

А.А. Овчинников, Р.В. Середин, В.П. Середин

## Случай первичной солитарной плазмоцитомы трахеи

ММА им. И.М. Сеченова, кафедра факультетской хирургии № 2; городская клиническая больница № 61, Москва

А.А. Ovchinnikov, R.V. Seredin, V.P. Seredin

## A case of primary solitary plasmocytoma of trachea

Термин "плазмоцитома" в настоящее время применяется для всех лимфопролиферативных процессов, морфологическим субстратом которых является злокачественная пролиферация плазматических клеток. Заболевание относится к группе гемобластозов, т. е. злокачественных опухолей гемопоэтической ткани. Как правило, плазмоцитома бывает множественной и локализуется в костном мозге. В зарубежной литературе генерализованная форма заболевания называется "множественной миеломой", "болезнью Рустицкого–Калера", в отечественной литературе больше распространен термин "миеломная болезнь".

Далримпл (1846), Бенс–Джонс (1848) и Макинтайнер (1850) [1] впервые описали заболевание, характе-

ризующееся болями в костях, размягчением и повышенной хрупкостью костей, а также наличием в моче особой термолабильной белковой субстанции. О.А. Рустицкий (1873) подробно описал патологоанатомическую картину, а Калер (1889) представил клинико-морфологический и патогенетический анализ заболевания.

Миеломная болезнь обычно встречается у лиц старше 40 лет (средний возраст — 65 лет). Распространенность заболевания в России, США и западноевропейских странах составляет в среднем 3 человека на 100 тыс. населения [1].

Классическая клиническая картина заболевания включает в себя триаду: костно-мозговой плазмоци-

Таблица  
Описанные в литературе наблюдения экстрамедуллярной плазмоцитомы бронхолегочной локализации  
(P. Sherwitz et al., 1997)

№	Автор	Год	Пол	Возраст	Локализация	Диагноз	Лечение	Генерализация
1	Gordon J.	1942	Ж	30	л в / д	п. опер.	Лобэктомия	н / д
2	Hill L.	1944	Ж	3	л н / д + в / д	п. опер.	Пневмонэктомия	–
3	Childress W.	1944	М	37	л в / д	п. опер.	Атипичная резекция	–
4	Childress W.	1948	М	21	п ср / д + в / д	п. опер.	Сегментарная резекция	–
5	Rozsda St.	1948	М	56	п в / д	пункц. биоп.	Не проводилось	+
6	Rozsda St.	1949	М	69	п в / д	п. опер.	Пневмонэктомия	–
7	Cotton B.	1949	Ж	57	л в / д	п. опер.	Лобэктомия	–
8	Kuley M.	1949	Ж	30	п корень	пункц. биоп.	Облучение	–
9	Kennedy J.D.	1954	М	17	ср / д бронх	п. опер.	Нижняя билобэктомия	–
10	Kennedy J.D.	1957	М	66	трахея	эндобиопсия	Бронхоскопическое удаление + клиновидная резекция	–
11	Romanoff H.	1957	Ж	17	п в / д	п. опер.	Сегментарная резекция	–
12	Kilburn K.	1957	М	47	л корень	п. опер.	Энуклеация опухоли	–
13	Kinare S.G.	1965	Ж	10	л в / д + н / д	п. опер.	Пневмонэктомия	–
14	Mazumdar P.	1969	М	45	п н / д бронх	п. опер.	Нижняя билобэктомия	–
15	Wile A.	1976	М	40	л н / д	п. опер.	Пневмонэктомия	–
16	Baroni C.D.	1975	М	14	п в / д	п. опер.	Лобэктомия + химиотерапия	–
17	Amin R.	1977	М	63	п в / д	пункц. биоп.	Облучение	+
18	Amin R.	1978	Ж	66	п в / д	пункц. биоп.	Облучение	+
19	Amin R.	1980	Ж	72	л н / д	п. опер.	Лобэктомия + облучение	+
20	Cousineau S.	1982	М	56	л н / д бронх	п. опер.	Пневмонэктомия	–
21	Chin K.	1983	М	61	плевра л в / д	п. опер.	Резекция плевры	+
22	Morinaga S.	1985	Ж	54	л н / д + бронх + корень	эндобиопсия	Лобэктомия	–
23	Joseph G.	1992	М	79	п. корень	п. опер.	Ср. лобэктомия	–
24	Eigene	1996	М	67	л в / д бронх	п. опер.	Облучение	–

Примечание: л — лево; п — право; ср / д — средняя доля; в / д — верхняя доля; н / д — нижняя доля; п. корень — корень правого легкого; н. д. — нет данных; "–" — генерализация не выявлена; "+" — генерализация выявлена; п. опер. — диагноз установлен после оперативного вмешательства; пункц. биоп. — пункционная биопсия; эндобиопсия — биопсия при бронхоскопии.

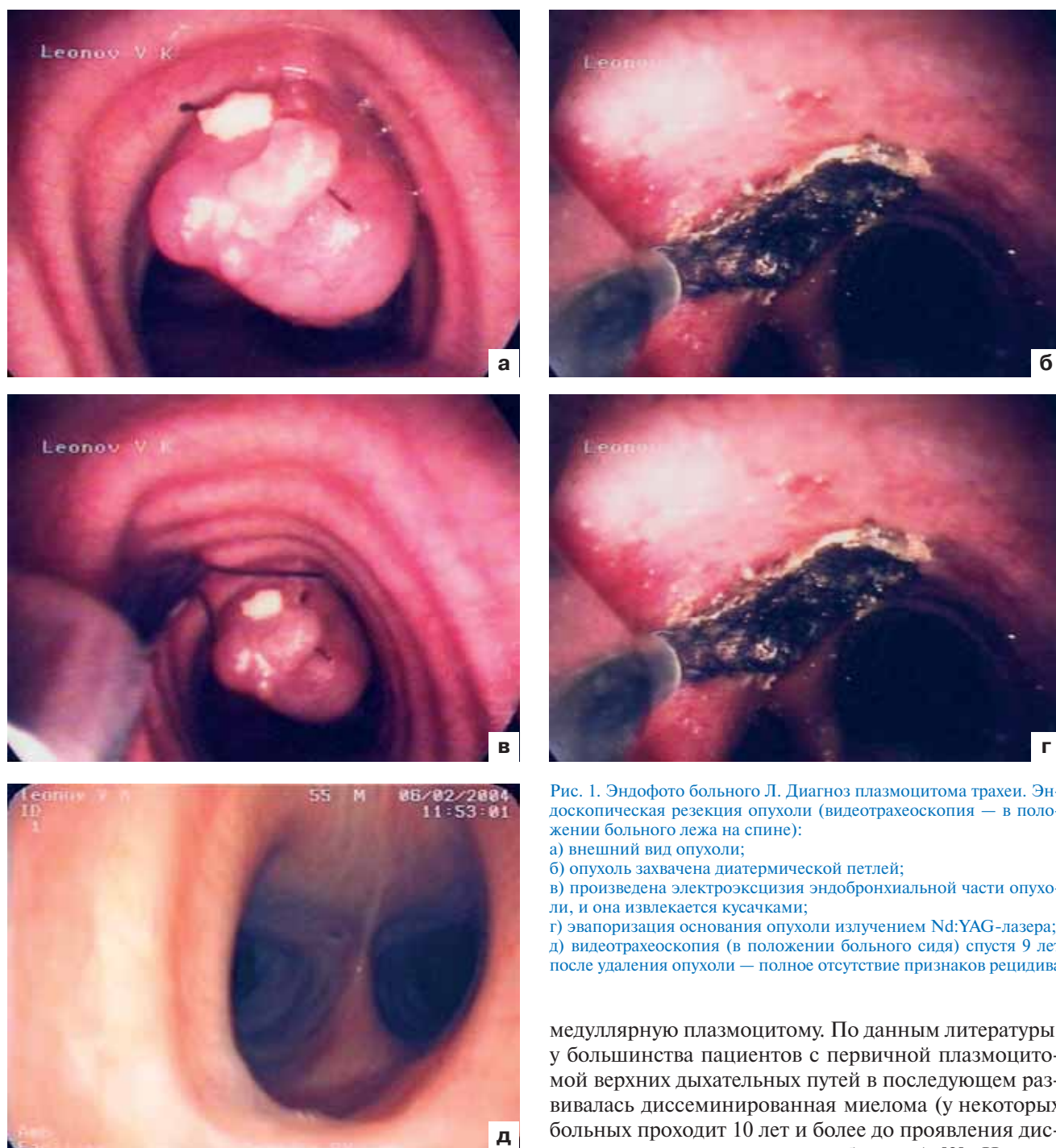


Рис. 1. Эндофото больного Л. Диагноз плазмоцитома трахеи. Эндокопическая резекция опухоли (видеотрахеоскопия — в положении больного лежа на спине): а) внешний вид опухоли; б) опухоль захвачена диатермической петлей; в) произведена электроэксцизия эндобронхиальной части опухоли, и она извлекается кусачками; г) эвапоризация основания опухоли излучением Nd:YAG-лазера; д) видеотрахеоскопия (в положении больного сидя) спустя 9 лет после удаления опухоли — полное отсутствие признаков рецидива

тоз ( $> 10\%$ ), литические повреждения костей и парапротеинемию (при электрофоретическом фракционировании сыворотки крови на белковые фракции выявляется резкое (пикообразное) повышение в области гамма-глобулиновой фракции — т. н. М-компонент, в анализе мочи парапротеинемия может отражаться наличием белка Бенс-Джонса).

Кроме классической генерализованной формы заболевания выделяют 2 важных варианта болезни: солитарную костную плазмоцитому (при которой обнаруживается единичный костный дефект без костномозгового плазмозитоза) и, более редкую, экстра-

медуллярную плазмоцитому. По данным литературы, у большинства пациентов с первичной плазмоцитомой верхних дыхательных путей в последующем развивалась диссеминированная миелома (у некоторых больных проходит 10 лет и более до проявления диссеминированной миеломной болезни) [2]. Некоторые авторы эти локальные формы заболевания считают фазами развития генерализованной миеломы.

Согласно различным источникам в мировой литературе на настоящий момент были описаны около 500 наблюдений этого заболевания [3]. Существует мнение, что характер патологического процесса зависит от локализации опухоли. Так, плазмоцитомы полости рта и носоглотки по своему клиническому течению в большинстве случаев являются злокачественными, а плазмоцитомы гортани и трахеи — доброкачественными. Существуют разногласия по поводу лечения данного заболевания. Одни авторы считают достаточным хирургическое вмешательство, другие отдают

предпочтение лучевому лечению, имеются сторонники лучевого воздействия и химиотерапии.

Значительно реже встречается солитарная экстрамедуллярная плазмоцитома другой локализации — в коже [4], в легких [5]. За последние 60 лет в литературе были описаны 24 наблюдения плазмоцитомы бронхолегочной локализации [6] (таблица). Возраст пациентов варьировался от 3 до 79 лет. Гистологический диагноз до операции был установлен у 5 из 24 пациентов на основании данных трансторакальной и эндобронхиальной биопсии. Только в 1 случае опухоль локализовалась в трахее, и была предпринята попытка эндоскопического удаления опухоли, которая была дополнена открытым вмешательством — локальным иссечением стенки трахеи. В остальных 23 наблюдениях опухоль имела различную бронхолегочную локализацию. Лечение, как правило, было оперативным и заключалось в удалении пораженной части органа. Кроме пневмон-, лоб- и билобэктомий были выполнены резекции (в 2 случаях — сегментарная, в 1 — атипичная), в 4 случаях применялась толь-

ко радиотерапия, в 3 — комбинированное лечение (хирургическое вмешательство сочеталось в 2 случаях с лучевой и в 1 — с химиотерапией). Генерализация процесса была выявлена у 5 больных.

Приводится наблюдение заболевания с локализацией опухоли в трахее.

Пациент Л. 1949 г.р., по профессии журналист, поступил в торакальное отделение 61-й ГКБ 10.01.95 с жалобами на сухой кашель, одышку и затруднение дыхания при физической нагрузке. Болен с июня 1994 г. В ноябре этого же года был госпитализирован в терапевтическое отделение 63-й ГКБ с диагнозом обструктивный бронхит. При диагностической фибробронхоскопии выявлена экзофитная подвижная опухоль, располагающаяся в нижней трети трахеи. Выполнена щипковая биопсия, при гистологическом исследовании поставлен диагноз — карциноид. Больной переведен в торакальное отделение 61-й ГКБ для оперативного лечения.

При поступлении — состояние удовлетворительное. В общем анализе крови обнаружено повышение СОЭ до 20 мм / ч. 11.01.95 выполнена трахеоскопия ригидным бронхоскопом под наркозом. В нижней части трахеи на расстоянии 2,3 см от бифуркации располагалась экзофитная округлая опухоль диаметром около 1,5 см на узком основании (рис. 1а). С помощью диатермической петли произведена ее электроэксцизия (рис. 1б). Опухоль захвачена кусачка-

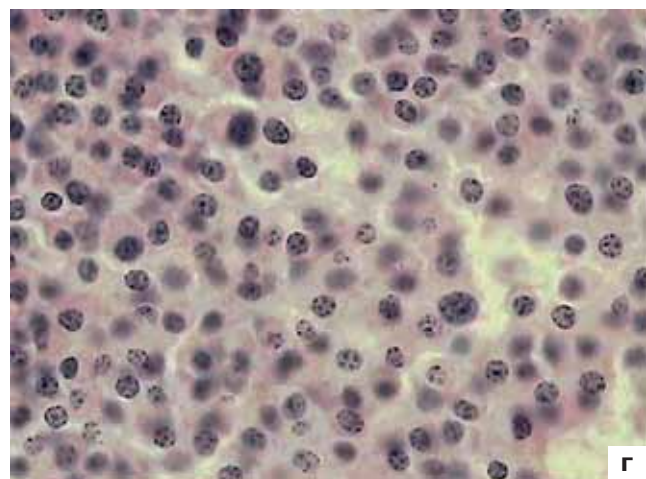
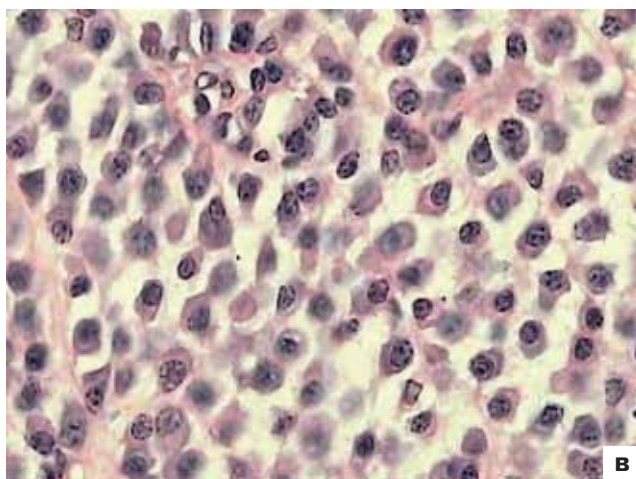
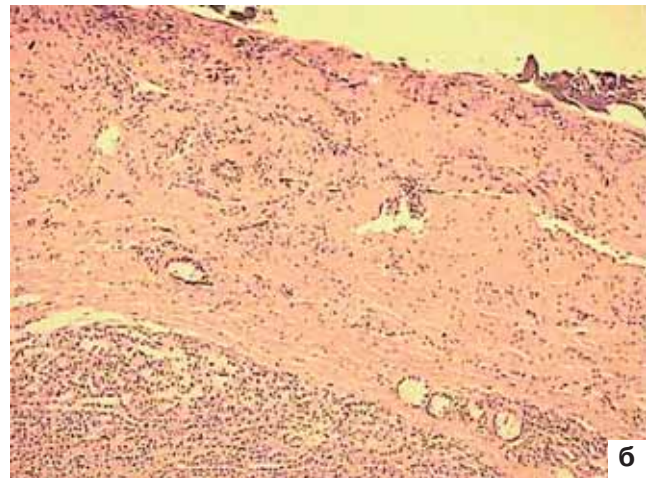
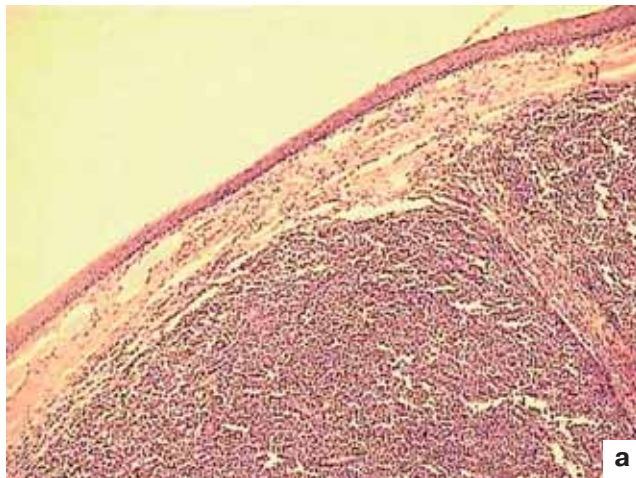


Рис. 2. Микрофотографии опухоли:

а) фиброзная капсула опухоли, покрытая респираторным эпителием с эпидермоидной метаплазией. Окрашка гематоксилином и эозином,  $\times 200$ ; б) участок опухоли в месте электроэксцизии: видна зона коагуляционного некроза за фиброзной капсулой, т. е. опухоль удалена в пределах здоровых тканей. Окрашка гематоксилином и эозином,  $\times 200$ ; в) плазматические клетки круглой или овальной формы с эксцентрически расположенными ядрами и резко базофильной цитоплазмой. Окрашка гематоксилином и эозином,  $\times 900$ ; г) типичное для плазматических клеток строение ядра: радиальное расположение хроматина — "колесо со спицами". Окрашка гематоксилином и эозином,  $\times 900$

ми и извлечена (рис. 1в). Основание опухоли (знак диаметра) 0,8 см дополнительно коагулировано излучением YAG-неодимового лазера (рис. 1г). 13.01.95 больной выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Макроскопически удаленная ткань представляла округлое опухолевидное образование размерами  $1,8 \times 1,5 \times 1,5$  см, на разрезе — серо-розового цвета, мягкоэластической консистенции. При патогистологическом исследовании выявлена плазмоцитома с участками альвеолярного строения с фиброзной капсулой, покрытой респираторным эпителием с плоскоклеточной метаплазией (рис. 2а). Рост опухоли экзофитный, опухоль прорастает в стенку трахеи до уровня желез подслизистого слоя, которая удалена в пределах здоровых тканей (рис. 2б). Удаленная опухоль представлена плазматическими клетками округлой или овальной формы с характерно базофильной цитоплазмой. Ядра круглой или овальной формы расположены эксцентрично (рис. 2в). По периферии ядерной оболочки радиально располагаются грубые темные глыбки конденсированного хроматина, нередко имеющие треугольную форму и придающие ядру вид колеса со спицами или циферблата часов (рис. 2г). Диагноз гистоцитомы подтвержден ведущим научным сотрудником Онкологического научного центра РАМН Натальей Александровной Пробатовой и профессором кафедры патологической анатомии ММА им И.М.Сеченова — Евгенией Александровной Коган.

После операции у больного исчезли симптомы легочного заболевания, он чувствовал себя здоровым человеком, активно работал, жалоб не предъявлял.

В феврале 2004 г. при трахеобронхоскопии признаков местного рецидива опухоли не выявлено (рис. 1д), изменений в периферической крови не обнаружено, в анализе мочи белковые тела Бенс-Джонса не выявлены. Все клинические и биохимические показатели (включая белковые фракции) — в пределах нормы. На рентгенограммах легких изменений нет. При рентгенологическом исследовании костей черепа, кистей и стоп — патологических изменений не выявлено. Таким образом, при контрольном обследовании спустя 9 лет признаков местного рецидива опухоли и генерализации процесса не выявлено, что позволяет считать проведенное лечение радикальным. Больной находится под наблюдением клиники.

Солитарные плазмоцитомы эндобронхиальной локализации чрезвычайно редко встречаются в кли-

нической практике. Иногда врач в течение всего периода своей профессиональной деятельности может не встретиться с данной патологией. Единого подхода к лечению данного заболевания в настоящее время не существует. Одни авторы считают достаточным хирургическое вмешательство, другие отдают предпочтение лучевому лечению, много сторонников комбинированного лечения и химиотерапии. В доступной литературе нам не удалось найти описание наблюдения успешных эндоскопических вмешательств при эндобронхиальной локализации плазмоцитомы. Представленное нами наблюдение показывает возможность радикального удаления солитарных плазмочитом эндобронхиальной локализации при бронхоскопических вмешательствах.

## Литература

1. Мокеева Р.А., Лемберг А.А., Новикова Э.З., Хохлова М.П. Миеломная болезнь. В кн.: Петровский Б.В. (ред.) БМЭ. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия; 1981; т. 15: 149—154.
2. Rosai J., ed. Ackerman's surgical pathology. 8-th ed. St. Louis: Mosby-Year Book Inc.; 1996; vol. 1: chapt. 7, 303.
3. Ваккер А.В. Плазмоцитомы ЛОР-органов. Мед. новости 2001; 8: 68—70.
4. Разнатовский И.М., Аронсон В.Б., Мошколова И.А. и др. Солитарная первичная плазмоцитома кожи. Журн. дерматовенерол. и косметол. 1996; 1: 30—32.
5. Hasleton P.S., ed. Spencer's pathology of the lung. 6-th ed. New York: Mc-Graw-Hill; 1996; chapt. 29: 970; chapt. 33: 1123—1124.
6. Sherwitz P., Kruger I., Eidt S. Extramedullary plasmocytoma of the bronchial system. Chirurgh 1997; 68 (8): 821—824.

Поступила 11.04.05  
© Коллектив авторов, 2005  
УДК 616.231-006.447-021.3