

В.А.Ахмедов¹, И.А.Сезина², А.Н.Кузовкин², А.Л.Керученко²

Метастатическое поражение сердца как проявление злокачественного новообразования легкого

1 – ГОУ ВПО "Омская государственная медицинская академия": 644043, Омск, ул. Ленина, 12;

2 – БУЗОО "Медико-санитарная часть № 9": 644018, Омск, ул. 5-я Кордная, 73

V.A.Akhmedov, I.A.Sezina, A.N.Kuzovkin, A.N.Keruchenko

Metastatic heart involvement as lung carcinoma complication

Key words: lung carcinoma, cardiac metastases.

Ключевые слова: рак легкого, метастаз в сердце.

Метастазы различных злокачественных опухолей в сердце встречаются значительно чаще, чем первичные его опухоли и составляют 6–20 % всех аутопсий с новообразованиями [1].

Подавляющее большинство метастатических опухолей различных отделов сердца относится к карциномам, реже встречаются саркомы [2].

Метастазы злокачественных новообразований иногда проявляются в виде одиночных или множественных мелких плотных узелков, иногда описывается диффузная инфильтрация [3]. Описывается также эмболия элементами опухоли коронарных артерий или их сдавление извне с развитием инфаркта миокарда.

В большинстве наблюдений первичные опухоли локализируются в бронхах, однако в ткани легких встречаются метастазы рака пищевода, печени, щитовидной железы, шеи, матки и других органов [4].

Метастазы рака в сердце и прорастание опухолей легких в ткань сердца в подавляющем большинстве случаев протекают бессимптомно из-за быстрого прогрессирования первичной опухоли и обнаруживаются только на аутопсии. В редких случаях они обуславливают появление клинических признаков сердечной недостаточности, различных аритмий и нарушений внутрисердечной проводимости [5].

Иногда первичные опухоли легких и их метастазы могут протекать под маской диссеминированного туберкулеза легких. Иллюстрацией этому может служить представленное клиническое наблюдение.

Больной Ч. 56 лет, без определенного места жительства, 12.09.12 поступил в Клинический противотуберкулезный диспансер № 4 Омска в порядке неотложной помощи с диагнозом двусторонний диссеминированный туберкулез легких, фаза инфильтрации и распада.

Жалобы при поступлении: влажный кашель со скудной слизистой мокротой, одышка при физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки, верхней челюсти и животе в течение последних 3 дней перед поступлением в стационар, умеренная слабость, потливость, снижение аппетита.

В анамнезе: болен туберкулезом в 2008 г., курит много лет, индекс курящего человека – 240.

При осмотре состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение активное. Пониженного питания. Кожные покровы бледные, с серым оттенком, обнаружен выраженный акроцианоз. Пальпируются подчелюстные и паховые периферические лимфатические узлы, безболезненные, без признаков нагноения. Грудная клетка

бочкообразная, дыхание ослаблено, выслушиваются множественные влажные хрипы, наиболее выраженные справа. Частота дыхательных движений – 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Частота сердечных сокращений – 117 в минуту, артериальное давление – 102 / 64 мм рт. ст. Температура тела – 37,7 °С. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка пальпаторно и перкуторно не увеличены. Периферических отеков не обнаружено.

Анализ крови: лейкоциты – $12,7 \times 10^9$ / л; скорость оседания эритроцитов – 47 мм / ч; гипохромная анемия (эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ / л, гемоглобин – 87 г / л); биохимический анализ крови: повышение трансаминаз (аланинаминотрансфераза – 68 Ед. / л, аспартатаминотрансфераза – ≤ 57 Ед. / л). При рентгенографии органов грудной клетки – картина диссеминированного поражения легких, расцененная как туберкулез (рис. 1). Показатели внешнего дыхания: жизненная емкость легких (ЖЕЛ) – 27 %; объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁) – 35 %; отношение ЖЕЛ / ОФВ₁ – 129 %; пиковый экспираторный поток – 38 %; максимальная объемная скорость выдоха на уровне 25–75 % форсированной ЖЕЛ – 83 %.

В течение 93 дней проводилась активная противотуберкулезная терапия, больной получал бронхолитики, витамины, однако состояние прогрессивно ухудшалось и 15.12.12 наступила смерть при явлениях прогрессирующей дыхательной недостаточности.

Заключительный клинический диагноз

Основное заболевание: двусторонний диссеминированный туберкулез легких, фаза инфильтрации и распада.

Осложнения: легочно-сердечная недостаточность III степени. Интоксикация. Кахексия. Полиорганная недостаточность. Правосторонний экссудативный плеврит. Анемия тяжелой степени.

Сопутствующие заболевания: хронический гнойно-обструктивный бронхит. Кардиомиопатия смешанного генеза. Хронический гастродуоденит. Токсический гепатит. Хронический отит.

На аутопсии: труп мужчины среднего возраста, правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы чистые, бледные, с незначительным цианозом носогубного треугольника и кистей рук. Сердце увеличено за счет правых отделов. Листки перикарда, плевральная поверхность диафрагмы, париетальная и висцеральная брюшина – с множественными белесоватыми

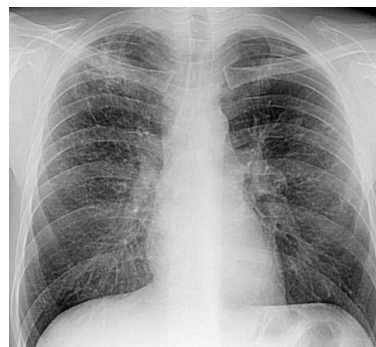


Рис. 1. Рентгенография легких больного Ч.: 2-сторонняя диссеминация легких

бляшковидными образованиями диаметром $\leq 0,5$ см, местами сливающимися между собой.

Легкие — неравномерной тестовато-эластической консистенции. На разрезе: паренхима правого легкого серо-красного цвета, мелкосетчатого вида, с черной тягистостью. В средней доле правого легкого определяется сероватое плотное опухолевидное образование размером $4 \times 3 \times 3,5$ см, на разрезе желтовато-сероватого цвета, без четких границ, не связанное с бронхом. Левое легкое темно-красного цвета с множественными белесоватыми опухолевидными образованиями эластической консистенции диаметром $\leq 1,0$ см. Лимфатические узлы переднего и заднего средостения, бронхопульмональные — плотные, диаметром $\leq 1,5$ см, на разрезе серо-черные. Вдоль левой венечной артерии в области верхушки определяется белесоватые опухолевидные образования диаметром $\leq 0,5$ см, эластической консистенции, местами сливающиеся между собой. Миокард на разрезе имеет вид вареного мяса, дряблый, волокнистый, неравномерного кровенаполнения. Во всех отделах ткани поджелудочной железы — белесоватые множественные узелки диаметром $\leq 0,5$ см, аналогичные описанным. В мозговом веществе правого надпочечника обнаружено округлое белесоватое опухолевидное образование диаметром 2,5 см.

При гистологическом исследовании в стенке среднедолевого бронха и окружающей ткани правого легкого определяются пласты полиморфных уродливых клеток с гиперхромными полигональными крупными ядрами со скудной цитоплазмой, напоминающие плоские, с множественными очагами некроза — плоскоклеточный неороговевающий рак (рис. 2). В левом легком, правом надпочечнике, сосудах и ткани поджелудочной железы, лимфатических узлах, диафрагме, брюшине, большом сальнике — метастазы плоскоклеточного рака. В перикарде, эпикарде, миокарде, просвете сосудов — метастазы плоскоклеточного неороговевающего рака (рис. 3). На основании макро- и микроскопического исследования был сформулирован следующий патологоанатомический диагноз:

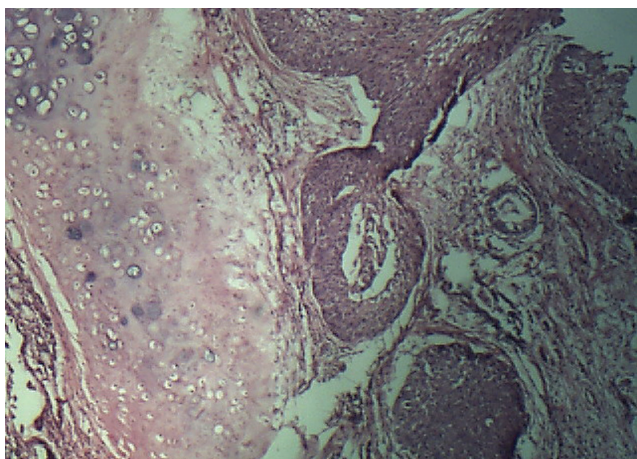


Рис. 2. Правый среднедолевой бронх: плоскоклеточный неороговевающий рак в стенке с прорастанием до хрящевой пластинки

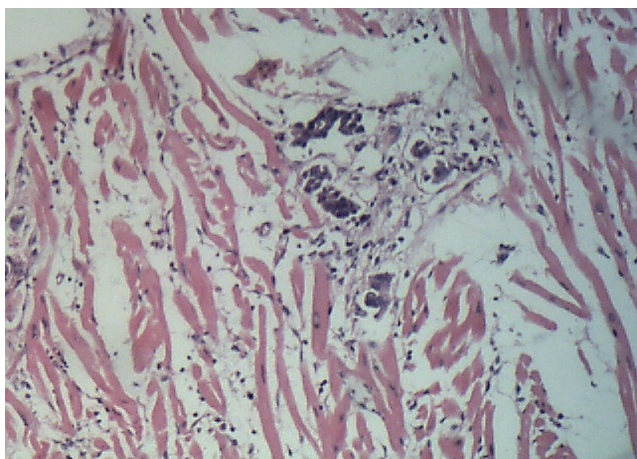


Рис. 3. Миокард левого желудочка сердца: метастаз плоскоклеточного рака (преимущественно в просветах сосудов)

Основное заболевание: центральный плоскоклеточный распадающийся неороговевающий рак правого среднедолевого бронха с прорастанием в перибронхиальную ткань легкого. Метастазы рака в лимфатических узлах бифуркации трахеи, переднего и заднего средостения, в диафрагме, перикарде, миокарде, правом надпочечнике, поджелудочной железе, левом легком. Канцероматоз париетальной и висцеральной брюшины T3 N2 M1.

Осложнения: раковая кахексия; отек легких.

Сопутствующее заболевание: хронический дуоденит; хронический отит.

Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов основного заболевания — не диагностирован рак легкого. Категория 2. Причина — неправильная трактовка рентгенографии легких. Признаков туберкулеза на аутопсии не обнаружено.

Особенностью представленного наблюдения является распространенное метастазирование рака легкого у мужчины средних лет. Характерный анамнез (длительный период асоциального образа жизни) и заболевание туберкулезом в прошлом в сочетании с результатами общеклинических и рентгенологических методов исследования позволили установить диагноз двусторонний диссеминированный туберкулез легких, однако при аутопсии были обнаружены признаки центрального плоскоклеточного распадающегося неороговевающего рака правого среднедолевого бронха с прорастанием в перибронхиальную ткань легкого, который давал сходную с диссеминированным туберкулезом рентгенологическую картину. Еще одной довольно редкой особенностью представленной клинической демонстрации являются выявленные метастазы плоскоклеточного неороговевающего рака в сердце с вовлечением в процесс перикарда, эпикарда и миокарда.

Литература

1. Cheruvu B., Cheruvu P., Boyars M. An unusual case of metastasis to the left side of the heart: a case report. J. Med. Case Rep. 2011; 5: 23.
2. Son J.W., Hong G.R. Unusual left ventricular endocardial metastasis from primary lung cancer. J. Cardiovasc. Ultrasound. 2012; 20 (3): 157–160.
3. Ngow H.A., Wan Khairina W.M. Cardiac metastasis: a rare involvement of primitive neuroectodermal tumour of the lung. Pathol. Oncol. Res. 2011; 17 (3): 771–774.
4. Tastekin E., Usta U., Ege T. et al. Cardiac metastasis of hepatocellular carcinoma in a young non-cirrhotic patient, to the left ventricle. Ann. Hepatol. 2012; 11 (3): 392–394.
5. Kavanagh M.M., Janjanin S., Prgomet D. Cardiac metastases and a sudden death as a complication of advanced stage of head and neck squamous cell carcinoma. Coll. Antropol. 2012; 36: 19–21.

Информация об авторах

Ахмедов Вадим Адильевич — д. м. н., профессор кафедры факультетской терапии ГОУ ВПО "Омская государственная медицинская академия"; тел.: (3812) 31-96-97; e-mail: v_akhmedov@mail.ru

Сезина Инесса Анатольевна — врач патологоанатомического отделения БУЗОО "Медико-санитарная часть № 9"; тел.: (3812) 56-14-39; e-mail: nesiksez@yandex.ru

Кузовкин Александр Николаевич — заведующий патологоанатомическим отделением БУЗОО "Медико-санитарная часть № 9"; тел.: (3812) 56-14-39; e-mail: Ra9mdr@mail.ru

Керученко Александр Леонидович — к. м. н., заведующий терапевтическим отделением БУЗОО "Медико-санитарная часть № 9"; тел.: (3812) 56-14-42; e-mail: zurih69@gmail.com

Поступила 09.04.13

© Коллектив авторов, 2013

УДК 616.24-006-033.2:611.12