

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВНУТРИСОСУДИСТОЙ ОПУХОЛИ ПРАВОЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Русинов В.В., Мотус И.Я., Паршин В.Д. Сабадаш Е.В., Дьячков И.А.

ФГБУ «УНИИФ» Минздрава РФ, г. Екатеринбург

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии УГМУ

THE CLINICAL CASE OF INTRAVASCULAR TUMOR OF THE RIGHT PULMONARY ARTERY

Rusinov V.V., Motus I., Parshin V., Sabadash E., Dyachkov I.

The Ural State medical university, Russia

The Ural Research Institute for Phthisiopulmonology, Russia

Department of phthiology and pulmonology Ural State Medical University

Резюме. Представлен случай хирургического лечения плеоморфной саркомы правой легочной артерии. Пациенту было проведена правосторонняя пневмонэктомия, резекция и пластика ствола легочной артерии ксеноперикардом в условиях искусственного кровообращения и лазерная резекция метастазов единственного левого легкого.

Ключевые слова: саркома легочной артерии, плеоморфная саркома, тромбоз ветвей легочной артерии

Summary. There is present a case of surgical treatment of pleomorphic sarcoma of the right pulmonary artery in the article. The patient was had a right pneumonectomy, resection and reconstruction of the pulmonary artery trunk by xenopericardium in cardiopulmonary bypass and laser resection of metastases only the left lung.

Keywords. Sarcoma of the pulmonary artery, pleomorphic sarcoma, thrombosis of the pulmonary artery branches.

Введение. Опухоли сердечно-сосудистой системы представляют большую редкость, особенно внутрисосудистые опухоли легочной артерии. Впервые опухоль основного ствола легочной артерии была описана патологоанатомом из Санкт-Петербурга М. Mandelshtamm в 1923 г. [2]. В

последующем появлялись отдельные публикации единичных наблюдений опухолей легочной артерии, представленных как патологоанатомами, так и хирургами, которые в общей сложности не превышают нескольких сотен [1, 3, 4]

Описание клинического случая. Больной Г., 47 лет, поступил в ФГБУ СО «ПТД» г. Екатеринбург в феврале 2012 года с жалобами на общую слабость, кровохарканье до 300 мл, снижением массы тела до 20 кг за последние 2-3 месяца. Заболевание началось с октября 2011 года, когда на фоне полного благополучия появилась резкая слабость, утомляемость, тянущая боль в правой половине грудной клетки и тогда же впервые возникло кровохарканье. Неоднократно обращался за медицинской помощью в различные стационары по месту жительства.

Объективный статус при поступлении: состояние средней степени тяжести, кожа и видимые слизистые бледные. При аускультации легких дыхание в нижних отделах справа резко ослабленное, хрипов нет. Специфическая природа заболевания была исключена. После проведенной КТ ОГК и ангиопульмонографии (рис. 1,2) в марте 2012 года, обнаружено образование средостения с инвазией в правую легочную артерию с тотальным тромбозом её ветвей, лимфаденопатия средостения, ТЭЛА субсегментарных ветвей легочной артерии слева. Множественные новообразования в правом легком (mts?, инфаркт пневмония?). В апреле 2012 года Пациента Г., 47 лет был направлен в ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН для определения дальнейшей тактики лечения.

23 апреля 2012 года больному выполнена полная продольная стернотомия. Правосторонняя пневмонэктомия. Резекция и пластика ствола легочной артерии ксеноперикардом в условиях искусственного кровообращения. Послеоперационный период осложнился свернувшимся гемитораксом справа. Проводилось несколько плевральных пункции, при которых гемолизированная кровь в общем объеме 600 мл была удалена. Дренажи из плевральной полости были удалены на 3 сутки после операции.

Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Состояние больного значительно улучшилось, в удовлетворительном состоянии был выписан домой под наблюдение терапевта (пульмонолога), торакального хирурга, кардиохирурга по месту жительства.

При исследовании макропрепарата в легочной артерии определялся рост серовато плотноватой ткани закрывающей просвет сосуда. Ткань образования местами с желтоватыми участками и местами с кистозными полостями, заполненными желтой прозрачной жидкостью. Протяженность опухоли 14 см, в месте наибольшего утолщения (бифуркация на верхнюю и нижнедолевую артерии) шириной до 3 см. Гистологическое исследование удаленного препарата выявило в просвете крупного ствола легочной артерии и ее стенке рост плеоморфной высоко злокачественной саркомы. Опухоль достигала крупных ветвей бифуркации на верхней и нижнедолевой артерии, роста в более мелких по калибру сосудах не обнаружено. Местами опухолевая ткань прорастала в адвентицию сосуда, но не переходила на рядом идущую стенку долевого бронха и ткань легкого, имелось прорастание в один лимфатический узел корня легкого. Заключение: Плеоморфная саркома правой легочной артерии pT4N1M0 с полной обтурацией её просвета и прорастанием легочного ствола.

При плановой КТ ОГК (рис. 3) в марте 2014 года в единственном левом легком появилось 4-е свежих очаговых образований от 6 до 15 мм. В мае 2014 года Больной Г., 49 лет поступает в ЛХО УрНИИФ г. Екатеринбург с диагнозом множественные шаровидные образования (mts?) нижней доли единственного левого легкого. После обследования и консультации с онкологом в ГУЗ СООД г. Екатеринбург показано проведение адьювантной ХТ «А1» после плановой операции.

22.05.14 г. в УрНИИФ выполнена резекция метастазов при помощи лазера единственного левого легкого в S₆, S₇ и S₉. Послеоперационный период проходил без особенностей. Дренаж из плевральной полости удален на 5-е сутки.

Гистологический материал был представлен полиморфными вытянутыми клетками с крупными гиперхромными ядрами, а также округлыми клетками с крупными гиперхромными ядрами. Заключение: Полиморфноклеточная саркома с опухолевыми эмболами в просветах кровеносных сосудов. Гистологическая картина опухолевых узлов соответствует удаленной в 2012 году интимальной саркоме легочной артерии. Процесс стоило рассматривать как гематогенные метастазы первичной опухоли. Больной был выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение онколога по месту жительства.

В дальнейшем проводились адьювантные курсы химиотерапии «А1» в условиях ГУЗ СООД г. Екатеринбург. В настоящее время пациент продолжает получать необходимые курсы ХТ под наблюдением онколога по месту жительства.

Выводы. Представленное наблюдение заслуживает внимания как редкая внутрисосудистая опухоль с обтурацией правой ветви легочной артерии, которую удалось удалить хирургическим путем. Однако прогноз при саркомах легочной артерии, как правило, неблагоприятен. Средняя продолжительность жизни после выявления заболевания и лечения составляет 1 год [1]. Имеются отдельные наблюдения успешного лечения саркомы легочной артерии с 5-летним результатом [3]. В нашем наблюдении больному через 2 года потребовалось ещё одно оперативное вмешательство в связи с прогрессированием первичной опухоли в оставшемся левом легком.

Литература

1. Харченко В.П., Галил-Оглы Г.А., Кузьмин И.В. Саркомы легочных сосудов. В кн.: Онкоморфология легких. М.; 1994: 121—2.
2. Mandelstamm M. Über primäre Neubildungen des Herzens. Virchows Arch. Pathol. Anat. 1923; 245 (1): 43—54.

3. Mattoo A., Fedullo P.F., Kapelanski D., Ilowite J.S. Pulmonary artery sarcoma: A case report of surgical cure and 5-year follow-up chest. 2002; 122 (2): 745—4.

4. Yamada N., Minato N., Ikeda K. et al. Surgical treatment of primary pulmonary artery tumor: two cases of malignant fibrous histiocytoma and leiomyosarcoma. Jpn. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2003; 51 (10): 557—61.