

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© ШЕСТОВИЦКИЙ В.А., ГРИНШТЕЙН Ю.И., АРИСТОВ А.И., ШВАЛЕВ В.Н.

### ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ БРОНХИОЛО-АЛЬВЕОЛЯРНОГО РАКА ЛЕГКИХ

В.А. Шестовицкий, Ю.И. Гринштейн, А.И. Аристов, В.Н. Швалев

Красноярская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; городская клиническая больница №20 им. И.С. Берзона, г. Красноярск, гл. врач – к. м. н. В.А. Фокин

***Резюме.** Приведенный клинический случай представляет собой особенности течения псевдопневмонической формы бронхиоло-альвеолярного рака легкого, проявляющегося симптомами пневмонии, прогрессирующей одышкой, диссеминированными очагово-инфильтративными изменениями в легких. Обсуждаются сложности, с которыми приходится сталкиваться врачу при верификации данного диагноза и дифференциальной диагностике его.*

***Ключевые слова:** рак легкого, бронхиоло-альвеолярный, дифференциальная диагностика, случай из практики.*

Заболеваемость и летальность от диссеминированных заболеваний легких в последние десятилетия имеет отчетливую тенденцию роста во всем мире [1, 6]. Сегодня можно назвать более 200 различных заболеваний, имеющих признаки легочной диссеминации [2]. Очевидно и то, что диссеминированные процессы в легких уже не являются редкой патологией в пульмонологической практике. В специализированных стационарах они составляют около 20% среди всех заболеваний органов дыхания [5]. Сложная диагностическая задача начального этапа ведения больного решается методом диагностического поиска и диагностического исключения. Указанный диагностический метод ориентирован на 4 основные группы заболеваний. Это группа фиброзирующих альвеолитов, включающая идиопатический фиброзирующий альвеолит с 5-ю морфологическими формами интерстициальной пневмонии. Фиброзирующий альвеолит экзогенно - аллергического или токсического генеза, включающий ятрогенные формы заболевания - фиброзирующий альвеолит (интерстициальный пневмонит) лекарственного генеза [3], лучевой пневмонит, и др. Группа гранулематозов, включает в себя

диссеминированные формы туберкулеза легких, саркоидоз легких, гранулематоз Вегенера, пневмокониозы. Третья группа диссеминированных процессов в легких имеет место при заболеваниях внелегочного происхождения. Это системные заболевания соединительной ткани (ревматоидный артрит, системная красная волчанка, склеродермия и др.), а также легочные васкулиты и поражения легких при редких болезнях. В отдельную диагностическую группу заболеваний выделены легочные диссеминации опухолевой природы. Это бронхиоло-альвеолярный рак легких (псевдопневмонический или диффузно-узелковый тип рака легкого) и две метастатические формы в виде ракового лимфангоита и милиарного карциноза легких. Удобство такой классификации позволяет последовательно сузить круг возможных причин поражения легочной ткани [4].

Приведенная клинический случай представляет клинические трудности, с которыми приходилось сталкиваться врачу при верификации диагноза и дифференциальной диагностике бронхиоло-альвеолярного рака легкого.

*Больная М., 78 лет.* Поступила в специализированное пульмонологическое отделение ГKB № 20 им. И. С. Берзона г. Красноярск 17. 11. 2005 г. с жалобами на кашель, одышку, повышение температуры тела до субфебрильных цифр в течение последнего месяца, повышение АД до уровня 170/100 мм.рт.ст., снижение аппетита, слабость. Из анамнеза выяснено, что кашель и одышка при физической нагрузке впервые появился в течение последнего года. Одновременно с усилением этих симптомов стало фиксироваться эпизодическое повышение температуры тела до субфебрильных показателей. В последнее время одышка беспокоила при минимальной физической нагрузке, усилился кашель с мокротой слизистого характера. Периодически она выделялась в значительных количествах, достигая 0,5 - 1 литра в сутки. Профессиональный анамнез без особенностей. Контакта с возможными аллергическими факторами, имеющими потенциально патогенное воздействие на систему органов дыхания, не выявлено. При обращении к врачу поликлиники и рентгенологическом обследовании органов грудной клетки была диагностирована двухсторонняя пневмония. Больная была направлена в специализированное пульмонологическое отделение на стационарное лечение.

*При поступлении* состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,4°C. Кожные покровы бледно – серого цвета, чистые, умеренной влажности. Ногтевые фаланги кистей рук изменены по типу «барабанных палочек» с деформацией ногтевых пластинок («часовые стёкла»). Отеков нет. Щитовидная железа и периферические лимфоузлы не увеличены. Одышка (частота дыхательных движений 24-25 в мин). Грудная клетка астенично

изменена, безболезненна. Подвижность лёгочного края снижена до 3 см по средним аксиллярным линиям с обеих сторон. Отмечалось укорочение перкуторного звука над нижними отделами легкого слева. Определялся коробочный легочный оттенок звука над верхними отделами обоих лёгких. При аускультации обращали на себя внимание жёсткий характер дыхания, более выраженный слева над нижним отделом легкого. Выслушивались сухие рассеянные и трескучие (пневмосклеротические) хрипы над нижними и средними легочными полями с обеих сторон. ЧДД в покое – 24 в 1 мин., АД – 140/90 мм.рт.ст., ЧСС – 90 уд. в 1 мин. Тоны сердца определялись ясные, ритмичные. Живот мягкий при пальпации безболезненный. Печень определялась по краю рёберной дуги, селезёнка не пальпировалась. Симптом поколачивания (XII ребра) отрицательный с обеих сторон. В неврологическом статусе без особенностей.

-Общий анализ крови: Нв - 147 г/л, лейкоциты -  $5,5 \cdot 10^9$  /л, э - 1%, б - 0%, п/я - 1%, с/я - 74%, л - 20%, м - 4%, СОЭ - 21мм/час;

Биохимический анализ крови: серомукоид составил 0,33 ед., С-реактивный белок и ревматоидный фактор были отрицательные. - Бактериологический посев мокроты дал рост энтерококка  $10^8$  КОЕ с чувствительностью к доксициклину и золотистого стафилококка  $10^8$  КОЕ с чувствительностью к ванкомицину и рифампицину.

В анализах мочи и кала – патологических изменений не было обнаружено.

Компьютерная пульмоспирография: нарушений бронхиальной проходимости не выявила. Отмечено снижение ЖЕЛ до 60% должных величин, что свидетельствует о рестриктивных нарушениях ФВД.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки, включая компьютерную томографию, по всему легочному полю слева обширная, облаковидной формы, с участками сливного характера, зона интенсивной плотности неоднородного характера. Справа в нижних отделах меньшей плотности обширная зона (матовое стекло). Объемного уменьшения левого легкого нет. Тень средостения не смещена. Заключение: диффузные интерстициальные изменения в легких.

По результатам диагностической фибробронхоскопии выявлен хронический атрофический бронхит I ст.

На ЭКГ определялся синусовый ритм с ЧСС 80 в мин. Выявлены признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Нарушений проводимости и ритма не отмечено.

Ультразвуковое исследование брюшной полости обнаружило диффузные изменения в структуре печени без увеличения ее размеров. В поджелудочной железе, селезенке, почках патологических изменений не установлено.

При фиброгастроскопии выявлен диффузный атрофический гастрит.

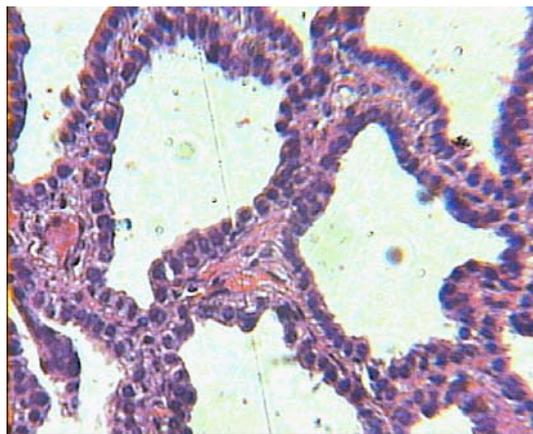
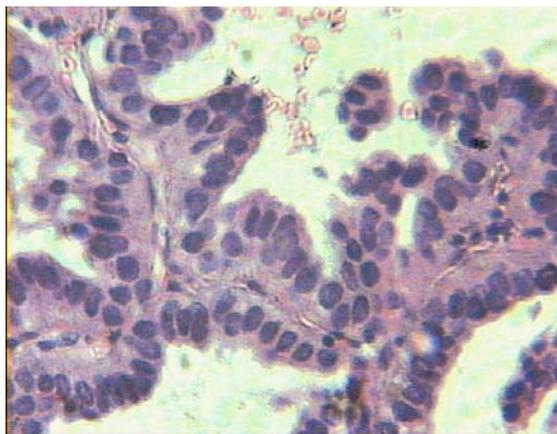
В соответствии с предварительным диагнозом двусторонней пневмонии больной (пожилой) была назначена инициальная антибактериальная терапия цефалоспоридами III поколения в течение 10 дней. Затем второй курс комбинированной антибиотикотерапии был осуществлен фторхинолонами и макролидами. Какой-либо положительной динамики после лечения не отмечено

Неэффективность проведенного лечения и диагностическая неопределённость побудило к проведению консилиума с участием специалистов: пульмонолога, фтизиатра, рентгенолога, ревматолога, торакального хирурга. Был отвергнут установленный ранее диагноз пневмонии. С большой долей вероятности (по заключению консилиума) исключались системные заболевания соединительной ткани, туберкулез легких. Врачом фтизиатром было высказано предположение о нетипичной форме саркоидоза легкого, а также заподозрен возможный диагноз одного из видов фиброзирующего альвеолита. В связи с чем назначено было превентивное лечение стероидными гормонами преднизолона в сутки в течение одной недели в дозе 40 мг. В связи с отсутствием положительного эффекта для морфологической верификации предполагаемого диагноза было решено провести открытую биопсию лёгкого, что в последующем могло служить основанием для уточнения тактики ведения, выбора объёма и методов терапии.

Больная была переведена в специализированное хирургическое отделение клинической больницы. После соответствующей подготовки выполнена была операция: передняя торакотомия слева. Краевая аппаратная резекция (S8) нижней доли левого лёгкого. Дренирование плевральной полости по Бюлау.

Макроскопически нижняя доля левого лёгкого уплотнена и увеличена в объёме, имело место значительное снижение эластичности лёгочной ткани. Очаговых образований не было выявлено. Костальная плевра не изменена.

По патоморфологическому заключению микроскопическая картина биоптата легкого укладывалась в описание железисто-папиллярного рака легкого, что соответствовало гистологическому типу аденокарциномы (рис. 1; 2).



*Рис.1; 2. Морфологическая картина аденокарциномы. Окраска гематоксилином и эозином.х200.*

Послеоперационный период протекал без осложнений. Радикальное специфическое лечение больной не показано. Продолжалась начатая в пульмонологическом отделении симптоматическая терапия бронхолитиками, отхаркивающими, антибиотиками. Жалобами, определяющими состояние больной были: одышка при обычной ходьбе и незначительной нагрузке, кашель, нарастающая слабость.

По литературным данным известно, что периферическая форма бронхиоло-альвеолярного рака легкого встречается в 1,5 – 5% случаев по отношению к раку легкого. При этом одинаково часто у мужчин и женщин в возрасте старше 40 – 60 лет. Рентгенологически – это инфильтративные, чаще 2-х сторонние затенения в легких, плюс очаговые тени в смежных областях (псевдопневмонический или диффузно-узелковый тип рака легкого). Клиническое течение, как правило, имеет прогрессирующий, рецидивирующий характер по типу затяжных форм пневмонии с симптомами кашля, мокроты, одышки, повышения температуры тела; болями в грудной клетке, нарастающей слабостью. Часто выставляются ошибочные диагнозы в клинике – пневмония, пневмокониоз, туберкулез, саркоидоз [7].

При выписке больной была рекомендована консультация и наблюдение у онколога и симптоматического лечения.

## **COMPLICATED CASE OF BRONCHIAL-ALVEOLAR LUNG CANCER**

V.A. Shestovitsky, Y.I. Grinshtein, A.I. Aristov, V.N. Shvalyov

Krasnoyarsk state medical academy

Authors present a case of unusual pseudopneumonic form of bronchial-alveolar lung cancer, manifested with the symptoms of pneumonia, progressing dyspnoe, disseminated focal and infiltrating changes in lungs. The difficulties of disease verification and differential diagnosis are discussed.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Илькович М.М. Интерстициальные болезни легких / В кн.: заболевания органов дыхания. – СПб., 1998. – С. 109-318.
2. Путов Н.В., Илькович М.М. Фиброзирующие альвеолиты. – М., 1986. – 186 с.
3. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания / под ред. А.Г.Чучалина. – М: Из-во: «Литтера». – 2004. – Т.V. – С. 518-521.
4. Топольская Н.В., Шестовицкий В.А. Интерстициальные заболевания легких. – Красноярск, 1999. – 22 с.
5. Шмелев Е.И. Дифференциальная диагностика интерстициальных болезней легких // CONSILIUM medicum. – 2003. – Т.5, №4. – С. 176-181.
6. American Thoracic Society/European Respiratory Society International Multidisciplinary Consensus Classification of the Idiopathic Interstitial Pneumonias // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2002. – Vol. 165. – P. 277-304.
7. Coultas D.B., Zumwalt R.E., Black W.C., Sobonya R.E. The epidemiology of interstitial lung diseases // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 1994. – Vol. 150. – P. 967-972.