

УДК 616.233+616.24-006-087-053.2

П.П. Сокур¹, Б.О. Кравчук¹, Б.Б. Серденко¹, О.В. Белоконь²

Диагностика и хирургическое лечение бронхолегочных опухолей у детей

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Національний інститут раку, м. Київ, Україна

PAEDIATRIC SURGERY.2017.4(57):25-27; doi 10.15574/PS.2017.57.25

Проанализированы результаты хирургического лечения 94 детей с заболеваниями легких. Из них с доброкачественными опухолями и злокачественными опухолями бронхов и легких – 42 (44,68%) и 52 (55,32%) случаев соответственно. В зависимости от локализации, длительности течения заболевания, его осложнений 63 (67,02%) больным выполнены органосохраняющие операции и 31 (32,98%) – частичные резекции легких. По результатам исследования, рецидивов и летальных исходов не было.

Ранняя диагностика опухолей бронхов предупреждает развитие органических воспалительных изменений в легком дистальнее опухоли, что позволяет производить радикальные локальные бронхопластические резекции бронха с сохранением легкого. Для достижения этой цели при подозрении на опухоль бронха больных детей необходимо своевременно направлять в специализированное торакальное отделение.

Ключевые слова: доброкачественные опухоли, злокачественные опухоли, бронхи, легкие, хирургическое лечение, дети.

Diagnosis and surgical treatment of bronchopulmonary tumors in children

P.P. Sokur¹, B.O. Kravchuk¹, B.B. Serdenko¹, O.V. Belokon²

¹Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

²National Cancer Institute, Kyiv, Ukraine

The surgical treatment outcomes of 94 children with pulmonary diseases were analysed. There were 42 (44.68 %) and 52 (55.32 %) episodes of bronchial and pulmonary benign tumours respectively. Depending on localization, disease treatment duration, its complications 63 (67.02 %) patients underwent preserving surgery and 31 (32.98 %) patients underwent limited lung resection. According to the study results, there were no recurrences and lethal outcomes. Thus, early diagnosis of bronchial tumours is necessary to prevent the development of organic inflammatory changes in the lung area distal to the tumour, which allows the radical local bronchoplastic resections of bronchi with the lung preserving. For such purpose timely referral of children to thoracic department is essential.

Key words: benign tumours, malignant tumor, bronchi, lungs, surgical treatment, children.

Діагностика і хірургічне лікування бронхолегоневих пухлин у дітей

П.П. Сокур¹, Б.О. Кравчук¹, Б.Б. Серденко¹, О.В. Білоконь²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Проаналізовано результати хірургічного лікування 94 дітей із захворюваннями легень, з них із пухлинами бронхів і легень – 42 (44,68%) і 52 (55,32%) випадків відповідно. Залежно від локалізації, тривалості перебігу захворювання, його ускладнень 63 (67,02%) хворим виконано органозберігаючі операції і 31 (32,98%) – часткові резекції легень. За результатами дослідження, рецидивів та летальних випадків не було.

Рання діагностика пухлин бронхів запобігає розвитку органічних запальних змін у легені дистальніше пухлини, що дозволяє виконувати радикальні локальні бронхопластичні резекції бронха зі збереженням легень. Для досягнення цієї мети за підозри на пухлину бронха хворих дітей необхідно своєчасно скеровувати у спеціалізоване торакальне відділення.

Ключові слова: доброякісні пухлини, злоякісні пухлини, бронхи, легень, хірургічне лікування, діти.

Введение

Опухоли бронхов и легких у детей составляют 8–12% всех новообразований [1].

В связи с поздней диагностикой болезни в фазе выраженного стеноза или окклюзии бронха, нарушающих дренажную его функцию, развиваются хронические неспецифические заболевания легких

с деструкцией, что обуславливает необходимость резекции легкого [1–3]. Однако своевременное выявление болезни позволяет выполнить органосохраняющую операцию.

Цель работы: изучить оптимальные методы ранней диагностики и хирургического лечения больных с данной патологией.

Торакальна хірургія

Матеріали і методи дослідження

В клініці з 1975 г. по нинішнє час знаходились на ліченні 94 ребенка з захворюваннями легких, із них з опухольми бронхів і легких – 42 (44,68%) і 52 (55,32%) случая соотвєтствєнно. Чашчє захворюванє воунакало у дєтєй в вєзрасчє от 11 до 14 лєт (40%) і от 6 до 10 лєт (36%).

Длїтєльнєсть захворюванія (по клінічєским прїзнакам) саставїла от 1 до 5 лєт. Найболєє частым прївоначальным сїмптомом явлєтєся сухой кашєль, ошїбочно прїнїмаємый за прїзнак острого бронхїта. С рєстом опухолї на фонє узких дыхатєльных пуцєй в завїсїмосчї от вєзрасчє развївалїсь сїмптомы обтурачїонной ємфїзємы легкїх ілі гїповєнїлячїї і атєлектазы соотвєтствуючїх учасчєв легкого – 52 (55,32%) пацїєнта, с послєдуючїм развїтїєм органїчєских змєнєнїй (абсцєдїрованїє, фїброз, пнєвмосклероз).

В связї с воунакшїмї хронїчєскимї воспалїтєльными змєнєнїямї в легком ілі прїсоедїнєнїєм кровохарканїя (кровотєчєнїя), наблюдавшєгося у 8 дєтєй, болїных направлїлї в клініку на обслєдованїє. Отмєчєно, ччє свовєрєменно, т.є. до развїтїє ослужнєнїй, дїагнєз поставлєн лїшь у 48 (51,06%) із 94 болїных. Єтому способствєовало раннєє направлєнїє пацїєнтєв в спєцїалїзїрованнє тєракальное оцдєлєнїє длїя обслєдованїя по поводє нєєффєкчївного консерватївногє лєчєнїя клінічєских сїмптомєв болєзнї, чєорє рассматрївалїсь как проявлєнїє хронїчєских нєспєцїфїчєских захворюванїй легкїх.

Мєтоды обслєдованїя болїных с опухольмї бронхів і легкїх завїсєлї от счадїї болєзнї і общєго сєосчанїя дєтєй. Прїмєнїлї рєнтгєнологїчєское обслєдованїє, вклучая рєнтгєнографїю, рєнтгєносчєпїю у дєтєй старшєго вєзрасчє, компьютєрнєю томографїю. Єтї мєтоды позвєлїлї останаовїть косвєннєє прїзнакї – ілі опухолї бронха, ілі єго локалїзачїю. Основным мєтодом ісслєдованїя явлєлєся трахеобрєносчєпїя под наркєзом ілі фїбробрєносчєпїя, устанавлїваючя локалїзачїю основанїя опухолї, єє дїамєтр, подвїжнєсть і вїд. Длїя уточнєнїя морфологїї опухолї прївєдїлї бїопсїю. Прї клінікє-єндосчєпїчєских прїзнаках добрєкачєствєнной опухолї (округля форма, налїчїє капсулы с глїдкїмї кончєурамї, єлєстїчнєсть, красная ілі блєдно-розовая окраска, подвїжнєсть, чєткїє гранїчєы основанїя опухолї) огранїчївалїсь цїтологїчєским ісслєдованїєм промывнєх вод бронхів ілі «бращ»-бїопсїєй.

Ісслєдованїє бїло вполнєно в соотвєтствї с прїнцїпамї Хєльсїнської Дєклєрачїї. Протокол ісслєдованїя бїл одєбрєн Локальным єтїчєским комїтєтом (ЛЄК) всєх учасчєвуючїх учрєждєнїй. На прївєдєнїє ісслєдованїй бїло получєно інформїрованнєє соглєсїє рєдїтєлєй дєтєй (ілі іх оцєкунов).

У всєх дєтєй вполнїлї саначїю бронхів чєрєз катєтер, прївєдєннїй дїсчальнєє опухолї. Прї но-вообразованїях, обтурїрующїх прєсчєв бронха на 2/3 ілі полнєстью, аспїрїрєвалї жєлєобразнїй бронхїальнїй сєкрєт, чєорїй прї цїтологїчєском ісслєдованїєм прїдсчавлєл собою счєплєнїє бронхїального єпїтєлїя, нєйтрєфїлов, слїзї.

В случая прїсоедїнєнїя інфєкчїї развївалїсь острая пнєвмонїя (у 15 болїных), абсцєдїрованїє легкого (у 5), фїброз легочной тканї (у 12), бронхєктазы (у 8), фїброатєлектаз (у 3).

Прї цїтологїчєском ісслєдованїєм бронхїальногє сєкрєта у даннєх болїных отмєчалось болїшєє колїчєство лєйкєцїтов, слїзї, фїбрїна, а прї бактєрїологїчєском ісслєдованїєм – рєст патогєннєй флєоры. Поєтому прї счєхраняющїхся прїзнаках воспалєнїя в легком дїсчальнєє опухолї на фонє общєго прїтововоспалїтєльного лєчєнїя прївєдїлї повчєорнєє лєчєбно-саначїоннєє трахеобрєносчєпїї до ісчєзновєнїя прїзнаков воспалєнїя, кончєорїрєвалїсь цїтологїчєским і бактєрїологїчєским ісслєдованїєм содєржїмого бронхів дїсчальнєє опухолї. Спїральной компьютєрнєя томографїя (бронхєграфїя), вполнєннєя у всєх болїных, позвєлїла уточнїть локалїзачїю і рєзмеры опухолї, счєпєнїє обтурачїї прєсчєва бронха і ослужнєнїя.

Рєзультаты ісслєдованїя і іх обсчудєнїє

Харакчєр хїрургїчєского вмєшачєлєства ізбїрался індївїдуально на основє рєнтгєнєндосчєпїчєских і інтраопєрачїоннєх даннєх. Совєрєннїй урєвнєь развїтїя мєтодов дїагнєстїкї позвєлїєт выявлєть болєзнь на раннїх счадїях с послєдуючїм вполнєнїєм єкономнєх рєконсчєручївно-восстанєвїтєльных оцєрачїй. В завїсїмосчї от локалїзачїї, длїтєльнєстї захворюванїя і рєзвївшїхся бронхєлєгочнєх ослужнєнїй 63 (67,02%) болїным прївєдєнїє органосчєхраняющїє оцєрачїї і 31 (32,98%) – частїчнєє рєзєкчїї легкїх (лєбєкчєтомїї ілі сєгмєнтєкчєтомїї).

Окєнчачяя ілі клїновїднєя рєзєкчїя сєгмєнта бронха с счєхранєнїєм всєго легкого прївєдєна 14 болїным, счєркулєрнєя рєзєкчїя сєгмєнта глєвнєго (прємєжучєочного) і/ілі долєвого бронхів с полїбрєносчєпїальным іх анасчємосчєм вполнєннєя 20 болїным, лєбєкчєтомїєй – 8, прєцїзїоннєя рєзєкчїя нєєпїтєлїальнєх опухолєй легкїх – 21.

Бронхєпластїчєскїє оцєрачїї вполнїлї прї нєїзмєнєннєм легком, а такжє прї обрєтїмїх змєнєнїях легкого дїсчальнєє опухолї (асєпчїчєскїй атєлектаз, дєформїрующїй бронхїт, обтурачїоннєя ємфїзєма, рєтєнчїоннєє бронхєктазы). Обрє-

тимість изменений в легком после пластических операций подтверждена проведенными бронхолегочными исследованиями в срок от 1 до 25 лет.

Особенность окончатых и клиновидных резекций бронха с опухолью – минимальная травматизация перибронхиальных нервно-сосудистых ветвлений вне операционной зоны. С этой целью, учитывая данные эндоскопического исследования, пальпаторно устанавливали проекцию основания опухоли с последующей циркулярной мобилизацией сегмента бронха в пределах опухоли. При опухолях с широким основанием (свыше 1 см) производили многоосевую разнонаправленную бронхотомию от основания опухоли к периферии (до границы со здоровой стенкой бронха). При узловой опухолевой «ножке» после бронхотомии окончатая резекция в пределах здоровых тканей бронха выполнялась без особенностей.

Всем больным назначали интраоперационное срочное гистологическое исследование опухоли и краев стенки бронха с целью уточнения радикальности операции. Дефекты бронха ушивали прерывистыми непроникающими швами на атравматической игле с интервалом, отступая от края 2–3 миллиметра. При возникающих дефектах стенки бронха, когда ушивание без деформации просвета было невыполнимым, производили циркулярную резекцию сегмента бронха с последующим анастомозом (у пятерых пациентов с лобэктомией).

Технически сложной была пластическая экономная резекция бронха при локализации опухоли в зоне левого трахеобронхиального угла (у двоих детей). Особенности операции – правосторонний плевральный доступ с последующей мобилизацией бифуркации и главных бронхов, блуждающего нерва.

Для расширения доступа перевязывалась и пересекалась непарная вена. В последующем с помощью тесмок ротировали бифуркацию трахеи и производили окончатую резекцию левого трахеобронхиального угла с поперечным ушиванием дефекта узловыми швами.

При циркулярной резекции бронха с лобэктомией вначале выполняли мобилизацию бронхов центральнее и дистальнее опухоли и в последующем формировали бронхоанастомоз. Во избежание деформации линии шва интервал между нитями на центральном конце бронха увеличивали. Герметичность линии шва во всех случаях контролировали водной пробой.

Для предупреждения недостаточности швов вследствие физиологической тракции бронха во время вдоха и выдоха всем больным применяли легочную пластику бронхоанастомоза путем наложения П-образных швов по задней поверхности бронха и перибронхиальной клетчаткой центрального его отрезка. Резекции легкого или пульмонэктомию выполняли в случаях поздней диагностики заболевания, осложнившегося абсцедированием легкого или фиброателектазом.

При гистологическом исследовании опухоли бронхов наблюдали истинные аденомы (18 больных), карциноид (21), папилломы (7), фибромы (11) и хондромы (19), из опухолей легких – невриномы (7) и сосудистые образования (11).

В послеоперационном периоде с целью обеспечения свободной воздухопроницаемости и предупреждения развития осложнений (гиповентиляция, ателектаз, пневмония) всем больным, перенесшим бронхопластические операции, на 2–3-и сутки производили лечебно-санационные трахеобронхоскопии.

По данным ближайших и отдаленных результатов исследования, рецидивов опухолей и летальных исходов не было.

Выводы

Таким образом, ранняя диагностика опухолей бронхов предупреждает развитие органических воспалительных изменений в легком дистальнее опухоли, что позволяет производить радикальные локальные бронхопластические резекции бронха с сохранением легкого. Для достижения этой цели при подозрении на опухоль бронха больных детей необходимо своевременно направлять в специализированное торакальное отделение.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Перельман М.И. Доброкачественные опухоли легких / М.И. Перельман, Б.И. Ефимов, Ю.В. Бирюков. – Москва, 1981.
2. Петровский Б.В. Трахиобронхиальная хирургия / Б.В. Петровский, М.И. Перельман, Н.С. Королева. – Москва, 1978.
3. Bagirov M. Benign tumors of respiratory organs / M. Bagirov, A. Makarov, P. Sokur // E.R. S. Annual congress, Geneva, 19–23 September, 1988. – P.221.
4. Parenchyma sparing non-standard bronchial reconstruction: retrospective analysis of 774 patients with bronchoplastic procedures / M. Bagirov, A. Makarov, V. Getman [et al.] // European Congress of Thoracic Surgeons, Italy, 2016. – P.209.

Відомості про автора:

Сокур Петро Павлович – д.мед.н., проф. каф. торакальної хірургії і пульмонології НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, пров. Лабораторний, 16; тел.: +38(044)528-80-83.

Кравчук Борис Олексійович – д.мед.н., доц. каф. торакальної хірургії і пульмонології НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, пров. Лабораторний, 16.

Серденко Богдан Богданович – к.мед.н., асистент каф. дитячої кардіології НМАПО імені П.Л. Шупика, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Білоконь Олег Вікторович – лікар-онколог, Національний інститут раку. Адреса: м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.

Стаття надійшла до редакції 10.05.2017 р.