

ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

¹О.М. Шкондін,
²І.П. Стрекозова,
²А.В. Дайнеко

¹ДЗ «Луганський державний
медичний університет»,

²Луганська обласна клінічна
лікарня

Порожнинна форма периферичного раку легенів

Cavitory form of peripheral lung cancer

Незважаючи на впровадження новітніх методів візуалізації, своєчасна діагностика раку легенів, особливо його периферичної порожнинної форми, залишається актуальною. Спужак Р.М. [1], Уткіна В.Л. та співавт. [2] відзначають, що серед морфологічних форм раку легенів найчастіше зустрічається плоскоклітинний (до 48,5%, у 12,3% випадків — з розпадом), пухлина переважно малих розмірів і рідше — досить великих (до 10 см і більше в діаметрі). У подібних випадках виникають значні труднощі в їх диференціальній діагностиці. Наводимо власне спостереження випадку порожнинної форми периферичного раку легені.

Хворого Б., 74 років, госпіталізували до пульмонологічного відділення Луганської обласної клінічної лікарні (ЛОКЛ) 07.02.2012 р. з діагнозом хронічний абсцес нижньої частки правої легені, дренажно-гнійний ендобронхіт (іст. хв. № 165) зі скаргами на кашель (унічний час) з мокротинням гнійного характеру (до 100 мл на добу) з неприємним запахом, підвищення температури до 38° (ввечері) протягом двох тижнів, слабкість, відсутність апетиту, пітливість. З анамнезу відомо, що 3 тижні тому без видимих причин підвищилася температура до 38°, почався кашель. До лікаря пацієнт не звертався, лікувався самостійно (ла-

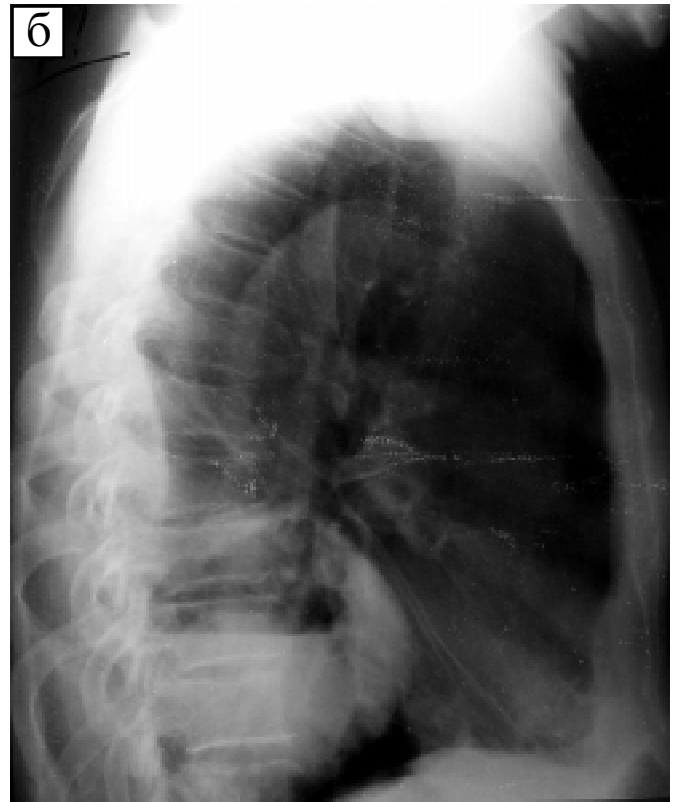
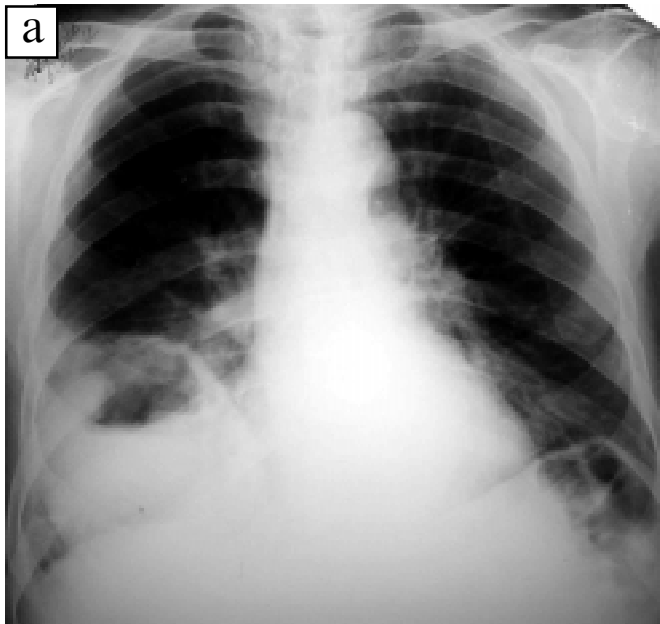


Рисунок 1а,б. Рентгенограма органів грудної порожнини. У нижній частці правої легені визначається фокусна тінь великих розмірів з нечіткими внутрішніми стінками неоднорідної структури внаслідок порожнини, з наявністю рівня рідини

Тут і далі: а — пряма, б — бічна проекції.

Fig. 1a,b. Chest x-ray demonstrates a large focal shadow with indistinct internal walls with uneven structure due to the cavity and fluid in the lower lobe of the right lung.

Here and in the rest: a — frontal, б — lateral projection.

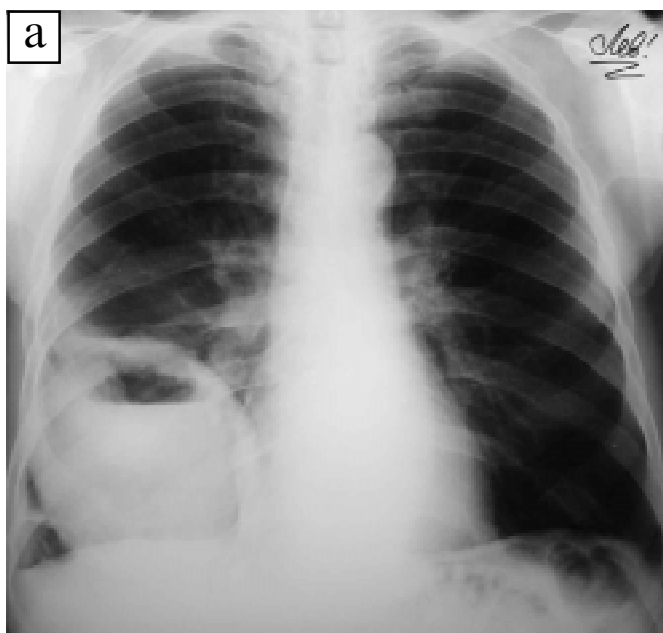


Рисунок 2 а,б. Рентгенограма органів грудної порожнини (контрольна): справа на нижньому полі затемнення не змінилося, у верхньому його полюсі горизонтальний рівень між вмістом і газом, товщина стінки до 1 см (внутрішній контур нерівний, поліциклічний; зовнішній — чіткий, рівний)

Fig. 2 a, б. Chest x-ray (control): the shadow in the right lower field has not changed, in the upper pole there is a horizontal level between the content and the gas, the wall thickness is 1 cm (the inner outline is uneven, polycyclic, the outer one is distinct, even)

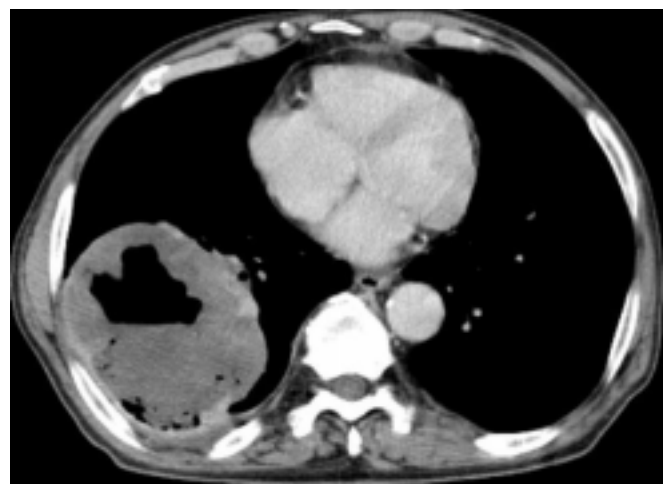


Рисунок 3. Спіральна комп'ютерна томограма (юніпак 100 мл): справа у проекції нижньої частки визначається абсцес з нерівними товстими стінками і наявністю рідини, розміром 105 × 100 × 96 мм, плевра потовщена в базальних відділах, у правому корені — біфуркаційні лімфовузли збільшені до 9–10 мм у діаметрі

Fig. 3. Spiral computed tomography (Unipaq 100 ml): on the right in the projection of the lower lobe there is an abscess with uneven thick walls and fluid measuring 105 × 100 × 96 mm, the pleura is thickened in the basal portions, in the right root there are bifurcation lymph nodes enlarged up to 9–10 mm in the diameter

золван, аспірин), лише 05.02.2012 р. звернувся до терапевта. Було проведено рентгенограму органів грудної порожнини (рисунок 1 а,б), після чого хворого направлено на консультацію до фтизіатра (ЛОКПТД) — даних про специфічний процес немає, потім — до відділення торакальної хірургії ЛОКЛ. У результаті 07.02.2012 р. хворого госпіталізували до пульмонологічного відділення з вищезазначеним діагнозом.

Аналіз крові клінічний від 08.02.2012 р.: Нь – 126 г/л; еритроцити – $4,0 \times 10^{12}/л$; КП – 0,9; лейкоцити – $6,8 \times 10^9/л$; ШОЕ – 36 мм/г. Повторний аналіз крові від 22.02.2012 р.: Нь – 119 г/л; еритроцити – $3,9 \times 10^{12}/л$; КП – 0,9; лейкоцити – $10,2 \times 10^9/л$; ШОЕ – 32 мм/г. Загальний аналіз мокротиння від 08.02.2012 р.: жовто-зелене, гнійне, середньов'язке, епітелій бронхів — небагато, альвеолярні макрофаги — місцями, лейкоцити — густо на все поле зору, еритроцити — одиничні, МБТ і пневмоцитів не виявлено. Змиви з ТБД на АК, БК, цитологія від 08.02.2012 р.: на фоні слизу лейкоцити на все поле зору, епітелій бронхів у невеликій кількості, частково з плоскоклітинною метаплазією, КУП не виявлено. ФБС від 08.02.2012 р.: слизова оболонка ТБД блідо-рожева, бронхи деформовані до 4-го порядку, вільно прохідні; S 8–10 праворуч різко розширені, містять гнійне мокротиння. Висновок: дренажно-

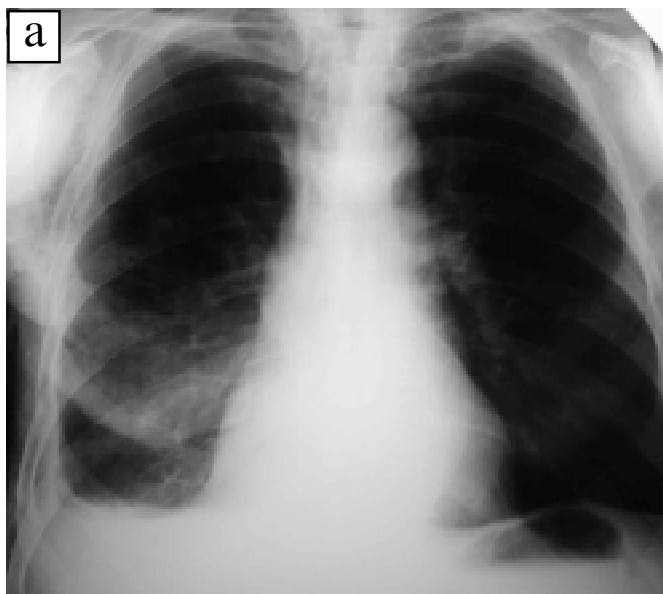


Рисунок 4 а,б. Контрольна рентгенограма легенів: стан після нижньої лобектомії справа

Fig. 4 a, б. Control chest x-ray: the state after low lobectomy on the right

гнійний ендобронхіт, непрямі ознаки бронхоектазів S 8–10. Рентгенограма органів грудної порожнини (контрольна) від 20.02.2012 р. (рисунок 2 а,б): справа на нижньому полі затемнення не змінилося, у верхньому його полюсі горизонтальний рівень між вмістом і газом, товщина стінки до 1 см (внутрішній контур нерівний, поліциклічний; зовнішній — чіткий, рівний). Висновок: хронічний абсцес. СКТ (юніпак 100 мл) від 24.02.2012 р.: ліва легеня нормально аерована, в плевральній порожнині рідини немає; справа в проекції нижньої частки визначається абсцес з нерівними товстими стінками і наявністю рівня рідини, розміром 105×100×96 мм, плевра потовщена в базальних відділах, у правому корені — біфуркаційні лімфовузли збільшені до 9–10 мм в діаметрі. Висновок: абсцес нижньої частки правої легені (рисунок 3).

Повторна консультація торакального хірурга 29.02.2012 р.: згоден з діагнозом хронічний абсцес нижньої частки правої легені, дренажно-гнійний ендобронхіт. У зв'язку з малоефективним лікуванням 05.03.2012 р. хворого переведено до відділення грудної хірургії ЛОКЛ. Наступного дня (06.03.2012 р.) у плановому порядку, в умовах загальної анестезії виконано операцію — нижню лобектомію справа. Патогістологія від 10.03.2012 р.: низькодиференційований плоскоклітинний рак легені з розпадом без метастазів у лімфовузли ко-

рени. Післяопераційний період відмічено як задовільний і 30.03.2012 р. хворого виписали для амбулаторного лікування. Контрольна рентгенограма легенів від 28.03.2012 р.: стан після нижньої лобектомії справа (рисунок 4 а,б).

Отже, при периферичній формі раку пухлина легені може бути великих розмірів, мати безсимптомний перебіг з наступним розпадом, симулювати гострий або хронічний абсцес, аспергільоз, що викликає труднощі в диференціальній діагностиці і в результаті — призводить до операції. Лише патогістологія дозволяє встановити правильний діагноз.

Література

1. Спужак Р.М. // *Пром. діагност., пром. тер.* – 2011. – № 1–2. – С. 31–34.
2. Уткина В.Л. и соавт. *Дифференциальная диагностика опухолевых и неопухолевых заболеваний легких* // *НРФ-2011.* – СПб. – Сб. науч. работ. – С. 243–244.

Надходження до редакції 28.08.2012.

Прийнято 08.10.2012.

Адреса для листування:
Шкондін Олександр Микитович,
Луганський державний медичний університет,
вул. 50-річчя оборони Луганська, 1, Луганськ, 91045,
Україна