

Б. О. Кравчук, П. П. Сокур, В. Г. Гетьман
ОСОБЛИВОСТІ КОМПРЕСІЇ ТРАХЕЇ І БРОНХІВ У ДІТЕЙ З ДОБРОЯКІСНИМИ УТВОРАМИ
МЕЖИСТІННЯ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України

Вступ

Доброякісні пухлини і кісти (утвори) межистіння у структурі онкологічних захворювань складають 3–6 %. В міру зростання вони зумовлюють клініку медіастинального компресійного синдрому, особливістю якого є гетерогенність проявів, що на ранніх стадіях захворювання суттєво обтяжує їх діагностику. Значний відсоток (17–30 %) доброякісних утворів межистіння перебігають безсимптомно і виявляються випадково, 70–80 % діагностуються на стадії компресійних ускладнень, тому питання завчасної діагностики та лікування залишаються актуальними і тепер.

Мета роботи

Оптимізація засобів завчасної діагностики та поліпшення результатів хірургічного лікування доброякісних утворів межистіння.

Матеріали і методи

У дослідження включено — 294 хворих віком від 3 міс. до 18 років з доброякісними утворами межистіння (ДУМ). Нозологічна структура ДУМ була наступною: утвори за груднинної залози — 173 (58,8 %) випадки; нейрогенні пухлини — 68 (23,1 %); тератодермоїдні утвори — 17 (5,8 %); мезенхімальні утвори — 7 (2,4 %); кісти межистіння — 29 (9,9 %).

Комплексне обстеження проведено всім дітям. Ретельно вивчено скарги, анамнез життя та захворювання, клінічна симптоматика, які мали респіраторний характер у 79,6 % випадків. Провідними об'єктивізувальними та уточнювальними методами діагностики ДУМ були променеві. Ендоскопічні методи застосовувались із метою виявлення та визначення ступеня компресії, інвазії, інфікування відповідного органа або структури, а також із метою взяття біопсійного матеріалу. Трахеобронхоскопія виконана в 68,3 % випадків, езофагоскопія в 24,6 %, торакоскопія в 6,1 %, медіастиноскопія в 2,3 %.

Прооперовано 154 (52,4 %) хворих, із них 13 (8,6 %) повторно.

Результати і обговорення

Аналіз результатів обстеження 294 дітей з ДУМ дозволив виділити два різновиди клінічного перебігу: безсимптомний і типовий. Безсимптомний перебіг зареєстровано у 39 (13,3 %) хворих, типовий у 255 (86,7 %). У типовому перебігу ДУМ виокремили два періоди: обмеженої та маніфестної органоспецифічної симптоматики; та п'ять органоспецифічних симптомокомплексів (ОССК) обумовлених переважним компресуванням органів або структур відповідної системи: аерогенний (респіраторний), нейрогенний, остеогенний, дисфагічний, гемодинамічний. Більшості ДУМ притаманне поєднання ОССК у різних комбінаціях.

Провідним ОССК фігурував аерогенний. Залежно від виду утвору, його частота була наступною: утвори за груднинної залози — 96,5 %; мезенхімальні утвори — 85,7 %; тератодермоїдні утвори — 70,6 %; кісти межистіння — 58,6 %, нейрогенні пухлини — 47,1 %. У патогенезі останнього, в період обмеженої органоспецифічної симптоматики, означено ланку «локальної іммобілізації», тобто обмеження перистальтичних рухів або знерухомлення ділянки трахеї та/або бронхів, відповідно до локалізації утвору, як першу ступінь компресії повітряпровідних шляхів (ППШ) та як пускового механізму аерогенного симптомокомплексу.

На відміну від типового розвитку респіраторних запальних процесів, де первинною ланкою патогенезу править первинне вірусно-бактеріальне інфікування дихальних шляхів, патогенетичним підґрунтям синдрому «локальної іммобілізації» при ДУМ, фігурували первинні порушення біомоторики, аеродинаміки, самоочищення дихальних шляхів, що сприяло вторинному їх інфікуванню та клінічно проявлялося частими респіраторними захворюваннями.

Виходячи з патогенетичних механізмів розвитку респіраторних запальних процесів, нами опрацьована та запропонована для практичного використання клініко-рентгенологічна та ендоскопічна класифікації компресійного стенозу ППШ у дітей з ДУМ, в залежності від ступеня компресії.

Ендоскопічна класифікація компресійного стенозу ППШ:

- I ст. — «локальна іммобілізація» — знерухомлення ділянки трахеї та/або бронха, відповідно до локалізації утвору;
- II ст. — звуження просвіту ППШ до 1/2 діаметру;
- III ст. — звуження просвіту ППШ від 1/2 до 2/3 їхнього діаметру;
- IV ст. — звуження просвіту ППШ від 2/3 діаметру та більше.

Клініко-рентгенологічна класифікація та поступенева характеристика компресійного стенозу ППШ у дітей з ДУМ:

I ступінь — «локальна іммобілізація» ППШ проявляється невиразними респіраторними скаргами та симптомами. Характерні немотивовані покашлювання або кашель за відсутності ознак активного респіраторного процесу. Під час ендоскопічного обстеження ознаки компресії ППШ відсутні. Можуть спостерігатися явища ендобронхіту I ступеня запалення. Рентгенологічно — утвір незначних розмірів, розміщений паратрахеально та/або парабронхіально, можливі ознаки девіації ППШ. Явища ДН відсутні.

II ступінь — проявляється нестійкими респіраторними скаргами та симптомами. Респіраторні запальні процеси мають схильність до рецидивів, піддаються класичним методам лікування із задовільним ефектом.

Ендоскопічно — звуження просвіту ППШ до 1/2 діаметра за рахунок компресії ззовні, явища ендобронхіту I-II ступеню запалення. Рентгенологічно — утвір компресує ППШ до 1/2 діаметра, можуть спостерігатися ротація, перегин. ДН — I-II ступеня при фізичному навантаженні.

III ступінь — проявляється виразними респіраторними скаргами та симптомами, частими рецидивними бронхітами та пневмоніями, до 5–6 рецидивів на рік. Ендоскопічно — звуження просвіту ППШ від 1/2 до 2/3 їхнього діаметра. Явища ендобронхіту II–III ступеня запалення. Рентгенологічно — утвір компресує трахею та/або бронх від 1/2 до 2/3 діаметра. ДН — II–III ступеня.

IV ступінь — проявляється стійкими експресивними респіраторними скаргами та симптомами. Респіраторний

запальний процес набуває хронічних властивостей, з короткочасними ремісіями. Ендоскопічно — звуження просвіту ППШ понад 2/3 їх діаметра. Явища ендобронхіту III ступеня запалення. Рентгенологічно — утвір компресує трахею та/або бронх більш ніж на 2/3 діаметра. ДН — III–IV ступеня.

Перша ступінь стенозу ППШ відповідає періоду обмежених проявів аерогенного симптомокомплексу, друга, третя та четверта — маніфестному періоду типового перебігу.

Виявлення найменших проявів компресії органів та / або структур межистіння, на кшталт «локальної іммобілізації», дозволяє запідозрити наявність патології та розпочати цілеспрямоване обстеження хворого.
