

5. Ануфриева С.С., Комиссарова О.С., Голощапова Ж.А., Бордуновский В.Н., Куренков Е.Л., Щербо М.В. Высокоинтенсивное лазерное излучение в хирургии молочной железы (экспериментально-клиническое исследование) // Вестник ЮУрГУ, № 39, 2009 – С. 127-130.
6. Русин В.И. Возможности применения фотодинамической терапии в хирургии // Новости хирургии, 2009 – С. 109-114.
7. Хоров А.О. Лазерные технологии в онкологической практике. Часть 1 // Журнал ГрГМУ № 4, 2010 – С. 23-26.
8. Шахрай С.В., Гаин Ю.М., Гаин М.Ю., Соколов А.Ю. Экономическая эффективность использования полупроводникового лазера в аноректальной хирургии // Казанский медицинский журнал, № 2, 2013. – С. 265-270.
9. Гаин М.Ю. Лазерные технологии в комплексном лечении геморроя // Новости хирургии, № 1, 2013. – С. 94-103.
10. Белоусова И.М. Из истории создания лазеров // Научно-технический вестник информационных технологий, механики и оптики, № 2, 2014. – С. 1-4.
11. Алипов В.В., Лебедев М.С., Цацаев Х.М. Экспериментальное обоснование использования нанотехнологий в хирургии желудка и печени // Медицинские науки. Теоретическая медицина, №3, 2010 – С. 3-10.
12. Плеханов А.Н., Номоканов И.А. Лазеротерапия в травматологии и хирургии // Сибирский медицинский журнал, №2, 2005 – С. 17-20.
13. Кутлуев М.М., Пулин И.Л., Ряхов А.Я., Круглов Д.С. Наш опыт сравнения методов дистанционной ударно-волновой литотрипсии, перкутанной нефролитотомии и трансуретральной контактной литотрипсии с применением НО: YAG-лазера у пациентов с уролитиазом // Медицинский вестник Башкортостана. № 3, 2014. – С. 85-88.

ХИРУРГИЯ КАРЦИНОИДНЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОРАКАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

¹ Сушко А. А., ¹ Можейко М. А., ² Куль С. А.

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² УЗ «Гродненская областная клиническая больница»,
Гродно, Беларусь

Введение. Карциноид бронха – редко встречающаяся опухоль, происходящая из нейроэндокринной системы, которая при относительно медленном росте имеет склонность к метастазированию и локализуется преимущественно в крупных бронхах. При условии адекватного хирургического лечения характеризуется достаточно хорошим прогнозом, даже в случае наличия регионарных лимфогенных метастазов [1].

Впервые термин «karzinoide» был предложен С. Оберндорфом [9] в 1907 г. для описания опухолей, морфологически напоминающих аденокарциному, но характеризующихся более торпидным течением. Карцино-

иды встречаются в тимусе, легких, ЖКТ, яичниках. Легкие находятся на втором месте по распространенности после ЖКТ. Первичный карциноид легкого составляет приблизительно 2% от всех опухолей легкого [12].

Источником опухолевого роста в легких являются нейроэндокринные клетки Кульчицкого, локализованные в слизистой оболочке бронхиального дерева [10]. Клетки карциноида синтезируют серотонин, АКТГ, гистамин, допамин, субстанцию Р, нейротензин, простагландины и калликреин [3, 7].

Спектр нейроэндокринных опухолей бронхиального дерева и легких крайне широк. Если его классифицировать по степени злокачественности, то вначале будет доброкачественный типичный карциноид, характеризующийся торпидным течением с образованием локализованных опухолевых узлов, затем атипичный карциноид – инфильтративная умеренно дифференцированная опухоль. Далее по степени злокачественности следует крупноклеточный нейроэндокринный рак, а крайнее положение в спектре злокачественности занимает мелкоклеточный рак легкого [5].

Эпидемиологически пациенты с карциноидом легких чаще встречаются на пятом десятке жизни [11]. Центральная локализация обуславливает характер манифестации заболевания с развитием рецидивирующей пневмонии, непродуктивного кашля, кровохарканья, боли в грудной клетке. Наиболее частым паранеопластическим проявлением болезни является синдром Кушинга [8]. Карциноидный синдром в разных проявлениях встречается с частотой около 5% [4].

Методом выбора в лечении карциноидных опухолей легких является хирургический – анатомическая резекция в объеме сегментэктомии или лобэктомии с сохранением незаинтересованной паренхимы легкого [6].

В последние десятилетия при типичном центральном карциноиде активно применяют эндобронхоскопические операции. Данный метод лечения не только позволяет восстановить проходимость бронха, но может считаться радикальным вмешательством при высокодифференцированном карциноиде с экзофитным ростом, при отсутствии перибронхиального компонента и увеличения внутригрудных лимфатических узлов [2].

Прогноз пациентов с типичным карциноидом легких достаточно благоприятный, так как 5- и 10-летняя выживаемость превышает 90%.

Цель: совершенствование диагностической и лечебной тактики при карциноиде легкого.

Материалы и методы исследования. За период с 2006 по 2016 гг. на базе хирургического торакального отделения УЗ «Гродненская областная клиническая больница» сотрудниками 1-й кафедры хирургических болезней УО «Гродненский государственный медицинский университет» по поводу карциноида бронхов оперированы 14 пациентов. Из них – 10 (71,4%) мужчины и 4 (28,6%) женщины. Средний возраст составил $45,6 \pm 4,3$ года.

Клиническая картина у всех пациентов характеризовалась кашлем со слизисто-гнойной мокротой и кровохарканьем. Реже встречались жалобы на боли в грудной клетке, одышку, периодическое повышение температуры тела до субфебрильных цифр, приливы с последовательным изменением цвета кожи от красного до лилового с проливным потоотделением, приступы удушья, диарею.

Первично все пациенты проходили лечение в терапевтических отделениях стационаров с диагнозом пневмония. В 3 (21,4%) случаях развилась деструктивная долевая пневмония. У 7 (50%) пациентов на протяжении года случались рецидивы пневмонии с исходом в субателектаз доли.

У всех пациентов карциноид бронха был выявлен после выполнения РКТ ОГК и диагностической бронхоскопии. После дообследования они госпитализировались в хирургическое торакальное отделение, где для уточнения диагноза выполнялась бронхоскопия с биопсией опухоли. Однако только у 5 (35,7%) пациентов эндоскопически была получена верификация образования. Гистологическое заключение у остальных 9 (64,3%) – фиброзная ткань с гистиоцитарной инфильтрацией. Локализация опухоли в 2 (14,3%) случаях – ВДБ, в остальных (85,7%) – НДБ.

Результаты и их обсуждение. Резекционным вмешательствам были подвергнуты 12 (85,7%) пациентов. Лобэктомия и билобэктомия справа выполнена в 10 (83,3%) и 2 (16,7%) случаях, соответственно. На правом легком выполнено 8 (66,7%) операций, на левом – 4 (33,3%).

Послеоперационный рецидив отмечен у 1 (8,3%) пациентки. Ей было выполнено повторное хирургическое лечение – резекция культи НДБ с резекцией средней доли. Во время хирургических вмешательств у всех пациентов отмечалась повышенная кровоточивость капиллярных сосудов при относительно нормальных показателях коагулограммы. Также следует отметить, что при выполнении резекций легких при данном виде опухолей приходилось сталкиваться с технической сложностью ее выполнения, которая была обусловлена выраженным спаечным перипроцессом в зоне роста опухоли и окружающих её анатомических структурах.

У 2 (14,3%) пациентов выполнялась эндоскопическая эндобронхиальная аргонплазменная коагуляция опухоли.

При наблюдении за пациентами на протяжении до 10 лет трансформации карциноида в мелкоклеточный рак не наблюдалось. У всех пациентов ни на момент верификации диагноза, ни в отдаленном послеоперационном периоде метастазирования в регионарные лимфатические узлы и органы-мишени не выявлено.

Выводы:

1. Карциноид – относительно редкая опухоль преимущественно крупных бронхов.

2. Трансформации карциноида в мелкоклеточный рак, а также метастазирования в регионарные лимфатические узлы и органы-мишени нами не наблюдалось.

3. Методом выбора в радикальном лечении карциноидных опухолей легких является хирургический – анатомическая резекция в объеме сегментэктомии или лобэктомия.

4. Эндоскопическая аргонплазменная коагуляция является радикальным лечением высокодифференцированного карциноида с экзофитным ростом, так как позволяет избежать больших резекционных хирургических вмешательств, что особо актуально для локализации данного новообразования в верхнедолевом бронхе.

Литература:

1. Бирюков Ю.В. Бронхолегочные карциноиды (клиника, диагностика, хирургия). – М., 2000.
2. Трахтенберг А.Х. и др. // Рос. онкол. журн. – 2002. № 4. – С. 4.
3. Caplin M.E., BuscombeJR.,Hilson AJ. et al. Carcinoid tumour // Lancet. – 1998. – Vol. 352. – P. 799.
4. Chughtai T.S, Morin J.E., Sheiner NM. et al. Bronchial carcinoid – twenty years' experience defines a selective surgical approach // Surgery. – 1997. – Vol. 122. – P. 801-808.
5. Colby T.V., Koss M.N., Travis W.D.Carcinoid and other neuroendocrine tumors. In Tumors of the Lower Respiratory Tract. Atlas of Tumor Pathology (3rd series). – Bethesda: Armed Forces Institute of Pathology. – 1994. – P. 235-257, 287-317.
6. DusmetME, McKneally MF. Pulmonary and thymic carcinoid tumors // World J. Surg. – 1996. – Vol. 20. – P. 189-195.
7. Kulke MH, Mayer RJ. Carcinoid tumors // New Engl. J. Med. – 1999. – Vol. 340. – P. 858.
8. Limper AH, Carpenter P.C., Scheithauer B, StaatsBA The Cushing syndrome induced by bronchial carcinoid tumors // Ann. Intern. Med. – 1992. – Vol. 117. – P. 209-214.
9. Oberndorfer S. Karzinoide Tumoren des Dunndarms // Frankf. Z. Pathol. – 1907. – Vol. 1. – P. 425-429.
10. Paladugu RR, Benfield J.R., Pak H.Y. et al. Bronchopulmonary Kulchitzky cell carcinomas: a new classification scheme for typical and atypical carcinoids // Cancer. – 1985. – Vol. 55. – P. 1303-1311.
11. Torre M, Barberis M, Barbieri B. et al. Typical and atypical bronchial carcinoids // Respir. Med. – 1989. – Vol. 83. – P. 305-308.
12. Vadesz P., Palffy G, Egervary M, Schaff Z. Diagnosis and treatment of bronchial carcinoid tumors: clinical and pathological review of 120 operated patients // Europ. J. Cardiothorac. Surg. – 1993. – Vol. 7. – P. 8.