

© Коллектив авторов, 2006
УДК 616.24-006-089

С.М.Лазарев, Т.В.Иванова, И.В.Антонова, О.В.Воронина

СИНХРОННЫЕ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ОДНОЙ ДОЛИ ПРАВОГО ЛЕГКОГО

Кафедра хирургических болезней медико-профилактического факультета с курсом малоинвазивной хирургии, эндоскопии и лазерных медицинских технологий ФПК (зав. — проф. С.М.Лазарев)
Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова

Первые сообщения о первично-множественных злокачественных опухолях (ПМЗО) появились в середине IX в. Однако вплоть до 50-х годов прошлого века описания случаев носили казуистический характер. Полинеоплазию выявляли в основном на аутопсии. В последние десятилетия частота ПМЗО с локализацией одной из опухолей в легком растет. Появились публикации о десятках и сотнях наблюдений [1, 2, 8]. Тем не менее, частота ПМЗО с поражением легочной ткани составляя 4,1% от числа обследованных и пролеченных больных раком легкого. Чаше диагностируются синхронные злокачественные опухоли легких (60,9%). Увеличение частоты полинеоплазии с поражением легких обусловлено ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями легких; увеличением продолжительности жизни больных, излеченных ранее от первичной опухоли; диспансеризацией онкологических больных; совершенствованием обследования с использованием новейшей технологической аппаратуры.

В настоящее время полинеоплазия не является редкостью. Тем не менее, частота первично-множественных опухолей (ПМО) все еще колеблется от 0,04 до 13,4% от числа всех новообразований. Первично-множественный односторонний рак легкого встречается у 0,1–2,2% оперированных больных. Синхронные или метастатическо-синхронные разные по структуре опухоли в одной доле встречаются до сих пор в единичных случаях [3, 5–7].

Лечение и обследование больных с ПМЗО в легких должно быть строго индивидуальным и

зависит от многих факторов. Необходимо прежде всего исключить метастатический характер одной из опухолей. При хирургическом лечении прогноз определяют размеры и локализация опухолевых узлов в паренхиме легкого при синхронном течении рака легкого, гистологический тип и степень дифференцировки рака, состояние внутригрудных лимфатических узлов.

Характер злокачественности не всегда можно предположить по рентгенологическим данным, включая компьютерную томографию. Особенно сложны для интерпретации изменения в легких у пациентов, которые наблюдаются и лечатся по поводу специфического процесса в противотуберкулезных диспансерах. Появление новой тени в легком с типичными признаками инфильтративного роста, не поддающейся регрессу при специфической терапии, должна настораживать фтизиатров и является поводом для передачи пациента в специализированное торакальное учреждение. Первая же тень является трудной для дифференциации и, как правило, считается специфической (туберкулома?). Лишь гистологическое исследование операционного материала устанавливает окончательную морфологическую структуру этих двух опухолей, отвергая специфическую природу первой. С подобными сложностями в трактовке двух злокачественных опухолей в одной верхней доле легкого мы встретились в нашем наблюдении.

Клиника хирургических болезней СПбГМА им. И.И.Мечникова занимается лечением больных с заболеваниями органов груди с 1971 г. За

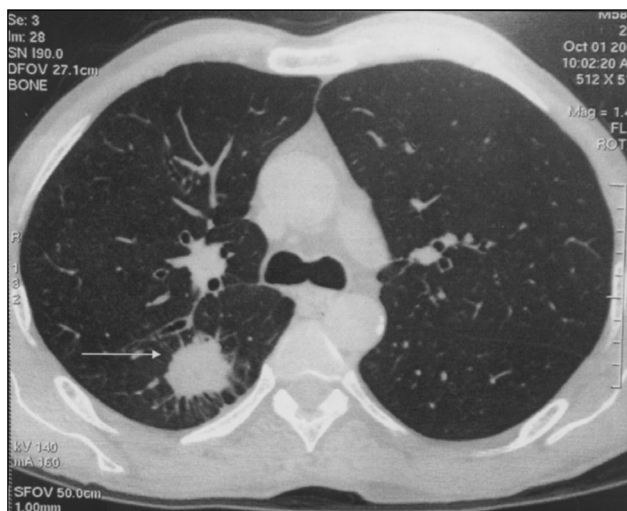


Рис. 1. Компьютерная томография периферической злокачественной опухоли верхней доли правого легкого (стрелка).

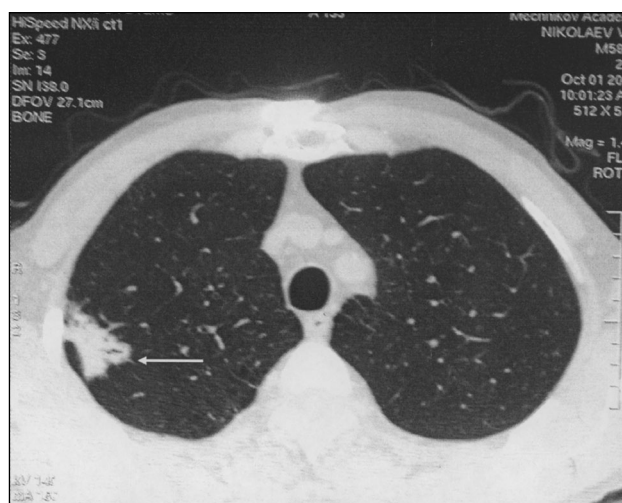


Рис. 2. Компьютерная томография периферической тени верхней доли правого легкого (стрелка), расцениваемой до операции как туберкулез.

последние 10 лет (с 1995 г.) выполнено 783 операции по поводу злокачественных и доброкачественных опухолей легких, плевры, средостения, грудной стенки; по поводу хронических и острых деструктивных процессов в легочной ткани.

Больные с опухолевыми процессами проходили полный курс обследования в предоперационном периоде. Для уточнения степени распространенности процесса применялась лучевая диагностика с компьютерной томографией. Бронхологическое исследование с забором материала для цито- и гистологического исследований позволяло уточнить морфологическую структуру опухоли, степень ее верификации. Биопсия пальпируемых периферических лимфатических узлов (49) позволяла выявить отдаленные метастазы и генерализацию процесса.

Наиболее частыми операциями при раке легкого были лобэктомии (198), билобэктомии (13), пульмонэктомии (144). Атипичные и сегментарные резекции (23) выполнялись у пациентов с низкими дыхательными резервами, сердечной недостаточностью, как правило, у лиц старшей возрастной группы. У 83 больных в злокачественный процесс вовлекались соседние органы, резектабельность была сомнительной, операция ограничивалась биопсией опухолевой ткани для верификации процесса, если он не был уточнен до торакотомии.

Среди указанных случаев полинеоплазия встретилась у 2 (0,26%) пациентов. У одного рак легкого синхронно протекал со злокачественной опухолью ободочной кишки, которому последовательно после удаления правого фланка кишки выполнена резекция нижней доли правого легкого. Пациент демонстрировался на

хирургическом обществе Пирогова в 2000 г. Случай ПМЗО с одномоментной локализацией обеих злокачественных опухолей в одной доле легкого встретился нам один раз (0,13%).

Больной Н., 58 лет поступил в клинику 23.09.2004 г. с диагнозом: периферические образования верхней доли правого легкого.

В анамнезе — наблюдение и ежегодное лечение в противотуберкулезном диспансере с 1998 г. по поводу инфильтративного туберкулеза верхней доли правого легкого. Последний профилактический медикаментозный месячный курс проведен в августе 2003 г. При контрольной флюорографии в сентябре 2004 г. выявлена дополнительная тень в верхней доле правого легкого с симптомами злокачественного роста.

При рентгенологическом исследовании (рентгеноскопия, рентгенография, продольная томография, компьютерная томография) выявлены две опухоли в верхней доле правого легкого. Одна из них — размерами 35,5×23 мм, неправильной округлой формы, состоит из нескольких крупных очагов, сливающихся в один инфильтрат, с нечеткими лучистыми контурами, однородной структуры, расположена в толще II сегмента на фоне лимфангита по типу матового стекла. Вторая, расположенная на границе S_I–S_{III}, с нечеткими контурами, меньше по размерам (23×25 мм), предлежит к костальной плевре.

При компьютерной томографии инфильтративный злокачественный рост первой опухоли подтвержден, она связана с субсегментарным бронхом, просвет которого обрывается у края опухоли (рис. 1). Вторая опухоль по-прежнему трактовалась как туберкулезный инфильтрат (рис. 2). Ход, проходимость трахеи, главных и сегментарных бронхов сохранены. Паратрахеально и в области бифуркации определяются лимфатические узлы до 6 мм. Мягкие ткани и костный каркас грудной клетки не изменены. Свободной жидкости в полости плевры нет.

При фибробронхоскопии эндобронхиальных изменений не обнаружено. В многократных анализах мокроты и смывах с бронхиального дерева *M. tuberculosis* и атипичные клетки не выявлены.

Со стороны других внутренних органов физикально и при ультразвуковом исследовании вторичных изменений не обнаружено.

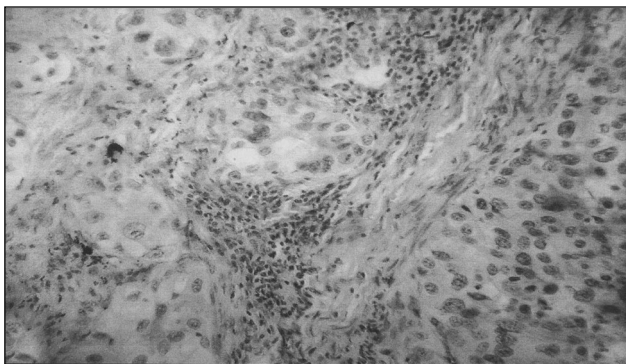


Рис. 3. Плоскоклеточный рак без ороговения, солидно-го и альвеолярного строения.

Ув. 220. Окраска гематоксилином и эозином.



Рис. 4. Высокодифференцированная аденокарцинома железисто-сосочкового строения.

Ув. 220. Окраска гематоксилином и эозином.

12.10.2004 г. плановая операция — верхняя лобэктомия справа с забором аутокрови. Макроскопически в препарате — два опухолевидных образования на расстоянии 4 см друг от друга, не связанных между собой. В толще II сегмента — четко очерченный узел 4×3×3 см плотной консистенции из серовато-беловатой ткани, связан с субсегментарным бронхом. Второй узел, 3×2,5×2,5 см, расположен субплеврально на границе I и III сегментов, плотный, с нечеткими границами, без втяжения плевры.

Гистологическое исследование: крупный внутрисегментарно расположенный узел представлен типовым неороговевающим типом роста плоскоклеточным низкодифференцированным раком с внутрисосудистым ростом (рис. 3). Субплевральный узел представлен высоко- и умеренно-дифференцированной аденокарциномой железисто-сосочкового строения (рис. 4), топографически связан с бронхогенным пороком развития (микрокисты, доброкачественная железисто-сосочковая пролиферация (рис. 5). Признаков туберкулеза и метастазов в лимфатических узлах не обнаружено.

Каждая опухоль по системе TNM расценивалась как T1–2N0Mx. Гистологическое заключение: первично-множественный синхронный рак легкого. Диагноз основан на различной топографии не связанных между собой опухолей, их синхронном развитии, различном гистологическом строении при едином эпителиальном гистогенезе, отсутствии поражения лимфатических узлов. Интерес представляют казуистичность наблюдения, развитие аденокарциномы на фоне порока развития, отсутствие метастатической природы опухолевого процесса.

Послеоперационное течение удовлетворительное. Пациент выписан на 15-е сутки под наблюдение онколога.

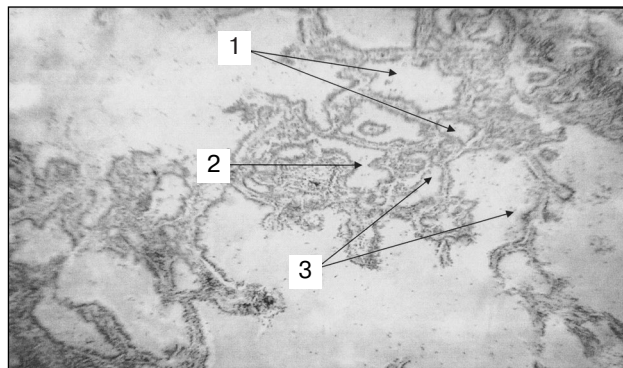


Рис. 5. Бронхогенный порок развития (стрелки).

1 — микрокисты; 2 — пролиферация эпителия с образованием сосочков; 3 — истонченные прерывистые альвеолярные перегородки. Ув. 220. Окраска гематоксилином и эозином.

Таким образом, активная хирургическая тактика способствовала выздоровлению пациента. В данном случае отсутствие метастазов в лимфатических узлах подтвердила резектабельность двух злокачественных неоднородных опухолей в одной доле в объеме лобэктомии.

Это наблюдение подтверждает необходимость передачи пациентов фтизиатрами в специализированные торакальные учреждения при отсутствии регресса от специфической терапии без длительного многолетнего наблюдения в связи с трудностью интерпретации развития процесса во времени.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Айтаков З.Н., Михайловский А.А. Рак легкого при первично-множественных злокачественных опухолях // Росс. онкол. журн.—1999.—№3.—С. 14–17.
2. Бисенков Л.Н., Шалаев С.А., Василяшко В.И. Хирургическое лечение больных первично-множественным раком с поражением легких и других органов.// Вестн. хир.—2003.—№ 3.—С. 27–33.
3. Бисенков Л.Н., Шалаев С.А., Оржешковский О.В. и др. Одномоментные оперативные вмешательства на легких и других органах при первично-множественном и метастатическом раке // Хирургия.—2005.—№ 4.—С. 33–36.
4. Самсонов В.А. Первично-множественные опухоли при раке легкого // Вопр. онкол.—1996.—Т. 42, № 1.—С. 93–95.
5. Трахтенберг А.Х., Колбанов К.И., Соколов В.В., Франк Г.А. Рак легкого при первично-множественных опухолях // Росс. онкол. журн.—1998.—№ 5.—С. 8–13.
6. Трахтенберг А.Х., Пирогов Н.И., Франк Г.А. и др. Первично-множественный рак в одном легком // Вопр. онкол.—1985.—№ 2.—С. 17–24.
7. Трахтенберг А.Х., Франк Г.А., Бирюков Ю.В. и др. Первичные злокачественные неэпителиальные опухоли легких // Росс. онкол. журн.—1997.—№ 2.—С. 7–13.

Поступила в редакцию 21.06.2006 г.