



ОНКОПАТОЛОГИИ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

122

ВОПРОСЫ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ БРОНХИОАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ОПУХОЛИ

¹Бакенова Р.А., ²Тусупбекова М.М., ¹Байтурлин Ж.Г.
¹РГП «Больница Медицинского центра УДП РК»,
 г.Астана, Казахстан
²Карагандинский государственный медицинский университет, г.Караганда, Казахстан

Бронхиоальвеолярный рак ранее обозначался термином «аденоматоз» и был известен как двустороннее диссеминированное поражение лёгких. Современные подходы значительно сузили спектр опухолей, считают что «аденоматозы» это опухоли, не имеющие признаки инвазивного роста (Brambilla E., 2001; Travis W.D. 2004; Мацко Д.Е., 2007). Учитывая прединвазивный характер роста опухоли, дифференциальную диагностику необходимо проводить со злокачественными процессами, как первичная аденокарцинома легкого, или же с одиночными железистыми метастазами в лёгкие, или же с предопухольными диспластическими поражениями эпителия «атипичная аденоматозная гиперплазия», которая чаще развивается на фоне воспалительного процесса в интерстициальной ткани легкого (Коган Е.А., 2003, Бердинов Р.Б., 2009).

Цель работы: оценка клинико-морфологических критериев диагностики бронхиоальвеолярной опухоли на основании МСКТ-картины легких и гистологического исследования ткани опухоли.

Клиническое наблюдение: Пациентка М, 1942 г.р., обратилась в январе 2013г. В связи с прогрессированием дыхательной недостаточности. Из анамнеза известно, что респираторная симптоматика появилась с марта 2010 года с проявлением ОРВИ, проводилась симптоматическая терапия, отмечала ухудшение состояния на фоне респираторной инфекции. На рентгенограммах и КТ грудного сегмента с 2010 года выявлялся двусторонний диссеминированный процесс в легких с признаками поражения интерстициальной ткани, интенсивного фиброзирования с формиро-

ванием тракционных бронхоэктазов, тенденцией к прогрессированию процесса и значительного уменьшения размеров левого легкого. Учитывая клинические данные и характер МСКТ-картины легких, длительность процесса в течение 3-х лет, постепенное нарастание дыхательной недостаточности проводилась дифференциальная диагностика вариантов идиопатических интерстициальных пневмоний, также не исключалась возможность опухолевого процесса с медленным прогрессированием, несмотря на отрицательные результаты исследования по онкопрограмме по месту жительства. С целью морфологической верификации патологического процесса проведена трансторакальная пункционная биопсия легких под КТ-контролем. Гистологический материал проводился по общепринятой методике.

При гистологическом исследовании выявлено, что ткань опухоли представлена псевдожелезистыми образованиями, формирующими множественные атипичные аденоматозные структуры трубчатого характера с причудливыми формами, расположенными очень плотно, с подлежащими к ним широкими полями фиброзированной ткани стенки бронхов. Слизистая бронхов выстлана эпителием с плоскоклеточной метаплазией, ядра округлых форм, клетки однотипны на всех уровнях, имеются участки акантоза. На представленных серийных срезах отмечается наличие атипичных аденоматозных структур по типу «спинка к спинке», ядра в них характеризуются полиморфизмом, в основном округлых форм, крупные, гиперхромные, располагаются на разных уровнях, митозы не выявлены. Встречаются также аденоматозные структуры с эпителием секреторного типа, ядра в них отеснены к периферии, округлых форм, крупные, окрашены гиперхромно.

Выявленные патоморфологические изменения позволили сделать заключение, что имеет место пестрота опухолевого поля с выраженным полиморфизмом и ростом по типу «carcinoma in situ» и в данном случае речь идет о бронхиоальвеолярной опухоли с явлением озлокачествления, которая должна оцениваться клиницистами как «бронхиоальвеолярная высокодифференцированная аденокарцинома».