

УДК 616.231-089.85-006.6

**ПРИМЕНЕНИЕ СТЕНТИРОВАНИЯ, АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ, АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ТРАХЕИ ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ СТЕНОЗАХ НА БАЗЕ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»**

*Тихманович Е. Е., Куцабенко И. Г., Пономарев Д. М., Березняцкий А. В.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент В. В. Похожай**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

Стенозы трахеи развиваются при различных злокачественных новообразованиях. Наиболее частая причина опухолевого стеноза трахеи — первичный рак легкого, при котором опухоль может распространяться из долевых и главных бронхов в просвет трахеи, либо сдавливать ее извне (компрессионный стеноз), в том числе и за счет лимфатических узлов, пораженных метастазами. Злокачественные опухоли средостения, пищевода, щитовидной железы чаще осложняются компрессионным стенозом трахеи или имеют смешанный тип роста [3].

Злокачественные опухоли легкого занимают 1-е место (20–30 %) в структуре онкологической заболеваемости мужского населения развитых стран. Первичные злокачественные опухоли гортани и трахеи составляют соответственно 1–4 % и 4–5 % злокачественных новообразований человека и в 50–60 % и 63–75 % случаев встречаются у мужчин. В 71–85 % случаев рака трахеи возраст больных составляет от 20 до 40 лет, рака гортани — 60–70 лет [1]. Описаны единичные наблюдения метастазов в стенку трахеи при раке молочной железы, почки и меланоме кожи.

Нарастающий опухолевый стеноз трахеи часто является причиной возникновения жизнеугрожающих состояний и смертности пациентов с онкологическими заболеваниями. К примеру, около 20 % больных раком легкого умирают от удушья, связанного с опухолевой обтурацией или сдавливанием трахеи [2].

Стентирование в настоящее время является перспективным методом восстановления проходимости дыхательных путей и позволяет ликвидировать стеноз и предотвратить явления асфиксии. Хотя стентирование не лишено таких долгосрочных и краткосрочных проблем, как миграция, рестенозирование, обтурация секретом и кровохарканье, выбор подходящей формы и размера стента позволяет достичь обнадеживающих результатов лечения [3].

***Цель***

Анализ результатов лечения пациентов с опухолевыми стенозами при онкопатологии гортани, трахеи и бронхов стентированием, аргоноплазменной коагуляцией с последующей реканализацией просвета.

***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 20 амбулаторных пациентов с опухолевыми стенозами на фоне онкопатологии гортани, трахеи и бронхов, находящихся на лечении на базе отделения торакальной хирургии Гомельского областного клинического онкологического диспансера в период с 2016 по 2017 гг. При статистическом анализе использовался пакет «Excel 2010» с параметрическим анализом.

***Результаты исследования и их обсуждение***

Были проанализированы медицинские карты, протоколы эндоскопических манипуляций 20 амбулаторных пациентов с онкопатологией гортани, трахеи и бронхов,

находящихся на лечении на базе отделения торакальной хирургии Гомельского областного клинического онкологического диспансера в период с 2016 по 2017 гг. Среди них 3 (15 %) женщины и 17 (85 %) мужчины в возрасте от 50 до 79 лет, средний возраст составил 63,35 лет. Городское население составило 65 % (13 человек), сельское — 35 % (7 человек).

На базе УЗ «ГОКОД» были выполнены эндоскопические вмешательства при опухолях гортани — 10 (50 %) человек, бронхов — 7 (35 %) человек, из них левого главного бронха — 1 (14 %) человек, левого верхнего долевого бронха — 3 (43 %) человека, правого верхнего долевого бронха — 2 (29 %) человека, правого нижнего долевого бронха — 1 (14 %) человек, щитовидной железы с инвазией в гортань и трахею — 1 (5 %) человек, мягких тканей шеи с прорастанием в гортань и трахею — 1 (5 %) человек, пищевода с прорастанием в трахею — 1 (5 %) человек.

При поступлении в стационар пациент предъявляли следующие жалобы на: охриплость (25 %), поперхивания (55 %), кашель (35 %), кровохарканье (10 %), усиление болей (10 %), одышку в покое (25 %).

Кровохарканье, возникшее у 10 % больных, проявлялось в виде диффузно окрашенной кровью мокроты. Боли в грудной клетке различной интенсивности на стороне поражения беспокоили 60 % больных. Жалобы на кашель предъявляли 35 % больных. Интенсивность одышки, беспокоящей 25 % больных, напрямую связана с размером просвета пораженного бронха. Она нередко обусловлена с давлением крупных вен и артерий легкого, сосудов средостения, плевральным выпотом, т. е. гемодинамическими причинами.

На момент анализа на 1 стадии заболевания было 2 (10 %) пациента, на 2 стадии — 2 (10 %) пациента, на 3 стадии — 5 (25 %) пациентов, на 4 стадии — 11 (55 %) пациентов.

Всем пациентам было проведено стентирование трахеи саморасправляющимися стентами Polyflex Stent, Rusch/Germany под наблюдением фибробронхоскопов фирмы «Olympus» и эндоскопических видеосистем Olympus CV — 70. В 1 случае после проведения стентирования наблюдалось осложнение в виде кровотечения, которое было остановлено консервативно.

В течение года после выполнения стентирования умерло 9 (45 %) пациентов. Остальные 11 (55 %) пациентов были выписаны с улучшением состояния.

Бесконтактную аргоноплазменную электрокоагуляцию в режиме «Argon Flex ArcPlus Offline» (аппарат BOWA ARC 300) провели при мощности 25–45 Вт и расходе аргона 0,6–1,6 л/мин двум пациентам. Аргоноплазменную коагуляцию особенно часто применяли при опухолях с изъязвленной, легко кровоточащей поверхностью.

Аргоноплазменная реканализация проведена 8 пациентам после редукции основной массы опухолевой ткани. Последующая трахеобронхоскопия показала наличие диффузного эндобронхита 1–2 степени в 60 % случаях.

#### **Выводы**

При опухолевом стенозе трахеи и бронхов методы эндоскопической хирургии являются единственно возможными на первом этапе лечения у тяжелых онкологических больных с выраженной дыхательной недостаточностью. Эндоскопическая реканализация в большом проценте позволяет восстановить просвет полого органа.

Необходимость дифференцированного применения того или иного метода при удалении опухоли направлена на предотвращение риска развития осложнений.

Последовательное применение двух и более методов эндоскопического удаления опухоли позволяет в кратчайшие сроки восстановить просвет дыхательных путей, ликвидировать угрозу стеноза, асфиксии и обеспечить полноценное самостоятельное дыхание пациента.

Комбинация эндоскопических методов реканализации наглядно показывает свою эффективность как паллиативный метод лечения. Эндоскопическая реканализация хорошо переносится и обладает относительно небольшим количеством осложнений. Необходим индивидуальный подход в зависимости от характеристик опухоли.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Бронхоскопия в диагностике и лечении опухолей трахеобронхиального ствола / Б. К. Поддубный [и др.] // Современная онкология. — 2000. — Т. 2, № 3. — С. 5–24.
2. Prospective comparison of argon plasma coagulator and heater probe in the endoscopic treatment of or peptic ulcer bleeding / L. Cipoletta [et al.] // Gastrointest. Endosc. — 1998.
3. Cortese, D. A. Early detection and treatment of lung cancer: photodynamic therapy / D. A. Cortese, E. S. Edell, H. Kato // Lung cancer: principles and practice, edited by Pass H. I, Mitchell J. B. — Philadelphia, 1996.
4. Gerasin, V. F. Endobronchial electrocautery / V. F. Gerasin, B. B. Shafirovsky // Chest. — 1988. — Vol. 93. — P. 270–274.
5. A prospective multicenter trial of a self-expanding hybrid stent in malignant airway obstruction / A. C. Mehta // Chest Meeting Abstracts. — 2007. — Vol. 132. — P. 425–426.

**УДК 616.231-089.85-006.6**

**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕНТИРОВАНИЯ,  
АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ, АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ  
РЕКАНАЛИЗАЦИИ ТРАХЕИ ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ СТЕНОЗАХ  
НА БАЗЕ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ОБЛАСТНОЙ  
КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»**

*Куцабенко И. Г., Коннов Д. Ю., Воронов О. В., Тишкевич О. Г., Дятлов А. П.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент В. В. Похожай**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

По данным Международного агентства по изучению рака (МАИР), в мире ежегодно диагностируют более 1 млн. новых случаев рака легкого, что составляет более 12 % всех выявленных злокачественных новообразований. Злокачественные опухоли легкого занимают 1-е место (20–30 %) в структуре онкологической заболеваемости мужского населения развитых стран [1].

Первичные злокачественные опухоли гортани и трахеи составляют соответственно 1–4 % и 4–5 % злокачественных новообразований человека и в 50–60 % и 63–75 % случаев встречаются у мужчин. В 71–85 % случаев рака трахеи возраст больных составляет от 20 до 40 лет, рака гортани — 60–70 лет [2]. Описаны единичные наблюдения метастазов в стенку трахеи при раке молочной железы, почки и меланоме кожи.

Стенозы трахеи развиваются при различных злокачественных новообразованиях (рак пищевода с прорастанием в трахею, лимфома средостения, рак щитовидной железы, лимфогранулематоз, метастазы рака толстой кишки или молочной железы в трахею и т. д.). Наиболее частая причина опухолевого стеноза трахеи — первичный рак легкого, при котором опухоль может распространяться из долевых и главных бронхов в просвет трахеи, либо сдавливать ее извне (компрессионный стеноз), в том числе и за счет лимфатических узлов, пораженных метастазами. Злокачественные опухоли средостения, пищевода, щитовидной железы чаще осложняются компрессионным стенозом трахеи или имеют смешанный тип роста [3].

Нарастающий опухолевый стеноз трахеи часто является причиной возникновения жизнеугрожающих состояний и смертности пациентов с онкологическими заболеваниями. К примеру, около 20 % больных раком легкого умирают от удушья, связанного с опухолевой обтурацией или сдавливанием трахеи [2].

Совершенствование видеоэндоскопических хирургических технологий, создание нового поколения лазерной, аргонноплазменной, электрохирургической и другой высоко-