



**СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПАРААНГЛИОМ ЛЕГКОГО:
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Урмонов Умиджон Бутабекович^{1,2}, Адилходжаев Аскар Анварович^{1,2}, ,

Рахимов Окилжон Адухалилович

*Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр онкологии и радиологии Министерства здравоохранения*

РУз., г. Ташкент, Узбекистан

Ташкентский Государственный медицинский университет, г.

Ташкент, Узбекистан

*¹Урмонов Умиджон Бутабекович, кандидат медицинских наук,
хирург отделения минимальной инвазивной хирургии Республиканского
специализированного научно-практического медицинского центра онкологии
и радиологии Министерства здравоохранения РУз., г. Ташкент, Узбекистан*

E-mail: Dr_urmonov@mail.ru

Узбекистан, г. Ташкент, Улица Автомобильная кольцевая дорога 14а

*²Ассистент кафедры “Онкология, онкогематология и радиационная
онкология” Ташкентского Государственного медицинского университета,*

Узбекистан, г. Ташкент, Узбекистан, улица Фаробий 2

SPIN-код (РИНЦ): 7150-7291. ORCID: 0000-0003-2804-4227. Author

ID: 967755.

*¹Адилходжаев Аскар Анварович, д.м.н., профессор, научный
руководитель отделением минимальной инвазивной хирургией,
Республиканского специализированного научно-практического медицинского
центра онкологии и радиологии Министерства здравоохранения РУз., г.*

Ташкент, Узбекистан.

*100054, Узбекистан, г. Ташкент, улица Автомобильной кольцевой
дороги 14а,*



²Профессор кафедры факультетской и госпитальной хирургии номер
1 Ташкентского Государственного медицинского университета, г. Ташкент,
Узбекистан

Узбекистан, г. Ташкент, улица Фаробий 2

E-mail: askar1981@mail.ru

¹Рахимов Окилжон Абдухалилович, доктор медицинских наук,
заведующим отделением минимальной инвазивной хирургии Республиканского
специализированного научно-практического медицинского центра онкологии
и радиологии Министерства здравоохранения РУз., г. Ташкент, Узбекистан

Узбекистан, г. Ташкент, Улица Автомобильная кольцевая дорога 14а

²Доцент кафедры “Онкология, онкогематология и радиационная
онкология” Ташкентского Государственного медицинского университета,

Узбекистан, г. Ташкент, Узбекистан, улица Фаробий 2

E-mail: Okiljon_rahimov@mail.ru

Узбекистан, г. Ташкент, Улица Автомобильная кольцевая дорога 14а

Аннотация. Параганглиомы – редкие нейроэндокринные опухоли, возникающие из не эпителиальных экстранадпочечниковых хромаффинных клеток. Заболеваемость составляет с феохромоцитомами все лишь менее 2–8 случаев на 1 000 000. Параганглиома легких встречаются крайне редко, имеют медленный рост и представляют собой безболезненные образования.

Ключевые слова: параганглиома, редкая опухоль, торакальная хирургия, клинический случай

Автор для связи

Урмонов Умиджон Бутабекович, кандидат медицинских наук, хирург
отделения минимальной инвазивной хирургии Республиканского
специализированного научно-практического медицинского центра онкологии
и радиологии Министерства здравоохранения РУз., г. Ташкент, Узбекистан

E-mail: Dr_urmonov@mail.ru

Узбекистан, г. Ташкент, Улица Автомобильная кольцевая дорога 14а



Актуальность

Параганглиомы — нейроэндокринные редкие опухоли, происходящие из эмбрионального нервного окончания и [1, 2]. Они могут развиваться из парасимпатических или симпатических ганглиев. Парасимпатические параганглиомы обычно встречаются в голове и шее, чаще всего возникает на уровне бифуркации сонной артерии. Симпатические параганглиомы чаще обычно встречается в брюшной полости и очень редко возникает в грудной клетке, чаще всего в средостении [1].

Первичная легочная параганглиома встречается чрезвычайно редко, в литературе всего лишь описано меньше 30 случаев (3). В основном протекает бессимптомно, является случайной находкой (4). В меньшинстве случаев наблюдаются симптомы, соответствующие локализации образования, например, кашель, боль в груди и другие (5). Дифференциальный диагноз первичной легочной параганглиомы должен включать множество различных заболеваний, включая рак легких, туберкулез легких, микоз легких, пневмонию, воспалительных псевдоопухолей и метастатического рака легких (5)

Цель работы – представить редкий клинический случай, подчеркнуть сложности диагностики и выбора метода лечения параганглиомы.

Клинический пример

Больная Х., 1958 г. р., в 03.07.2023 поступила в отделение торакоабдоминальной онкологии ТГФ РСНПМЦОиР с жалобами на дискомфорт и периодически боли в правой грудной клетке, удушье, периодически кашель, слабость.

Из анамнеза: вышеуказанные жалобы беспокоят с начала 01.2023. Длительное время лечилась от обострения хронического бронхита. Однако, когда состояние ухудшилось прошла КТ ОГК от 12.05.2023 г., заключение: образование (15 мм) VII сегмента правого легкого.

После чего самостоятельно обратилась в ТГФ РСНПМЦОиР. В плановом порядке проведено:

1) ПЭТ КТ от 26.05.2023 г., заключение: признаки образования (1.7x1.6 см, X сегмент) в базальных отделах нижней доли правого легкого с повышенным накоплением РФП – *suspicio tumor* (рис. 1).

2) МРТ ОМТ от 19.06.2023 г., заключение: признаки начальных проявлений сосудистой энцефалопатии. Умеренная атрофия лобно-теменной области больших полушарий головного мозга.

3) ФГДС от 04.07.2023 г., заключение: хронический гастрит.

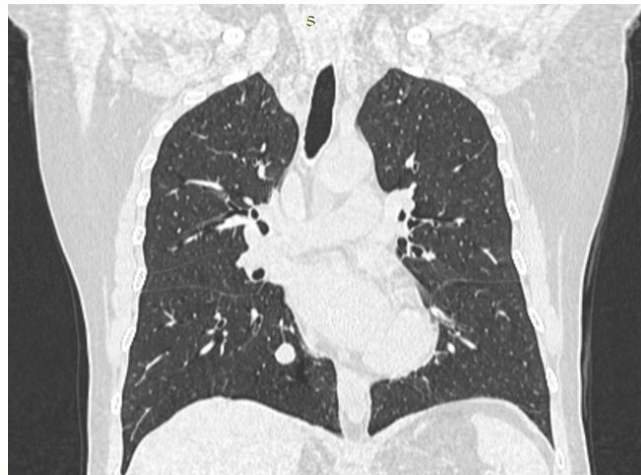
4) ФБС от 20.06.2023 г., заключение: хронический эндобронхит.

Также проведен контроль онкомаркеров, ЭхоКГ, УЗИ сосудов нижних конечностей, по данным которых патологических изменений не выявлено.

При поступлении общее состояние больной удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание везикулярное, ЧД 17-18 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС до 65 уд в мин, АД 120/70 мм рт. ст. Дыхание в легких выслушивается, везикулярное. Язык влажный. Живот участвует в акте дыхания, мягкий. Паристальтика выслушивается. Печень, селезенка, почки не увеличены.



a)



б)

Рисунок 1. ПЭТ КТ всего тела. В нижней доле правого легкого медиально определяется образование с четкими контурами, солидной структуры до 1,7x1,6 см.

Figure 1. PET CT scan of the whole body. In the lower lobe of the right lung, a formation with clear contours, a solid structure up to 1.7x1.6 cm, is determined medially

Из-за местонахождения образования и его маленьких размеров проведение трансторакальной пункции невозможно. Больная обсуждена на консилиуме: учитывая отсутствие гистологической верификации и очаг является единственным коллегиально принято решение выполнить атипичную резекцию нижнюю долю правого легкого со срочным морфологическим исследованием. При получении данных за рак объем будет расширяться до нижней лобэктомии справа с медиастинальной инсилатеральной лимфодиссекцией. После предоперационной подготовки, 07.07.2023 г выполнена: миниторакотомия справа, атипичная резекция нижней доли правого легкого. При ревизии образование находится в нижней доле до 1,5 см, плотной консистенции. Выполнена атипичная резекция данного сегмента и фрагмент легкого с опухолью оправлен на срочное гистологическое исследование. Ответ №128694 от 07.07.2023 г.: метастаз низкодифференцированной карциномы. После получения срочного гистологического ответа интероперационно коллегиально принято решение –

процесс является распространенным (метастатическим) и в связи с этим завершить операцию. Макропрепарат: образование до 1,5 см, на разрезе белесоватого цвета (рис. 2).



а

Рисунок 2. Макропрепарат. Образование до 1,5 см, на разрезе белесоватого цвета

Figure 2. Macropreparation. Formation up to 1.5 cm, whitish in color when cut

Гистологическое заключение по результатам плановой проводки операционного материала (№№ 128695, 12.07.2023): Гнезда опухолевых клеток, окружены тонкими прослойками соединительной ткани, в которой содержатся синусоидные сосуды. Опухолевые клетки крупные, полигональной формы, со светлой зернистой цитоплазмой, укрупненными ядрами, есть единичные митозы. Образование окружено слоистой соединительнотканной капсулой. Параганглиома легкого (рис. 3).

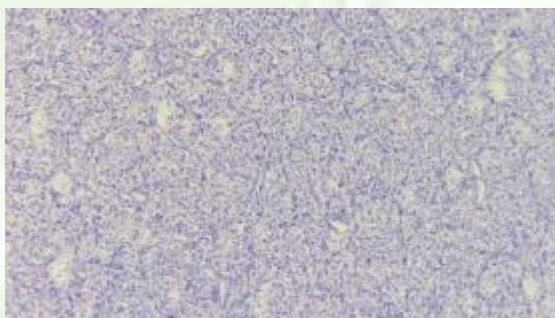




Рисунок 3. Микрофото. Параганглиома легкого. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$.

3. Microphoto. Paraganglioma of the lung. Hematoxylin and eosin staining, $\times 100$.

Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением. После снятия швов на 6-е сутки, больная выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

Заключение

В заключение отметим, что параганглиома легкого встречается очень редко, бессимптомные опухоли, трудны для диагностики. Хирургическая резекция является единственным методом выбора лечения. После радикального удаления опухоли общая выживаемость очень хороша. Однако эти больные должны оставаться под наблюдением.

Литература [References]

1. Warren B C, Bond T, Hessler R, et al. (June 01, 2022) Primary Paraganglioma of the Lung in an Asymptomatic Patient. Cureus 14(6): e25562. DOI 10.7759/cureus.25562// Clin Endosc. 2013. Vol. 46. № 5. P. 586–590. doi: 10.5946/ce.2013.46.5.586
2. Pacak K, Tella SH: Pheochromocytoma and paraganglioma. Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, et al. (ed): MDText.com, Inc., South Dartmouth; 2018.
3. Zhang JJ, Liu T, Peng F. Primary paraganglioma of the lung: a case report and literature review. J Int Med Res. (2012) 40:1617–26. doi: 10.1177/147323001204000442
4. An Unusual Histology for a Lung Nodule: A Case Report of Primary Pulmonary Paraganglioma Alessandra Mazzucco¹ *, Eleonora Poirè¹ , Andrea Leporati¹ , Matteo Chiari¹ , Laura Moneghini² , Giorgio Ghilardi¹ and Alessandro Baisi¹
5. Metastatic non-functional paraganglioma to the lung Mohamad K. Abou Chaar¹ , Aseel Khanfer¹ , Nidal M. Almasri² , Mohammad Abu Shattal³ , Abdellatif O. Alibraheem⁴ and Obada Al-Qudah⁴