

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Наумова Н.В., Романчук Л.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Приводится случай из практики первично-множественного рака желудка и рака легкого с малосимптомным течением и поздней диагностикой заболевания. Сочетание данной патологии представляет клинический интерес для врачей-терапевтов, рентгенологов, онкологов.

Ключевые слова: *первично-множественный рак, рак желудка, рак легкого, сложности диагностики.*

В связи с ростом общей онкологической заболеваемости возрастает и частота первично-множественных злокачественных опухолей. По данным отечественных и зарубежных авторов, частота развития первично-множественных злокачественных новообразований составляет 5-21% [4]. Поэтому выявление, а также своевременное лечение пациентов с предопухолевыми заболеваниями и доброкачественными опухолями, отбор лиц в группы повышенного риска заболеваемости раком приобретает важное практическое значение для своевременной диагностики полинеоплазий.

Обычно группы повышенного риска заболеваемости раком среди этих пациентов формируются на основании общеклинических данных, к сожалению, недостаточно информативных. Поэтому поиск объективных диагностических тестов, которые помогли бы установить критерии малигнизации, возможно, даже до морфологического его проявления, является важнейшей задачей.

Диагностика первично-множественных опухолей сложна тем, что они не дают характерных для каждой опухоли клинических проявлений. В одних случаях отсутствуют или нечетко очерчены клинические признаки обеих опухолей, в других - одна опухоль сопровождается выраженными симптомами, а проявления второй опухоли остаются слабовыраженными или скрываются за "масками" неопухолевых заболеваний. В таких случаях возникают сложнейшие ситуации в расшифровке истинного характера патологического процесса. Трудности диагностики множественных опухолевых поражений зачастую приводят к неверной интерпретации данных, получаемых при клиническом обследовании онкологического пациента. Кроме того, после выявления одной злокачественной опухоли, как правило, исключается возможность существования другой, и поэтому не производится не только целенаправленное исследование других отделов органа, в котором развилась злокачественная опухоль, но и других органов.

Типичные диагностические ошибки, возникающие при основных локализациях злокачественных опухолей относятся, в основном, к врачебным. К ним можно отнести такие, как недооценка состояния пациента, неполное обследование, переоценка или недооценка результатов диагностических методов, неправильное клиническое мышление. В силу чего складывается порочная тенденция рассматривать подобных пациентов как инкурабельных, что ведет к отказу от проведения специфического лечения - единственной возможности продлить, а в ряде случаев сохранить им жизнь и даже трудоспособность.

Классически первично-множественные опухоли во времени возникновения разделяются на синхрон-

ные (возникшие одновременно) и метахронные (возникшие через определенные промежутки времени). Синхронно-метахронный и метахронно-синхронный типы возникновения могут встречаться при тройной и более комбинации опухолей.

Первые упоминания о раке легкого среди первично-множественных злокачественных опухолей относятся к началу XX века. С. Hansemann (1904) на 1000 вскрытий в 5 обнаружил две первичные злокачественные опухоли, из них в одном - рак легкого и рак желудка. Рак легкого при первичной множественности наиболее часто встречается у мужчин в возрасте 50-69 лет (81,9%), у женщин - 40-59 лет (61,7%). Наиболее часто рак легкого сочетается со злокачественными опухолями шейки и тела матки, молочной железы, желудка, слизистой оболочки полости рта, губы и кожи [2].

В данной работе мы приводим пример клинического наблюдения редкого сочетания плоскоклеточного рака легкого и аденокарциномы желудка при малосимптомном течении неопластического процесса, вызвавшем трудности диагностики на догоспитальном этапе.

Пациент М. 79 лет, находился на лечении в терапевтическом отделении ГКБ №3 г. Гродно с 26.09.2014 г. по 21.10.2014 г. Поступил с жалобами на повышение АД, общую слабость, редкий сухой кашель, дискомфорт в эпигастрии, вздутие живота после приема пищи. Направлен участковым терапевтом в терапевтическое отделение с диагнозом: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз. АГ 2 риск 4 Н1. Анемический синдром средней степени тяжести. В анамнезе ИБС около 2 лет, повышение АД отмечает более 5 лет, ХОБЛ (стаж курения более 40 лет). Амбулаторно принимал бисопролол, полокард. В стационаре ранее не обследовался. Ухудшение самочувствия отмечал около месяца назад, когда появился диспептический синдром. После обращения за медицинской помощью был направлен участковым терапевтом в стационар.

Объективное обследование: общее состояние - удовлетворительное. При осмотре отмечена бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Периферические лимфоузлы не увеличены. Индекс массы тела 21. Органы дыхания: аускультативно - дыхание везикулярное ослабленное с обеих сторон. Сердечно-сосудистая система: АД 130/80 мм рт.ст. ЧСС 90 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушен 1 тон, акцент 2 тона во 2 межреберье справа от грудины. Органы пищеварения: живот не напряжен, слегка болезненный в эпигастриальной области. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации. При глубокой пальпации органов брюшной полости патологии не выявлено. Патологиче-

ских изменений со стороны других внутренних органов при объективном обследовании не выявлено.

Проведено лабораторное обследование: общий анализ крови (ОАК) – лейкоциты - 9,6.10⁹/л; нейтрофилы - 65,1%; лимфоциты - 18,5%; моноциты - 13,5%; эозинофилы - 2,3%; базофилы - 0,6%; эритроциты - 3,1.10¹²/л; гемоглобин - 89 г/л; тромбоциты - 561. 10⁹/л; СОЭ-37.

Биохимический анализ крови (БАК): общий белок - 66г/л, альбумин - 32,4 г/л, мочевины - 5,2 ммоль/л, холестерин - 3,0 ммоль/л, билирубин - 9,0 ммоль/л, глюкоза - 5,7 ммоль/л, железо - 11,1 мкмоль/л, ГГТП - 17,1 ЕД/л, АсАт - 16 ЕД/л, АлАТ - 10 ЕД/л.

Группа крови - O(1), резус-фактор – положительный.

Коагулограмма: АЧТВ-23,0; МНО-0,85; протромбиновое время - 13,0; тромбиновое время - 4,8; гематокрит - 28.

Общий анализ мочи (ОАМ): удельный вес-1025; рН-6,0; белок-нет; сахар-отрицательный; лейкоциты-0-1 в поле зрения.

Электрокардиограмма (ЭКГ): ритм синусовый, положение электрической оси сердца - вертикальное, вольтаж в норме, диффузное нарушение реполяризации в миокарде левого желудочка.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, предстательной железы — патологии не выявлено.

Учитывая наличие анемического синдрома, а также характер жалоб пациента проведена фиброгастро-дуоденоскопия с взятием биопсии - слизистая пищевода эрозивна; в антральном и препилорическом отделе желудка отмечается инфильтрация слизистой бугристого вида, при инструментальной пальпации плотная, легко ранимая. Препилорический отдел стенозирован, проходим. В луковице двенадцатиперстной кишки множественные полипы 0,5х0,5 см. Биоптат – гистологически - аденокарцинома.

Проведена рентгенография желудка - пищевод свободно проходим, контуры ровные, желудок расположен горизонтально, тотальное поражение тела желудка с наличием дефектов наполнения. Перистальтика вялая, поверхностная, прослеживается в средней трети по большой кривизне. Пилорический отдел проходим (рис.1-4).



Рисунок 1 - Рентгенограмма желудка с контрастным диабаром (с первыми глотками). Натощак в желудке содержится большое количество содержимого, желудок растянут, увеличен в объеме, контрастный барий собирается в синусе желудка в виде чаши

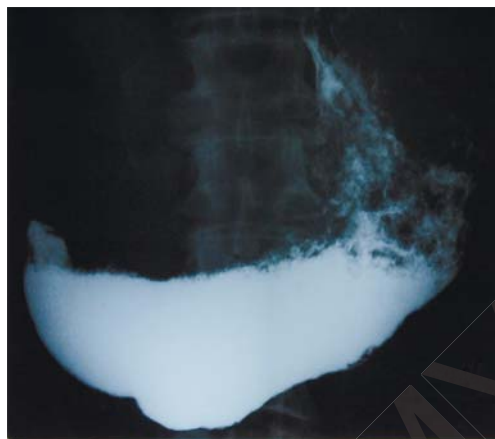


Рисунок 2 - Тугое положение желудка в положении стоя. При приеме 200 мл контрастного бария последний заполнил антральный отдел и нижнюю треть тела желудка, где отмечается нечеткость и неровность угла желудка и малой кривизны антрального отдела



Рисунок 3 - Рентгенограмма в положении лежа на спине – тугое заполнение желудка

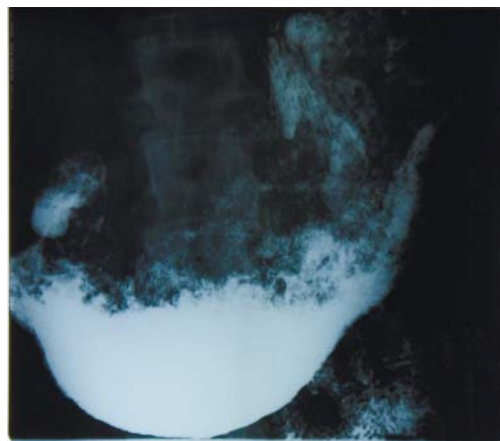


Рисунок 4 - Эвакуация контрастного вещества желудка через 6 часов – субкомпенсированный стеноз привратника

Пациенту проведена рентгенографическое обследование органов грудной клетки (ОГК) с диагностической целью (рис. 5).



Рисунок 5 - На обзорной рентгенограмме грудной клетки отмечается снижение пневматизации третьего, четвертого и пятого сегмента справа. Малоструктурный корень правого легкого, частичная релаксация правого купола диафрагмы

Данная рентгенологическая картина не характерна для метастатического процесса, подобные изменения патогномичны для центрального рака правого легкого, в связи с чем проведена фибробронхоскопия. Результат – при бронхоскопии отмечена сужение и деформация просвета третьего, четвертого и пятого сегментов правого лёгкого за счёт инфильтрации слизистой, контактная кровоточивость. При биопсии получены клетки плоскоклеточного рака.

Литература

1. Давыдов М. И., Полоцкий Б.Е. Новое в терапии рака легкого.- М., 2003, - 200 с.
2. Трахтенберг А. Х. Рак легкого.- М.: Медицина, 1987,- 304 с.
3. Харченко В. П., Чхиквадзе В.Д. Бронхопластические операции в хирургии рака легкого // Вопр. онкологии, 1990.- т.34. - №10. - 26с.
4. Poon R. T., Law S. Y., Chu K. M., et al. Multiple primary cancers in esophageal squamous cell carcinoma: incidence and implications. // Ann. Thorac. Surg.1998. -v.65. №6. - p.1529-1534.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) ОГК – в проекции бронха С3 верхней доли правого лёгкого определяется узловое образование с неровными лучистыми контурами 20x23x19 мм. Гиповентиляция С3. В средостении прослеживаются бифуркационные лимфатические узлы 12x6 мм. Жидкости в плевральных полостях не выявлено.

В соответствии с полученными клинико-рентгенологическими, инструментальными и гистологическими и данными выставлен клинический диагноз: Первично-множественный рак: рак желудка Т3NхM0 2 ст. центральный рак правого лёгкого Т2N2M0 3 ст 4 кл гр. ХОБЛ 2 ст. Диффузный пневмосклероз. ДН 2. ИБС: атеросклеротический кардиосклероз. АГ 2 риск 4 Н I.

Для дальнейшего дообследования и решения вопроса тактики лечения пациент был направлен в УЗ «Гродненская областная клиническая больница» Областной онкологической диспансер.

Выводы

1. Трудности диагностики связаны с недостаточной начестью врача при обследовании больного на выявление онкологической патологии в целом, и в особенности первично-множественных локализаций опухолевого процесса.
2. Длительное малосимптомное течение неопластического процесса приводит к поздней обращаемости пациентов за медицинской помощью, в связи с чем диагностика заболевания происходит на стадии, не позволяющей применить эффективные методы лечения.
3. При выявлении у пациентов злокачественного заболевания необходимо проведение всестороннего обследования не только с целью уточнения возможного метастазирования, но и для исключения наличия первично-множественных локализаций опухолей.

Literatura

1. Davy'dov M. I., Polockij B.E. Novoe v terapii raka legkogo.- M., 2003, - 200 s.
2. Traxtenberg A. X. Rak legkogo.- M.: Medicina, 1987,- 304 s.
3. Xarchenko V. P., Chxikvadze V.D. Bronxoplasticheskie operacii v xirurgii raka legkogo // Vopr. onkologii, 1990.- t.34. - №10. - 26s.
4. Poon R. T., Law S. Y., Chu K. M., et al. Multiple primary cancers in esophageal squamous cell carcinoma: incidence and implications. //Ann. Thorac. Surg.1998. -v.65. №6. - p.1529-1534.

PRIMARY MULTIPLE MALIGNANT TUMORS: DIFFICULTIES OF DIAGNOSTICS IN THE PRACTICE OF PHYSICIAN

Naumova N.V., Romanchuk L.N.

Educational Establishment "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

The article describes a case from the practice of primary multiple cancer of the stomach and lung cancer, with oligosymptomatic course and late diagnosis of the disease. The combination of this disease is of clinical interest for physicians, radiologists, oncologists.

Key words: *multiple primary cancer, stomach cancer, lung cancer, difficulty of diagnosis.*

Адрес для корреспонденции: e-mail: av_naumov@mail.ru

Поступила 28.05.2015