

*А.И. Ладур  
А.Ю. Попович  
С.А. Панасенко*

*Коммунальное клиническое  
лечебно-профилактическое  
учреждение «Донецкий  
областной противоопухолевый  
центр», Донецк, Украина*

**Ключевые слова:**

*тератобластома легкого,  
врожденная аплазия доли  
легкого, бронхопластическая  
расширенная нижняя  
лобэктомия.*

## БРОНХОПЛАСТИЧЕСКАЯ РАСШИРЕННАЯ НИЖНЯЯ ЛОБЭКТОМИЯ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛИ НИЖНЕДОЛЕВОГО БРОНХА НА ФОНЕ РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ГЛАВНОГО БРОНХА И ВРОЖДЕННОЙ АПЛАЗИИ НИЖНЕЙ ДОЛИ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО

**Резюме.** *Представлено клиническое наблюдение пациентки с теробластомой нижнедолевого бронха левого легкого с врожденной аплазией нижней доли левого легкого на фоне рубцового стеноза дистальной части главного бронха. Случай представляет практический интерес с точки зрения сочетания нескольких патологий в левом легком, сложности дооперационной диагностики и применения радикальной органосохраняющей операции.*

Трахеобронхиальная хирургия быстро развивается и совершенствуется. За последние годы накоплен значительный опыт в диагностике и оперативном лечении трахеальных и бронхиальных опухолей, различных стенозов, свищей и других форм патологии. Дальнейший прогресс трахеобронхиальной хирургии связан, во-первых, с необходимостью улучшения диагностики многих заболеваний трахеи и бронхов. До сих пор эти заболевания часто не распознаются, а больные месяцы и годы безуспешно лечатся у врачей различных специальностей от мнимой бронхиальной астмы, хронического бронхита, хронической пневмонии, туберкулеза легких. Вторым важным условием является концентрация больных в специализированных торакальных отделениях [1]. Бронхопластические операции давно и с успехом применяют в практике онкоторакальной хирургии. Их очевидным преимуществом является возможность выполнения органосохраняющего радикального хирургического вмешательства, позволяющего обеспечить больному сохранение качества жизни и трудоспособности. В последние годы показания к выполнению бронхопластических и ангиобронхопластических операций значительно расширились в связи с применением индукционной химиотерапии при раке легкого. В подобных случаях, после эффективной индукционной химиотерапии, радикальные бронхопластические резекции легких (с адекватной лимфодиссекцией) являются выгодной и оправданной альтернативой расширенной пневмонэктомии. Поэтому очевидно, что подобные операции должны быть в арсенале специализированных онкоторакальных отделений. Подтверждением этому служит приведенное ниже наблюдение.

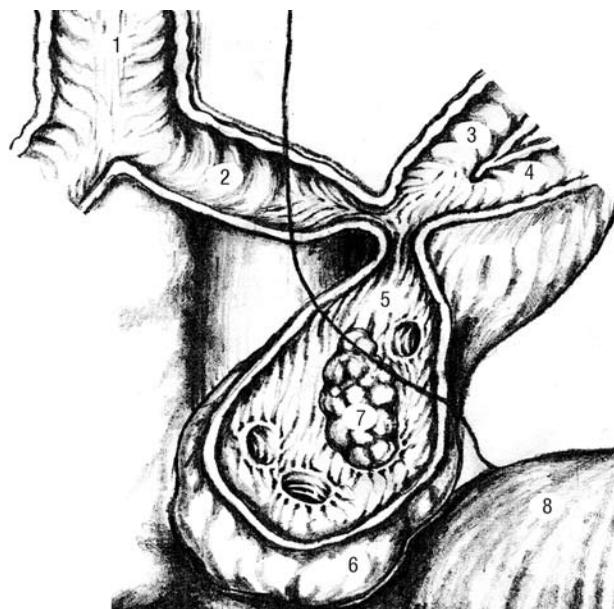
**Больная К.** 1973 года рождения, история болезни № 72106. Поступила в торакальное отделение № 1 Донецкого противоопухолевого центра 31.01.2008 г. с жа-

лобами на одышку при малейшей физической нагрузке, слабость, недомогание, периодически повышение температуры тела. Со слов больной с детства отмечает частые респираторные заболевания. Неоднократно обследовалась у пульмонолога. Ухудшение состояния здоровья с августа 2007 г. При рентгенографии органов грудной клетки отмечено наличие очагово-инфильтративных изменений в области нижней доли левого легкого, что послужило поводом для дообследования в специализированном пульмонологическом стационаре по месту жительства (г. Амман, Иордания). По данным компьютерной томографии (КТ) грудной клетки выявлено опухолевидное округлое образование в области корня левого легкого с зоной уплотнения легочной ткани в 6-, 10-м сегменте левого легкого. По данным фибробронхоскопии в нижнедолевом бронхе с переходом на главный бронх определяется белесоватого цвета опухолевидное образование, практически полностью перекрывающее просвет нижнедолевого бронха слева, а просвет верхнедолевого бронха частично прикрыт опухолью, но проходим. Верификации процесса не получено. Там же, по месту жительства, была предпринята аргоноплазменная реканализация бронха, однако выраженного клинического эффекта не достигнуто. Затем с 13.12.2007 по 18.12.2007 г. больная находилась на обследовании в Институте хирургии им. А.В. Вишневского (г. Москва). По данным КТ грудной клетки в области бифуркации левого главного бронха определяется образование до 3 см в диаметре, частично деформирующее стенку главного бронха. В 6-, 10-м сегменте левого легкого определяется ателектаз до 3,5 см. Увеличенных лимфатических узлов средостения и бронхопульмональной группы не выявлено. Заключение: опухоль левого легкого с централизацией, ателектаз 6-, 10-го сегмента левого легкого. Бронхоскопия: карина острая, подвижная. В об-

ласти деления левого главного бронха визуализируется некротизированная с неровными контурами опухоль, которая полностью закрывает просвет нижнедолевого бронха. В стенке левого главного бронха в области деления с массивными наложениями фибрина и поверхностного некроза, в результате аргоноплазменной коагуляции выполненной ранее. Устье левого главного бронха свободно от опухоли, однако ожоговый струп распространяется на шпору верхнедолевого бронха. Заключение: опухоль левого нижнедолевого бронха обтурирующая его просвет, состояние после аргоноплазменной деструкции. Точно оценить распространение опухоли на верхнедолевой бронх не представляется возможным из-за свежих некротических изменений в области бифуркации левого главного бронха. Больной было предложено хирургическое лечение в объеме левосторонней пневмонэктомии, так как выполнение бронхореконструктивной операции представляло высокий риск из-за свежих эндобронхиальных некротических изменений. Выписана из отделения с диагнозом: опухоль (карциноид?) левого легкого с обтурацией нижнедолевого бронха слева и ателектазом 6-, 10-го сегмента левого легкого, дыхательная недостаточность III степени.

При осмотре в торакальном отделении № 1 Донецкого противопухолевого центра состояние больной относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки анемичные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Над легкими притупление легочного звука над нижними отделами слева. Аускультативно везикулярное дыхание справа, а слева резко ослабленное, практически отсутствует. Тоны сердца ритмичные. Пульс 95 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферические отеки отсутствуют. По данным КТ органов грудной клетки левое легкое уменьшено в объеме за счет ателектаза 6-, 10-го сегмента. S6 сегментарный бронх ампутирован мягкотканым образованием, размеры которого установить не возможно. Медиастинальные и бронхопульмональные лимфатические узлы не увеличены. Фибротрахеобронхоскопия (рис. 1): трахея (1), карина не изменены; слева главный бронх (2) на протяжении 4 колец не изменен, а далее концентрически сужен в виде конической культи до 0,1–0,2 см; по левой верхней стенке небольшие разрастания розовой грануляционной ткани. Оценить проходимость верхне- (3) и нижнедолевого (5) бронхов невозможно (см. рис. 1). Щеточная биопсия. Цитологические исследования № 2966 от 07.02.2008 г.: элементы карциноматозного новообразования. После проведения медикаментозной предоперационной подготовки 07.02.2008 г. больная оперирована. Выполнена переднебоковая торакотомия в IV межреберье слева. При ревизии в плевральной полости умеренно выраженный спаечный процесс. Нижняя доля (6) 5 x 6 см в диаметре аплазирована; дистальная часть нижнедолевого бронха (5) расположена экстраплеврально и паравертебрально, кистозно изменена и расшире-

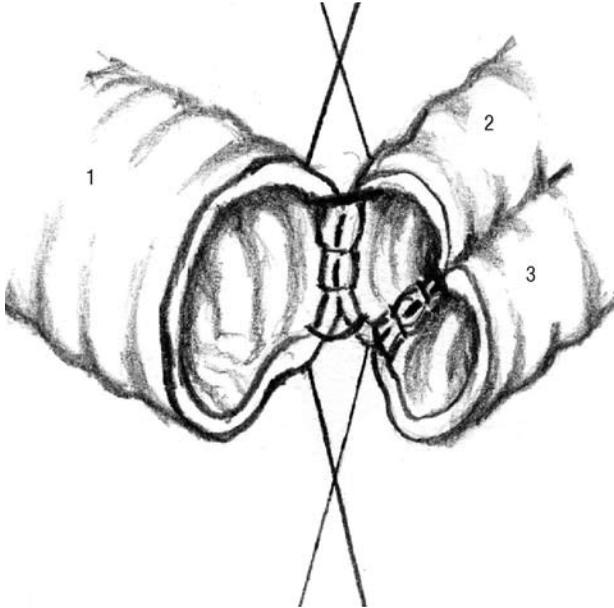
на до 3–3,5 см в диаметре с наличием слизеподобного желеобразного содержимого в просвете и интимно связана с нисходящей аортой и диафрагмой (8) (см. рис. 1). Визуализируется anomальное строение и отхождение сосудов к нижней доле. В области устья нижнедолевого бронха пальпируется опухоль до 3–4 см в диаметре (7) (см. рис. 1).



**Рис. 1.** Схематическое изображение сочетанного поражения патологическими процессами левого легкого у *больной К.* (1 — трахея; 2 — главный бронх; 3 — верхнедолевой бронх; 4 — язычковый бронх; 5 — нижнедолевой бронх; 6 — нижняя доля; 7 — опухоль; 8 — диафрагма)

Из плевральных срощений выделена и взята на турникет левая легочная артерия. Трансперикардиально выделен и взят на держалку общий венозный синус. Экстраперикардиально выделены, прошиты и легированы нижнедолевая артерия и вена, которая впадала в верхнюю легочную вену и имела диаметр 0,4 см. Дистальная часть левого главного бронха (2) конически сужена с полным рубцовым стенозом (см. рис. 1). Произведена нижняя расширенная бронхопластическая лобэктомия с циркулярной резекцией левого главного (2), верхнедолевого (3) и язычкового (4) бронхов. Сформирован анастомоз между верхнедолевым (2), язычковым (3) и левым главным (1) бронхами (рис. 2).

Результаты патогистологического исследования № 5664-5674, 5919-5921 от 14.02.2008 г.: в стенке главного бронха фиброз и гемосидероз, просвет резко сужен. В нижнедолевом бронхе опухоль строения тератомы с малигнизацией эпителиального компонента (аденокарцинома с гиперпродукцией слизи), очаговый пневмосклероз. По краям пересеченных бронхов элементов опухоли нет. В удаленных лимфатических узлах склероз, синус-гистиоцитоз. Окончательный диагноз: тератобластома нижнедолевого бронха левого легкого pT2pN0M0, аплазия нижней доли левого легкого, рубцовый стеноз дистальной части левого легкого, дыхательная недостаточность II степени.



**Рис. 2.** Формирование анастомоза при проведении бронхопластической лобэктомии (1 — левый главный бронх; 2 — верхнедолевой бронх; 3 — язычковый бронх)

Течение послеоперационного периода гладкое. Рана зажила первичным натяжением. Контрольная рентгенография органов грудной клетки от 11.02.2008 г. и 19.02.2008 г.: справа легочное поле без особенностей, слева состояние после нижней лобэктомии. Верхняя доля левого легкого занимает весь объем от верхушки до купола диафрагмы. Патологических изменений не выявлено. Выписана из отделения на 15-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Осмотрена через 6 мес после выписки из отделения. Чувствует себя хорошо. Жалоб не предъявляет. При КТ органов грудной клетки и фибротрехеобронхоскопии патологии не выявлено, анастомоз свободно проходим.

Редкость приведенного наблюдения заключается, во-первых, в сочетании одновременно несколь-

ких патологий в левом легком и трудности в дооперационной диагностике, несмотря на существующие современные методы исследования. И только интраоперационно установлен окончательный диагноз. Во-вторых, произведена радикальная органосохраняющая операция как альтернатива пневмонэктомии, имеющая несомненные преимущества в плане обеспечения качества жизни пациентки.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Петровский БВ, Перельман МИ, Королева НС. Трахеобронхиальная хирургия. Москва: Медицина, 1978. 296 с.

#### BRONHOPLASTIC EXTENDED LOWER LOBECTOMY FOR TUMORS OF THE LOWER LOBE BRONCHUS IN THE PRESENCE OF CICATRIX STENOSIS OF PRIMARY BRONCHUS AND CONGENITAL APLASIA OF THE LOWER LOBE OF LEFT LUNG

*A.I. Ladur, A.Yu. Popovich, S.A. Panasenko*

**Summary.** *The clinical observation of patient with teratoblastoma of distal bronchus of left lung and congenital aplasia of lower lobe of left lung on the background of cicatrix stenosis of distal part of primary bronchus is presented. The case represent a practical interest from the point of view of combination of several pathologies in left lung, complexity of presurgical diagnosis and application of radical organ-preserving operation.*

**Key Words:** lung teratoblastoma, innate aplasia of lung lobe, bronchoplastic extended lower lobectomy.

#### Адрес для переписки:

Ладур А.И.

83092, Донецк, ул. Независимости, 29, 30