

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО

²Седун В.В., ¹Лысенко А.В., ¹Куль А.В., ¹Смотрин И.С.

¹УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер»,
г. Минск, Республика Беларусь

²ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного
образования», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Рак легких занимает одно из ведущих мест в структуре онкологических заболеваний. По данным литературы у мужчин данная локализация злокачественных новообразований выявляется в 17,8%, а у женщин в 3,8% случаев от общего количества выявленных злокачественных новообразований [2]. При поздней обращаемости и диагностике заболевания у ряда пациентов имеет место нарушение проходимости дыхательной путей. Зачастую на момент обращения за медицинской помощью степень стеноза трахеи или главных бронхов может составлять более 2/3 их просвета. Лишь только современные технологии позволяют восстановить их проходимость и продлить жизнь пациента [1, 3].

Цель. Оценить эффективность эндоскопической трахеобронхиальной пластики при неоперабельном раке легкого.

Материал и методы. Пациент М. 46 лет 27.11.2020 года направлен в УЗ «МГКОД» с жалобами на общую слабость, одышку в покое, которая усиливалась при физической нагрузке, чувство нехватки воздуха. Болеет около полугода, когда появились вышеуказанные жалобы. Объективно: кожные покровы бледные, холодные на ощупь. Пациент пониженного питания. Дыхание ослаблено, везикулярное, единичные влажные хрипы. ЧДД 26-28 в минуту, SPO₂ 90%, ЧСС 100 ударов в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Результаты лабораторного исследования: эритроциты $3,15 \cdot 10^{12}/л.$, лейкоциты $7,4 \cdot 10^9/л.$, нейтрофилы 68,7%, лимфоциты 15,7%, моноциты 15,7%, эозинофилы 0,1%, базофилы 0,3%, незрелые клетки 1,1%, СОЭ 60 мм/ч, гемоглобин 100 г/л, тромбоциты $378 \cdot 10^9/л.$ Общий белок 66,7 г/л, мочевины 2,5 ммоль/л, креатинин 53 ммоль/л, С-реактивный белок 92,83 мг/л, билирубин общий 13,6 мкмоль/л., билирубин непрямой 13,6 мкмоль/л, глюкоза 4,92 ммоль/л, АСТ 28 е/л, АЛТ 36,6 е/л, ЛДГ 167 е/л, кальций 2,39 ммоль/л, калий 4,56 ммоль/л, натрий 137 ммоль/л, железо 6 мкмоль/л.

На представленных сканах РКТ органов грудной клетки от 09.11.20 г. имела место картина злокачественного поражения правого и левого главных бронхов с переходом на карину. В средостении конгломерат бифуркационных и нижних паратрахеальных лимфоузлов, без четкой границы с левым и правым главными бронхами и деформацией последних (не исключается инвазия).

Бронхоскопия 27.11.2020: эндоскоп проведен через правый носовой ход. Голосовые связки без особенностей. Трахея правильной формы. Кольцевидный

рисунок сохранён. Мембранозная часть трахеи с сохранённым продольным рисунком, подвижна при кашле. Начиная с 1,5 см. выше бифуркации трахеи с переходом на правый и левый главные бронхи слизистая деформирована, розовая, отечная, инфильтрирована, неровная, при взятии биопсии не смещается, плотная. Просвет правого и левого главного бронха значительно сужен (в правом главном бронхе до 0,3 см.; в левом главном бронхе до 0,4 см). В дистальных отделах главных бронхов просвет сохранен, слизистая без изменений. Результат биопсии: недифференцированный плоскоклеточный рак, TTF1, p63. На основании результатов проведенного обследования был выставлен следующий диагноз: стенозирующий рак правого главного бронха с переходом на карину и с врастанием в левый главный бронх с метастазами в бифуркационные и нижние паратрахеальные лимфатические узлы. T4M3N0, стадия С3. ХОБЛ, эмфизематозный тип, тяжелое течение, фаза неполной ремиссии, ДН2. В связи с тяжестью состояния пациент был госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Результаты. Решением консилиума, в связи с наличием субкомпенсированного стеноза правого и левого главных бронхов, нарастанием дыхательной недостаточности решено восстановить просвет трахеи, правого и левого главных бронхов путем эндоскопической установки покрытого нитинолового саморасправляющегося Y-образный трахеальный стента фирмы Micro-Tech ST02-964-20.050. Эндоскопическое вмешательство проведено 28.11.20 г. под внутривенной седацией, с респираторной поддержкой кислородом через носовые катетеры. Под контролем бронхоскопа установлены проволочные атравматические проводники в правый и левый главные бронхи. По струне проводника проведено доставочное устройство с нитилиновым Y-образным стентом. Стент позиционирован, Y-образные части стента находятся в правом и левом главных бронхах. Доставочное устройство извлечено. Стент расправился, просвет главных бронхов не менее 8 мм. Дыхание пациента спонтанное, спокойное. Признаков гипоксии не наблюдалось. SPO₂ 98%. После стентирования состояние пациента улучшилось, одышка не беспокоит, кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, ЧД 19 в минуту, SPO₂ 98%. В легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах.

На следующий день выполнена контрольная бронхоскопия: голосовые связки отечны. Трахея и главные бронхи стентированы. Стент расправлен, стоит удовлетворительно. Бронхи осмотрены до 3-4 порядка. Просвет их свободен, содержимое скудное, слизистое, слизистая бронхов очагово гиперемирована.

На контрольном КТ (рисунок 1) имеет место уменьшение инфильтрации в легочной ткани. В просвете трахеи, обоих главных бронхов визуализируется стент. В средостении под бифуркацией трахеи остается патологический конгломерат с вовлечением нижней трети трахеи, обоих главных бронхов, при контрастировании просвет ее проходим, отмечается некоторое давление на нее по заднему контуру без явных признаков инвазии.

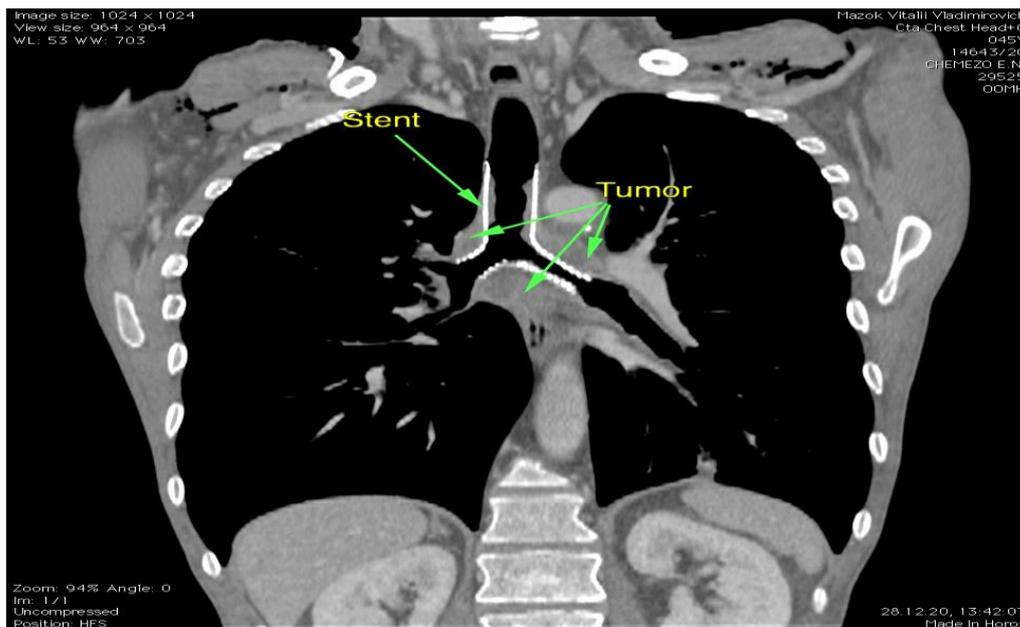


Рисунок 1. – КТ после установки стента.

Контрольная бронхоскопия на 19 сутки после стентирования: трахея и главные бронхи стентированы. Стент расправлен, стоит удовлетворительно, покрыт густой слизью, которая отмыта и аспирирована. Бронхи осмотрены до 3-4 порядка. В просвете умеренное кол-во серозного отделяемого, больше в левом легком. Выполнена санация трахеобронхиального дерева. На 20 сутки пациент выписан на амбулаторное лечение.

Выводы. Эндоскопическая трахеобронхиальная пластика является эффективным методом восстановления проходимости дыхательных путей при неоперабельном раке легкого.

Литература.

1. Миронов, А. В. Роль трахеобронхофиброскопии в диагностике и лечении стенозов трахеи / А.В. Миронов, М.М. Абакумов, В.И. Каравенко // Груд. и серд.сосуд. хирургия. – 2002. –№ 1. – С. 50 – 53.
2. Каприн, А.Д., Злокачественные новообразования в России в 2015 г. (заболеваемость и смертность) / А.Д.Каприн, В.В. Старинский, Г.В.Петрова // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России. – 2017. – 215 с.
3. Чернеховская, Н.В. Современные технологии в эндоскопии / М.: РМАПО. – 2004. –136 с.