

Хроническая обструктивная болезнь легких, идиопатический легочный фиброз и периферический рак легкого: смертельная триада

К.м.н. Фроленкова Л.А, д.м.н. Арямкина О.Л.

Сургутский государственный университет, Сургутская окружная клиническая больница, Сургут, Россия

Проанализирована клиническая ситуация сложного для выбора лечебной тактики случая при ведущем синдроме бронхиальной обструкции. Сегодня все больше больных, имеющих сочетанную патологию, определяющую различные варианты коморбидности. Сложности возникают в случаях сходных клинических проявлений различных заболеваний [1].

Материал и методы. Проанализирован редкий случай коморбидной патологии, проявляющийся БОС – идиопатического легочного фиброза (ИЛФ) и периферического рака легкого, развившихся на фоне длительно текущей ХОБЛ. Диагнозы ИЛФ и рака легкого коморбидных с ХОБЛ, установлены прижизненно за полгода до смерти больного.

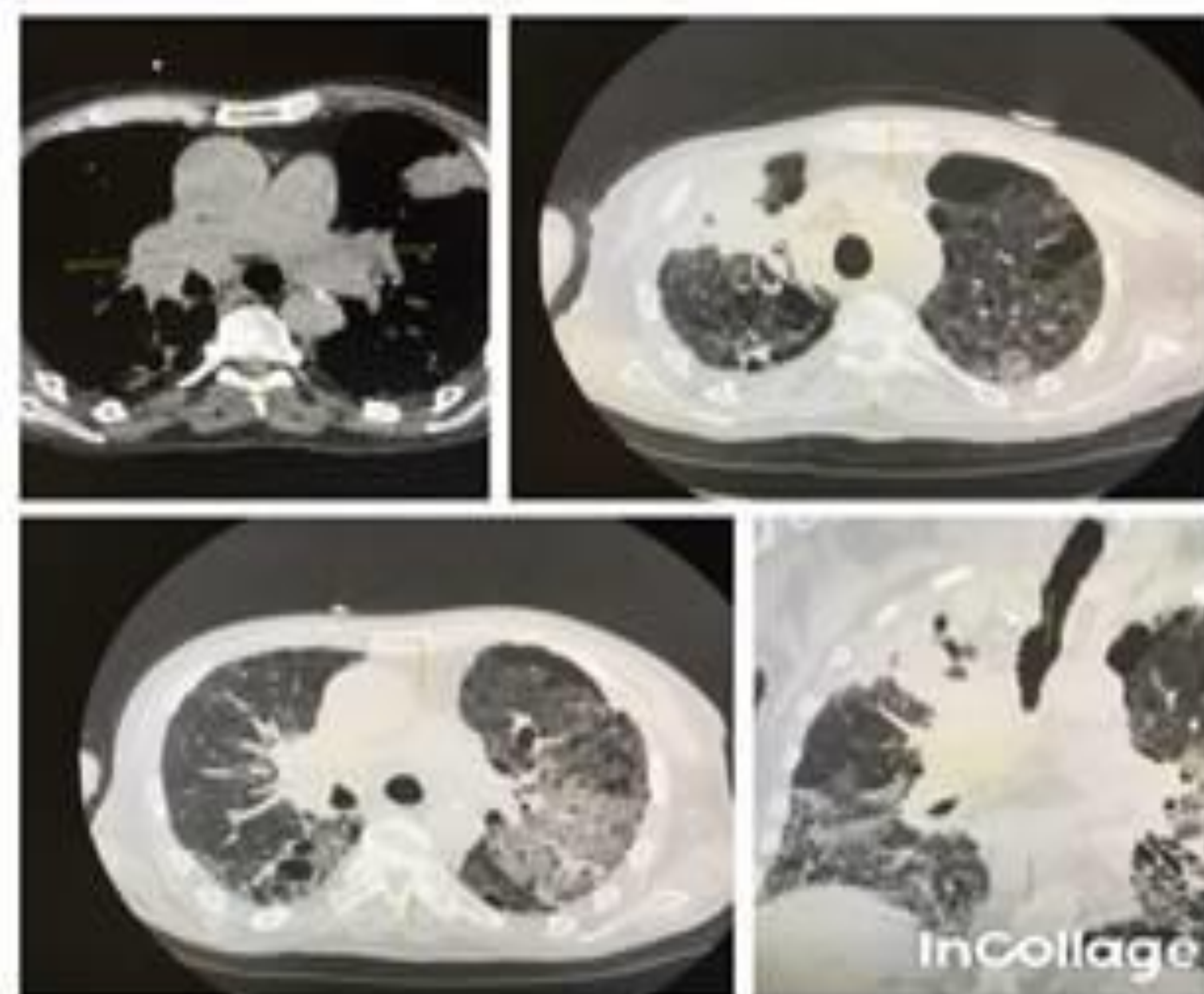
Больной С., 63-х лет наблюдался в течение 2016-2019 гг., в БУ «Сургутская ОКБ» с прогрессирующей одышкой в рамках БОС. В течение года пациент пользовался беродуалом с кратковременным эффектом. В анамнезе эпизоды повышения АД до 160/90 мм.рт.ст., без приема гипотензивных препаратов, стаж курения 35 пачка/лет и проживание 25 лет в неблагоприятных климатических условиях. В 2017 г. уточнена степень тяжести ХОБЛ (2-3 ст.), назначено дополнительное обследование – КТ органов грудной клетки (ОГК) и базисная терапия - тиотропия бромид 18 мкг*1 раз в день. При проведении КТ - очаговые изменения легких в S3 справа и S6 слева. В общем анализе крови СОЭ 51 мм.

Дальнейшее обследование продолжено не было, по причине нежелания пациента. В последующие 6 месяцев - прогрессивное нарастание одышки. Пациент связывал свое состояние с избыточной массой тела, соблюдал диету на протяжении 2-х месяцев и достиг снижение массы тела на 20 кг, без субъективного уменьшения одышки. В июле 2018 г., ухудшение состояния - повышение Т тела до 39С, кашель с мокротой с примесью крови. Больной госпитализирован в пульмонологическое отделение. При обследовании в ОАК гемоглобин 116 г/л, СОЭ 35 мм/ч. Рентгенография ОГК: Картина объемного образования верхней доли левого легкого. Локально выраженный пневмофиброз верхней доли правого легкого, признаки ХОБЛ.

Проведено КТ ОГК, заключение: Лимфаденопатия внутригрудных лимфоузлов. Образование правого легкого. Идиопатический фиброзирующий альвеолит. ФБС В1 верхнедолевого бронха с распространением на трахею и правый главный бронх.

Результат спирографии - выраженные нарушения вентиляции по смешанному типу. (ЖЭЛ 89%. ОФВ1-47%), проба с сальбутамолом отрицательная.

Результат патогистологического исследования (ПГИ) фрагмента опухоли: морфологические признаки крупноклеточной злокачественной опухоли, соответствующие плоскоклеточному низкодифференцированному раку.



Результаты исследования КТ органов грудной клетки

Заключение ЭКО КГ: нарушение диастолической функции ЛЖ. Расширение ствола ЛА (ЛА 29 мм), регургитация на легочной артерии 1+, регургитация на трикуспидальном клапане 1-2+. Признаки легочной гипертензии.

Выставлен клинический диагноз.

Основной: периферический рак верхней доли правого легкого с централизацией T2N3M1 (левое легкое) IV стадия, 2 клиническая группа. ПГИ плоскоклеточный низкодифференцированный рак. Конкурентный: Хроническая обструктивная болезнь легких, эмфизематозный тип, GOLD 3 ст, группа В, обострение. Сопутствующие: Гипертоническая болезнь 2 стадии, Артериальная гипертензия 2 степени, риск 3. ХСНО Идиопатический легочный фиброз

Онкологом, определена тактика лечения. В связи с невозможностью проведения оперативного вмешательства пациенту назначена химиотерапия. С целью лечения ХОБЛ продолжена терапия - тиотропия бромид 18 мкг*1 раз ингаляции, увлажненный кислород, беродуал по потребности.

С июня 2018 г., в течение 6 месяцев получил 6 курсов ПХТ по системе EP (карбопластин, этопозид, сопроводительная терапия (фраксипарин, эпоэтин альфа, дексаметазон, омепразол, метоклорамид). На фоне лечения сохранялась слабость, одышка при движении, снижение гемоглобина до 88 г/л.

В январе 2019 г., ухудшение состояния - появление болей в грудной клетке, отметил нарастание одышки, экстренно госпитализирован в пульмонологическое отделение. При осмотре зарегистрировано снижение сатурации кислорода до 84%, Проводилась дифференциальная диагностика с ТЭЛА (КТ ОГК и ЭХО КГ – без динамики). За время наблюдения в стационаре у пациента нарастала одышка, боль в грудной клетке, и на 3-и сутки наступила остановка сердечной деятельности.

Заключение

Длительный этап диагностики обусловлен недооценкой пациентом изменениями в состоянии здоровья. Нарастание дыхательной недостаточности не расценивались как присоединение второго и даже третьего заболевания. Наличие нескольких взаимоотношающихся патологий исключило возможность комбинированного лечения, проводимая химиотерапия не улучшила состояние, продолжала нарастать дыхательная недостаточность. Данный клинический случай указывает на наличие у одного пациента 3-х смертельных заболеваний с неблагоприятным исходом и каждое заболевание ограничивает диагностическую и лечебную возможность.

Список литературы

1. Оганов О.Г. Коморбидная патология в клинической практике // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019. №18(1).
2. Чучалин А.Г. Пульмонология. Клинические рекомендации М: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 330 с.
3. Бондарь Г.В., Яремчук А.Я., Диденко И.К. Справочник онколога. М: Медпресс-информ, 2003. 400 с.