило аналогичные соотношения: 0 и 86,6%; 0 и 87,5%; 0 и 83,3% соответственно. В то же время в сравниваемых группах отмечается прогрессивное уменьшение количества больных с большим содержанием десмосом. Обращает внимание, что в опухолях всех трех больных, проживших 5 лет при T1-3N2, не найдено ТК, но отмечалось много десмосом.

Совокупный анализ позволяет говорить о том, что признак "ТК" имеет самостоятельное значение и их большое количество характеризует опухоль как более злокачественную. Признак большого количества десмосом также не зависит от распространенности опухоли и чаще встречается при благоприятном течении процесса, но менее специфичен в плане прогнозирования, чем признак "ТК".

Выводы

1. Основным интегральным клиническим признаком в прогнозировании хирургического лечения немелкоклеточного рака легкого является признак "распространенности опухоли".

2. Изучение ультраструктуры клеток аденокарциномы и плоскоклеточного рака легкого позволяет углубленно оценить и уточнить степень их дифференцировки, выявить структуры, недоступные светооптическому исследованию.

3. Полученные корреляции клинических и ультраструктурных данных улучшают возможности прогнозирования результатов хирургического лечения и в определенной степени могут влиять на тактику послеоперационного лечения.

Ответы на вопросы

Прогноз одинаковый при периферическом и центральном эпидермоидном раке одной и той же стадии. Ультрамикроскопическое исследование позволяет лучше прогнозировать выживаемость и решать вопрос о необходимости проведения дополнительного лечения (химио- или лучевой терапии). Для прогнозирования отдаленных результатов имеет значение совокупность различных признаков (стадии, гистологической структуры опухоли, иммунного статуса и т.д.).

Прения

Ю. В. Бирюков. На сегодня результаты диагностики и лечения рака легкого неудовлетворительные. Рак I стадии диагностируется только в 3—4% случаев. Современный подход — это комбинированное лечение рака легкого. Получение данных ультраструктуры опухоли имеет важное значение для выбора комбинированного лечения.

Б. Е. Полоцкий (заключительное слово докладчика). Результаты лечения зависят от распространенности опухоли, ее гистологической структуры, наличия метастазов в лимфатические узлы. Задачи данного исследования — углубление в биологию раковой клетки. Выявлен прогностический признак — наличие "ТК". Опухоли, в которых много ТК, прогностически неблагоприятны. Как использовать эти данные на практике пока еще не ясно, но понятно, что получена интересная информация.

А. П. Кузьмичев (заклучительное слово председателя). В докладе представлены новые данные, полученные при изучении немелкоклеточного рака легкого. Со временем, возможно, будет разработан метод индивидуального лечения больных в зависимости от ультраструктуры опухоли. Доклад интересный и полезный.

2. Ю. В. Бирюков, А. А. Еременко, А. В. Юрасов (НЦХ РАМН). Оценка риска развития эмпиемы плевры у больных раком легкого после пневмонэктомии.

Эмпиема плевры является одним из наиболее опасных осложнений у больных, перенесших пневмонэктомию. Возможности ее предупреждения определяются своевременностью выявления больных с повышенным риском развития данного осложнения. Целью исследования была разработка методов оценки степени риска развития эмпиемы плевры у больных раком легкого после пневмонэктомии. Для этого были изучены факторы риска развития осложнения и на их основе разработана компьютеризированная система определения на дооперационном, интраоперационном и послеоперационном эта-

пах лечения вероятности развития послеоперационной эмпиемы плевры и бронхиального свища. Исследование проводилось на основании ретроспективного изучения историй болезни 163 больных, которым в 1979—1991 гг. в НЦХ РАМН была выполнена пневмонэктомия по поводу рака легкого, в том числе 82 больных с эмпиемой плевры, включая 57 больных с бронхиальным свищем. В результате выделено 13 основных факторов риска развития эмпиемы плевры. В их число вошли признаки, отражающие исходное состояние больного, развитие основного заболевания, продолжительность и детали операции, особенности раннего послеоперационного периода. Оценка информативности выделенных факторов показала, что ни один из них не имеет самостоятельного значения для прогнозирования исхода лечения. Поэтому для комплексного анализа выделенных факторов использован метод многовариантного математического анализа Байеса. На его основе разработана компьютеризированная система определения вероятности развития эмпиемы плевры после пневмонэктомии при раке легкого. Оценка эффективности применения системы на дооперационном, интраоперационном и послеоперационном этапах лечения показала, что при вероятности осложнения меньше 10% послеоперационный период протекает без осложнений более чем в 86,7% случаев. При вероятности развития эмпиемы больше 50% эмпиема плевры возникает более чем в 90,9% случаев. Возможность последовательного определения вероятности развития послеоперационной эмпиемы на различных этапах лечения позволяет выявить основные причины ее развития у конкретного больного и патогенетически обосновать выбор профилактических мероприятий в процессе лечения. Выявлены также два фактора риска возникновения бронхиального свища после пневмонэктомии: выраженность перегрузки миокарда и выполнение пневмолитиза, особенно тотального. Доказано, что при одинаковой местной распространенности опухолевого процесса перегрузка правых отделов сердца косвенно отражает степень дегенеративных изменений тканей бронха, связанных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких. Информативность указанных факторов риска в возникновении бронхиального свища после пневмонэктомии невелика. Тем не менее сочетание высокой вероятности развития эмпиемы плевры с признаками значительной перегрузки правых отделов сердца и необходимостью тотального пневмолитиза резко повышает риск возникновения бронхиального свища после пневмонэктомии.

Ответы на вопросы

Достоверной разницы в частоте возникновения эмпием при различных способах обработки культи не выявлено. Анализ материала проведен за 13 лет. Бронхиальные свищи возникли у 12% больных. Торакальные свищи развивались в основном в первые 3 нед. после операции. Эмпиема без свища возникала, вероятнее всего, в результате инфицирования при пневмолитизе или вследствие загрязнения из культи бронха.

Основные причины развития эмпиемы и бронхиальных свищей — нарушение кровоснабжения бронха и инфекция.

Использовали следующие виды профилактики: антибактериальную терапию, промывание и ультразвуковую обработку плевральной полости.

Прения

А. И. Пирогов. В Институте им. П. А. Герцена и Онкологическом научном центре РАМН частота эмпием плевры значительно меньше. Большое значение для возникновения свища имеет способ обработки культи бронха. Имеют значение также инфицирование плевральной полости, хирургическая техника, кровоснабжение культи, дренирование плевральной полости (дренаж со временем становится источником инфекции). Играет роль свернувшийся гемоторакс.

Тема доклада очень важна и актуальна, так как освещает возможности профилактики эмпием плевры.

Ю. В. Бирюков (заклучительное слово докладчика). Тема актуальна. На основании объективного анализа выявлена частота эмпием после пневмонэктомии, составившая 20%. Это реальная цифра. В материал включены больные с расширенными и комбинированными операциями, у которых очень высок риск развития осложнений. Разработанная программа позволяет выбирать индивидуальный путь профилактики развития эмпием и бронхиального свища.

А. П. Кузьмичев (заклучительное слово председателя). Проблема очень сложная и актуальная и останется таковой еще очень длительное время. Данная работа намечает пути профилактики этих осложнений. Полезно опубликовать полученные данные. Целесообразно использовать возможности торакоскопии для удаления сгустков при свернушемся гемотораксе с целью профилактики развития эмпиемы.