

УДК 616

© М.И. Халак, О.М. Мельник, 2011.

## НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМ ТРАХЕИ

**М.И. Халак, О.М. Мельник***Военно-медицинский клинический центр Западного региона, м. Львов.*

### OUR EXPERIENCE IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF TRACHEA FIBROMA

**M.I. Halak, O.M. Mel nik**

#### SUMMARY

Between 1992 and 2011 were treated 7 patients with fibroma of the trachea. The basic method of diagnosis is a bronchoscopy. Also, first used ultrasound examinations of the cervical tracheal tumors. Surgical treatment of benign tracheal tumors was carried out under local znechulennyam by one or two step endoscopic full Loop Electrosurgical.

### НАШ ДОСВІД ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННЯ ФІБРОМ ТРАХЕЇ

**М.І. Халак, О.М. Мельник**

#### РЕЗЮМЕ

За період з 1992 по 2011 роки проліковано 7 хворих з фібромою трахеї. Базовим методом діагностики якої є трахеобронхоскопія. А також, вперше, застосовано ультразвукове обстеження пухлини шийного відділу трахеї. Хірургічне лікування доброякісної пухлини трахеї проводилось під місцевим знечуленням методом одно чи двоетапної повної ендоскопічної петлевої електрорезекції.

**Ключевые слова:** фиброма трахеи, ангиофиброма, фибробронхоскопия, петлевая электрорезекция.

Первичные опухоли трахеи встречаются довольно редко, причем около 10% из них являются доброкачественными. У взрослых преобладают папилломы, фибромы. Редкими доброкачественными опухолями трахеи являются лейомиома, миобластома, лимфангиома, невринома, хондрома, липома [2].

Фиброма представляет собой доброкачественное образование, состоящее из зрелых клеток, сохраняющих функции фибробластов (продукция коллагена), и соединительнотканых волокон, формирующих переплетающиеся пучки. Когда фиброма имеет в своем составе большое количество кровеносных сосудов ее описывают под названием ангиофиброма [1].

Большинство солитарных доброкачественных новообразований самой различной природы рентгенологически и эндоскопически нередко выглядят совершенно одинаково как округлые гладкие розоватые образования на ножке до 2 см в диаметре, довольно мобильные. Провести дифференциальную диагностику на основании только клинических данных не возможно, однако, иногда, поверхность, окраска и внешний вид опухоли может дать некоторые опорные данные для оценки нозологической формы и решения вопроса о возможности эндоскопического удаления. Эндобронхиальная фиброма представляет собой плотный, “набитый щебенкой” узел на ножке с гладкой поверхностью, перламутрового цвета, иногда с красноватым оттенком, который удалять трудно. На поверхности опухоли могут быть наложе-

ния фибрина или изъязвления. Рост по типу «айсберга» не характерен [2].

Лечение опухолей трахеи оперативное. При многих опухолях их радикальное или паллиативное удаление возможно через бронхоскоп с помощью ультразвука, диатермокоагуляции, криодеструкции, лазерной фотокоагуляции [3,4,5,6,7,8,9,11,12]. Широко применяют и открытое оперативное иссечение опухолей с окончатой или циркулярной резекцией трахеи [2,8]. Лазерная резекция широко применяется не только при доброкачественных, но и при злокачественных поражениях [2,10]. При лечении доброкачественных опухолей эндоскопические лазерные операции, как самостоятельный метод должны применяться лишь при возможности радикального удаления [2].

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ВМКЦ ЗР за период с 1995 по 2011 годы проведено лечение 7 больных с фибромами трахеи. Возраст от 38 до 46 лет. Женщин 2, мужчин 5. В 5 случаях клинически фибромы сопровождалась длительным кашлем, из-за чего больным проводились диагностические фиброскопии. В остальных случаях фибромы протекали бессимптомно и стали находкой при бронхоскопии у пациентов с периферическим образованием легких.

На этапе диагностического обследования диагноз подтверждался на основании гистологического исследования биопсийного материала опухоли, взятого при выполнении фибробронхоскопии. При отнесенности больших размеров опухоли и ее широком

основании для установления границ опухоли трахеи и других органов дыхательных путей у 4 случаях использовали спиральную компьютерную томографию. При расположении опухоли в шейном отделе трахеи информативным методом является ультразвуковое исследование, которое в одном случае явилось первоначальным методом диагностики.

Хирургическое лечение проводилось с использованием гибкого фибробронхоскопа под местной анестезией. Эндоскопическая диатермическая петля через канал бронхоскопа набрасывалась на основание опухоли. Для отсечения применяли электрохирургический аппарат Olympus UES-30 в последовательном режиме коагуляции 30 Вт и в режиме резания 25 Вт. При этом опухоль прилипала до эндоскопической петли и извлекалась вместе с бронхоскопом. В случаях относительно больших размеров опухоли с широким основанием и невозможностью набросить петлю на основание опухоли электрорезекцию проводили в два этапа. В первый этап выполнялась максимальная частичная резекция опухоли. На втором этапе одновременно удалялась оставшаяся часть опухоли. Осложнений при лечении больных не было.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У всех прооперированных больных при исследовании удаленного препарата гистологически диагностировано у 6 случаях фиброма, в 1 – ангиофиброма. При контрольных осмотрах рецидивов опухоли не выявлено.

Приводим описание собственного клинического наблюдения. Больной С., 40 лет, история болезни № 1214, госпитализованный в ЛОР отделение ВМКЦ ЗР 1.02.2011г. Диагноз: хронический левосторонний гнойный гайморит, обострение; острый бронхит, затяжное течение. Болеет на протяжении месяца, когда после переохлаждения появился насморк, кашель, головная боль. Лечение амбулаторное: антибиотики, противовоспалительные, симптоматические препараты без клинического результата. Проведено обследование (2.02.2011г.). Общий анализ крови: гемоглобин-153г/л, эритроциты- $5,3 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты- $13,8 \cdot 10^9$ /л, СОЭ -13мм/час. В биохимическом анализе крови, в общем анализе мочи – без патологических изменений. КТ дополнительных пазух носа – картина левостороннего гайморита, этмоидита. Рентгенография органов грудной клетки – без патологических изменений.

На фоне проводимого лечения: антибиотики, противовоспалительные препараты, бронхолитики, местное лечение гайморитом через 7 дней состояние больного улучшилось. Нормализовалась температура тела, нормализовался лейкоцитоз крови. В легких исчезли хрипы, кашель уменьшился. 9.02.2011г. при повторном осмотре терапевта рекомендовано выполнить ультразвуковое исследование щитовидной железы. 10.02.2011г. при исследовании щитовидной железы обнаружена опухоль шейного отдела трахеи (дэф. 1,2).

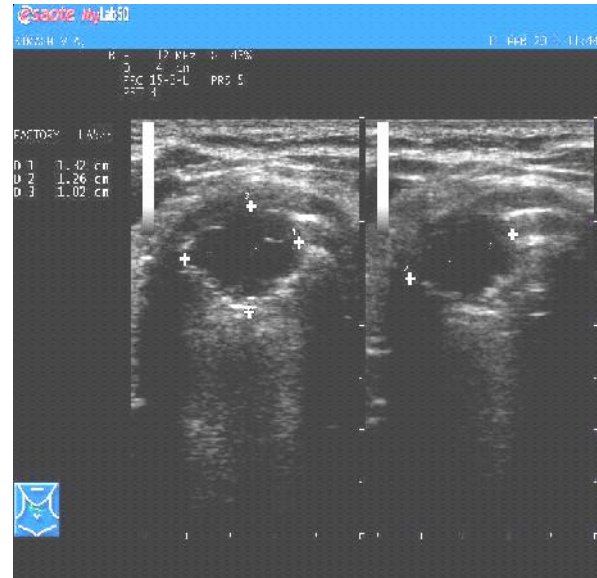
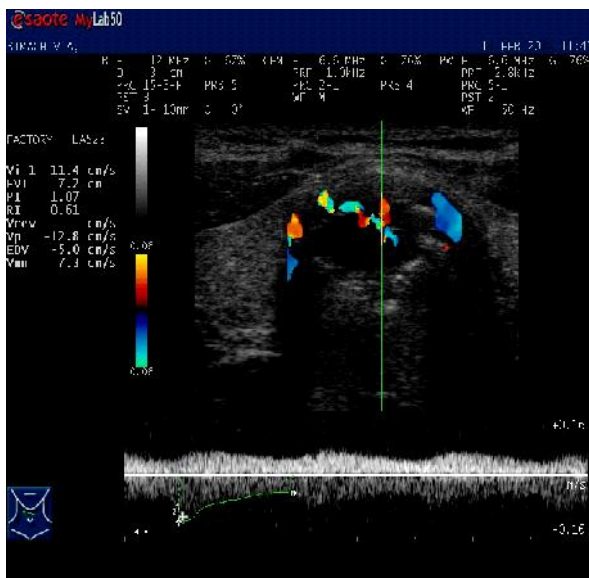


Рис. 1,2. УЗД трахеи. На передней стенке шейного отдела трахеи – опухоль 13,2x12,6x10,2 мм с выраженной васкуляризацией

Для установления границ опухоли и степени поражения трахеи больному 11.02.2011г. выполнена спиральная компьютерная томография шеи, при которой по переднем внутреннем контуре трахеи на уровне тел седьмого шейного – первого грудного позвонков обнаружено объемное новообразование

с четкими неровными контурами, плотностью до +44 ед. Н размером 1,3 x 0,9 см без деструкции хрящей трахеи (рис.3).

Гистологическое исследование №2229 от 15.02.2011г.: ангиофиброма с хроническим воспалением. 16.02.2011г. больному под местной анестезией

через гибкий фибробронхоскоп выполнена петельная частичная (в связи с невозможностью набросить петлю на основание опухоли) эксцизия ангиофибромы. Вторым этапом выполнена полная петлевая резекция опухоли. Осложнений не было.



#### ВЫВОДЫ

Ранняя диагностика и оперативное лечение предупреждает риск нарушений дыхания с возможными осложнениями опасными для жизни (асфиксия) и злокачественного перерождения. Не только опухоли, но и многие другие заболевания трахеи клинически протекают злокачественно, независимо от их природы. Даже медленный рост любого объемного образования стенки может сопровождаться выраженными нарушениями дыхания. Современные методики хирургического лечения позволяют восстановить функцию магистральных дыхательных путей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бисенков Л.Н. Торакальная хирургия/ Л.Н. Бисенков. - СПб. - ЭЛБИ-СПб.- 2004.- 928с.
2. Кузьмин И.В. Опухоли трахеи/ И.В. Кузьмин.- 1999.- С170.
3. Куценко В.В. Фотодинамическая терапия злокачественных опухолей /В.В. Куценко, Н.Ф. Гамалея // Онкология.- 2003.-том 5, № 1.- С. 69 – 72.
4. Саркисян Р.С. Эндоскопическая криохирurgia при опухолях и рубцовых стенозах трахеи и бронхов / Р.С. Саркисян, М.А. Русаков, Н.И. Фомина, Н.Б. Машковцева // Хирургия.-1983.- № 4.- С. 23 – 26.
5. Шипулин П.П., Роль эндоскопических лазерных операций в лечении опухолей трахеи и бронхов / П.П Шипулин, В.А Мартынюк, С.В Агеев.// Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії.-2001.- Vol. 5, № 2.-С14-17.
6. Ahn Y. Primary tracheal tumors: review of 37 cases /Y. Ahn , H. Chang, Y.S.Lim [et al]. // Thorac. Oncol.- 2009.- Vol.4, №5.- P635-638.
7. Brutinel W.M. A twoyear experience with neodymium-YAG laser in endobronchial obstruction / W.M Brutinel, D.A.Cortese, J.C McDougall [et al.] // Chest.-1987.- Vol.91.- P159-165.
8. Cavaliere S. Laser bronchoscopy. In: Intervention-Bolliger CT, Mathur PN, editors. al'bronchoscopy./ S. Cavaliere J.F. Dumon // Basel Karger.- 2000.- P108—119.
9. Dumon J.F. Treatment of tracheobronchial lesions by laser photoresection /J.F. Dumon, E . Reboud, L .Garbe [et al]. //Chest.-1982.- Vol.81.-P 278-284.
10. Macchiarini P. Primary tracheal tumors /P. Macchiarini // Lancet Jncol.- 2006.- Vol. 7, №1.-P 83-91.
11. Sutejda G. Endobronchial electrocautery and argon plasma coagulation. In: Bolliger CT, Mathur PN editors Interventional bronchoscopy. /G Sutejda, C.T. Bolliger// Basel Karger.- 2000.-P2-14.