

КАРЦИНОИД БРОНХА. ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

МОСКВА

Каммаев К. А., Тарабрин Е. А., Каллагов Т. Э., Мержоева З. М., Катанэ Ю. А., Аширова Г. И.

Университетская клиническая больница № 4

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет)



Карциноидами называют опухоли диффузной эндокринной системы [1], возникающие из гормонпродуцирующих клеток нервного происхождения (секреторных нейроцитов). Впервые карциноид бронха был описан R. Leannес [3] в 1831 г. Среди всех новообразований легких, карциноидные опухоли встречаются в 2% [2].

Карциноиды, согласно классификации Всемирной организации здравоохранения, причисляются к нейроэндокринным опухолям (НЭО). По частоте локализации НЭО, легкие занимают второе место (27%) [3]. Клинически, чаще, заболевание протекает бессимптомно. Наиболее распространенные симптомы: у 40% обструкция бронха с гиповентиляцией и ателектазом, у 35% – кашель, у 25% – кровохарканье [4].

Различают 3 стадии течения заболевания, соответствующие 3 степеням нарушения брон-

хиальной проходимости по Джексоу. Первая стадия – частичный бронхостеноз. Общее состояние у пациентов нормальное, может быть кашель, редко кровохарканье. Продолжительность стадии несколько лет. Вторая стадия – клапанный стеноз бронха. Открытие просвета бронха происходит на высоте вдоха, а закрытие при выдохе. Развивается экспираторная эмфизема. При аускультации выслушивается ослабленное дыхание и хрипы. Обтурация бронха приводит к вторичным воспалительным процессам. Проявления клинической картины заболевания связаны не с карциноидом, а с вторичными изменениями легочной ткани: повышение температуры тела, кашель с мокротой, утомляемость, одышка, боль в грудной клетке, кровохарканье. Третья стадия – полная окклюзия бронха. В легочной ткани происходят необратимые изменения приводящие к ее гибели. Развивающаяся гнойная интоксикация угрожает жизни больного [1].

ЦЕЛЬ ДЕМОНСТРАЦИИ

предоставить важность эндоскопической реканализации просвета бронха перед лобэктомией, при второй и третьей степени нарушения бронхиальной проходимости по Джексоу, когда в легочной ткани наблюдаются активные воспалительные процессы, приводящие к ее разрушению.

Пациентка П. заболела остро за 2 недели до госпитализации в УКБ 4 Сеченовского Университета, когда повысилась температура тела, и появился кашель. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где был назначен Панцеф. После чего улучшилось общее самочувствие, нормализовалась температура тела. За 1 неделю до госпитализации, после переохлаждения, вновь повысилась температура тела до 39, усилился кашель. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где состо-

яние было расценено как острая респираторная вирусная инфекция: назначены ингаляции через небулайзер, АЦЦ. Без эффекта. Появилась одышка. Пациентка госпитализирована по экстренным показаниям в пульмонологическое отделение УКБ4 Сеченовского Университета с жалобами на приступообразный кашель, повышение температура тела до 39, слабость. Из анамнеза известно, что с 2010г сахарный диабет 2 типа, принимает Форсига 10мг 1т утром, Метформин 1000мгх2р\д.

Результаты лабораторных исследований в день госпитализации

Общий анализ крови от 06.01.2023: Гематокрит: 36,8%; Гемоглобин: 122 г/л; Моноциты: 13,2%; Моноциты: $0,99 \cdot 10^9$ /л; Среднее содержание гемоглобина в эритроците: 24,5 пг;

Средний объем эритроцитов: 74 FL; Цветовой показатель: 0,74;

Коагулограмма от 06.01.2023: АЧТВ: 30,5 сек; МНО: 0,93; Протромбиновое время: 10,8 сек; ПТИ: 108%;

Биохимический анализ крови от 06.01.2023: АлАТ: 65,8 ед/л; Глюкоза: 11,54 ммоль/л; Креатинин: 66 мкмоль/л; Общий белок: 88,5 г/л; СРБ: 131,3 мг/л;

Исследование мочи от 09.01.2023: рН мочи: 6,0; Бактерии: Умеренно; Глюкоза: Положительно; Лейкоциты: Положительно; Лейкоциты, количество в поле зрения в моче методом автоматизированного подсчета: 5-7; Относительная плотность: 1.020; Прозрачность мочи: Неполная; Слизь: Умеренно; Уробилиноген: 3,5; Цвет мочи: Соломенно-желтый; Эпителий плоский: Умеренно; Эритроциты: Положительно, неизмененные: 1-3;

Общий анализ мокроты от 09.01.2023: Запах мокроты: Не имеет; Консистенция: Полувязкая; Лейкоциты: 3-5; Мицелий грибов: Обнаружены, споры+псевдомицелий; Характер: Слизистый; Цвет: Серый; Эозинофилы: Единичные; Эпителий плоский: Много; Эпителий цилиндрический: Немного; Эритроциты: 0-1;

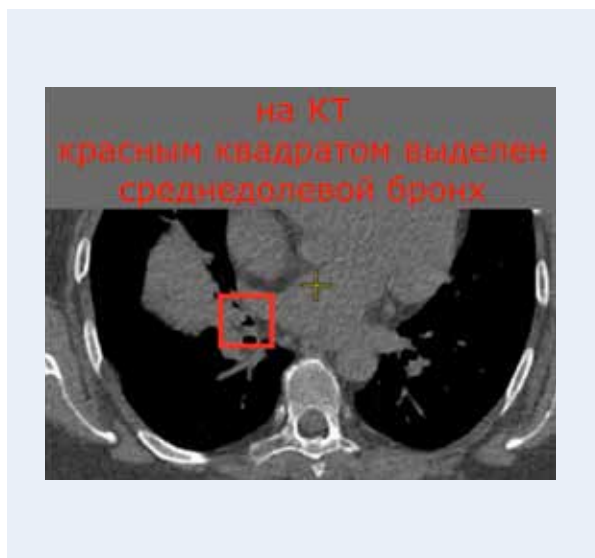
Результаты инструментальных методов исследований

Компьютерная томография органов грудной клетки.

Средняя доля правого легкого уменьшена в объеме, субтотально выполнена зоной консолидации легочной ткани, с фрагментарно прослеживаемой на ее фоне воздушной бронхограммой. При этом в прикорневой зоне контур зоны консолидации крупнобугристый, и продолжает визуализироваться структура обтурирующая просвет среднедолевого бронха, полуциркулярно в него выстоящая. В обоих легких полисегментарно определяются участки умеренного уплотнения легочной ткани до значений «матового стекла» с минимально выраженным диффузным обогащением интерстициального легочного рисунка.

Проходимость трахеи не нарушена. Стенки бронхов уплотнены и умеренно утолщены.

Средостение не смещено. Структуры средостения дифференцированы, клетчатка жировой

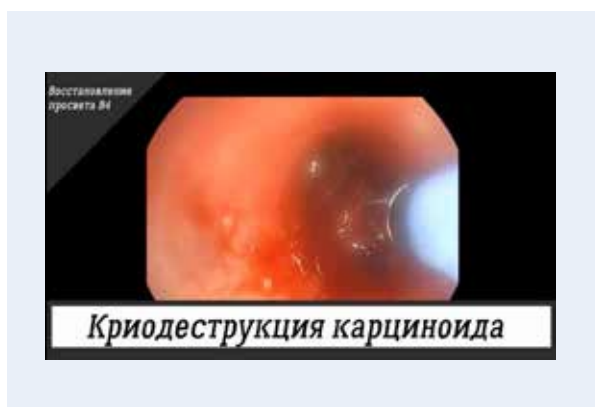


плотности. Лимфатические узлы средостения не увеличены. Количество жидкости в полости перикарда, плевральных полостях в пределах физиологической нормы. В коронарных артериях единичные кальцинированные атеросклеротические бляшки.

Заключение. Обтурационный ателектаз средней доли правого легкого; *suspicio* на центральный с-г. Умеренно выраженные диффузные интерстициальные изменения легких. Коронаросклероз.

Рекомендовано проведение ФБС.

Трахеобронхоскопия. Голосовая щель симметричная. Голосовые связки подвижные. Трахея не деформирована. Карина острая. Справа шпоры всех видимых бронхов острые, подвижные. Устья округлые. Слизистая поверхностно гиперемирована. В устье средне-долевого (с/д) бронха определяется округлое гладкое образование красного цвета, полностью обтурирующее просвет с/д. Окружающая ткань





без видимых изменений. При биопсии кровоточивость незначительная, остановилась самостоятельно. Слева устья всех видимых бронхов округлые, шпоры острые, подвижные. Слизистая диффузно гиперемирована. Секрет скудный, слизистый.

Заключение. Экзофитное центральное образование с/д правого легкого с нарушением проходимости с/д. Эндоскопическая картина диффузного двустороннего бронхита 1с.и.в.. Результат цитологии и биопсии.

Результаты морфологического исследования

Биопсия. Микроскопическое описание: материал деформирован при взятии. Представлен фрагментами ткани, покрытой на ограниченных участках эпителием респираторного типа. В двух кусочках обнаруживается рост опухоли, представленной округло-овальными клетками с ядрами, распределение хроматина в которых можно описать как «соль-перец». В одном кусочке имеются продолговатой формы кальцинаты.

Заключение. Морфологическая картина в большей степени соответствует нейроэндокринной опухоли (карциноид). Для верификации диагноза необходимо проведение иммуногистохимического исследования.

ИГХ. Микроскопическое описание: В реакции с антителами к Chromogranin A (Leica, Clone 5H7) и в реакции с антителами к Synaptophysin (Leica, Clone 27G12) обнаруживается диффузное интенсивно позитивное окрашивание клеток опухоли. Индекс пролиферативной активности по Ki67 (Leica, Clone MM1) в среднем по срезу около 1%. Митотический индекс менее 2 митозов/ 2 мм².

Заключение. Морфологическая картина в совокупности с результатами иммуногистохимического исследования соответствует карциноидной опухоли (типичный карциноид).

После морфологической верификации диагноза, пациентка переведена на лечение в торакальный хирургический стационар, где в ходе кафедрального консилиума было принято решение о проведении двухэтапного хирургического лечения.

Клинический диагноз. Основной: Нейроэндокринная опухоль (карциноид) среднедолевого

bronха правого легкого. Пневмония средней доли правого легкого.

Сочетанный: Гипертоническая болезнь 2 стадии, 2 степени, риск 4. Атеросклероз коронарных артерий, аорты.

Осложнения: ДН 1 ст. НК1. Интоксикационный синдром.

Сопутствующий: Сахарный диабет 2 типа средне-тяжелого течения, в стадии субкомпенсации. Диабетическая микро- и макроангиопатия. ГЭРБ

ПЕРВЫЙ ЭТАП ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

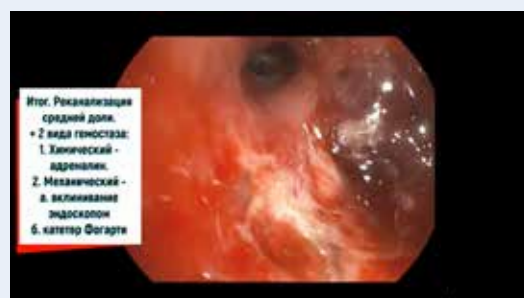
Эндоскопическая, комбинированная реканализация средней доли правого легкого.

Ход операции:

I. Этап интубации. 10:35-10:40. Продолжительность 5 минут. Выполнена интубация трахеи тубусом ригидного бронхоскопа № 12. При осмотре бронхоскопом: Трахея не деформирована. Карина острая. Справа шпоры всех видимых бронхов острые, подвижные. Устья округлые. Слизистая поверхностно гиперемирована. В устье с/д определяется округлое гладкое образование красного цвета, полностью обтурирующее просвет с/д. Окружающая ткань без видимых изменений. Слева устья всех видимых бронхов округлые, шпоры острые, подвижные. Слизистая диффузно гиперемирована. Секрет скудный, слизистый.

II. Этап реканализации. 10:40-11:00. Продолжительность 20 минут. Образование среднедолевого бронха фиксировано петлей и удалено методом петлевой электроэксцизии. Кровотечение умеренное. В просвет среднедолевого бронха установлен катетер Фогарти. При контрольном осмотре просвет В5 свободно проходим, просвет В4 обтурирован опухолевидной тканью.

III. Этап криодеструкции. 11:00-11:25. Продолжительность 25 минут. Далее выполнена криодеструкция опухолевидной ткани. Биопсия. Флакон № 1. Просвет В4 свободно проходим, пристеночно сохраняется опухолевидная ткань. Кровотечение умеренное. В просвет среднедолевого бронха выполнена инстилляционная 0.05% адреналина на физ. Р-ре (1/10) в объеме 10.0 мл, после установлен катетер



Фогарти. При контрольном осмотре продолжающегося кровотечения нет.

Проведена симптоматическая терапия, дыхательная гимнастика, ингаляционная терапия. По результатам компьютерной томографии груди положительная динамика. Клинико-лабораторные показатели крови и мочи в пределах нормы, выписывается под амбулаторное наблюдение хирурга по месту жительства.

Пациентка поступила в отделение терапии УКБ4 Сеченовского Университета с жалобам на головные боли давящего характера в затылочной области, сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку при умеренной физической нагрузке и в покое, периодическое затруднение дыхания из-за заложенности в грудной клетке, общую слабость, нестабильные цифры АД, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами.

Клинический диагноз. Основной: Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени, риск ССО 4.

Сочетанное: Сахарный диабет 2 типа, декомпенсация. Индивидуальный целевой уровень гликолизированного гемоглобина 7.5% Диабетическая микроангиопатия и макроангиопатия.

Сопутствующее: Карциноид среднедолевого бронха справа. ГЭРБ: хронический гастродуоденит, ремиссия.

На фоне проводимой терапии состояние пациентки с положительной динамикой. Стационарный этап лечения завершен. Лечение проведено согласно клиническим рекомендациям. Пациентка переведена в торакальное хирургическое отделение УКБ4 Сеченовского Университета, для проведения второго, основного этапа хирургического лечения.

ВТОРОЙ ЭТАП ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Диагностическая видеоторакоскопия справа. Конверсия в переднебоковую торакотомию. Средняя лобэктомия с медиастинальной лимфодиссекцией. Дренирование плевральной полости. Дренаж удален на 3-е сутки после операции. Послеоперационный период протекал гладко. Раны заживали первичным натяжением. Проведена обезболивающая, симптоматическая, антибактериальная терапия, профилактика ВТЭО с положительным эффектом. Клинико-лабораторные показатели крови в пределах нормы. В дальнейшем наблюдении и лечении в торакальном хирургическом отделении не нуждалась. Выписана под амбулаторное наблюдение хирурга по месту жительства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный методом позволил первым этапом купировать воспалительные процессы в легочной ткани, что способствовало эффективному проведению основного этапа лечения. Лобэктомия прошла без осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. С. З. Карташов, С. Н. Кабанов, Е. М. Непомнящая, Ю. Н. Лазутин, Е. Г. Войткевич, С.Ж. – П. Босенко. БРОНХО-ЛЕГОЧНЫЕ КАРЦИНОИДЫ. УДК 616-079:616.233+616.24-006.4
2. Нуднов Н. В., Чхиквадзе В. Д., Конторович Д. С. Лучевые методы в диагностике и определении тактики хирургического лечения первично-множественного карциноида легких. Вестник рентгенологии и радиологии. 2021;102(4):227-231. <https://doi.org/10.20862/0042-4676-2021-102-4-227-231>.
3. Райхлин Н.Т., Букаева И. А., Смирнова Е. А. и др. Пролиферативная активность, степень злокачественности и прогноз при карциноидных опухолях легких. Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2012; 23(4): 17-24.
4. Дерижанова И. С., Резникова Г. Л. // Вопросы онкологии. 1985. № 4. С. 21-26