

О.А.Трусов, А.Л.Черняев, Н.Л.Лысова

## АДЕНОКИСТОЗНЫЙ РАК ТРАХЕИ

Кафедра патологической анатомии лечебного факультета РГМУ, НИИ пульмонологии  
Минздрава РФ, Москва

Аденокистозный рак — злокачественная эпителиальная опухоль характерного кривозного строения. Встречается только в трахее и крупных бронхах, составляя 20—35% от всех форм рака трахеи. Аденокистозный рак занимает 2-е место после плоскоклеточных форм рака [1,2]. По данным *H.Nomori et al.* [7] аденокистозный рак обнаружен в 9 случаях из 1988 аутопсий. *J.G.Gilbert et al.* [4] описали 546 опухолей трахеи (503 — 92% у взрослых и 43 — 8% у детей), из которых 49% были злокачественными.

Аденокистозный рак обнаруживается с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин в возрасте от 18 до 82 лет, чаще в возрасте 45—47 лет. Макроскопически описан рост опухоли в виде полипа или кольца, плотной консистенции, белого или серо-розового цвета. Слизистая оболочка трахеи не изменена или изъязвлена, опухоль прорастает вдоль стенки и через хрящ в окружающую ткань.

Гистологически аденокистозный рак характеризуется инфильтративным радиальным ростом, высоким ядерно-цитоплазматическим соотношением в клетках опухоли, кривозными и микрокистозными структурами. Возможно метастазирование в легкие, кости, печень, головной мозг.

Клинические симптомы зависят от места расположения опухоли и гистологической структуры. При высоком расположении опухоли развиваются ларингеальные симптомы. Одним из первых клинических симптомов в 50—70% наблюдений является стридорозное дыхание за счет сужения просвета трахеи [3,6]. Эта симптоматика, по данным *H.C.Grillo* [5], появляется через 18 месяцев от начала развития опухоли. Для аденокистозного рака характерно наличие длительного продуктивного кашля, одышки, лихорадки: при длительной обструкции бывает кровохарканье за счет изъязвления опухоли и развивается кахексия [7].

Приводим собственное наблюдение аденокистозного рака трахеи.

Больная М., 74 лет, поступила в реанимационное отделение городской клинической больницы № 57 2 апреля 1997 года с диагнозом: Ишемическая болезнь сердца, состояние после клинической смерти, синдром слабости синусового узла. Реанимационные мероприятия начаты в машине "скорой помощи" и продолжены в

реанимационном отделении больницы. Со слов сопровождающих родственников удалось выяснить, что последние несколько лет больная страдает бронхиальной астмой, последнее время спала сидя, нарастала одышка.

За два часа до поступления больная внезапно потеряла сознание, отмечено редкое дыхание, частота дыхания 1—2 в минуту, пульс не определялся, на ЭКГ частота сердечных сокращений (ЧСС) составляла 30 в минуту. Врачом скорой помощи внутривенно введено 4,0 мл норадреналина на 1 л физиологического раствора. На этом фоне возникла фибрилляция в течение 20—30 секунд. После введения 1,0 мл адреналина восстановился синусовый ритм, ЧСС стала 100 в минуту. Больной проводилась инфузионная терапия, были введены гормоны и вазопрессоры.

При поступлении в клинику больная без сознания, кома IV, состояние расценено как крайне тяжелое за счет отека головного мозга. В реанимационном отделении больная переводится на аппарат искусственной вентиляции легких. АД — 120/70 мм рт. ст. Проводится инфузионная терапия. Больная получала клафоран, ампиокс, гентамицин, эуфиллин, дигоксин, дексазон, MgSO<sub>4</sub>. При осмотре — отеки нижних конечностей, в легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет, без сознания, кома III ст., температура тела 38,5°C, мочеиспускание произвольное. Анализ крови: Hb — 127—119 г/л, лейкоциты 10,6×10<sup>9</sup>/л, палочк. 8%, сегмент. 78%, лимфоциты 11%, моноциты 2%, СОЭ — 5 мм/час. Сахар крови 3,6 ммоль/л, общий белок 58,9 г/л, мочевины 8,6 ммоль/л, креатинин 124 мкмоль/л. Через сутки от поступления больная умерла.

Заключительный клинический диагноз: ИБС: коронарокардиосклероз, острая сердечно-сосудистая недостаточность. Состояние после реанимационных мероприятий. Осложнения: отек головного мозга, отек легких. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, пневмосклероз, бронхиальная астма.

На аутопсии: труп женщины правильного телосложения, обычного питания. На коже передней брюшной стенки старый послеоперационный рубец длиной 15 см. В сосудах основания головного мозга единичные фиброзные бляшки. Вещество головного мозга на разрезе блестящее, в области подкорковых ядер с двух сторон очаги размягчения мозговой ткани, пестрого вида, размерами 2,5×2×1,5 см справа и 3×3×2,5 см слева. Серозные полости сухие. Сердце размерами 10×9×6 см, толщина миокарда левого желудочка 1,5 см, правого — 0,2 см. Миокард однородный во всех отделах, буровато-коричневый. На интима венечных артерий сердца и аорты единичные фиброзные бляшки. Поверхность почек мелкозернистая, с единичными рубцовыми западениями. В верхней доле левого легкого обнаружены выступающие над поверхностью разреза плотные безвоздушные очажки серовато-красного цвета, от 0,5 до 1,0 см в диаметре, располагающиеся в 2—5 сегментах. Слизистая оболочка трахеи бледно-розовая, на 4 см ниже голосовой щели определяется опухолевидное образование, выступающее в просвет трахеи и суживающее его на 70%, плотное на ощупь, сочного вида, беловато-розового цвета, размерами 3,5×2,0×2,0 см, прорастающее на всю толщу стенки трахеи (рис.1,а). Паратрахеальные лимфатические узлы увеличены в объеме до 0,5 см в диаметре, плотноватые, беловато-розовые на разрезе.

При микроскопическом исследовании опухоли трахеи обнаружена следующая картина: злокачественная эпителиальная опухоль характерного кривозного строения; клетки опухоли формируют

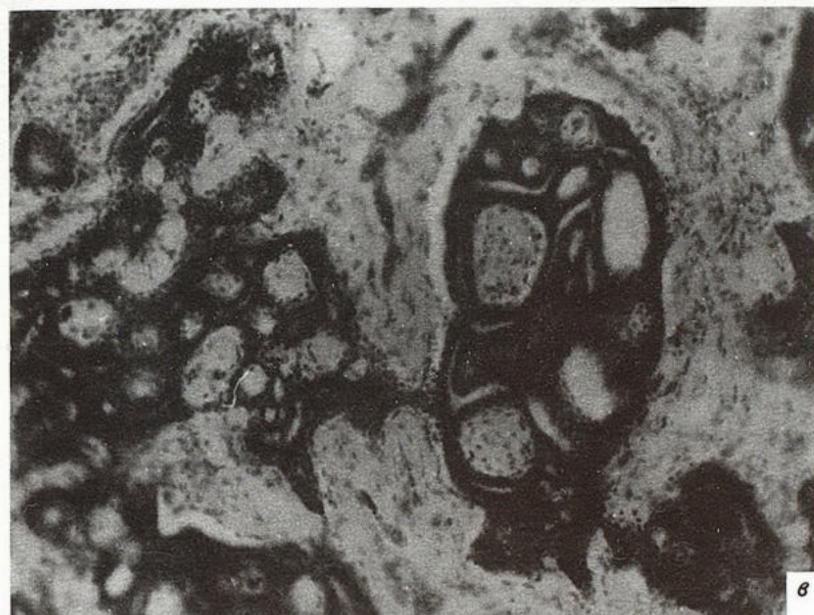
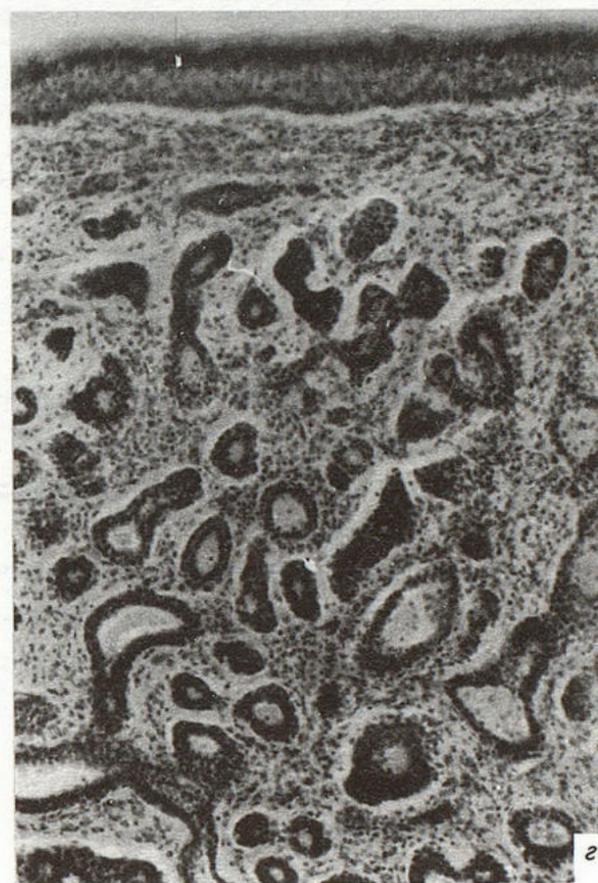
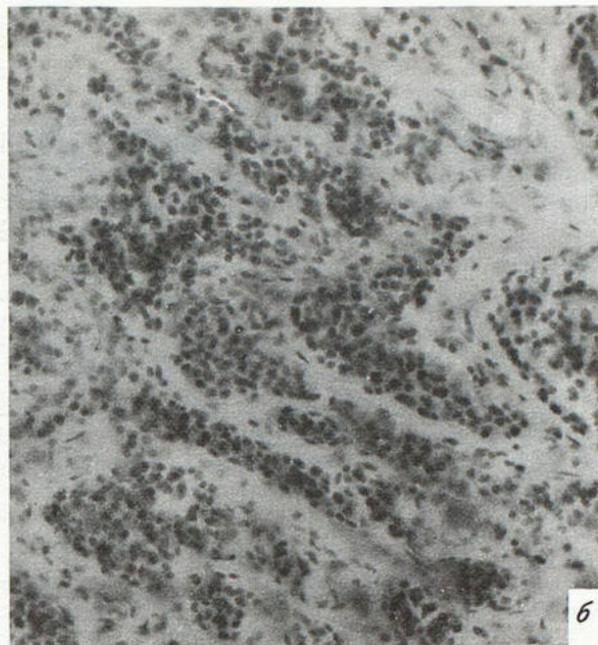
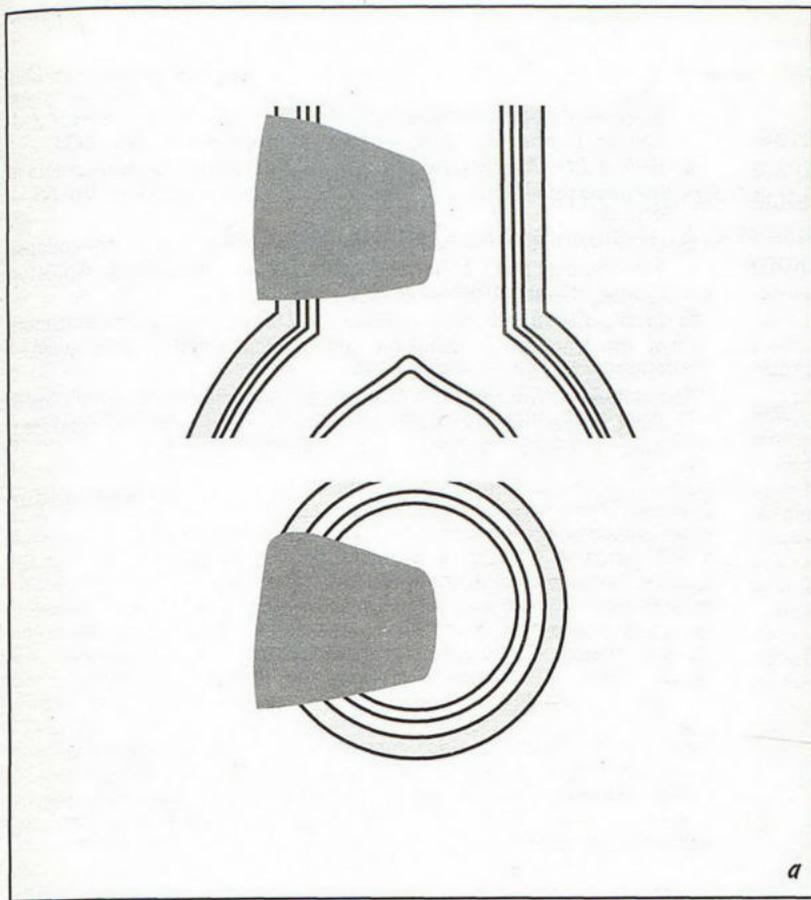


Рис. 1. Макро- и микроскопическая картина аденокистозного рака трахеи.

а) схема роста опухоли и сужения трахеи; б) аденокистозные структуры опухоли,  $\times 200$ ; в) трабекулярное расположение клеток опухоли,  $\times 200$ ; г) распространение аденокистозных структур в подслизистом слое при сохранном эпителиальном пласте,  $\times 100$ ; б-г) окраска гематоксилином и эозином.

структуры, напоминающие небольшие протоки, или, располагаясь в виде сплошных полей, образуют мелкие кистозные пространства, придающие опухоли кружевной вид (рис. 1, б-г).

Патологоанатомический диагноз: основное заболевание: Аденокистозный рак трахеи. Метастазы рака в паратрахеальные лимфатические узлы. Искусственная вентиляция легких. Осложнения: Ишемические инфаркты подкорковых ядер с обеих сторон, очаговая

пневмония верхней доли левого легкого, отек легких и головного мозга, дистрофия миокарда, печени. Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь (гипертрофия миокарда левого желудочка, масса сердца 380 г.). Атеросклероз аорты, артерий сердца и головного мозга. Артерио-артериолонефросклероз. Старая операция холецистэктомии. Непосредственной причиной смерти явились отек головного мозга и пневмония.

Сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов выявило расхождение диагнозов по основному заболеванию (категория 1). Причина расхождения — объективная трудность диагностики редко встречающейся патологии.

Приведенное наблюдение, на наш взгляд, представляет интерес в силу своей редкости. Следует также помнить, что довольно часто симптомы при этом виде опухоли напоминают бронхиальную астму. У таких больных возможно возникновение синдрома ночного апноэ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: Руководство для врачей / Под ред. Н.А. Краевского, А.В. Смольяникова, Д.С. Саркисова. — М.: Медицина, 1993. — Т.1. — С.489.

2. Харченко В.П., Галил-оглы Г.А., Кузьмин И.В. Онкоморфология легких. — М., 1994. — С.71—74.
3. Daniel T.M., Smith R.H., Faunce H. Transbronchoscopic versus surgical resection of tracheobronchial granular cell myoblastomas: Suggested approach based on follow-up of all treated cases // J. Thorac. Cardiovasc. Surg.— 1980.— Vol.80.— P.898—903.
4. Gilbert J.G., Mazarella L.A., Feit L.F. Primary tracheal tumors in the infant and adult // Arch. Otolaryngol.— 1953.— Vol.58.— P.1—9.
5. Grillo H.C. The trachea-tumors, structures and tracheal collapse // Thoracic and Cardiovascular Surgery.— New York: Appleton Century Crafts, 1983.— P.308—325.
6. Li W., Ellerbrock N.A., Libshitz H.I. Primary malignant tumors of the trachea. A radiologic and clinical study // Cancer.— 1990.— Vol.66.— P.894—896.
7. Nomori H., Kaseda S., Kobajashi K. Adenoid cystic carcinoma of the trachea and main-stem bronchus // J. Thorac. Cardiovasc. Surg.— 1988.— Vol.96.— P.271—277.

Поступила 15.06.97.

---

**Учебно-методический центр  
"ХИРУРГИЧЕСКАЯ ШКОЛА ПРОФЕССОРА Г.И.ЛУКОМСКОГО"**

проводит повышение квалификации и первичное обучение по следующим программам:

- Современные принципы диагностики и лечения гнойных заболеваний легких и плевры;
- Диагностическая и лечебная бронхоскопия;
- Видеоторакоскопия и торакоскопические операции с современными сшивающими аппаратами;
- Эндобронхиальная лазерная и электрохирургия.

По всем разделам имеются учебно-методические видеофильмы. Школа работает на коммерческой основе. По окончании цикла обучения выдается официальный сертификат

Телефоны: (095) 245-37-75, 245-52-28, Факс: (095) 245-37-75.

---