

РЕДКИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ БРОНХОВ

¹Сушко А. А. (alekssushko@mail.ru), ^{1,2}Прокопчик Н. И. (prokopni@mail.ru),
²Жигулич С. П. (zhigulich@inbox.ru), ¹Русин И. В. (rw2006@mail.ru)

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро», Гродно, Беларусь

Введение. В бронхах чаще всего возникают эпителиальные опухоли. Липома и лейомиома бронхов – чрезвычайно редкие опухоли.

Цель исследования. Представить результаты успешного лечения доброкачественных опухолей бронхов мезенхимального происхождения.

Материал и методы. В работе изложены клинические проявления, морфологическая характеристика и тактика хирургического лечения липомы и лейомиомы бронхов. Для удаления опухолей были использованы малоинвазивные эндоскопические вмешательства с применением аргоно-плазменной коагуляции.

Результаты. Послеоперационный период протекал без особенностей и спустя несколько суток после последнего вмешательства пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Вывод. Малоинвазивные эндоскопические вмешательства с применением аргоно-плазменной коагуляции позволяют эффективно удалять эндобронхиально доброкачественные опухоли бронхов, не прибегая к травматичным резекционным вмешательствам.

Ключевые слова: бронх, липома, лейомиома.

Введение

Доброкачественные опухоли легких представляют собой обширную группу новообразований. Среди них выделяют эпителиальные, мезенхимальные (соединительнотканнные, мышечные, сосудистые, мезотелиальные и др.), невrogenные опухоли, гамартомы и тератомы. Доброкачественные опухоли легких встречаются гораздо реже, чем рак, и составляют около 7-10% всех первичных новообразований легких. Чаще всего они наблюдаются у лиц в возрасте до 50 лет. С учетом локализации все доброкачественные опухоли легких классифицируют на центральные и периферические. К центральным относятся опухоли, исходящие из главных, долевых и сегментарных бронхов [1, 2, 3]. Среди всех доброкачественных опухолей легких наиболее часто (в 60-65%) встречаются аденомы [1, 2]. Липомы и лейомиомы бронхов относятся к очень редким опухолям. Так, по данным А. Х. Трахтенберга и В. И. Чиссова (2000), в мировой литературе им удалось обнаружить около 100 сообщений о липомах бронхов [4]. Лейомиомы паренхимы лёгкого встречаются несколько чаще, а эндобронхиальные – крайне редко. Как правило, липома и лейомиома легких имеет доброкачественное клиническое течение. [1, 4, 5].

Цель исследования – представить результаты успешного лечения двух случаев доброкачественных опухолей бронхов мезенхимального происхождения.

Материал и методы

В 2016 г. в отделении торакальной хирургии УЗ «Гродненская областная клиническая больница» прооперированы 2 пациента с наличием в бронхах доброкачественных опухолей – липомы и лейомиомы. Эти наблюдения и явились материалом для исследования.

Результаты и обсуждение

Пациент С., 38 лет, госпитализирован в отделение торакальной хирургии УЗ «Грод-

ненская областная клиническая больница» 15.09.2016 г. с диагнозом: новообразование верхней доли правого легкого? Патологические изменения в правом лёгком были выявлены при флюорографии за 1,5 года до госпитализации, однако пациент отказывался от дообследования и лечения. При повторной рентгенографии грудной клетки, проведенной через год, отмечено затенение и уплотнение лёгочной ткани по типу субплектазы верхней доли правого легкого (рис. 1).

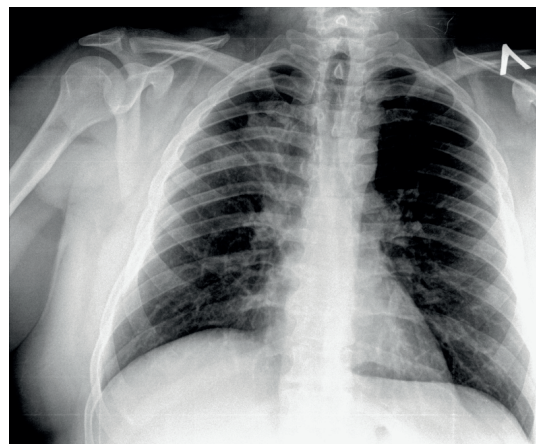


Рисунок 1. – Пациент С. - рентгенография до операции

При поступлении в отделение торакальной хирургии пациент предъявлял жалобы на периодически возникающий сухой кашель и незначительную одышку. Грудная клетка имела обычную форму. Число дыханий – 18 в 1 мин., АД – 130/80 мм рт. ст., ЭКГ – без особенностей. При исследовании функции легких отмечено незначительное снижение функции внешнего дыхания (рестриктивный тип). Общий анализ крови: эритроциты – 5.27×10^{12} /л; гемоглобин – 154 г/л; СОЭ – 22 мм/час; лейкоциты – 16.53×10^9 /л: эозинофилы – 2%, нейтрофилы палочкоядерные – 10%, нейтрофилы сегментоядерные – 56%, лимфоциты – 22%, моноциты – 10%. Показатели гемостазиограммы, биохимического исследования

крови, а также анализ мочи – в пределах нормы. УЗИ внутренних органов – без особенностей.

При диагностической бронхоскопии: трахея с обычным рисунком хрящей и сосудов; карина острая, подвижная. Устья долевых и сегментарных бронхов слева, среднедолевого и нижнедолевого бронхов справа свободно проходимы, без особенностей; слизистая оболочка их умеренно неравномерно гиперемирована. Справа устье верхнедолевого бронха обтурировано полиповидным образованием с гладкой бледно-розовой поверхностью. Достоверно оценить размеры и наличие ножки у данного новообразования невозможно. Заключение: полип верхнего долевого бронха справа, карциноид (?). При помощи эндоскопической иглы произведена пункционная биопсия опухоли. Пациенту дважды (27.09.2016 г. и 10.10.2016 г.) проведены эндоскопические вмешательства. При помощи ДТ-петли выполнена электроэксцизия данного образования, отсепанарованная часть извлечена, отправлена на патоморфологическое исследование. Затем при помощи эндоскопических щипцов произведено удаление некротизированной ткани, устье верхнего долевого бронха отмыто раствором натрия гидрокарбоната. Методом аргоно-плазменной коагуляции, потоком 1.2 л/мин и мощностью 30 Вт произведена реканализация просвета данного бронха. Осложнений не отмечалось.

Патогистологическое исследование операционного материала: эпителий бронха частично десквамирован (рис. 2). В собственной пластинке слизистой оболочки отмечается отек и скудная лейкоцитарная инфильтрация. В подслизистой оболочке бронха – опухоль в виде узла, который на большом протяжении имеет довольно четкие

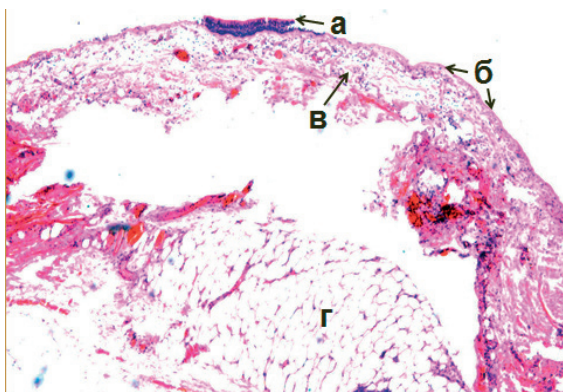


Рисунок 2. - Липома бронха: а - эпителий, б - базальная мембрана, в - подслизистая оболочка, г - опухоль.
Окр. гематоксилином - эозином. X50

контуры и покрыт тонкой фиброзной капсулой. Опухоль состоит из зрелых адипоцитов, имеющих монотипный вид, полигональную форму с очень хорошо выраженными клеточными мембранами, нерегулярно определяемыми ядрами, смещенными на периферию клетки (рис. 3). Местами в большом количестве содержатся мастоциты. Сосуды капиллярного типа равномерно рассеяны в опухоли. Местами среди жировой

ткани определяются слизисто-белковые железы с наличием перифокальной лимфоидно-гистиоцитарной инфильтрации. Просветы желез эксцентрично расширены и заполнены оптически плотным секретом (рис. 4). Клеточный атипизм и патологические митозы в опухоли не выявлены. Патогистологическое заключение: липома бронха.

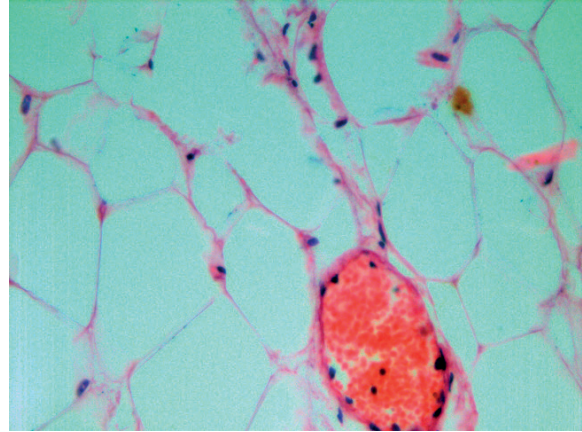


Рисунок 3 - Липома бронха
Окр. гематоксилином - эозином. X400

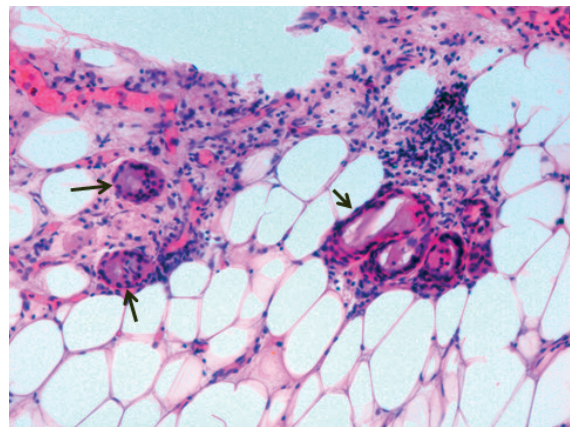


Рисунок 4 - Липома бронха: среди опухолевой ткани встречаются бронхиальные железы с уплотнением сектором. Окр. гематоксилином - эозином. X200

Послеоперационный период протекал без особенностей и спустя 2 дня после вмешательства пациент был выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. Контрольная рентгенография легких проведена через 3 месяца после операции: корни лёгких уплотнены и расширены. Справа в прикорневом отделе верхней доли лёгкого малоинтенсивное затенение и уплотнение лёгочной ткани по типу фиброзных изменений; признаков рецидива опухоли не выявлено; верхняя доля правого лёгкого расправлена (рис.5).

Пациентка П., 34 лет, госпитализирована в отделение торакальной хирургии УЗ «Гродненская областная клиническая больница» 12.12.2016 г. с диагнозом: новообразование нижней доли правого лёгкого (?). Патологические изменения в правом лёгком были выявлены за 3 недели до госпитализации и были расценены как проявление пневмонии. После проведенного противовоспа-

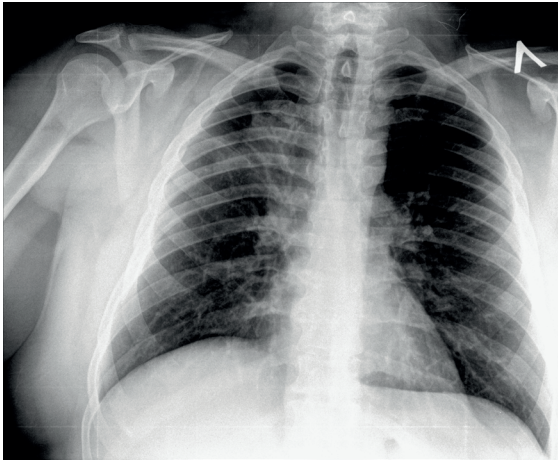


Рисунок 5. - Пациент С. - рентгенография после операции

лительного лечения и выполнения контрольной рентгенографии грудной клетки положительной динамики не получено (рис. 6). На снимке в прямой проекции в правом легком определяется неоднородное затемнение без четких границ в области средней и нижней долей: интенсивная линейная тень в проекции средней доли – субателектаз, тяжистые изменения в S9-S10 нижней доли; значительная гиповентиляция и очаговая перибронхиальная инфильтрация в нижней доле правого лёгкого.

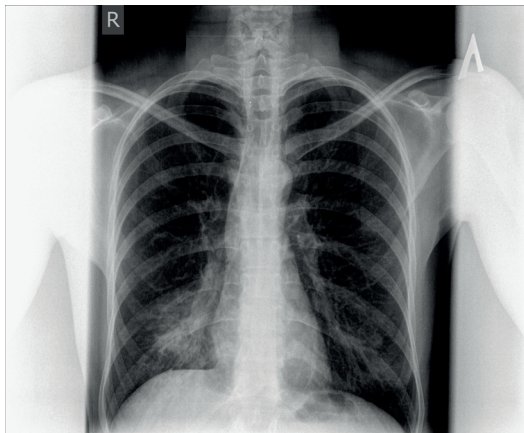


Рисунок 6. - Пациентка П. рентгенография легких - до операции

При поступлении в отделение торакальной хирургии пациентка предъявляла жалобы на постоянный кашель с отделением серозной мокроты в небольшом количестве и выраженную одышку. Грудная клетка имела обычную форму. Число дыханий – 24 в 1 мин., АД – 110/70 мм рт. ст., ЭКГ – без особенностей. При исследовании функции легких отмечено лёгкое снижение функции внешнего дыхания (рестриктивный тип). Общий анализ крови 13.12.2016: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 133 г/л; СОЭ – 17 мм/час; лейкоциты – $11,57 \times 10^9/л$: эозинофилы – 5%, нейтрофилы палочкоядерные – 1%, нейтрофилы сегментоядерные – 14%, лимфоциты – 64%, моноциты – 13%, плазмциты – 3%; токсическая зернистость (+). Показатели гемостазиограммы, биохимического исследования

крови, а также анализ мочи – в пределах нормы. УЗИ внутренних органов – без особенностей.

При диагностической бронхоскопии трахея с обычным рисунком хрящей и сосудов; кари-на острая, подвижная. Устья долевых и сегментарных бронхов проходимы. Справа на уровне промежуточного бронха выявлена доброкачественная опухоль на ножке овальной формы, закрывающая просвет нижнедолевого бронха. Заключение: доброкачественная (?) опухоль промежуточного и нижнедолевого бронхов правого легкого. Взята биопсия.

Патогистологическое исследование биопсийного материала: опухоль исходит из мышечной пластинки слизистой оболочки бронха и интимно связана с эпителием. Эпителий бронха на большем протяжении десквамирован. Опухоль состоит из переплетающихся пучков волокон со светлыми закругленными «сигаровидными» ядрами. Пучки волокон идут по большому радиусу. При окраске пикрофуксином по Ван - Гизону волокна окрасились в зеленый цвет, что свидетельствует об их мышечном происхождении. Клеточный атипизм, атипичные митозы, некрозы и миксоматоз в опухоли не выявлены (рис. 7). Патогистологическое заключение: лейомиома бронха.

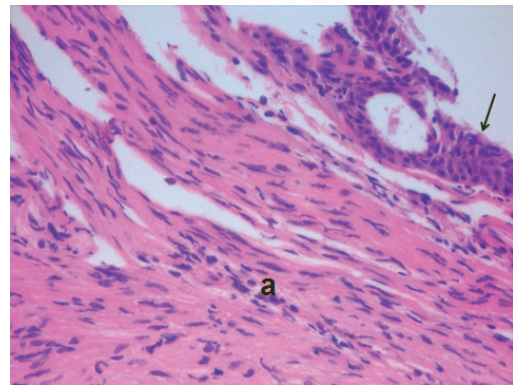


Рисунок 7. - Лейомиома бронха: а - опухоль; слизистая оболочка бронха (на стрелке). Окр. гематоксилином - эозином. X400

В течение недели пациентке проведены 4 эндоскопических вмешательства. Методом аргоно-плазменной коагуляции, потоком 1.2 л/мин и мощностью 35 вт этапно произведена реканализация просвета правого нижнедолевого бронха. Осложнений не отмечено. Выполнена контрольная рентгенография легких (рис. 8). Заключение: отмечается положительная рентгенологическая динамика. Синусы острые, свободные; в проекции средней и нижней долей неоднородное затемнение уменьшилось до умеренной гиповентиляции средней и нижней долей правого лёгкого. Состояние после эндоскопической реканализации просвета бронхов.

Послеоперационный период протекал без особенностей и спустя сутки после последнего вмешательства пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение с рекомендацией контрольного обследования через 1,5 месяца.

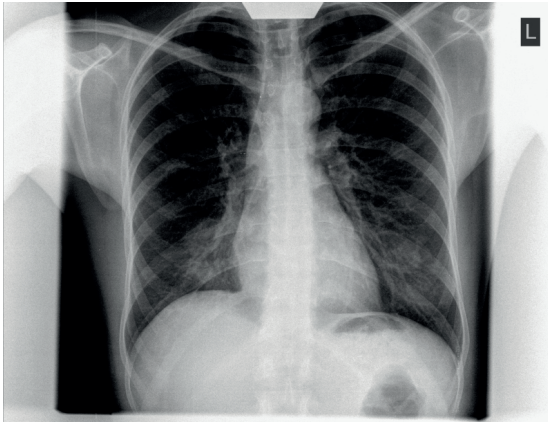


Рисунок 8. - Пациентка П. - рентгенография легких после операции

Таким образом, особенностью представленных наблюдений опухолей бронхов является то, что, несмотря на небольшие размеры, они полностью или частично обтурировали просвет бронхов и вызывали ателектаз лёгкого, сопровождались в одном случае минимальными, а во втором – значительными субъективными клиническими

Литература

1. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека : руководство для врачей : в 2 т. / под ред. Н. А. Краевского, А. В. Смольяникова, Д. С. Саркисова. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : Медицина, 1993. – Т. 2. – 688 с.
2. Нейрофиброма легких / Н. И. Прокопчик [и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2013. – № 1 (41). – С. 95-97.
3. Компьютер-ассистированная диагностика узловых образований в легких / С. А. Хоружик [и др.] // Вопросы онкологии. – 2011. – Т. 57, № 1. – С. 25-35.
4. Трахтенберг, А. Х. Клиническая онкопульмонология : [руководство] / А. Х. Трахтенберг, В. И. Чиссов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2000. – 600 с.
5. Diagnostic histopathology of tumors / Christofer D. M. Fletcher. – 2nd ed. – New York : Churchill Livingstone, 2000. – 930 p.

проявлениями. В вышеописанных случаях диагноз опухоли бронха был заподозрен при рентгенографическом исследовании легких. Детальнее уточнить диагноз можно при выполнении компьютерной томографии. Она позволяет в некоторых случаях проводить дифференциальную диагностику доброкачественных опухолей легких с раком, метастазами рака, туберкулезом и др. [3]. Однако неинвазивными методами далеко не всегда можно установить характер эндобронхиальной патологии.

В таких случаях важный метод диагностики – бронхоскопия. При ее выполнении проводится биопсия, позволяющая уточнить характер патологического процесса, а в случае выявления опухоли – ее гистогенез, клинико-морфологические особенности и степень злокачественности.

Вывод

Малоинвазивные эндоскопические вмешательства с применением аргоно-плазменной коагуляции позволяют эффективно удалять эндобронхиально доброкачественные опухоли бронхов, не прибегая к травматичным резекционным вмешательствам.

References

1. Kraevskij NA, Smoljannikov AV, Sarkisov DS, editors. Pathoanatomical diagnosis of human tumors. 4th ed. Moscow: Medicine; 1993. Vol. 2. 688 p. (Russian).
2. Prokopchik NI, Sushko AA, Shoka AI, Zhigulich SP. Neurofibroma of the lungs. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta* [Journal of the Grodno State Medical University]. 2013;1(41):95-97. (Russian).
3. Horuzhyk SA, Bogushevych EV, Spryndzhuk MV, Snezhko ЭВ, Kovalev VA, Tuzykov AV. Computer-aided diagnosis of the pulmonary nodules. *Problems in oncology*. 2011;57(1):25-35. (Russian).
4. Trahtenberg AH, Chyssov VY. *Klynnycheskaja onkopulmonologija*. Moscow: GЭOTAR-Medya; 2000. 600 p. (Russian).
5. Fletcher Christofer DM. *Diagnostic histopathology of tumors*. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone; 2000. 930 p.

RARE BENIGN TUMORS OF BRONCHI

¹Sushko A. A., ^{1,2} Prokopchik N. I., ²Zhigulich S. P., ¹Rusin I. V.

¹Educational Institution "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

²Healthcare Institution "Grodno Regional Pathoanatomical Bureau", Grodno, Belarus

Background. Bronchi are most often affected by epithelial tumors. Bronchial lipoma and leiomyoma occur extremely rare.

Aim. To demonstrate the results of successful treatment of benign bronchial tumors of mesenchymal origin.

Material and methods. The paper describes clinical manifestations, morphological characteristic and surgical approach to bronchial lipoma and leiomyoma resection. Minimally invasive endoscopic procedures using argon plasma coagulation were performed to remove the tumor.

Results. The post-operative period was smooth and the patients were discharged some days after the last intervention in satisfactory condition.

Conclusion. Minimally invasive endoscopic procedures using argon plasma coagulation enable to remove effectively benign endobronchial tumors without performing traumatic resections.

Keywords: bronchus, lipoma, leiomyoma.

Поступила: 16.02.2017

Отрецензирована: 03.03.2017