

Пациент Я., 56 лет, поступил в торакальное отделение УЗ «9-я ГКБ г. Минска» 13.10.2014г. При поступлении состояние удовлетворительное, жалобы на незначительные боли в левой половине грудной клетке, кашель с отхождением мокроты. С 29.09.2014 обследовался в онкологическом диспансере по месту жительства, где выявлен центральный рак левого легкого с инвазией в нисходящий отдел аорты. Анамнез жизни – без особенностей.

Пациент обследован. На **Р-грамме ОГК** от 29.09.2014 слева на границе S6-S10 определяется образование средней интенсивности с неровными бугристыми контурами размером около 6х8 см. По данным нативного КТ-исследования и **КТ-ангиографии ОГК** от 01.10.2014 в прикорневой области слева определяется округлое узловое образование 65х62х83 мм с неровными тяжистыми контурами. Образование окружает НДБ, сужая его, S6 бронх конически обтурирован, S8 сужен, S9, S10 не визуализируются. Образование контактирует со стенкой нисходящего отдела аорты в аксиальной плоскости на протяжении 29 мм, в коронарной плоскости на протяжении 80 мм. Определяются увеличенные лимфоузлы: нижние паратрахеальные до 13 мм, слева от дуги аорты 13 мм, трахеобронхиальные с обеих сторон до 17 мм и бифуркационные до 23 мм. По данным **ФБС** от 16.10.2014 в области верхнедолевого бронха справа имеется бугристая плюс-ткань, которая суживает просвет бронха, но просвет сохранён. Слева сегментарные бронхи (В6, 9, 10) выполнены бугристой тканью.

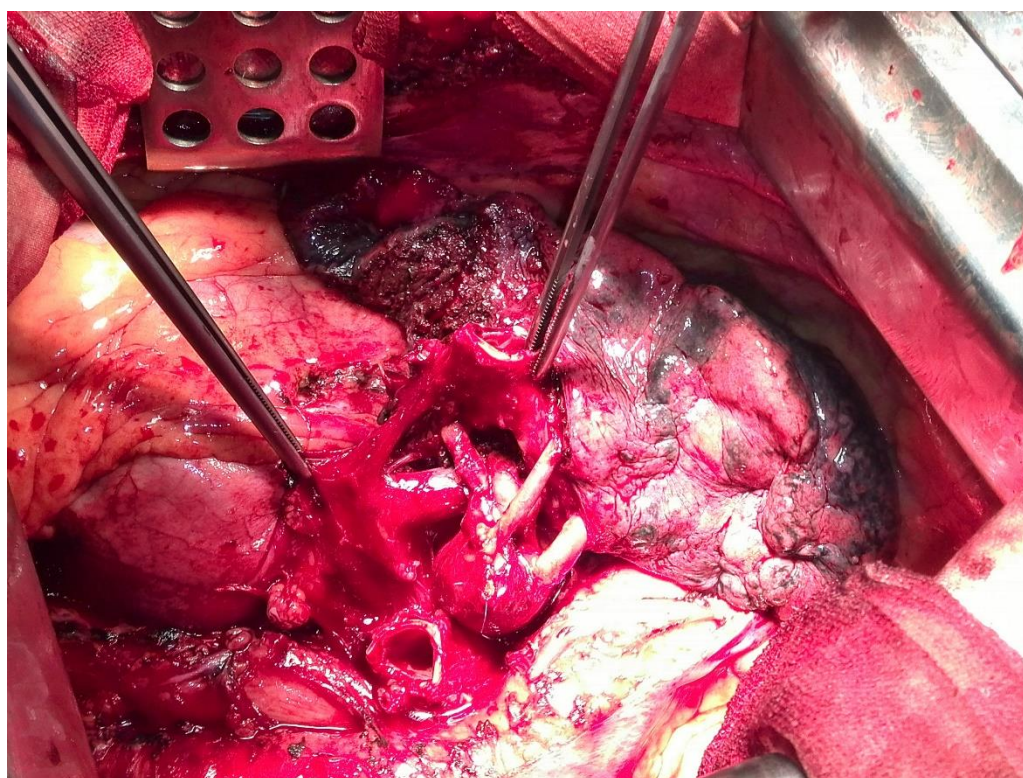
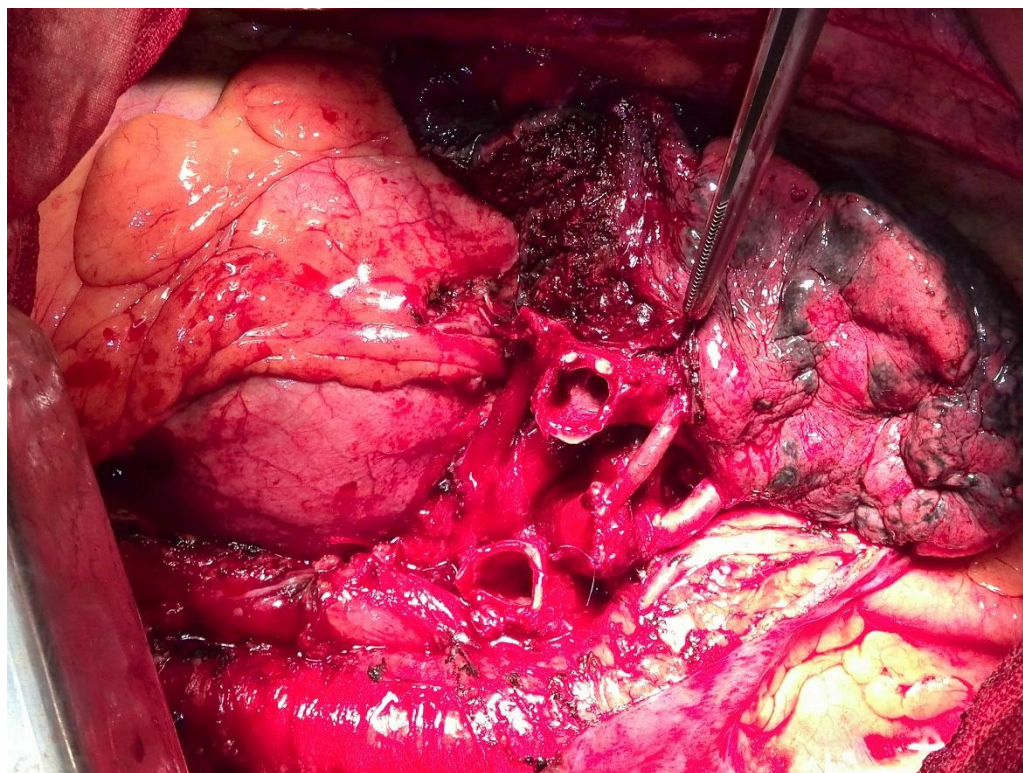
Гистологическое исследование материала, взятого при ФБС: 1) правый ВДБ – плоскоклеточный рак; 2) левый НДБ - плоскоклеточный рак. Данные лабораторных и других инструментальных исследований без особенностей.

Диагноз: ПМСР: 1) Рак правого ВДБ T1N0M0, IAст., 2) Рак левого НДБ T3N1M0, IIIA ст.

Принято решение о проведении двухэтапного оперативного лечения.

30.10.14 г. выполнена **нижняя лобэктомия слева с сегментэктомией S5, циркулярной резекцией левого главного и верхнедолевого бронхов, резекцией легочной артерии**. Интраоперационно выявлена опухоль левого нижнедолевого бронха 4,5х7х2,5см, прорастает висцеральную плевро, врастания в аорту нет. Лимфоузлы корня легкого не увеличены, лимфоузлы средостения не увеличены. Систематическая медиастинальная лимфодиссекция. Мобилизована, перевязана, прошита и пересечена нижняя легочная вена. Междолевая щель разделена электроножом, ушита непрерывным обвивным швом (Дарвин 3/0). Опухоль врастает в щелевой ствол легочной артерии и А5. На легочную артерию наложен сосудистый зажим, артерия пересечена выше А5. Ушита вручную (Корален 5/0). Сегментэктомия S5. Мобилизованы верхнедолевой, левый главный бронхи. Произведена циркулярная резекция верхнедолевого и правого главного бронхов. Сформирован циркулярный бронхиальный

анастомоз (пролен 4/0, 1 нить). Лоскутом перикарда на ножке с основанием у легочной артерии укрывает анастомоз.



Макропрепарат: нижняя доля левого легкого с опухолью НДБ 7,1x5,2x3,5 см, участком ГБ и ВДБ, S5 правого легкого. Край отсечения бронха в 15 мм. Лимфоулы.

Гистологические исследование № 659168-255/2014: центральный рак левого нижнедолевого бронха, гистологически плоскоклеточный ороговевающий рак с распространением на левый главный бронх, метастазами в корневых, долевым, междолевым лимфоузлах, с врастанием в висцеральную плевру. T3N1MxG2. МКБ 10C34.3. Края отсечения без опухолевого роста.

В послеоперационном периоде пациент получал нимесулид, пантопризол, амиодарон, сомнол, фортранс, АЦЦ, ингалятор «Атровент», фрагмин, цефтриаксон, флуконазол, кеторол, инфузионная терапия, р-р Рингера, натрий хлор, глюкоза, левофлоксацин, амикацин, перевязки.

Пациент выписался из отделения на 14-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии для амбулаторного лечения с рекомендациями явиться через 3 недели для операции на правом легком.

В декабре 2014 г. проведено контрольное обследование.

Р-графия ОГК 11.12.: состояние после лобэктомии слева. Левое легкое уменьшено в объеме. Левый купол диафрагмы расположен на уровне 4-го межреберья. Легочный рисунок в среднем и нижнем легочном поле усилен на фоне диффузного снижения пневматизации. Правое легкое воздушное. Синусы свободны. Сердце широко лежит на диафрагме. Средостение смещено влево.

ФБС 09.12.: Под м/а Sol. Lidocaini 10%-2.0; 2%- 10.0 бронхоскоп введён в просвет трахеи через нижний носовой ход. Надгортанник, голосовые складки без патологии. Черпаловидные хрящи подвижные. Просвет трахеи свободный. Карина острая, подвижная. Просвет бронхиального дерева свободен, доступны осмотру бронхи I-V порядка, шпоры острые. В просвете бронхиального дерева скудное количество жидкого серозного секрета, располагающегося в устьях сегментарных бронхов. Слизистая трахеи розовая, блестящая. Слизистая бронхиального дерева умеренно диффузно отёчна, гиперемирована. В области в/ долевого бронха справа имеется бугристая плюс ткань, которая суживает просвет бронха, но просвет сохранён. Расстояние от устья до образования в/ долевого бронха около 1. 0 см. Слева в проекции н/ долевого бронха слизистая циркулярно под фибрином с лигатурами.

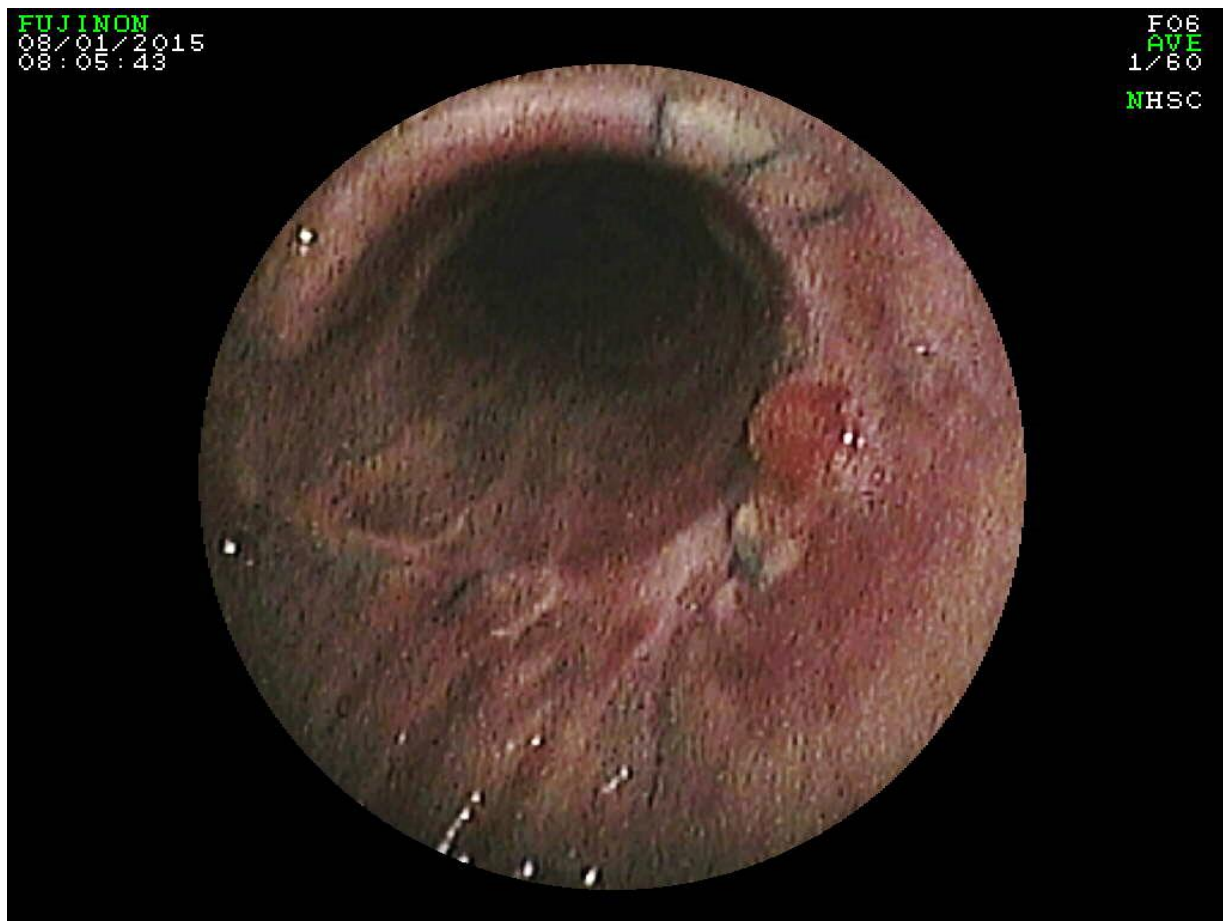
КТ ОГК 09.12.: Состояние после нижнедолевой и сегментарной S5 резекции слева. В верхней доле левого легкого определяется уплотнение легочной ткани по периферии бронха, в области бифуркации главного бронха слева, проксимальные ответвления бронхов не визуализируются. В плевральной полости слева определяется жидкость, с локальными

скоплениями, толщиной до 14мм. В правом легком очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Трахея, правые главные и долевые бронхи проходимы. Лимфоузлы средостения не увеличены. Средостение не расширено, смещено влево. Сердце не увеличено в размерах. Надпочечники без особенностей. Костно-деструктивных изменений не выявлено.

В связи с наличием признаков анастамозита принято решение о продолжении консервативного лечения амбулаторно.

В январе 2015г. госпитализирован повторно.

ФБС 08.01.15: Надгортанник, голосовые складки без патологии. Черпаловидные хрящи подвижные. Просвет трахеи свободный. Карина острая, подвижная. Просвет бронхиального дерева свободен, доступны осмотру бронхи I-V порядка, шпоры острые. В просвете бронхиального дерева скудное количество жидкого серозного секрета, располагающегося в устьях сегментарных бронхов. Слизистая трахеи розовая, блестящая. Слизистая бронхиального дерева умеренно диффузно отёчна, гиперемирована. В области в/ долевого бронха справа имеется бугристая плюс-ткань, которая суживает просвет бронха, но просвет сохранён. Расстояние от устья до образования в/ долевого бронха около 1. 0 см. Слева отмечается положительная динамика по сравнению с осмотром от 09.12.2014, в проекции н/ долевого бронха слизистая очагово гиперемирована под фибрином с лигатурами. Просветы бронхов проходимы.



08.01.15 г. выполнено оперативное вмешательство по поводу рака правого легкого. Интраоперационно опухоль ВДБ не определяется. Лимфоузлы корня легкого, средостения не увеличены. Мобилизованы, перевязаны, прошиты и пересечены сосуды к верхней доле. Систематическая медиастинальная лимфодиссекция. Мобилизован верхнедолевой, правый главный, промежуточный бронхи. Произведена **верхняя лобэктомия с клиновидной резекцией правого главного и промежуточного бронхов**. Сформирован межбронхиальный анастомоз (Дарвин 4/0). Контроль герметичности шва бронха, гемостаза. Выкроен лоскут плевры на ножке, который проведен между легочной артерией и бронхиальным анастомозом, фиксирован. Дренажи, шов раны. Ас. наклейка.

Макропрепарат: Верхняя доля правого легкого с опухолью 3,5х3 мм, край отсечения бронха в 1,2 см. Лимфоузлы.

Гистологическое исследование 21.01.15 г., № 16730-79/2015: центральный рак правого верхнедолевого бронха, гистологически – железисто-плоскоклеточный рак. pT1AN0MX, G2. Лимфатические узлы всех исследованных групп без опухолевого роста. Край отсечения бронха без опухолевого роста. Хронический обструктивный бронхит. Буллезная эмфизема верхней доли правого легкого.

В послеоперационном периоде пациент получал инфузию СЗП, эритроцитарной массы, омепразол, амброксол, АЦЦ, фрагмин, левофлоксацин, флуконазол, кеторол, линекс, амиодарон, рамиприл, ванкомицин, перфалган, актовегин, меропенем, перевязки.

Пациент выписался из отделения на 20-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано наблюдение онколога по месту жительства.

Заключительный диагноз:

ПМСР: 1) Рак левого нижнедолевого бронха с переходом на верхнедолевой бронх, инвазией в щелевой ствол легочной артерии, метастазами в корневых, долевого, междолевых лимфоузлах, с врастанием в висцеральную плевру, T3N1M0, 3a ст.

2) Рак правого верхнедолевого бронха, T1N0M0, 1a ст. Состояние после левосторонней нижней лобэктомией с сегментэктомией S5, резекцией легочной артерии, циркулярной резекцией левого главного и левого верхнедолевого бронхов (30.10.14). Состояние после верхней лобэктомии справа с клиновидной резекцией правого главного и промежуточного бронхов (08.01.2015). III клиническая группа.