

**О. І. Шпак, В. Б. Бичковський, М. С. Опанасенко, О. А. Гайдар, Л. І. Леванда,
І. В. Ліскіна, Л. М. Загаба, О. В. Новицький, О. Б. Рандюк, А. Ф. Гренчук**
**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПРОГРЕСУВАННЯ ЗЛОЯКІСНОЇ ФІБРОЗНОЇ ГІСТІОЦИТОМИ
З УРАЖЕННЯМ БРОНХО-ПУЛЬМОНАЛЬНИХ СТРУКТУР З ВИКОРИСТАННЯМ
ІНТЕРВЕНЦІЙНОЇ БРОНХОСКОПІЇ**

ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

Злоякісна фіброзна гістіоцитома (ЗФГ) — групове позначення як мінімум шести гістологічних варіантів пухлини. Досить часто зустрічається м'якотканинна саркома, яка вражає осіб будь-якого віку та статі. Локалізація: глибокі м'які тканини і скелетна мускулатура проксимальних відділів кінцівок, заочеревенного простору, рідше тулуба та шиї. Приблизно у половини хворих пухлина рецидивує, а у 40–45 % метастазує в легені.

Мета роботи — аналіз клінічного випадку прогресування злоякісної фіброзної гістіоцитоми заочеревенного простору з ураженням бронхо-пульмональних структур, можливостей інтервенційної бронхоскопії в діагностиці та лікуванні даної патології.

Хвора П. 1949 року народження, в 2005 р. оперована з приводу новоутворення (злоякісна фіброзна гістіоцитома) заочеревенного простору. В подальшому у зв'язку з рецидивами новоутворення оперована ще 7 разів, останній раз в 2017 р. В 2017 р. вперше проведено 1 курс хіміотерапії. В жовтні 2017 р. при контрольній МРТ органів черевної порожнини діагностовано в нижній частці лівої легені патологічне вогнище до 1,0 см, в травні 2018 р. — до 1,5 см, від 18.10. — до 3,0 см. З жовтня 2018 р. відмічає появу непродуктивного кашлю, задишки при фізичних навантаженнях. Направлена на консультацію в НІФП. По даним МСКТ ОГП від 22.10.2018 р., — КТ-ознаки об'ємного утворення на рівні нижньодольового бронху зліва, вузлових утворень в нижній долі (ретенційні кісти? артеріо-венозні мальформації?) емфіземи, дифузного пневмосклерозу. Кальцинати у внутрішньогрудних лімфатичних вузлах зліва. Ендоскопічно від 22.10.18. відмічається повна обтурація лівого нижньодольового бронху та ендоскопічно від 31.10.18. — пух-

лина (mts?) лівого головного бронху по ендобронхіальному типу росту. Госпіталізована в відділення пульмонології та доказової медицини для дообстеження. Стан різко погіршився 06.11.18. З'явився різкий біль в лівій половині грудної клітки, наростання дихальної недостатності. Хвора була переведена у відділення реанімації. Дообстежена. Діагностовано пролонгацію захворювання і повну обтурацію лівого головного бронху, рентгенологічно повний ателектаз лівої легені зі зміщенням межистіння вліво і розвитком гострої дихальної недостатності. Переведена в хірургічне відділення для проведення ФБС реканалізації лівого головного бронху. Хворій проведена інтервенційна бронхоскопія під в/в седацією з високочастотною вентиляцією легень, з використанням електрокоагуляції, аргоноплазмової коагуляції та кріодеструктора. Просвіт бронхів відновлено, стан хворої покращився, пневматизація відновлена. Хвора передана торакальним хірургам для подальшого оперативного лікування.

У фрагментах видаленої тканини спостерігаються розростання відносно мономорфних фібробластів серед пухких волокон. Осередки ангіоматозу. По периферії фрагментів — коагуляційні некробіози. В тканині зустрічаються дрібні осередки міксоматозу. За результатами ІГХ дослідження за 2012–2017 роки, з урахуванням даних ІГХ дослідження за 2009 рік, можна зробити висновок, що в даному випадку представлена одна й та сама пухлина — злоякісна фіброзна гістіоцитома. За даний період спостереження відмічається поступове наростання індексу проліферації клітин пухлини від 28 % до 70 %.

Висновок

У даному випадку інтервенційна бронхоскопія з використанням електрокоагуляції, аргоноплазмової коагуляції та кріодеструктора, виявилася вирішальною у діагностиці та етапному лікуванні пацієнтки.

© Шпак О. І., Бичковський В. Б., Опанасенко М. С., Гайдар О. А., Леванда Л. І., Ліскіна І. В., Загаба Л. М., Новицький О. В., Рандюк О. Б., Гренчук А. Ф., 2019