



А.І. Шевченко¹, С.С. Лихачов², Ю.О. Шатовський²

БЛАСТОМА ЛЕГЕНІ. РІДКІСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

¹Запорізький державний медичний університет,

²Запорізький обласний клінічний онкодиспансер

Ключові слова: бластома легені, злоякісний залозистий і злоякісний мезенхімальний компоненти, етіологія.

Ключевые слова: бластома легкого, злокачественный железистый и злокачественный мезенхимальный компоненты, этиология.

Key words: lung blastoma, malignant glandular and malignant mesenchymal components, etiology.

Описано випадок діагностики безсимптомної легеневої бластоми у чоловіка 61 року.

Описан случай диагностики бессимптомной легочной бластомы у мужчины 61 года.

The case of diagnosis of asymptomatic lung blastoma in 61years old man was described.

Двофазна легенева бластома є рідкісною пухлиною [4,6], що становить близько 0,5% від загальної кількості всіх пухлин легенів. Пухлина складається зі злоякісного залозистого і злоякісного мезенхімального компонентів, що за рівнем гістологічного диференціювання є незрілими і примітивними. Незважаючи на нез'ясованість етіології цього захворювання, деякі дослідники наводять дані про різні молекулярні порушення, що відіграють роль у розвитку певних підтипів бластоми. Гістогенез цієї пухлини залишається актуальним питанням, що активно висвітлюється у сучасній спеціалізованій літературі.

Вперше її описали N.R. Barrett і W.G. Barnard [2], які назвали цю пухлину ембріомою через гістологічну схожість з легенями плода. Пізніше H. Spenser [5] назвав її бластомою, вважаючи, що це новоутворення розвивається з легеневої бластоми. Нині вважають, що пневмобластома розвивається з мультипотентних клітин мезодерми.

Класифікацію кластм легені розробили M.N. Kross et al. (цитовано за А.І. Щеголевін зі співавт.) [1]:

- бластома легені, що розвивається з двох зародкових листків і представлена злоякісною мезенхімою і залозами, схожими з ембріональними структурами легень;
- добре диференційована фетальна аденокарцинома або ендодермальна пухлина легені, представлена винятково неопластичними залозистими структурами, що нагадують легені зародка між 10 і 16 тижнями гестації; обидві виявляють з приблизно однаковою частотою. Середній вік пацієнтів становить 40 років;
- кістозна, або плевро-легенева бластома, яку найчастіше виявляють у дітей до 10 років.

Найчастіше пухлина розташовується в периферичних відділах легені під плеврою і має вигляд м'якого вузла різної величини (від 1,5 до 27 см у діаметрі) сірувато жовтого або сіро-червоного кольору з ділянками крововиливів і некрозів.

В епітеліальному компоненті пухлини під мікроскопом, майже завжди видно ендометріюідні залози. Іноді трапляються епідермоїдні вогнища з раковими «перлинами». Двофазна бластома, крім того, має саркоматозну строму зародкового або бластоматозного типу.

Згідно до даних Francis D., Jacobsen M. [3], у бластомі легені у 20% випадків визначають міогенне диференціювання, у 32% – міксоїдне диференціювання стромі, у 24% – наявність хрящових утворень, у 5% – утворення кісткової тканини. Бластома легені характеризується швидким зростанням. Бластоми легені слід диференціювати від таких новоутворень легень, як ендометріюїдна карцинома, тератома, мезотеліома, гамартома, карциносаркома, а також від метастаз інших пухлин.

Більшість пацієнтів скаржаться на кашель, задишку і кровохаркання, біль у грудях. Рецидиви при двофазній бластомі виникають у 43% випадків. Найчастіше метастази з'являються у бронхо-пульмональних і медіастинальних лімфатичних вузлах, пухлина метастазує також у грудну стінку, легеню, плевру, діафрагму, головний мозок, набагато рідше – в печінку і м'які тканини. При своєчасному лікуванні близько 16% хворих виживають протягом 5 років.

Наводимо власне клінічне спостереження хворого з бластомою легені.

Хворий Б., 1951 року народження, госпіталізований у торакальне відділення Запорізького обласного клінічного онкодиспансеру (ЗОКОД) 16.09.11 р. Скарг не має. Патологію легені виявлено на флюорографії.

При госпіталізації до ЗОКОД стан хворого задовільний. Периферичні лімфовузли не пальпуються. ЧД 18/хв, дихання везикулярне, з жорстким відтінком. ЧСС 80/хв, АТ 140/80 мм рт. ст., тони серця приглушені, ритмічні. Живіт м'який, безболісний. Печінка на рівні краю реберної дуги. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Випорожнення, сечовипускання без особливостей.

Загальний аналіз крові: гемоглобін 149 г/л, еритроцити $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоцити – $6,9 \times 10^9/л$, палочкоядерні – 3, сегментоядерні – 44, еозинофіли – 10, лімфоцити – 28, моноцити – 9, тромбоцити – $312 \times 10^9/л$; ШЗЕ – 8 мм/год.

Загальний аналіз сечі: колір солом'яно-жовтий, прозорість повна, реакція кисла, відн. щільність 1019, білок – відсут., лейкоцити – 2–4 в п/з.

RW негативна, антитіла до ВІЛ, Hbs Ag, анти-HCV не



виявлено. ЕКГ: ЧСС – 86–150/хв, вертикальне положення електричної вісі серця.

Рентгеноскопія органів грудної клітки: праворуч у передньому сегменті верхньої частки легені тінь округлої форми 2×1,3 см, неоднорідної структури, з чіткими контурами.

Дані комп'ютерної томографії (КТ) наведено на *рис. 1*.

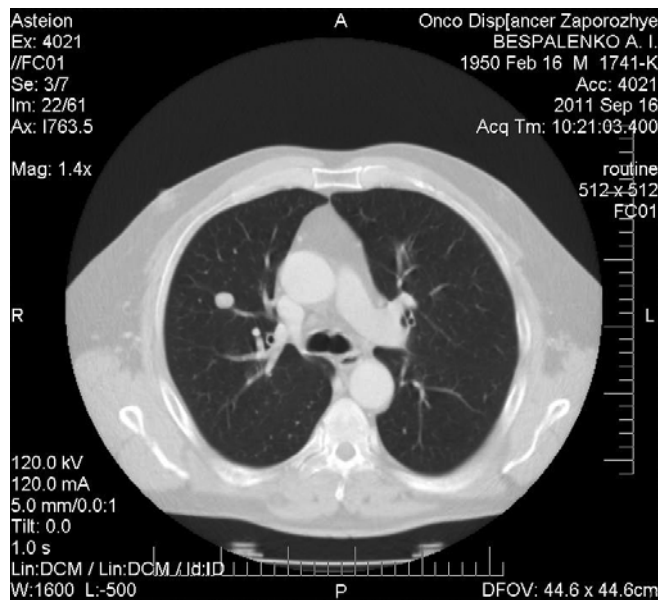


Рис. 1. КТ хворого Б. Праворуч у S3 виявляється неоднорідне вогнище овоїдної форми з чіткими, рівними контурами, 15×11 мм. Лімфатичні вузли середостіння не збільшені.

УЗД органів черевної порожнини: патології не знайдено.

Функція зовнішнього дихання: ДН – 0–1 ст. На підставі даних КТ органів грудної клітки встановлено діагноз: гамартома верхньої частки правої легені.

Після передопераційної підготовки 22.09.11 р. хворому виконано оперативне втручання – правобічну бокову торакотомію у 5 міжребер'ї. Під час ревізії у S3 субплеврально виявлено пухлину помірної щільності з чіткими контурами, розмірами 15×10 мм. Лімфатичні вузли у корені легені не збільшені. Процес розцінено як гамартому легені. Хворому виконано атипичну клиноподібну резекцію легені за допомогою зшиваючих апаратів УО-40. На розрізі препарату пухлина з чіткими контурами, на розрізі кремового кольору.

Гістологічний висновок № 31727-32 від 22.09.11 р.: бластома легені (*рис. 2*).

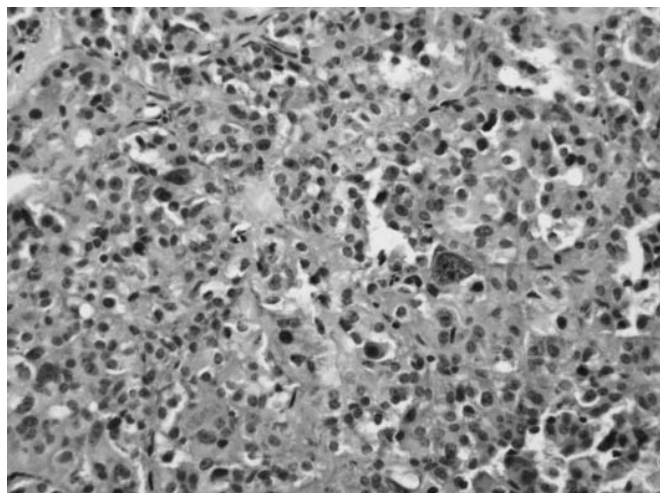


Рис. 2. Пухлина представлена дрібними полігональними, зірчастими клітинами у поєднанні з крупними поліморфними клітинами, що формують різні структури від ацинарних до трабекулярних, розташованих у рихлій стромі, що нагадує мезенхіму. Частина пухлини представлена популяціями дрібних примітивних злоякісних клітин без будь-якого гістогенетичного диференціювання, місцями фетального типу. Фарбування: гематоксилін-еозин, ×200.

Післяопераційний період без особливостей. Враховуючи початкову форму пухлинного процесу (T1N0M0), додаткове лікування не проводили. У задовільному стані хворий виписаний зі стаціонару на диспансерне спостереження у місцевого онколога та в ЗОКОД з діагнозом: бластома верхньої частки правої легені, ст. IA, клініко-статистична група III.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бластома легкого / [Щеголев А.И., Кармазановский Г.Г., Косова И.А. и др.]. // Медицинская визуализация. – 2006. – №1. – С. 62–68.
2. Barnard WG. Embrioma of lung / Barnard WG. // Thorax. – 1952. – №7. – P. 299.
3. Francis D. Pulmonary blastoma / D. Francis, M. Jacobsen // Curr Top Pathol. – 1983. – №73. – P. 265–294.
4. Blastoma pulmonar. Presentación de 1 caso / [Pedro Pablo Pino Alfonso, Carlos Gassiot Nuño, Juan C. Rodriguez Vázquez et al.]. // Rev Cubana Med. – 1996. – №35 (3).
5. Spencer H. Pulmonary blastoma / Spencer H. // J Pathol. – 1961. – №82. – P. 161.
6. Pleuropulmonary blastoma: long-term survival and literature review / [Romeo C, Impellizzeri P, Grosso M, Vitarelli E. et al.]. // Med Pediatr Oncol. – 1999. – №33 (4). – P. 372–376.

Відомості про авторів:

Шевченко А.І., д. мед. н., професор, зав. каф. онкології ЗДМУ.

Лихачов С.С., – онкохірург першої атестаційної категорії, ординатор торакального відділення ЗОКОД.

Шатовський Ю.О., патанатом вищої атестаційної категорії, зав. патоморфологічного відділення ЗОКОД.

Поступила в редакцію 26.09.2012 г.