

С.В. Кашанский

**ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕЗОТЕЛИОМА ПЛЕВРЫ У 12-ЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА.
ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

ФГУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий» Роспотребнадзора, г. Екатеринбург

Мезотелиома – редкое новообразование серозных полостей (плевры, брюшины, перикарда и др.) [8]. Среди мезотелиом преобладают злокачественные мезотелиомы плевры, в 5-6 раз реже встречаются мезотелиомы брюшины, в 10 раз реже – мезотелиомы перикарда и крайне редко развиваются мезотелиомы других локализаций (яичка, печени и т.д.). Медианный латентный период заболевания составляет 32 года [7], поэтому мезотелиомы, как правило, диагностируются в старших возрастных группах, но до 5% опухолей развивается в два первых десятилетия жизни [1, 6, 8].

Несмотря на рост заболеваемости мезотелиомой, в ряде стран мира они по-прежнему чрезвычайно редко развиваются у детей и подростков. По нашим подсчетам, на протяжении XX века в мировой научной литературе опубликовано около 300 наблюдений мезотелиом различных форм и локализаций у лиц до 20 лет, из них 81 случай, описан отечественными авторами [1]. С учетом сказанного выше приводим наше наблюдение злокачественной мезотелиомы плевры у 12-летнего мальчика, выявленной при изучении эпидемиологии заболевания в г. Екатеринбурге [2].

Больной Е., 12 лет, на 6 день от манифестации заболевания обратился в детскую городскую больницу № 11 (ДГБ № 11) с жалобами на боли в правой половине груди, повышенную до 39,0°C температуру, болезненный сухой кашель и слабость. Диагноз при поступлении: Правосторонняя полисегментарная пневмония? Экссудативный плеврит? Энтеробиоз?

Ребенок от первой беременности. Матери 18 лет. Наследственность не отягощена. Роды нормальные. Мальчик рос и развивался в соответствии с возрастной нормой. Операций, травм и гемотрансфузий не было. На диспансерном учете не состоял. В анамнезе редкие простудные заболевания. Аллергоанамнез спокоен. Вредных привычек нет.

Объективно: больной правильного сложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Видимые слизистые розовые влажные. Лимфоузлы не изменены. Грудная клетка правильной формы. В правых верхних отделах дыхание несколько ослаблено, с жестким оттенком, хрипов нет. В нижних и средних отделах дыхание не проводится (только бронхиальный компонент). При перкуссии – притупление легочного звука по всей поверхности в нижних и средних отделах правого легкого. У больного редкий, болезненный, непродуктивный кашель. Язык обложен густым белым налетом. Тоны сердца ритмичные чистые. Частота сердеч-

ных сокращений – 140, дыхания – 40 в минуту. Со стороны желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы патологических изменений нет. Показатели крови и мочи в пределах возрастной нормы.

Полипозиционная рентгеноскопия показала интенсивное затемнение на протяжении почти всего легочного поля справа до II ребра. Верхняя граница без четких контуров, во II межреберье выпот. Корни легких и контуры сердца в норме. Диагноз: пневмония. Назначена антибиотикотерапия.

На 4 день больному с диагностической целью сделана плевральная пункция. Экссудата не получено. За время пребывания в ДГБ № 11 состояние ребенка по пневмоническому процессу – тяжелое без динамики. На следующий день пациент переведен в торакальное отделение Областной детской клинической больницы № 1 (ОДКБ № 1), где ему ежедневно делали плевральные пункции, в ходе которых получали от 300 до 600 мл серозно-гнойного экссудата.

Через неделю после поступления в ОДКБ № 1 больному выполнена торакотомия с частичной резекцией правого легкого (Б.Ш. Фельдман, Д.В. Слукин), декортикация по ложу V ребра, удаление свернувшегося гемоторакса. Ревизия плевральной полости показала, что плевра резко утолщена, за исключением верхней доли, легкое коллабировано, поджато кверху и кпереди, замуровано сращениями, при вентиляции не расправляется. В задних отделах плевральной полости, а также парамедиастинально и в междолевой щели осумкованные полости, наполненные геморрагической жидкостью. Нижняя половина правой грудной полости заполнена свернувшейся инкапсулированной гематомой. Гематома удалена. Гемостаз. Проведена полная декортикация и пневмоллизис. Легкое расправлено принудительной вентиляцией. Нижняя доля легкого уменьшена и уплотнена за счет пневмонической инфильтрации. Плевральная полость промыта, дренирована из отдельного разреза. Туалет плевральной полости и послойное зашивание операционной раны.

Операционный материал направлен на срочное гистологическое исследование. С целью дифференциальной диагностики с болезнью Ходжкина сделана стерильная пункция: миелограмма в норме. Окончательное заключение: злокачественная диффузная эпителиоидная мезотелиома париетальной плевры правого легкого.

Назначен курс дистанционной гамма-терапии на ложе опухоли. Через месяц пациент в удовлетворительном состоянии выписан домой. На протяжении 3 месяцев при ежемесячных осмотрах пациент жалоб не

предъявлял, состояние стабильное без динамики. Через 6 месяцев после операции состояние больного стало прогрессивно ухудшаться, а спустя 10 месяцев на фоне генерализации процесса и нарастающей кахексии больной скончался от сердечно-сосудистой недостаточности.

В 70-х годах XX века основным этиологическим фактором развития мезотелиом названы асбесты¹ и, в первую очередь, амфиболовой группы [8, 9]. Мезотелиомогенные свойства хризотила остаются дискуссионными [5]. В последние годы идет активное накопление информации, свидетельствующей о полиэтиологичности заболевания. Все больше появляется работ о мезотелиомогенной активности лекарственных (изониазид), химических (никель, бериллий, сажи, полиуретан, этиленоксид и практически все искусственные волокнистые волокна), физических (радиоактивность) и биологических (вирусы МС 29 и SV 40) веществ, факторов и канцерогенов [8]. Среди этиологических факторов развития мезотелиом названы: генетическая предрасположенность, травма грудной клетки, хронические воспалительные процессы различного генеза, туберкулез легких и ряд других агентов. В последнее время появился ряд эпидемиологических исследований, в которых авторы связывают профессиональную и бытовую экспозицию природных и искусственных минеральных волокон матерей с индукцией мезотелиом у их детей [8-10].

С учетом возможного трансплацентарного действия мезотелиомассоциированных канцерогенов у ближайших родственников и больного был изучен анамнез жизни. Ни один из них не работал на предприятиях по добыче и переработке асбеста, не имел парапрофессиональной или внешнесредовой экспозиции асбеста и не контактировал с другими канцерогенами, способными вызывать развитие заболевания. Онкологическими заболеваниями родственники мальчика не болели. Ребенок всю жизнь прожил в частном доме в лесопарковой зоне пригорода Екатеринбурга, в котором семья постоянно жила свыше 30 лет.

В ряде работ показана возможность развития мезотелиом в детском возрасте после радиотерапии опухоли Вильмса и болезни Ходжкина [8]. У пациента до манифестации заболевания не было выявлено необоснованного завышения показаний к диагностическим и лечебным мероприятиям с использованием источников ионизирующего излучения. Травм грудной клетки, хронических воспалительных заболеваний, туберкулеза легких не было. Мать пациента не принимала изониазид ни до, ни на протяжении беременности.

Таким образом, в ходе изучения эпидемиологии мезотелиомы в Екатеринбурге нами было выявлено исключительно редко развивающаяся у детей и подростков опухоль – диффузная злокачественная

эпителиоидная мезотелиома париетальной плевры правого легкого – третий случай этого новообразования, диагностированный в данной возрастной группе в Свердловской области на протяжении XX столетия [3, 4].

Своевременное обращение за помощью, ранняя прижизненная диагностика и эффективное комбинированное лечение в значительной мере способствовали повышению качества и продолжительности жизни пациента, которая у нелеченных больных, как правило, в три раза ниже [1].

Выявить ведущий этиологический фактор заболевания в нашем случае не представилось возможным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кашанский С.В. Мезотелиома в России: предварительные результаты системного обзора 3463 опубликованных случаев с позиций медицины труда // Материалы V Всероссийского конгресса "Профессия и здоровье". – М., 2006. – С.551-553.
2. Кашанский С.В., Томилова Н.Е., Берзин С.А. и соавт. Распространенность мезотелиом плевры в Екатеринбурге (предварительное сообщение) // Актуальные проблемы профилактической медицины в Уральском регионе: Сб. научных трудов и научно-практических работ, посвященный 80-летию госсанэпидслужбы России. - Екатеринбург, 2002. - С.139-143.
3. Покровский С.А., Розенберг Ф.Я. О скрытом периоде и динамике роста первичной саркомы плевры // Клиническая медицина. - 1935. - Том 13, № 4. - С.593-597.
4. Танчевский Л.П., Зубарев А.В. Первичный рак плевры у молодого человека // Казанский медицинский журнал. - 1964. - № 1. - С.90.
5. Chrysotile asbestos: environmental health criteria 203. - Geneva, 1998. - 200p.
6. Hillerdal G. Malignant mesothelioma 1982: review of 4710 published cases // British Journal of diseases of the chest. - 1983. – v. 77, N4. - P.321-343.
7. Lanphear B.P., Buncher C.R. Latent period for malignant mesothelioma of occupational origin // Journal of occupational medicine. - 1992. – v. 34, N 7. - P.718-721.
8. Malignant mesothelioma: advances in pathogenesis, diagnosis, and translational therapies. H.I. Pass, N. Vogelzang, M. Carbone (eds.). - ©Springer New York, 2005. - 854p.
9. Pathology of asbestos-associated diseases. V.L. Roggli, T.D. Oury, T.A. Sporn (eds.). - ©Springer New York, 2004. - 421p.
10. Wasser man M., Wasserman D., Steinitz R.A. et al. Mesothelioma in children // Biological effects of mineral fibers: IARC scientific publication № 30. - Lyon, 1980. – v. 1. - P.253-257.

¹ Асбест – название группы волокнистых природных минералов группы амфиболов (актинолит, амозит, антофиллит, крокидолит и тремолит) и серпентинита (хризотил) [5, 9]. Термин объединяет разные по минералогическому строению, физико-химическим свойствам и биологической активности волокнистые минералы, имеющие только некоторые общие направления применения.