

Выводы:

1. Предложенное хирургическое вмешательство является по своей сути паллиативным, ведет к выздоровлению больного лишь в сочетании с лучевой терапией. При этом методика сочетает в себе положительные стороны как хирургического, так и лучевого компонентов лечения.
2. Предложенная методика позволяет быстро и эффективно купировать СВПВ, в том числе у больных в тяжелом состоянии, не препятствует экстренному началу лучевой терапии.
3. Методика является наименее травматичной и простой из всех ранее предложенных. Операцию проводят под местной анестезией.

КЛИНИЧЕСКАЯ МОРФОЛОГИЯ БРОНХИОЛОАЛЬВЕОЛЯРНОГО РАКА

Л.М. Гринберг, Г.И. Мазур

Уральский НИИ фтизиопульмонологии,
Областной пульмонологический центр, г. Екатеринбург

Бронхиолоальвеолярный рак (БАР) в прошлом обычно именовался "аденоматоз легких" и был известен преимущественно по данным аутопсий как чрезвычайно редко встречающееся двустороннее диссеминированное поражение легких, сопровождающееся обильным выделением мокроты слизистого характера. В последние десятилетия представления о БАР существенно расширились благодаря развитию легочной хирургии, давшей возможность наблюдать на материале резектатов начальные (локальные) Формы (стадии) заболевания.

В клинике легочной хирургии (рук. - проф. И. Л. Шулутко) областного пульмонологического центра проблема БАР изучается более 20 лет, результатом чего явились многочисленные публикации клиникорентгено-морфологического характера и диссертационная работа, выполненная Г. И. Мазуром.

В настоящее время мы располагаем данными о 250 случаях БАР, в которых диагноз подтвержден морфологическими методами, включающими трансbronхиальную и открытую биопсию легкого, исследование операционного и аутопсийного материала.

Цель настоящего сообщения - представить на основании литературных данных и собственного опыта основные положения, касающиеся морфологии БАР, которые, на наш взгляд, имеют определенное клиническое и диагностическое значение. Различают две основные Формы аденокарциномы легкого - бронхогенную и бронхиолоальвеолярную. Кардинальным морфологическим признаком, отличающим БАР от бронхогенной аденокарциномы, является своеобразный характер роста опухоли, клетки которой выстилают полость альвеолярного мешочка, используя альвеолярную стенку в качестве стромальной основы и существенно не разрушая гистоархитектонику предсуществующей респираторной ткани.

В нашей работе определены основные морфологические признаки БАР, которые предлагается рассматривать как наиболее достоверные критерии диагностики опухоли. К ним отнесены: железистый характер опухоли, рост опухолевых клеток на стромах межальвеолярных перегородок без существенного разрушения респираторной ткани, склонность опухоли к слизееобразованию, избирательное поражение альвеолярной паренхимы без вовлечения в процесс бронхов, склонность к формированию инфильтративных (пневмониеподобных) Форм поражения, относительная редкость некротических процессов в опухоли, склонность к аэрогенному (бронхогенному) внутрилегочному распространению при относительной редкости лимфо-гематогенного метастазирования.

Выделены 3 основных гистологических типа БАР: БАР-1 светлоклеточный слизееобразующий тип, БАР-2 - темноклеточный тип без слизееобразования, БАР-3 - полиморфноклеточный низкодифференцированный тип опухоли. Следует подчеркнуть, что отличительное распознавание типа БАР-3 от бронхогенной аденокарциномы (особенно высокой степени дифференцировки), которая также склонна к Формированию участков внутриальвеолярного роста, может быть весьма затруднительным. В этих случаях только тщательное исследование гистопографических срезов, окрашенных пикрофуксином и фукселином, позволяет с достаточной степенью достоверности верифицировать тип опухоли.

В совместной работе с Е. А. Смирновой мы привели результаты электронномикроскопического исследования основных гистологических типов БАР и показали, что БАР-1 гистогенетически связан с клетками-предшественниками бокаловидных клеток; БАР-2 с клетками Клара и/или пневмоцитами II типа; при БАР-3 преобладают недифференцированные клетки и ассоциации из клеток, сохраняющих ультраструктурные особенности бокаловидных клеток, клеток Клара и пневмоцитов II типа. Таким образом, БАР не имеет специфических гистогенетических источников и развивается из тех же клеток-предшественников (исключая альвеолоциты), которые могут служить источником бронхогенной аденокарциномы.

Выявленные особенности гистогенеза БАР убедительно обосновывают современное наименование этой опухоли. Так, БАР-1 является бронхиолярным раком, т. к. бокаловидные клетки в легком распространяются только до уровня бронхиол; БАР-2 -бронхиолярно-альвеолярным, т. к. клетки Клара представлены в бронхиолах, а пневмоциты II типа в альвеолах; БАР-3 - может развиваться из всех трех клеточных источников, также являясь бронхиолярно-альвеолярной опухолью.

На основании анатомо-рентгенологических сопоставлений резекционного и секционного материала выделены 3 основные Формы роста БАР - узловая (локальная), пневмониеподобная (относительно локальная) и диссеминированная (распространенная).

Узловая Форма - субплеврально расположенный, сероватый опухолевый узел, шаровидный или неправильной формы с не совсем четкими контурами, размерами 0,8-5,0 см. По существу, это один из вариантов периферического рака легкого.

Пневмониеподобная форма - сегментарное либо полисегментарное поражение, представленное зоной безвоздушного уплотнения неправильной формы серого цвета, границы которого практически не определяются.

Диссеминированная (распространенная) Форма - двустороннее массивное поражение легких сливающимися опухолевыми Фокусами.

Выделенные рентгено-анатомические формы БАР, скорее всего, являются стадиями развития опухолевого процесса, что удалось проследить в части случаев при динамическом наблюдении. Следует подчеркнуть, что опухоль при этом распространяется внутрилегочно преимущественно азрогенным путем, либо, особенно при выраженном слизееобразовании, по типу "масляного пятна". Таким образом, существовавшая ранее концепция о возможности мультицентрического роста при БАР представляется весьма сомнительной.

Узловая, пневмониеподобная и Диссеминированная формы БАР существенно различаются по клиническим проявлениям, диагностическим подходам, возможности применения хирургических методов лечения и прогнозу заболевания.

Представленные морфологические особенности БАР, отличающие его от других Форм первичного рака легкого, необходимо учитывать в клинической практике.