

ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

Г.В. Кулініч,
С.В. Шутов,
Л.Г. Ланько,
О.А. Радченко

Велетенська листоподібна пухлина грудної залози

Giant leaf-like breast tumor

ДУ Інститут медичної
радіології ім. С.П. Григор'єва
АМН України, Харків

Листоподібна пухлина (лиستоподібна фіброаденома, велетенська міксоматозна фіброаденома, клітинна інтраканалікулярна фіброаденома) — досить рідкісний новоутвір (0,3–10,5 % від усіх пухлин грудної залози), що зацікавлює фахівців унаслідок зв'язку з особливостями морфологічної будови [1, 2]. Листоподібна пухлина (ЛП) зустрічається в будь-якому віці, частіше в 40–50 років, дуже рідко у чоловіків. Сягає іноді 20 см і більше в діаметрі. Новоутвір відрізняється бурхливим ростом, часто виникає на фоні тривало існуючих затвердінь. Трапляються виділення з соска, шкіра над пухлиною червоніє, лисніє, зрідка на поверхні з'являються виразки.

Макроскопічно вузол відмежований від навколишньої тканини ГЗ, на розрізі має часточковий вигляд із характерним сіткоподібним рисунком, що нагадує структуру листка з щільно-подібними та кістозними порожнинами, осередками крововиливів і некрозу. Мікроскопічно визначається інтраканалікулярна або змішана фіброаденома, часто з кістозно-розширеними протоками. У просвіт проток звернені поліподібні сполучнотканинні вирости, вкриті одним або кількома рядами кубічного епітелію. Клітини строми переважно веретеноподібні, зібрані в пучки. Іноді відзначаються різко виражений поліморфізм клітин, фігури мітозу, фокуси крововиливів і некрозу. Незважаючи на це, пухлина залишається доброякісною.

Серед ЛП виділяють різні варіанти новоутворів. Це наслідок різноманітності їх будови та труднощів диференціальної діагностики між ЛП з вираженою проліферацією строми та саркомами. Чимало авторів вважали ЛП добро-

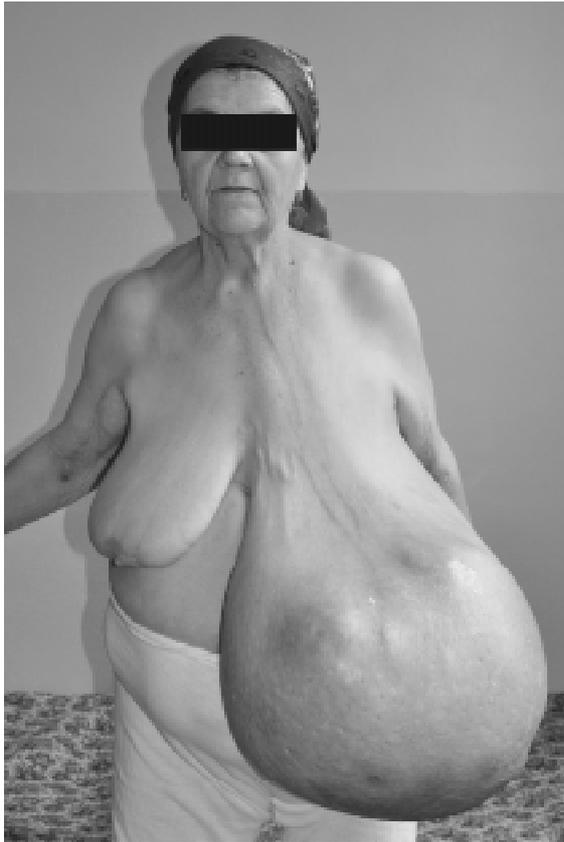
якісною, дехто відрізняв добро- і зляюкісну форми, інші, крім доброякісного і зляюкісного варіантів, пропонували досить не визначену за своїми критеріями пограничну групу [3].

Підставою для такого розподілу визнані критерії: кількість фігур мітозу й їх атипівні форми, атипія клітин, інфільтративний ріст. Коли стромальний компонент набуває зляюкісності, відзначаються різко виражений поліморфізм клітин, значна кількість патологічних фігур мітозу, великі зони склерозу. Утворювані пухлини можуть мати будову фібро- і ліпосаркоми, міогенної і нейрогенної саркоми, на які припадає 0,01–1,40 % усіх пухлин грудної залози. Рідше трапляється зляюкісна фіброзна гістіоцитома, осередки малігнізації хрящового і кісткового компонентів, ще рідше проліферація епітеліального і стромального компонентів призводить до розвитку карциносаркоми. Диференціювати зляюкісну ЛП з іншими саркомами ГЗ можна лише при виявленні епітеліального компонента. Листоподібна пухлина здатна рецидивувати, при цьому рецидивні новоутвори мають будову, аналогічну первинній пухлині. Метастази виникають зрідка й у них визначається тільки з'єднувальний зляюкісний компонент [4].

Наводимо власне клінічне спостереження.

Хвора Р., 68 років, була госпіталізована у клініку ДУ Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва АМН України 19 серпня 2009 року зі скаргами на збільшення розмірів лівої ГЗ, наявність на її поверхні кровоточивих виразок, загальну виражену слабкість, серцебиття, неможливість самостійно пересуватися внас-

а



б



Рис. 1. Вигляд хворої до операції. Ліва грудна залоза з пухлиною: а — вид спереду, б — збоку

Fig. 1. The patient before the operation. The left breast with the tumor: а – frontal view; б – lateral view

лідок великих розмірів грудної залози (рис. 1).

З анамнезу: збільшення розмірів та поступове затвердіння ГЗ хвора спостерігала понад 10 років. По медичну допомогу не зверталась, упродовж останнього року утворилися кровоточиві виразки на поверхні лівої ГЗ.

Пацієнтка народилася у Харківській області, зростала та розвивалася згідно з віком, умови життя задовільні, працювала робітницею без шкідливих чинників виробничого і зовнішнього середовища. В анамнезі ішемічна хвороба серця, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, хронічний тромбофлебіт. Підвищеної чутливості до лікарських і харчових речовин у хворой немає, онкоспадковість не обтяжена.

Хвору госпіталізували у стані середньої тяжкості; статура звичайна, шкірні покриви чисті, бліді. Зліва у аксиллярній ділянці лімфатичні вузли діаметром до 2 см, збільшені, щільні, з'єднані з підшкірною клітковиною. Ліва ГЗ туморозно змінена, збільшена до велетенських розмірів, з ділянками виразкових дефектів, некрозів, кровотеч. Грудна клітка звичайної форми, при перкусії над легеньми ясний леге-

невий звук, при аускультатії — везикулярне дихання. Межі відносної серцевої тупості розширені вліво на 0,5 см, тони серця ритмічні, приглушені, артеріальний тиск 140/60 мм рт. ст., пульс — 96 ударів за хвилину. З боку органів травлення та сечостатевої системи патології не виявлено.

При обстеженні: клінічний аналіз крові: ер. $2,7 \times 10^{12}/\text{л}$; Нь — 85 г/л; кл. п. — 0,99; тр. — $135 \times 10/\text{л}$; лейкоц. — $9,4 \times 10/\text{л}$; е — 9%; п — 10%; с — 67%; л — 10%; м — 4%; ШОЕ — 63 мм/г.

Клінічний аналіз сечі: колір жовтий, прозорість помірна, питома вага — 1015, реакція — сл. кисл; білок — сліди, глюкоза — н/н, епітелій перехідний місцями, лейкоцити — 4–6–10 екз. у п/з, еритроцити — 0–1 екз. у п/з, циліндри гіалінові 0–1 екз. у п/з, зернисті — од. в преп., солі — кр. оксалатів.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок — 65,1 г/л, сечовина — 6,5 ммоль/л, білірубін загальний — 11,9 мкмоль/л, глюкоза — 5,2 мкмоль/л, АЛТ — 15,7 мкмоль/г/мл, АСТ — 17,4 мкмоль/г/мл.

Ультразвукове дослідження: ліва ГЗ дуже збільшена у розмірах, туморозно змінена, аксиллярні лімфатичні вузли збільшені до 1–2 см. Печінка не збільшена, паренхіма однорідна, жовчний міхур з тонкими стінками, конкрементів немає. Нирки типово розташовані, структурно не змінені.

Електрокардіограма: синусова тахікардія.

У цитологічному дослідженні пунктату з пухлини та зіскрібку з укритої виразками ділянки шкіри клітинних елементів злоякісної пухлини не виявлено.

Мамографію не виконували через великі розміри ураженої пухлиною грудної залози.

Рентгенографія органів грудної клітки: легені без інфільтративних і осередкових змін, корені структурні, синуси вільні. Аортокардіосклероз.

Хворій було встановлено діагноз: основний: *Suspicio* саркома лівої грудної залози. Кл. група 1А.

Ускладнення основного: анемія; розпад; загроза профузної кровотечі.

Супутній ІХС: дифузний кардіосклероз. СН — 2А ст. Міокардіодистрофія змішаного генезу. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок.

У зв'язку з анемією перед хірургічним втручанням хворій проводили симптоматичну терапію: гемотрансфузії однокрупної еритроцитарної маси, кардіопротекторну та дезінтоксикаційну терапію.

Операцію виконано 25 серпня 2009 року. Санаційна мамектомія зліва. Для того щоб прооперувати пацієнтку, до операційного стола був додатково встановлений хірургічний столик, на якому було розміщено велетенську грудну залозу. Після обробки операційного поля під внутривенною комбінованою анестезією за допомогою двох облямовуючих розрізів, відсепаровані шкірні шматки навколо лівої грудної залози, вилученої в єдиному блоці з пухлиною діаметром близько 40 см і вагою 16 кг. Окремим блоком вилучена аксиллярна жирова клітковина зліва зі збільшеними до 6 см у діаметрі лімфатичними вузлами. Виконано контроль на гемостаз, антибластику. Поставлено активний дренаж через контрапертуру. Накладено шви на рану, зроблено асептичну пов'язку. Операції тривала 35 хв.

Макропрепарат (ліва грудна залоза з пухлиною діаметром близько 40 см; ліва аксиллярна жирова клітковина з лімфатичними вузлами) відісланий на гістологічне дослідження (рис. 2).



Рис. 2. Видалена пухлина

Fig. 2. Removed tumor

Пацієнтка була переведена у відділення інтенсивної терапії. Післяопераційний період минув без ускладнень. Проводили антибактеріальну, анальгезуючу, фібринолітичну терапію, трансфузії еритроцитарної маси, перев'язки. За дві доби пацієнтку було повернено до відділення для продовження лікування.

Патогістологічне дослідження: макроскопічний опис — радикально вилучена ліва грудна залоза з регіонарною жирОВОЮ клітковиною з 5 лімфатичними вузлами діаметром до 8 см, синюшного забарвлення. Тканина ГЗ заміщена пухлиною в капсулі діаметром 45 см, на розрізі вузлуватої будови, напівпрозора з щілиноподібними порожнинами із крововиливами, з виразками в шкіру. Патогістологічний висновок: мікроскопічно — визначається виражена проліферація стромального компоненту пухлини, з великою кількістю патологічних мітозів, набряком, крововиливами, подекуди затиснуті протоки — злоякісна листоподібна пухлина (M 9020/3) із трофічними змінами. У лімфатичних вузлах реактивний лімфаденіт.

Рана загоїлася первинним натягненням. Шви знято на 17-ту добу. Вигляд пацієнтки після операції — на рис. 3.

Досягнуто корекції гематологічних показників. З огляду на морфологічну структуру пухлини на онкологічному консилиумі було вирішено спеціальне лікування не проводити, за хворою

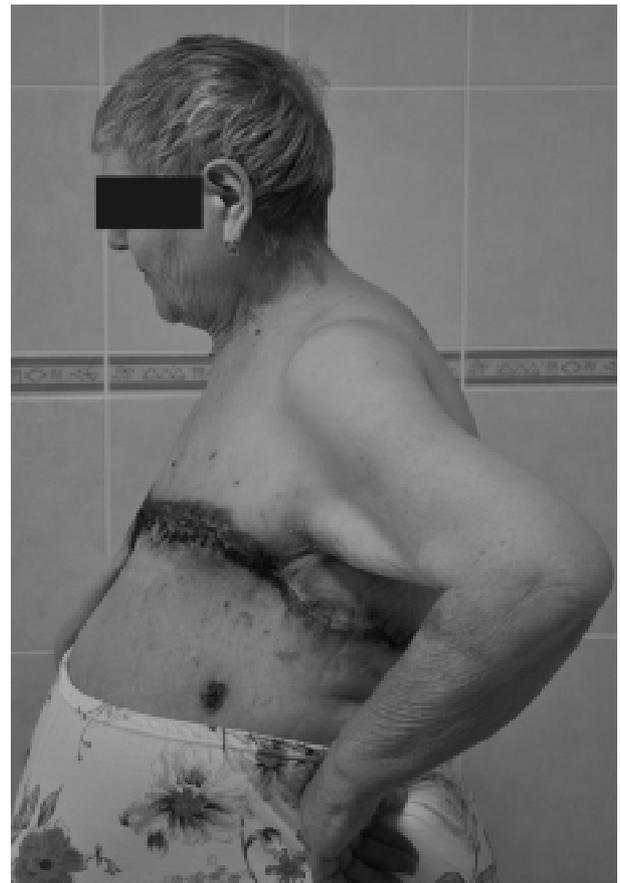


Рис. 3. Вигляд хворої після операції: а — спереду, б — збоку

Fig. 3. The patient after the surgery: a – frontal view; б – lateral view

встановити динамічне спостереження. Пацієнтку виписано зі стаціонару в задовільному стані.

Література

1. Летягин В.П. // *Опухоли молочных желез.* — М. 2004. — 332 с.
2. Семглазов Н.Ф., Нургазиев К.Ш., Азруманов Ф.С. // *Опухоли молочной железы (лечение и профилактика)* — Алматы. 2001. — 344 с.
3. Краевский Н.А., Смольяникова А.В., Саркисова Д.С. // *Патологическая диагностика опухолей человека: Рук-вов 2 т.* — Т. 2. — М.: Медицина, 1993. — С. 176–180.

4. Харченко В.П., Рожкова Н.И., Возный Э.К. и др. // *Лучевая диагностика заболеваний молочной железы, лечение и реабилитация.* — 2001. — Вып. 4. — 151 с.

Надходження до редакції 23.11.2009.

Прийнято 08.12.2009.

Адреса для листування:
Кулініч Галина Василівна,
ДУ Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва
АМН України,
вул. Пушкінська, 82, Харків, 61024, Україна