

## НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНАЯ КАРЦИНОМА ЛЕГКОГО КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Каммаев К. А.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет), (ул. Большая Пироговская, д. 2, стр. 4, Москва, 119435, Россия)

Каммаев Керим Абдурахманович, Университетская клиническая больница № 4, врач-эндоскопист

### РЕЗЮМЕ

Для переписки:

Каммаев  
Керим  
Абдурахманович  
Kerim A.  
Kammaev

e-mail:

kerim.  
kammaev95  
@mail.ru

За 2020 год было зарегистрировано 2,2 миллиона новых случаев заболевания раком легкого, основной формой которого является немелкоклеточный рак (85%).

Немелкоклеточный рак легкого имеет 3 подтипа: аденокарцинома, крупнокле-

точный и плоскоклеточный рак. На долю плоскоклеточного рака легкого приходится примерно 20-40% от всех случаев рака легких. Плоскоклеточный рак легкого сопряжен с неблагоприятным исходом, с 5-летней выживаемостью не превышающей 18%.

**Ключевые слова:** рак легкого, немелкоклеточный рак легкого, плоскоклеточный рак легкого, химиотерапия при плоскоклеточном раке, лечение плоскоклеточного рака.

Информация о конфликте интересов: конфликт интересов отсутствует.

Информация о спонсорстве: данная работа не финансировалась.

**Для цитирования:** Каммаев К. А. Немелкоклеточная карцинома легкого. Клиническая эндоскопия. 2024;66(3):62-65. doi: 10.31146/2415-7813-endo-66-3-62-65

## NON-SMALL CELL LUNG CARCINOMA. CLINICAL CASE

K. A. Kammaev

First Moscow State Medical University named after I. M. Sechenov (Sechenov University), (2, bild. 4, Bolshaya Pirogovskaya str., Moscow 119435, Russia)

Kerim A. Kammaev, University Clinical Hospital No. 4, endoscopist

### SUMMARY

In 2020, 2.2 million new cases of lung cancer were reported. The main form of lung cancer is non-small cell carcinoma (85%). Non-small cell lung cancer has 3 subtypes: adenocarcinoma, large cell and squamous

cell carcinoma. Squamous cell lung cancer occurs in 20-40% of all lung cancers. Squamous cell lung cancer is associated with an unfavorable outcome. 5-year survival rate not exceeding 18%.

**Keywords:** lung cancer, non-small cell lung cancer, squamous cell lung cancer, chemotherapy for squamous cell carcinoma, treatment of squamous cell carcinoma.

Information on conflicts of interest: there is no conflict of interest.

Sponsorship Information: This work was not funded.

**For citation:** Kammaev K. A. Non-small cell lung carcinoma. *Filin's Clinical endoscopy*. 2024;66(3):62-65. (in Russ.) doi: 10.31146/2415-7813-endo-66-3-62-65

EDN: IZSDSC



## ВВЕДЕНИЕ

По данным GLOBOCAN [1] за 2020 год было зарегистрировано 2,2 миллиона новых случаев заболевания раком легкого. Основными формами рака легких являются немелкоклеточный рак (85%) и мелкоклеточный рак (15%) [2, 3]. Гистологически немелкоклеточный рак легкого подразделяют на три основных подтипа: аденокарцинома, крупноклеточный и плоскоклеточный рак [2]. На долю плоскоклеточного рака легкого приходится примерно 20–40% от всех случаев рака легких [4, 5, 6]. Ввиду того, что плоскоклеточный рак легкого часто диагностируется на поздних стадиях, он приводит к неблагоприятному исходу [2, 5]. Рак легких, являясь лидером в смертности от рака [1, 5], при плоскоклеточном подтипе имеет 5-летнюю выживаемость не превышающую 18% [3, 4].

## ЦЕЛЬ ДЕМОНСТРАЦИИ

Продemonстрировать наше клиническое наблюдение, в ходе которого пациенту с немелкоклеточным раком нижней доли правого легкого, перед лобэктомией, было проведено 6 сеансов химиотерапии с полным ответом опухоли на проведенное лечение.

## НАШ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациента А. в начале 2023 года беспокоил сухой кашель. ИМТ 27,78 кг/м<sup>2</sup>, состояние удовлетворительное, при перкуссии ясный легочный звук, при аускультации дыхание проводилось во все отделы, патологические хрипы не выслушивались, ЧД – 18 в мин, сатурация O<sub>2</sub> 96%.

### Результаты инструментальных методов исследований

В начале июня 2023 года выполнили КТ ОГК. В нижней доле правого легкого в центральных

отделах S10 неправильной ближе к овальной форме образование с неровными контурами, тяжами в окружающую легочную ткань, перифокальной узкой полоской «матового стекла». Размеры образования 45х42мм, нативная КТ плотность +32ед.Х. При контрастном усилении неоднородное накопление контрастного вещества (Рис. 1–2.).

При эндоскопическом осмотре бронхов, в B10 правого легкого визуализировали новообразование обтурирующее просвет бронха, у его устья (Рис. 3–4). Выполнена биопсия.

### Результаты морфологического исследования

Заключение. Морфология соответствует карциноме, предположительно, плоскоклеточной.

Заключение. ИГХ-картина свидетельствует в пользу инвазивного плоскоклеточного рака.

### В конце июня 2023 года ВТС справа

В проекции базальных сегментов нижней доли правого легкого визуализировали объемное образование размером около 4 см с втяжением париетальной плевры над ним. В проекции дуги непарной вены увеличенные конгломераты паратрахеальных лимфоузлов от 20 до 30 мм. При биопсии распад л/у с выделением густого белесоватого содержимого.

### Результаты морфологического исследования

Микроскопическое описание: В препаратах лимфатический узел, лимфоидная ткань в котором частично вытеснена опухолью, представленной солидными полями, единичными ацинарными структурами и гнездами с крупными очагами комедо-некроза. Опухоль построена из клеток с выраженными признаками клеточной атипии и ядерного полиморфизма. Отмечали участки экстракапсулярного распро-

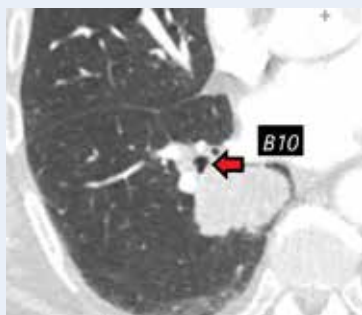


Рис. 1. Аксиальная плоскость

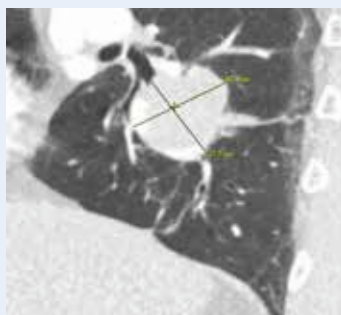


Рис. 2. Сагитальная плоскость

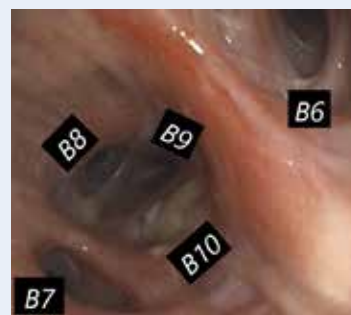


Рис. 3. Правый нижнедолевой бронх

странения опухоли и множественные фокусы лимфо-васкулярной инвазии.

**Заключение:** В присланном материале ткань лимфатического узла с метастазом, вероятнее всего, лимфоэпителиального типа плоскоклеточной карциномы G3, с обширными очагами комедо-некроза и выраженными признаками клеточной атипии и полиморфизма, отмечаются участки экстракапсулярного распространения опухоли и множественные фокусы лимфо-васкулярной инвазии.

При ИГХ-исследовании с 4 антителами: к TTF1 и CK7 отсутствовала экспрессия в клетках опухоли, к p63 выраженная ядерная экспрессия в более дифференцированных участках опухоли, к CK5 – выраженная экспрессия в ткани опухоли.

**Заключение.** Результаты ИГХ-исследования укладывались в картину метастаза низкодифференцированной плоскоклеточной карциномы G3, лимфоэпителиального типа.

Пациенту А. выставили диагноз: плоскоклеточный центральный рак нижней доли правого легкого cT2b N2M0, IIIA стадия. С июля по октябрь 2023 года пациенту А. провели 6 курсов химиотерапии.

Во второй половине декабря 2023 года, Пациент А. был госпитализирован в торакальное хирургическое отделение УКБ№ 4 им. И. М. Сеченова.

#### Результаты инструментальных методов исследований

При МСКТ ОГК очагов опухоли в легком нет. На границе 6 и 10 сегментов правого легкого полостная структура 24х38 мм с толщиной стенки до 2 мм, с наличием внутриполостных перегородок. В 8 сегменте справа субплеврально воздушная булла 28 мм. В средостении дополнительных образований, увеличенных лимфатических узлов нет (Рис. 5–7).

При бронхоскопии очагов опухоли в В10 нет (Рис. 8–9).

#### В рамках госпитализации выполнили ВТС справа, нижнюю лобэктомию, расширенную медиастистинальную ЛАЭ

При ревизии в плевральной полости тотальный спаечный процесс, канцероматоза плевры не выявили. В проекции базальных сегментов нижней доли правого легкого визуализировали очаг с втянутой, инъецированной сосудами плеврой над ним. Выделили и пересекли артерию и вену нижней доли. При дальнейшей ревизии выявили дополнительную венозную ветвь к нижней доле от нижнедолевой вены – клипировали. Нижнедолевой бронх мобилизован и пересечен.

Паренхиматозный мостик пересечен. Выполнена медиастинальная лимфодиссекция.

#### Результаты морфологического исследования

**Макроскопическое описание:**

1. «Бифуркационные лимфатические узлы» – множественные фрагменты буро – желтого цвета общим размером 4,5х3х1,2 см, на разрезе с уплотнениями серого и черного цвета до 1,5 см.
2. «Паратрахеальные лимфатические узлы» – множественные фрагменты буро – желтого цвета общим размером 5х3х1,2 см.
3. «Нижняя доля» – доля лёгкого размерами 13,5х12х3,5 см, деформирована, опухоль не определяется, оценить вовлеченность плевры трудно, на сохранившихся участках плевры патологических процессов нет. Культи бронха 0,2 см. В поверхность разреза выступает участок размерами 3х2х1 см, мягкой консистенции, с участками сероватого, белесоватого цвета. Имелись незначительные уплотнения, макроскопически при выполнении серийных срезов достоверно опухоли не выявили.

**Микроскопическое описание:**

1. В препарате выявили 9 лимфатических узлов с выраженными артефициальными изменениями с антракозом, с перифокальным фиброзом, с ангиоматозом и синус-гистиоцитозом, с очагами фиброза. Данных за метастатическое поражение не выявили.
2. В препарате выявили крупные нервные стволы и 6 лимфатических узлов с изменениями аналогичными, описанными в предыдущем пункте.
3. В ткани легкого участки эмфиземы, ателектаза, признаки хронического бронхита, очаговое повышенное количество измененных толстостенных сосудов с извитым контуром стенки и с аневризмоподобными выпячиваниями. В одном из кусочков, на протяжении 1х0,6 см, выявили очаговые некробиотические изменения, с перифокальным фиброзом и очаговым гемосидерозом, с лимфоцитарными инфильтратами. Опухолевого роста в паренхиме легкого и в крае резекции бронха достоверно не выявили.

**Заключение.** С учетом данных анамнеза (плоскоклеточная карцинома, выявленная при бронхбиопсии и при биопсии паратрахеального лимфатического узла, 6 курсов химиотерапии) морфологическая картина может быть



Рис. 4. В10

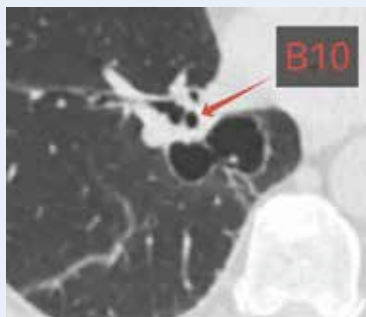


Рис. 5. Аксиальная плоскость

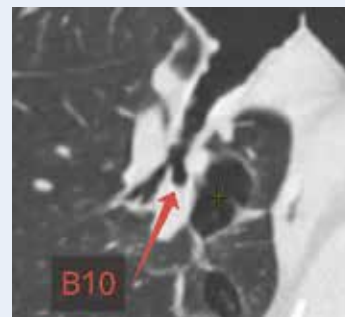


Рис. 6. Фронтальная плоскость

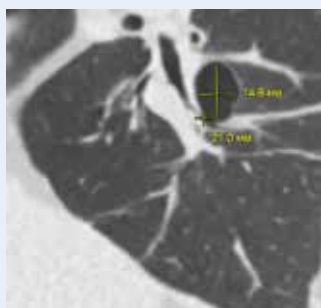


Рис. 7. Сагитальная плоскость

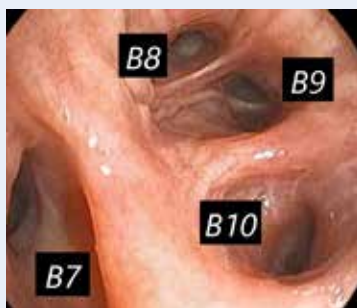


Рис. 8. Правый базальный бронх



Рис. 9. В10

условно расценена как полный ответ опухоли на проведенную химиотерапию – отсутствие опухолевых клеток.

На 9-е сутки после оперативного вмешательства пациент А. в удовлетворительном состоянии, активизирован, раны заживали первичным натяжением. На рентгенографии груди легкие расправлены, пневмоторакса и гидроторакса нет. Пациент А. выписан под

амбулаторное наблюдение кардиолога, хирурга, онколога по месту жительства.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Плоскоклеточный рак легкого плохо поддающийся лечению, в данном клиническом наблюдении дал полный ответ на проведенную химиотерапию.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Sung H., Ferlay J., Siegel R. L., Laversanne M., Soerjomataram I., Jemal A., Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021 May;71(3):209–249. doi: 10.3322/caac.21660.
2. Herbst R. S., Heymach J. V., Lippman S. M. Lung cancer. *N Engl J Med.* 2008 Sep 25;359(13):1367–80. doi: 10.1056/NEJMr0802714.
3. Chen Z., Fillmore C. M., Hammerman P. S., Kim C. F., Wong K. K. Non-small-cell lung cancers: a heterogeneous set of diseases. *Nat Rev Cancer.* 2014 Aug;14(8):535–46. doi: 10.1038/nrc3775.
4. Shi X., Dong A., Jia X., Zheng G., Wang N., Wang Y., Yang C., Lu J., Yang Y. Integrated analysis of single-cell and bulk RNA-sequencing identifies a signature based on T-cell marker genes to predict prognosis and therapeutic response in lung squamous cell carcinoma. *Front Immunol.* 2022 Oct 14;13:992990. doi: 10.3389/fimmu.2022.992990.
5. Li Y., Gu J., Xu F., Zhu Q., Ge D., Lu C. Transcriptomic and functional network features of lung squamous cell carcinoma through integrative analysis of GEO and TCGA data. *Sci Rep.* 2018 Oct 26;8(1):15834. doi: 10.1038/s41598-018-34160-w.
6. Roberts M., Ogden J., Hossain A. S.M., Chaturvedi A., Kerr A. R.W., Dive C., Beane J. E., Lopez-Garcia C. Interrogating the precancerous evolution of pathway dysfunction in lung squamous cell carcinoma using XTABLE. *Elife.* 2023 Mar 9;12: e77507. doi: 10.7554/eLife.77507.