

А.В. Тобохов, И.Е. Павлов, В.Н. Федотов, К.Н. Слепцов,
А.П. Семенов, В.Н. Николаев

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

DOI 10.25789/YMJ.2024.88.31

УДК 611.24:616-006-072.1(571.56-25)

В отделении эндоскопии Республиканской больницы №1 – Национального центра медицины им. М.Е. Николаева было выполнено эндоскопическое удаление опухолей бронхов: 2 случая – доброкачественных и 1 – злокачественной. Выбор методики был основан на гистологическом заключении и материалах видеобронхоскопии. Всем пациентам, без исключения, был восстановлен просвет дыхательных путей с обеспечением адекватной вентиляции ранее выключенных отделов легких. Эндоскопические методы имеют высокую эффективность при лечении пациентов с опухолями бронхов.

Ключевые слова: доброкачественные опухоли, рак легкого, эндоскопическое лечение, реканализация бронха, диагностика новообразований, трахеобронхиальное дерево.

The endoscopic removal of 2 cases of benign tumors and 1 malignant tumor of the bronchus was performed in the endoscopy department of the Republican Hospital No. 1 – National Center of Medicine named after M.E. Nikolaev. The choice of the technique was based on the histological conclusion and videobronchoscopy materials. 2 formations were removed by loop electroexcision and 1 by argonoplastic coagulation. All patients, without exception, had airway clearance restored with adequate ventilation of previously switched-off lung sections. Endoscopic methods are highly effective in the treatment of patients with bronchial tumors.

Keywords: benign tumors, lung cancer, endoscopic treatment, bronchial recanalization, diagnosis of neoplasms, tracheobronchial tree.

Введение. Проблема выявления и терапии пациентов с опухолями в бронхах остается важной. Основные симптомы обструкции и компрессии местных структур бронхиального дерева играют ключевую роль в клинической картине, проявляясь кашлем, хрипами или дискомфортом в груди [8].

Рак легкого (РЛ) является наиболее часто встречающимся злокачественным опухолевым заболеванием в мировой популяции, постоянно занимающим первое место. Согласно данным Международного агентства по исследованию рака, ежегодно по всему миру диагностируется более миллиона новых случаев РЛ [4]. При этом экзофитный рост опухоли встречается примерно в 43% случаев [2].

Доброкачественные эндобронхиальные опухоли являются особенно редкими клиническими проявлениями

со значительной вариабельностью этиологии и проявления [3]. Бронхиальные липомы и лейомиомы – достаточно редкие опухоли. Согласно некоторым исследованиям, известно, что о бронхиальных липомах существует около 100 сообщений в мировых литературных записях [5]. Напротив, лейомиомы, возникающие внутри паренхимы легких, относительно распространены, в то время как эндобронхиальные крайне редки. Главным образом, что как липома, так и лейомиома легких обычно проявляют доброкачественную клиническую прогрессию [3]. Рентгенологические проявления этих поражений часто расплывчаты, включая ателектазы, бронхоэктазы, рецидивирующую пневмонию или смещение средостения, что затрудняет их отличие от злокачественных опухолей [7, 8].

Из всех методов диагностики наибольшее значение в распознавании опухолей бронхов имеет бронхоскопический метод. Этот метод является незаменимым исследованием, дающим возможность увидеть прямые или косвенные признаки опухоли, получить представления о ее локализации, распространенности и морфологической структуре. За последние три десятилетия произошел значительный переход к принятию эндоскопических методов лечения пациентов с определенными видами доброкачественных опухолей. Эти минимально

инвазивные процедуры появились в качестве золотого стандарта радикального лечения [1]. Эндоскопические вмешательства играют ключевую роль в восстановлении проходимости бронхов и могут быть выполнены с помощью либо жестких, либо гибких бронхоскопов, либо в сочетании с обоими [1]. Эндобронхиальное лечение центрального РЛ предлагает жизнеспособную альтернативу традиционным открытым хирургическим вмешательствам. Данный метод может быть особенно подходящим для случаев, связанных с внутриэпителиальными бронхиальными карциномами стадии 0 (TisN0M0), при которых дополнительных вмешательств не требуется. Кроме того, эндоскопическое лечение может рассматриваться как метод первого выбора, когда хирургическое вмешательство не является возможным из-за таких факторов, как пожилой возраст пациента, сопутствующие заболевания или полиорганная недостаточность [6]. В настоящее время это часто предпочтительный вариант при обструкции дыхательных путей, вызванной ростом опухоли, тем самым облегчая связанные симптомы и восстанавливая воздушный поток по трахеобронхиальному тракту [1].

Цель исследования – представить результаты успешного лечения двух случаев доброкачественных опухолей бронхов и одного случая злокачественной опухоли бронха. Необходимо

ТОБОХОВ Александр Васильевич – д.м.н., проф., зав. кафедрой Мединститута СВФУ им. М.К. Аммосова, avtobohov@mail.ru, **НИКОЛАЕВ Владимир Николаевич** – к.м.н., доцент МИ СВФУ; РБ№ 1-Национального центра медицины им. М.Е. Николаева: **ПАВЛОВ Иннокентий Егорович** – зав. отд. эндоскопии, **ФЕДOTOV Владимир Николаевич** – врач эндоскопист, **СЛЕПЦОВ Константин Николаевич** – зав. хирургич. отд. №2, **СЕМЕНОВ Александр Пантелеймонович** – к.м.н., врач сердеч.-сосуд. хирург, зав. отд.

отметить, что все три случая наблюдались друг за другом с интервалом примерно в 1,5 мес.

Материалы и методы исследования. Приводим случаи впервые выполненных в Республиканской больнице №1-Национальном центре медицины им. М.Е. Николаева (РБ№1-НЦМ) эндоскопических удалений двух доброкачественных опухолей бронхов и одной злокачественной опухоли бронха.

Первый случай. Пациент А., 66 лет. Из анамнеза известно, что около 2 лет назад впервые появились жалобы на кашель с мокротой, одышку при физической нагрузке. При лечении новой коронавирусной инфекции (НКВИ) в 2022 г. на КТ ОГК выявлено жировой плотности образование левого главного бронха. При контрольной КТ ОГК через 1 год выявлено увеличение образования в размерах, пациент был направлен на консультацию в клинко-консультативный отдел клинко-диагностического центра РБ№1-НЦМ. Амбулаторно проведена бронхоскопия: на уровне левого главного бронха просвет бронха почти полностью обтурирует полиповидное образование на короткой ножке, размерами до 2,0 см нежно-розового цвета. Пациент был госпитализирован в стационар, где под эндотрахеальным наркозом (ЭТН) проведена эндобронхиальная ультрасонография и методом электроэксцизии с помощью диатермической петли образование на ножке удалено. Заключение патоморфологического исследования: гистологическая картина подслизистой липомы бронха. Послеоперационный период протекал без особенностей, пациент выписан через сутки в удовлетворительном состоянии.

Второй случай. Пациентка Д., 56 лет. Из анамнеза известно, что за несколько месяцев до госпитализации появились жалобы на кашель с трудноотделяемой мокротой. На внеочередном медицинском обследовании выявлено образование в легком. Направлена в Якутский республиканский онкологический диспансер, прошла комплексное обследование, по биопсии выявлена лейомиома устья верхнедолевого бронха. На КТ ОГК в языковых сегментах левого легкого участок фиброза тяжистого характера, в центральных отделах которого определяются очаги обызвествления, левый верхнедолевой бронх имеет дефект воздушного столба, связанный с данной консолидацией. Направлена на консультацию в РБ№1-НЦМ. Госпитализирована для эндобронхиального

удаления образования. На бронхоскопии устья языковых бронхов (B4, B5) левого легкого не прослеживаются, полностью прикрыты образованием грязно-розового цвета размерами до 1,0 см сферической формы с «ложной» ножкой. Консистенция опухоли плотная. Первым этапом образование частично удалено под внутривенным наркозом методом эндоскопической петлевой электроэксцизии. Через 5 дней полное удаление образования. Послеоперационный период протекал без особенностей и спустя сутки после последнего вмешательства пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Случай злокачественного образования. Пациент П., 73 года. Находился на стационарном лечении в РБ№1-НЦМ, где больному провели по поводу коронаросклероза стентирование в проксимальную треть заднебазальной ветви правой коронарной артерии. Вторым этапом через 2 нед. выполнено аортобедренное бифуркационное шунтирование. Послеоперационный период протекал гладко. Затем у пациента постепенно появилось чувство нехватки воздуха, рвота, повышение артериального давления, быстрое нарастание дыхательной недостаточности. На КТ ОГК выявлена обтурация правого главного бронха. Проведена фибробронхоскопия с биопсией, где определилась опухоль грязно-серого цвета с эндобронхиальным ростом, полностью обтурирующая просвет правого главного бронха. Через 2 сут с целью реканализации под ЭТН через ригидный бронхоскоп №18 введен видеобронхоскоп, образование в области шпоры верхнедолевого бронха отсечено аргонплазменной коагуляцией. Осложнений после операции не отмечено. По гистологическому исследованию: плоскоклеточный рак G2 с мелкими фокусами орогования. Пациент переведен на дальнейшее лечение в Якутский республиканский онкологический диспансер.

Результаты и обсуждение. Процедур были проведены для радикального удаления опухоли или с целью паллиативного лечения для восстановления проходимости бронхиального дерева. Удаление опухолей с использованием гибкого бронхоскопа через интубационную трубку под общим наркозом было выполнено у одного пациента, у одного через интубацию трахеи ригидным бронхоскопом, у одного – под внутривенным наркозом. Электроэксцизия опухоли была применена у двух пациентов, у одного

аргонплазменная эксцизия, во всех случаях было достигнуто полное восстановление проходимости. Послеоперационных осложнений не возникло и повторные вмешательства не потребовались.

Заключение. Приведенные клинические случаи демонстрируют эффективность эндоскопических хирургических методов в сохранении функции органов дыхания у пациентов с доброкачественными опухолями. Учитывая эндобронхиальную природу роста опухоли использование эндоскопической хирургии позволило избежать травматических резекций, тем самым улучшая общее качество жизни у данных больных. Кроме того, эндоскопические вмешательства у пациентов с злокачественными бронхиальными опухолями способствуют эффективному и относительно безопасному восстановлению проходимости дыхательных путей.

Литература

1. Дробязгин Е.А., Чикинев Ю.В., Кrasil'nikov С.Э. Опыт эндоскопической хирургии при лечении доброкачественных и злокачественных опухолей дыхательных путей // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2022;11(3):18-24.
2. Drobazygin Ye.A., Chikinev YU.V., Krasil'nikov S.E. Experience of endoscopic surgery in the treatment of benign and malignant tumors of the respiratory tract // Oncology. Journal named after P.A. Herzen. 2022;11(3):18-24.
3. Падерин В.Ф. Эндоскопическая диагностика рака лёгкого [Электронный ресурс] // Уральский медицинский журнал. 2006. Т. 25, № 6. С. 28-32. URL: https://elibrary.usma.ru/bitstream/usma/17806/1/UMJ_2006_25_004.pdf (дата обращения: 27.05.2024).
4. Paderin V.F. Endoscopic diagnosis of lung cancer [Electronic resource] // Ural Medical Journal. 2006. T. 25, № 6. S. 28-32.
5. Редкие доброкачественные опухоли бронхов / А.А. Сушко [и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2017. Т. 15, № 4. С. 454-457.
6. Rare benign tumors of the bronchi / A.A. Suskhko [et al.] // Journal of the Grodno State Medical University. 2017. T. 15, № 4. S. 454-457.
7. Соколов В.В., Телегина Л.В., Гладышев А.А., Соколов С.А. Клинический опыт МНИОИ им. П.А. Герцена по диагностике и эндобронхиальному лечению больных ранним центральным раком легкого // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2014;3(4):4-10.
8. Sokolov V.V., Telegina L.V., Gladyshev A.A., Sokolov S.A. Clinical experience of the Moscow Oncology Research Institute named after P.A. Herzen on diagnosis and endobronchial treatment of patients with early central lung cancer // Oncology. Journal named after P.A. Herzen. 2014;3(4):4-10.
9. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Клиническая онкопульмонология: [руководство]. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2000. - 600 с.
10. Trakhtenberg A.KH., Chissov V.I. Clinical oncopulmonology: [manual]. Moskva: GEOTAR-Media, 2000. - 600 p.

6. Bergner A., Huber R.M. Interventional bronchoscopy in lung cancer. Internist (Berl.). 2011; 52 (2): 155-7.

7. Wilson R.W., Frazier A.A. Pathological–ra-

diological correlations: pathological and radiological correlation of endobronchial neoplasms: part II, malignant tumors. Ann Diagn Pathol. (1998) 2:31-4

8. Wilson R.W., Kirejczyk W. Pathological and radiological correlation of endobronchial neoplasms: Part I, benign tumors. Ann Diagn Pathol. (1997) 1:31-46.

В.А. Саввина, И.Ю. Шейкин, А.Ю. Тарасов, В.Н. Николаев, А.Р. Варфоломеев

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ СВИЩ ТОНКОЙ КИШКИ, СФОРМИРОВАННЫЙ МАГНИТНЫМИ ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ

DOI 10.25789/YMJ.2024.88.32

УДК 616.34 – 007.274

Показано развитие серьезного осложнения магнитных инородных тел у ребенка без клинических проявлений.

Инородные тела желудочно-кишечного тракта были обнаружены случайно при рентгенологическом исследовании по поводу другой патологии. Давность экспозиции магнитных инородных тел неизвестна. Состояние ребенка оставалось удовлетворительным. Выявлено фиксированное расположение инородных тел в брюшной полости, ребенок оперирован экстренно-отсроченно. На операции выявлен патологический сформированный свищ между нижней горизонтальной ветвью двенадцатиперстной и начальной отделом тощей кишки. Выполнено разобщение свища, ушивание стенок полых органов. Пациент выписан с выздоровлением.

Ключевые слова: инородные тела кишечника, дети, магниты.

The development of a serious complication of magnetic foreign bodies in a child without clinical manifestations is shown in this article.

Foreign bodies of the gastrointestinal tract were discovered accidentally during an X-ray examination for another pathology. The duration of exposure to magnetic foreign bodies is unknown. The child's condition remained satisfactory. A fixed location of foreign bodies in the abdominal cavity was revealed, and the child underwent emergency and delayed surgery. The operation revealed a pathologically formed fistula between the lower horizontal branch of the duodenum and the initial section of the jejunum. The fistula was disconnected and the walls of the hollow organs were sutured. The patient was discharged with recovery.

Keywords: foreign bodies of the intestine, children, magnets.

По мнению многих авторов [5], даже одиночное магнитное инородное тело не всегда может свободно самоэвакуироваться из желудочно-кишечного тракта ребенка. Множественные магнитные инородные тела могут в короткие сроки вызвать серьезные осложнения [7]. Клинические симптомы осложнений магнитных инородных тел кишечника неспецифичны, что может длительное время создавать сложности в своевременной диагностике. Редко такие инородные тела могут протекать бессимптомно, даже при развитии грозных осложнений. **Цель** демонстрации клинического случая –

обратить внимание на бессимптомное течение патологически сформированного межкишечного соустья.

Ребенку К. 3 лет по поводу положительной реакции пробы Манту выполнена 06.09.2023 рентгенография органов грудной клетки. Поскольку на пленку попал снимок и грудной, и брюшной полости, случайно обнаружены магнитные инородные тела в виде «цепочки» в проекции мезогастрия. Давность нахождения инородных тел в кишечнике неизвестна, факт проглатывания магнитов родители не помнят. Состояние ребенка удовлетворительное, активен, жалоб не предъявляет, живот мягкий, безболезненный, патологические образования пальпаторно в брюшной полости не определяются. Стул самостоятельно.

С направительным диагнозом инородные магнитные тела тонкого кишечника ребенок 08.09.2023 поступает на стационарное обследование и лечение в хирургическое отделение Педиатрического центра, доставлен санрейсом из ЦРБ. Выполнены диагностические исследования: УЗИ брюшной полости патологических изменений не выявило, фиброзофагоскопия – застойная гастропатия. Выполнена обзорная рентгенограмма брюшной

полости в прямой проекции при поступлении: определяются пневматизированные петли толстого кишечника; скопление рентгенконтрастных теней в виде цепочки определяется на уровне L3,4 размерами до 4 мм в диаметре каждый; уровней жидкости и свободного газа в брюшной полости нет. Заключение: цепочка в виде браслетика из мелких инородных тел в проекции брюшной полости (рисунок). Общий



Обзорная рентгенограмма брюшной полости при поступлении

САВВИНА Валентина Алексеевна – д.м.н., проф. МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, зам. по хирургии директора педиатрического центра ГАУ РС(Я) «РБ №1-НЦМ им. М.Е. Николаева», гл. внештатный детский хирург МЗ РС(Я); **ШЕЙКИН Иннокентий Юрьевич** – врач детский хирург ПДЦ РБ №1-НЦМ, аспирант МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, ассистент кафедры; **ТАРАСОВ Антон Юрьевич** – зав. отд. Педиатрического центра ГАУ РС(Я) «РБ №1-НЦМ им. М.Е. Николаева»; **НИКОЛАЕВ Валентин Николаевич** – доцент МИ СВФУ им. М.К. Аммосова; **ВАРФОЛОМЕЕВ Ахмед Романович** – д.м.н., проф. МИ СВФУ им. М.К. Аммосова.