

## **РЕДКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЗЕНХИМОМЫ**

*Городское клиническое патологоанатомическое бюро,  
Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск*

Мезенхимома является редкой опухолью, состоящей из двух и более мезенхимальных элементов дополнительно к фиброному компоненту. Доброкачественные варианты этих новообразований многими исследователями рассматриваются как гамартомы. Термин «злокачественная мезенхимома», согласно современной классификации опухолей, применим к саркомам, имеющим два или более направления специализированной дифференцировки [1].

Опухоль чаще всего локализуется в забрюшинном пространстве и области бедра [2, 3]. Описаны редкие случаи локализации в легком, верхней конечности, туловище, средостении, области головы и шеи, глазнице, нижней челюсти, лице, почке, семенном канатике, мочевом пузыре и брыжейке [4–6].

Рентгенологические признаки данной опухоли переменны [2, 3].

При макроскопическом исследовании наиболее частыми признаками злокачественной мезенхимомы считают большой размер и четкие контуры опухоли, неоднородный внешний вид и массивные кальцификаты [3]. Гистологическая структура опухоли коррелирует с ее макроскопическим внешним видом. Так, неоднородность поверхности среза зачастую обусловлена наличием комбинации разных видов сарком — участками липосаркоматозного, лейомиосаркоматозного, рабдомиосаркоматозного и других компонентов, фокусами кальцификации, которые обычно сопряжены с остеохондросаркоматозным компонентом [5].

Злокачественная мезенхимома является быстрорастущей опухолью с тенденцией к рецидивированию, реже — метастазированию [5]. Степень злокачественности опухоли и прогноз заболевания оцениваются по превалирующему и наименее дифференцированному компоненту [2, 3]. Согласно данным Stout и Lattes (1957), у взрослых летальный исход составляет 60 %, у детей — 43 % [5]. Лечение выбора является радикальное удаление опухоли.

**Целью** данной работы явилось описание редкого наблюдения первичной злокачественной мезенхимомы легкого.

### **Материалы и методы**

Представлен случай злокачественной мезенхимомы, выявленной при аутопсийном исследовании. Проведен анализ клинических, патологоанатомических макроскопических и гистологических данных.

*Описание случая.* Больная А., 65 лет, была госпитализирована с жалобами на нехватку воздуха, сухой редкий кашель, выраженную слабость, боли в левой

половине грудной клетки, беспокоящими ее несколько дней на фоне субфебрильной температуры.

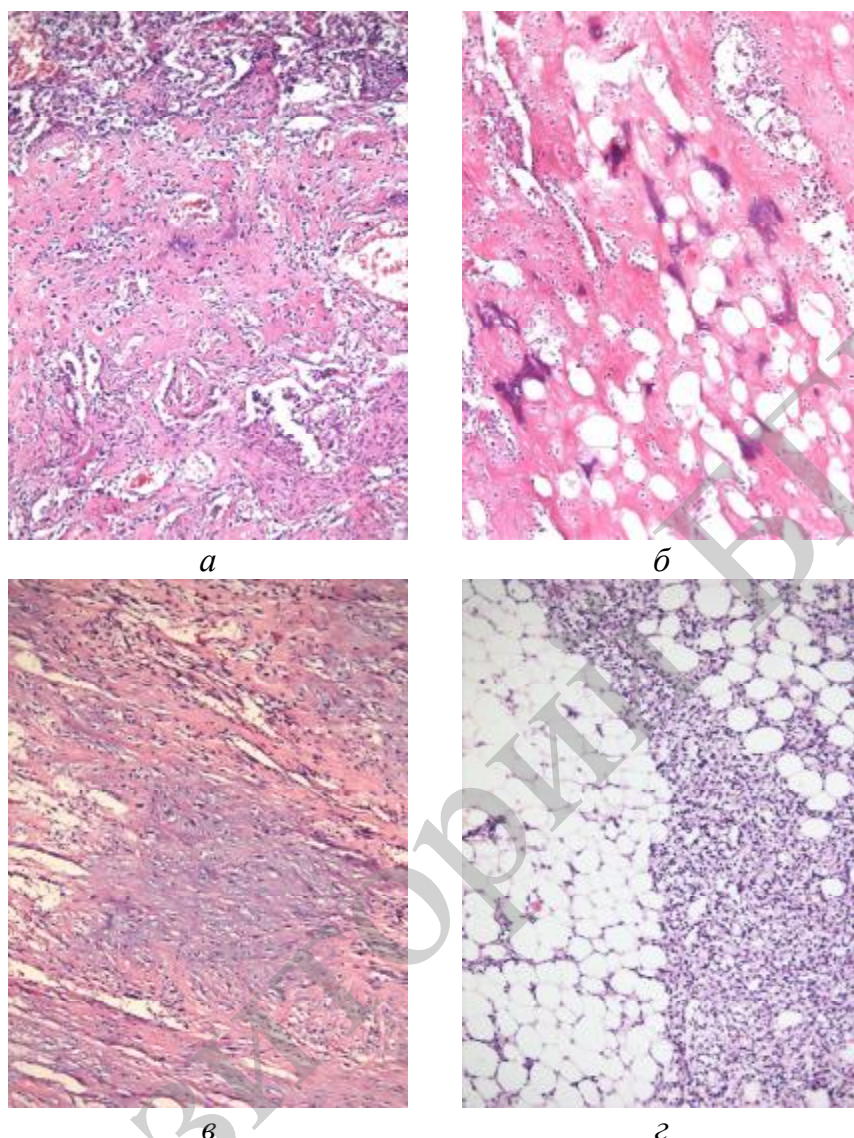
При поступлении состояние средней тяжести: положение вынужденное, сидя;  $t^{\circ}$  — 36,5 °С, АД — 150/90 мм рт. ст.; ЧСС — 124 уд/мин, ЧД — 24/мин; приглушение перкуторного звука в нижних отделах легких; ослабление дыхания в нижних отделах справа; болезненность при пальпации в подключичной области справа, в VI межреберье и по среднеключичной линии слева. Анализ крови: СОЭ — 40–45 мм/час; глюкоза — 22,4 ммоль/л. С учетом рентгенологических данных выставлен диагноз «внебольничная полисегментарная двусторонняя пневмония; двусторонний плеврит; диссеминированный туберкулез легких (?); метастатическое поражение (?). ИБС: кардиосклероз. АГ II, риск 3, Н2А». В последующие дни прогрессирующее ухудшение состояния больной, связанное с нарастающей легочно-сердечной недостаточностью, привело к летальному исходу.

На аутопсии нижняя доля правого легкого уплотнена. На разрезе долевого бронх неравномерно сужен вследствие перибронхиального разрастания беложелтой ткани, формирующей узел неправильной формы 6,5×5,5×6,0 см и распространяющейся перибронхиально по сегментарным бронхам. По периферии очаг имел мягкую консистенцию, в центре — костную плотность. В окружающей ткани легкого на сером фоне определялись разрастания подобной ткани в виде перибронхиальных тяжей и множественных белесоватых очагов неравномерной плотности размерами 0,3–2,0 см. Аналогичного вида очаги диаметром до 1,0 см определялись в верхней и средней долях правого легкого и в левом легком.

При гистологическом исследовании ткань опухоли отличалась полиморфизмом гистоструктуры. В большинстве полей зрения опухоль имела строение остеосаркомы остеобластического типа (рис. 1, а, б), встречались участки, по строению соответствующие хондросаркоме (рис. 1, в), липосаркоме (рис. 1, г) и рабдомиосаркоме. Опухолевая ткань стенозировала долевого бронх, врастала в окружающую ткань легкого, разрушая ее, образуя тяжи и гнездные скопления различной величины. Опухолевые очаги меньших размеров определялись в средней и верхней долях правого и обеих долях левого легкого. Очаги на поверхности плевры, эпикарда и в средостении имели аналогичное строение с преобладанием компонента фибросаркомы. После тщательного исключения метастатического характера опухолевого поражения легких, свойственного для сарком различной первичной локализации, был выставлен диагноз «злокачественная мезенхимомы нижней доли правого легкого с интраорганный диссеминацией и вовлечением плевры».

**Обсуждение.** Термин «мезенхимомы» был предложен Gilmour в 1943 г. для мезенхимальных опухолей, состоящих из двух и более неопластических мягкотканых компонентов [3]. В 1948 г. Stout предложил термин «злокачественная мезенхимомы» для опухоли, состоящей из двух и более несвязанных дифференцированных тканей в дополнение к фибросаркоматозному компоненту [1]. Enzinger и Weiss выдвинули предложение использовать термин только для мезенхимальной опухоли, состоящей из гистогенетически разных тканевых элементов, четко распознаваемых при микроскопическом исследовании [2].

Роль генетических и травматических факторов, а также факторов внешней среды в этиологии процесса остается неясной. Ряд исследователей высказывает предположение о дизонтогенетической природе опухоли [2].



*Рис. 1. а* — участки опухоли, соответствующие остеосаркоме; *б* — опухолевая ткань представлена остеоидом с примесью адипоцитов; *в* — хондроидный тип межтучного вещества, миксоидные очажки, полиморфизм клеток с наличием митозов; *г* — участки липосаркомы среди зрелой жировой ткани. Окраска гематоксилином и эозином: *а, г*  $\times 100$ , *б, в*  $\times 200$ .

Большинство злокачественных неоплазий были выявлены у людей старше 55 лет (средний возраст составил 58 лет) [2, 3].

Строгий диагностический критерий для злокачественной мезенхимомы требует, чтобы каждая составная часть была полностью верифицирована гистогенетически [2, 3].

В легких первичные мезенхимальные опухоли встречаются относительно редко и чаще представлены гамартomatозными процессами доброкачественного характера. Злокачественная мезенхимомы легких в доступной литературе была упомянута лишь однажды в статье М. Kalus и соавторов [4], описавших опухоль

легкого, состоявшую из недифференцированной злокачественной мезенхимы, остеосаркомы, хондросаркомы и рабдомиосаркомы.

Дифференциальный диагноз должен проводиться с другими неэпителиальными злокачественными новообразованиями, а также с опухолями, имеющими бластемные компоненты [3].

**Вывод.** Данный случай представляет собой редкое наблюдение злокачественной мезенхимомы легкого, протекавшей без четких клинических проявлений и не диагностированной при жизни больной.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Fletcher, C. D. M.* World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetics of Tumours of Soft Tissue and Bone, 4 / C. D. M. Fletcher, K. K. Unni, F. Mertens // IARC Press. Lyon, 2002. № 9. P. 215.
2. *Enzinger, F. M.* Soft tissue tumors / F. M. Enzinger, S W. Weiss. Mosby, St Louis Toronto London, 1983. P. 166–198.
3. *Weidner, C.* Modern Surgical Pathology / C. Weidner, W. Suster. 2nd ed. 2009. P. 1173.
4. *Malignant mesenchymoma of the lung* / M. Kalus [et al.] // Arch. Pathol. 1973. № 94. P. 199–202.
5. *Gaynor, W. B.* Malignant mesenchymoma arising in the scar of a thermal burn. Report of a case / W. B. Gaynor, R. E. DeLashmutt // Am. J. Clin. Pathol. 1957. № 28. P. 7.
6. *Haust, M. D.* Differentiation of a malignant mesenchymoma into vascular, chondroblastic and fibroblastic components : light and electronic microscopic studies (abstract) / M. D. Haust, A. C. Wallace, E. E. Sterns // Am. J. Pathol. 1968. № 52. P. 36a.