

СЛУЧАЙ БРОНХИОАЛЬВЕОЛЯРНОГО РАКА У ПАЦИЕНТКИ ИЗ КОНТАКТА С БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Т. В. ЗЫРЯНОВА^{1,2}, И. А. МОНАКОВА², О. В. ИГОНИНА^{1,2}

THE CASE OF BRONCHOALVEOLAR CANCER IN THE FEMALE PATIENT EXPOSED TO A TB PATIENT

T. V. ZYRYANOVA^{1,2}, I. A. MONAKOVA², O. V. IGONINA^{1,2}

¹ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Новосибирск

²Новосибирский областной противотуберкулезный диспансер, филиал ПТД № 6, г. Новосибирск

¹Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, RF

²Novosibirsk Regional TB Dispensary no. 6, Novosibirsk, RF

Бронхиолоальвеолярный рак (БАР) – первичная злокачественная эпителиальная опухоль, одна из разновидностей высокодифференцированной аденокарциномы легкого. Отличительной особенностью БАР является рост опухолевых клеток одним слоем по стенкам терминальных дыхательных путей и альвеол без прорастания стромы, сосудов и плевры. Эта злокачественная опухоль не образует собственной стромы, а использует в качестве нее альвеолярные перегородки [1, 3, 4].

По клинко-анатомической классификации БАР [2, 5, 7] различают:

- локализованные формы – одноузловая, пневмониеподобная;
- распространенные формы – многоузловая, диссеминированная.

БАР характеризуется локализацией в периферических отделах легкого, склонностью к формированию распространенных диссеминированных форм поражения легких, пятилетняя выживаемость при которых довольно низка в отличие от локализованных форм [1].

Согласно гистологической классификации опухолей легких и плевры (ВОЗ, 1999, третье издание) выделяют:

- немuciнозный (неслизеобразующий, неслизепродуцирующий);
- мuciнозный (слизеобразующий, слизепродуцирующий);
- смешанный мuciнозный и немuciнозный, или промежуточный варианты.

БАР встречается достаточно редко, имеет неспецифические проявления, большинство из которых определяются и при других заболеваниях легких неопухолевой природы, в том числе и туберкулезе [3, 6], что объясняет трудность своевременной диагностики этого злокачественного новообразования и низкий процент благоприятных исходов, так как при распространенных формах, которые, по статистическим данным, выявляются при БАР наиболее

часто и являются по сути терминальными, прогноз неутешителен.

Представляем случай одноузлового немuciнозного БАР легкого, выявленного при обследовании пациентки по поводу контакта с больным туберкулезом.

Пациентка С., 60 лет. Изменения в легких на обзорной рентгенограмме выявлены при обследовании по поводу обнаружения туберкулеза легких у мужа (диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада МБТ(+), 1А группа ДУ; сахарный диабет 1-го типа).

Предъявляла жалобы на кашель со светлой слизистой мокротой, одышку при физической нагрузке, слабость, потливость.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, повышенного питания. Рост – 159 см, масса тела – 85 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка без видимых деформаций, бочкообразной формы, равномерно участвует в акте дыхания. ЧДД – 16 в 1 мин. При перкуссии – легочный звук. При аускультации: дыхание везикулярное, слева – рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 в 1 мин. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет. Симптом поколачивания поясничного отдела – отрицателен с обеих сторон. Отмечает склонность к запорам. Дизурических расстройств нет.

ОАК: гемоглобин – 137 г/л; эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$; ЦП – 1,0; лейкоциты – $5,0 \times 10^9/л$; сегментоядерные – 47%; эозинофилы – 5%; лимфоциты – 41%; моноциты – 7%; СОЭ – 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: плотность – 1012; белок – отр., сахар – отр., лейкоциты – ед. в поле зрения, эритроциты – ед. в поле зрения.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки от 05.12.2013 г. – слева в S₁₋₂ снижение пневмати-

зации легочной ткани на фоне усиления легочного рисунка. В проекции S_6 единичная очаговая тень высокой интенсивности. Корни расширены за счет сосудистого компонента. Синусы свободные. Правое легочное поле и средостение б/о.

Для уточнения характера тени в S_{1-2} левого легкого больной проведена МСКТ 09.12.2013 г. В S_{1-2} левого легкого выявлен участок уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» с нечеткими контурами неправильной округлой формы $18 \times 20 \times 22$ мм. Увеличенных лимфатических узлов в средостении и корнях легких не выявлено. Сердце расположено обычно, конфигурация его не изменена.

Больная поставлена на учет в ПТД № 6 с диагнозом: инфильтративный туберкулез S_{1-2} левого легкого, МБТ(-). 0 группа диспансерного учета (ЦВКК 28.01.2014 г.).

Больной была назначена тест-терапия туберкулеза: Н 0,6 ВВК, R 0,6 ВВК, Z 1,5 внутрь, Е 1,2 внутрь. Лечение проводили амбулаторно в ежедневном режиме под контролем участкового фтизиатра. Препараты пациентка переносила удовлетворительно. Получила 32 дозы. Однако при контрольном обследовании (повторно МСКТ 30.01.2014 г.) рассасывания участка уплотнения легочной ткани в S_{1-2} левого легкого не отмечено, наоборот, он увеличился до $18 \times 21 \times 24$ мм.

По данным МСКТ заподозрено периферическое образование верхней доли левого легкого. Далее провели дифференциальную диагностику между инфильтративным туберкулезом и периферическим раком левого легкого. Больная осмотрена онкологом. По заключению онколога убедительных данных за рак легкого не обнаружено.

Рекомендованы повторная МСКТ и консультация через 3 мес.

Однако, учитывая отсутствие микобактерий туберкулеза в мокроте и отрицательную динамику после противотуберкулезной тест-терапии, исключить онкологию не представлялось возможным. Больная была направлена на дообследование – фибробронхоскопию – в хирургическое отделение НОКТБ.

ФБС 14.03.2014 г.: с обеих сторон все бронхи сформированы правильно, незначительно деформированы, проходимы, подвижны. Слизистая бледно-розовая с резко выраженными явлениями атрофии. Рисунок хрящевых колец подчеркнут. Шпоры заострены. Определяются множественные расширенные устья бронхиальных желез. Сосудистый рисунок усилен, деформирован, определяются единичные расширенные капилляры. Умеренно выраженная контактная кровоточивость. Мокроты нет. Слева по переднемедиальной стенке над устьем нижнедолевого бронха определяется втяжение 7 мм в диаметре, глубиной около 4-5 мм, заканчивается слепо. Данных за центральную опухоль легких не найдено. В БАЛ опухолевых клеток не найдено.

Заключение: эндоскопическая картина диффузного атрофического бронхита кардиального бронха слева.

Больная проконсультирована торакальным хирургом, и по его рекомендации 25.03.2014 г. проведено оперативное лечение: верхняя лобэктомия слева с лимфодиссекцией. Гистологическое заключение № 151-6: макроскопически определяется продолговатый узел 2×1 см серого цвета слизистый, губчатый, контур нечеткий; микроскопически: опухолевые клетки растут по стенкам альвеол, они гиперхромные, призматической формы, строма

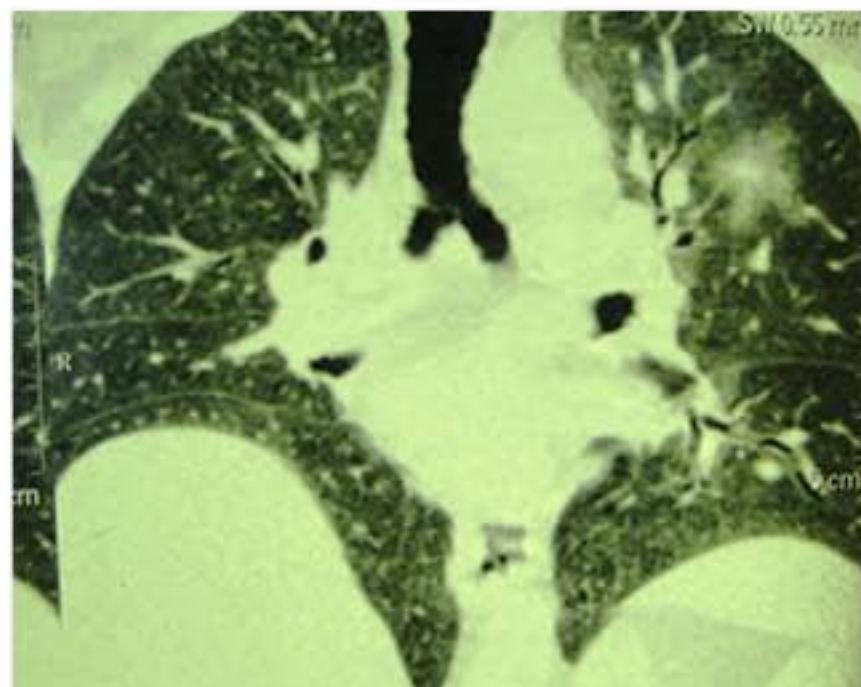


Рис. 1. МСКТ больной С. от 09.12.2013 г. в прямой проекции: В S_{1-2} левого легкого участок уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» с нечеткими контурами неправильной округлой формы $18 \times 20 \times 22$ мм, в центральной зоне участка определяются более плотные узелковые включения. Прослеживается просвет бронха, проходящий через участок уплотнения

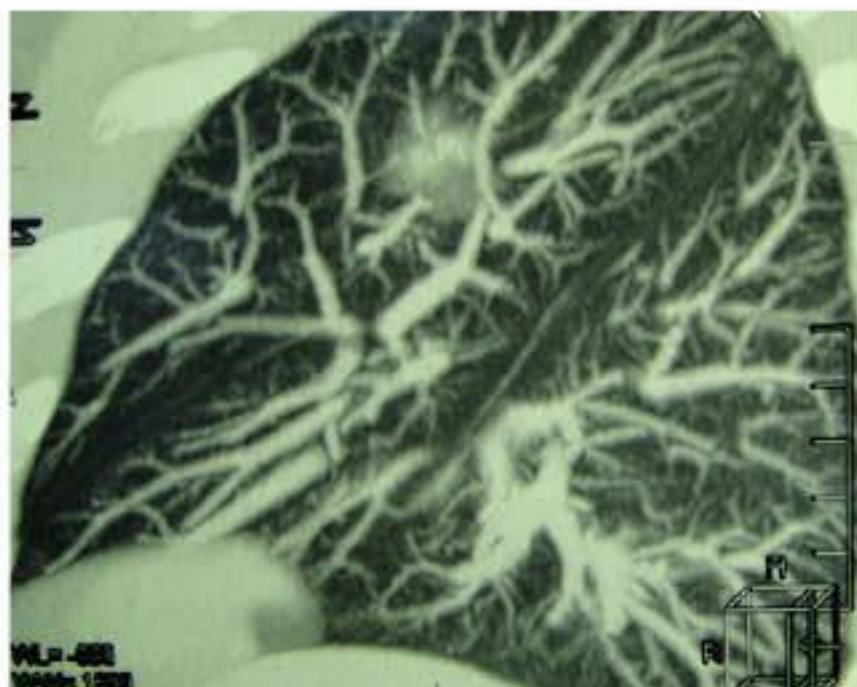


Рис. 2. МСКТ больной С. от 09.12.2013 г. в боковой проекции: В S_{1-2} левого легкого участок уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» с нечеткими контурами неправильной округлой формы $18 \times 20 \times 22$ мм, в центральной зоне участка определяются более плотные узелковые включения. Прослеживается просвет бронха, проходящий через участок уплотнения

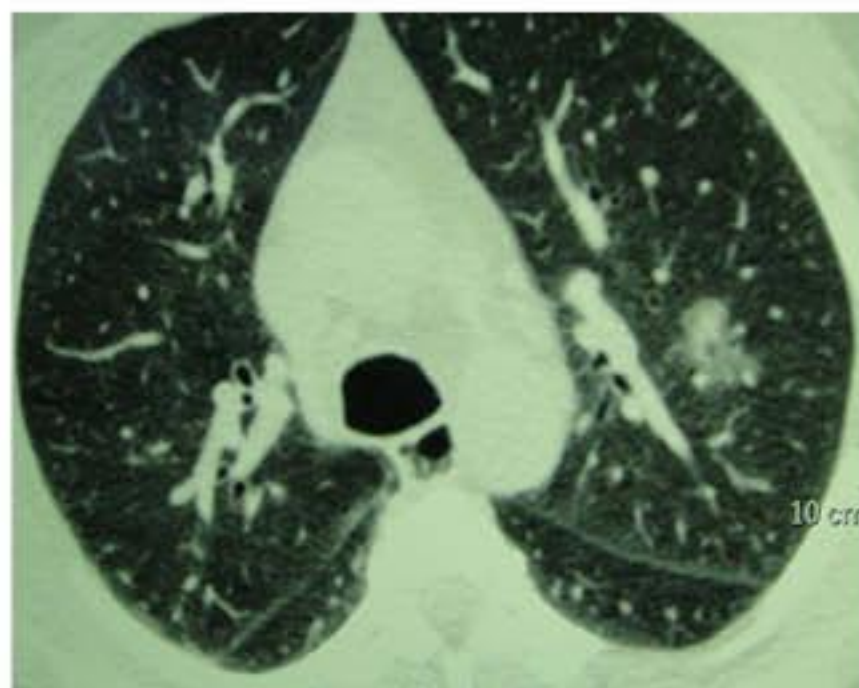


Рис. 3. МСКТ больной С. от 09.12.2013 г. в сагиттальной проекции: В S_{1-2} левого легкого участок уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» с нечеткими контурами неправильной округлой формы $18 \times 20 \times 22$ мм, в центральной зоне участка определяются более плотные узелковые включения. Прослеживается просвет бронха, проходящий через участок уплотнения

инфильтрирована лимфоцитами, в лимфатических узлах корня гиперплазия.

Патоморфологический диагноз: БАР.

На основании клинко-рентгенологической картины, динамики и патоморфологического исследования был установлен клинический диагноз: одноузловой немущинозный БАР S_{1-2} левого легкого I стадии. Состояние после операции верхней лобэктомии слева с лимфодиссекцией 25.03.2014 г.

Данный случай демонстрирует сложность диагностики периферического рака и туберкулеза легких. Онкологическая настороженность фтизиатров позволила своевременно диагностировать БАР еще на ранней стадии.

Таким образом, случай одноузловой немущинозного БАР легкого, своевременно выявленного при обследовании пациентки по поводу контакта с больным туберкулезом, позволяет предполагать благоприятный прогноз у данной больной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айтаков З. Н., Савченко А. А. Бронхиолоальвеолярный рак и его хирургическое лечение (взгляд из практики) // Хирургия. – 1998. – № 8. – С. 31-33.
2. Акопов А. Современные подходы к классификации рака легкого // Врач. – 2011. – № 12. – С. 7-12.
3. Алексеева Т. Р. Дифференциальная диагностика опухолей и диссеминированных процессов легких: Автореф. дис. ... М., 2006.
4. Бронхиолоальвеолярный рак. Методические рекомендации. – М., 1989. – 15 с.
5. Трахтенберг А. Х., Чиссов В. И. Рак легкого. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2009. – 656 с.
6. Jemal A., Bray F., Center M. et al. Global cancer statistics // CA Cancer. J. Clin. – 2011. – № 61. – P. 69-72.
7. Travis W., Brambilla E., Noguchi M. et al. International Association for the Study of Lung Cancer/American Thoracic Society/European Respiratory Society International Multidisciplinary Classification of Lung Adenocarcinoma // S. Thoracic Oncology. – 2011. – № 6. – P. 244-285.

REFERENCES

1. Aytakov Z.N., Savchenko A.A. Bronchoalveolar cancer and its surgical treatment (practical view). *Khirurgiya*, 1998, no. 8, pp. 31-33. (In Russ.)
2. Akopov A. Modern approaches to the lung cancer classification. *Vrach*, 2011, no. 12, pp. 7-12. (In Russ.)
3. Alekseeva T.R. *Differentsial'naya diagnostika opukholey i disseminirovannykh protsessov legkikh. Diss.* [Differential diagnostics of tumors and pulmonary disseminated diseases. Diss.]. Moscow, 2006.
4. *Bronkhioloal'veolyarny rak. Metodicheskie rekomendatsii.* [Bronchoalveolar cancer. Guidelines]. Moscow, 1989, 15 p.
5. Trakhtenberg A.Kh., Chissov V.I. *Rak legkogo.* [Lung cancer]. Moscow, GEOTAR Meditsina Publ., 2009, 656 p.
6. Jemal A., Bray F., Center M. et al. Global cancer statistics. *CA Cancer. J. Clin.*, 2011, no. 61, pp. 69-72.
7. Travis W., Brambilla E., Noguchi M. et al. International Association for the Study of Lung Cancer/American Thoracic Society/European Respiratory Society International Multidisciplinary Classification of Lung Adenocarcinoma. *S. Thoracic Oncology*, 2011, no. 6, pp. 244-285.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Зырянова Татьяна Валентиновна

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ,

кандидат медицинских наук, доцент кафедры фтизиопульмонологии.

630091, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 52.

Тел./факс: 8 (383) 343-12-65, 8 (383) 343-68-78.

E-mail: ftizio12@ngs.ru

Поступила 18.02.2015