

УДК 616.23-006.6
АГРЕССИВНОЕ ТЕЧЕНИЕ РАКА БРОНХОВ

© А. В. ПРОНЕВИЧ, П. Н. КОВАЛЬЧУК

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь

РЕЗЮМЕ

В статье представлено описание клинического случая рака бронхов без рентгенологических изменений. Это зачастую связано с поздней диагностикой заболевания и высокой смертностью от данной патологии.

Ключевые слова: рак бронха, поствоспалительный фиброз, вторичные изменения.

Вклад авторов: Проневич А.В., Ковальчук П.Н.: концепция и постановка предварительного диагноза, сбор материала по клиническому случаю, редактирование, обсуждение симптомов и проявлений болезни, описание самого клинического случая, обзор публикаций по теме статьи, утверждение рукописи для публикации.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Источники финансирования: исследование проведено без спонсорской поддержки.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ

Проневич АВ, Ковальчук ПН. Клинический случай агрессивного течения рака бронхов. *Проблемы Здоровья и Экологии*. 2020;65(3):119–122

AGGRESSIVE COURSE OF BRONCHIAL CANCER

© ANNA V. PRONEVICH, PETER N. KOVALCHUK

Gomel State Medical University, Gomel, Republic of Belarus

ABSTRACT

The article describes a clinical case of bronchial cancer without radiologic changes. This is often associated with late diagnosis of the disease and a high mortality rate of this pathology.

Key words: bronchial cancer, post-inflammatory fibrosis, secondary changes.

Author contributions: Pronevich A.V., Kovalchuk P.N.: research concept and preliminary diagnosis, collecting material of a clinical case, editing, discussion of the symptoms and manifestations of the disease, description of the clinical case itself, reviewing publications on the topic of the article, approving the manuscript for publication.

Conflict of interests: authors declare no conflict of interest.

Funding: study conducted without sponsorship.

FOR CITATION:

Pronevich AV, Kovalchuk PN. Aggressive course of bronchial cancer. *Problems of Health and Ecology = Problemy Zdorov'ya i Ekologii* 2020;65(3):119–122. (In Russ.)

Введение

Стремительный рост заболеваемости раком легкого приобретает характер эпидемического бедствия, в связи с чем его профилактика, своевременная диагностика и лечение являются не только медицинской, но и социальной проблемой. Во всем мире заболеваемость раком легких увеличивается со скоростью 0,5 % в год [3]. Ни одно из широко распространенных онкологических заболеваний не имеет столь очевидной связи с факторами окружающей среды, условиями производства, вредными привычками и индивидуальным стилем

жизни, как рак легкого [2]. По данным ВОЗ, от рака легкого ежегодно умирает 1 млн человек во всем мире [1].

С клинической точки зрения типы рака легкого различают по темпу роста и прогнозу. Медленнее развиваются дифференцированный плоскоклеточный и железистый рак, быстрее — недифференцированный (мелкоклеточный, крупноклеточный). Недифференцированные формы рака легкого характеризуются бурным развитием, быстрым и обильным лимфогенным, а также ранним гематогенным метастазированием [5].

Мелкоклеточный рак легкого (МРЛ) — это агрессивный рак нейроэндокринного

происхождения, который в большинстве случаев диагностируется у курильщиков. Пациенты обычно имеют небольшую продолжительность симптомов — в среднем три месяца и часто (60–65 %) с метастатическим заболеванием. МРЛ представляет собой гетерогенное заболевание, включающее чрезвычайно химиочувствительные и химиорезистентные клоны. Учитывая его способность продуцировать несколько гормонов, мелкоклеточный рак связан с несколькими паранеопластическими синдромами. К ним относятся гипонатриемия, связанная с синдромом неадекватной секреции антидиуретического гормона, синдром Кушинга, связанный с секрецией адренокортикотропного гормона, и акромегалия, связанная с секрецией гормона роста опухолевыми клетками. Фактически симптомы паранеопластических синдромов могут предшествовать обнаружению основного рака. Кроме того, они могут быть первым признаком рецидива после достижения ремиссии. Следовательно, типичные признаки паранеопластического расстройства должны побуждать к быстрому поиску основного рака [4].

Исследования последних лет позволили уточнить маркеры, используемые для контроля течения заболевания. Прогностическое значение при динамическом наблюдении за пациентами с МРЛ имеют маркеры CYFRA-21-1, нейронспецифическая енолаза (NSE) и раково-эмбриональный антиген (РЕА). Показано значение антионкогенов (генов Р53, R6-супрессоров опухоли) в развитии МРЛ, а также нарушение хромосомы 3p. У 80–90 % пациентов диагностируют распространенный опухолевый процесс [5].

Клиническое проявление рака легкого зависит от локализации, гистологической формы опухоли и степени ее распространения.

Первичные симптомы включают кашель, боль в грудной клетке, кровохарканье, одышку и лихорадку.

Кашель наблюдается у 75–90 % пациентов. Симптом связан с раздражением слизистой оболочки бронхиального дерева опухолью или сопутствующим эндобронхитом.

Кровохарканье происходит в 30–50 % случаев в виде прожилок крови или густого окрашивания мокроты кровью. Причинами кровохарканья могут быть: распад опухоли, изъязвление слизистой бронхов и деструктивные изменения в ателектазе.

Боль в грудной клетке является распространенным симптомом рака легких в результате ателектаза, смещения средостения и раздражения париетальной плевры.

Одышка развивается у 30–60 % пациентов с раком легких из-за ателектаза и смещения средостения, нарушений кровообращения, плеврита и перикардита.

Повышение температуры тела у пациентов с раком легких обычно является результатом обструктивного бронхита или пневмонии, которая развивается при ателектазе. Этот симптом встречается редко при периферической форме заболевания.

Симптомы местно-распространенного рака наблюдаются у пациентов с метастатическими поражениями средостенных лимфатических узлов или с прямой инвазией опухоли в органы и ткани грудной полости. Все клинические признаки этой группы поздние и указывают на плохой прогноз заболевания.

Синдром верхней полой вены вызван сдавлением данного сосуда опухолью или ее метастазами.

Синдром Горнера (птоз, миоз и энфальзм) является одним из характерных признаков рака легких с паравертебральным распространением и повреждением симпатического ствола.

Дисфагия возникает из-за метастазов в лимфатических узлах заднего средостения или прямым распространением опухоли в пищевод.

Осиплость голоса обнаруживается у пациентов с раком левого легкого и свидетельствует о вовлечении возвратного нерва в опухолевый процесс, он изгибается вокруг дуги аорты, расположенной на его нижней и задней стенках. Этот симптом указывает на метастатическое поражение лимфатических узлов «аортального окна» или опухолевую инвазию в аорту и средостение.

Симптомы отдаленных метастазов выявляются у большинства пациентов с первичным раком легких [6].

Случай из клинической практики

Пациент К., мужчина, 71 год, обратился 27.05.2019 г. на прием к терапевту в ГУЗ «Гомельская центральная городская поликлиника («ГЦГП») филиал №2 по месту жительства с жалобами на множественные болезненные образования мягких тканей передней грудной клетки и брюшной стенки. Из анамнеза заболевания установлено, что образования, вначале безболезненные, появились около двух месяцев назад.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, телосложение правильное, гиперстеническое. ИМТ — 29 кг/м². Температура тела — 36,8 °С. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Подкожно опреде-

ляются множественные образования мягких тканей передней грудной клетки и брюшной стенки, болезненные при пальпации. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичны, акцент II тона над аортой. Артериальное давление — 160/80 мм рт. ст. Пульс — 80 ударов в минуту, ритмичный. Дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон — сухие единичные хрипы. Частота дыхания 17 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации безболезненна, выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не пальпируется. Периферическая пастозность стоп. Нарушения мочеиспускания, стула не отмечено.

Данные лабораторно-инструментальных методов исследований от 27.05.2019 г.: в ОАК: эритроциты — $4,72 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 152 г/л, лейкоциты — $9,9 \times 10^9/л$, СОЭ — 29 мм/ч. ОАМ без патологии. УЗИ органов брюшной полости: множественные фибромы печени, поджелудочной железы, надпочечников.

Из анамнеза жизни. Вредных привычек нет. Аллергоанамнез, наследственность не отягощены.

Наблюдается у участкового врача-терапевта с диагнозом: «ИБС: стабильная стенокардия напряжения, ФК 2 (клинически), постинфарктный (2012 г.) и атеросклеротический кардиосклероз. Стентирование ОВ ЛКА (03.09.15 г.). Н1. Артериальная гипертензия 2-й степени, риск 4. Хронический бронхит; диффузный пневмосклероз; поствоспалительный фиброз S4-S5 левого легкого, ДН 1 с 2012 г.».

Рентгенологический архив органов грудной клетки с 2012 года по 23.04.2019 г. Заключение: очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Эмфизема легких. Диффузный пневмосклероз. Слева в язычковых сегментах легкая фиброзная тяжистость. В S4-S5 левого легкого поствоспалительный фиброз. Корни уплотнены. Сердце расширено в поперечнике.

В связи с появлением одышки, приступов удушья с 23.04.19 г. по 03.05.19 г. находился на стационарном лечении в УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» («ГГКБ № 3») с диагнозом: «ИБС: постинфарктный (2012 г.) и атеросклеротический кардиосклероз. Состояние после стентирования (2015 г.). Недостаточность МК 1-й ст., ТК 2-й ст., ЛА 1-й ст. Н2А. Артериальная гипертензия 2-й степени, риск 4. Хроническая обструктивная болезнь легких 1-2-й ст., обострение. ДН 1».

Данные инструментальных методов исследований в УЗ «ГГКБ № 3» от 24.04.19 г.:

рентгенография ОГК от 23.04.19 г. Заключение: очаговых и инфильтративных теней не выявлено. УЗИ органов брюшной полости от 25.04.19 г. Заключение: диффузные изменения в печени, поджелудочной железе. Образование тела поджелудочной железы-кисты.

Выписан на амбулаторное лечение и наблюдение участкового терапевта, пульмонолога.

В УЗ «Гомельский областной клинический онкологический диспансер» («ГОКОД») терапевтом поликлиники был направлен 27.05.2019 г. с подозрением на множественный фиброматоз.

В УЗ «ГОКОД» 13.06.2019 г. выполнено УЗИ органов брюшной полости. Заключение: в обеих долях печени несколько вторичных изменений до 1 см, желчный пузырь обычных размеров, в стенке дополнительное образование, в теле поджелудочной железы предположительно вторичные изменения до 1,5 см, в головке — до 3 см, в области хвоста — до 2,8 см. Почки без экзопатологии. Селезенка не изменена. В правом надпочечнике вторичные изменения 2,4 см. В левом подреберье диссеминат 3,6 см. В брюшной полости диссеминаты по брюшине до 5,3 см. В мягких тканях грудной клетки справа вторичные изменения до 1,8 см, по задне-подмышечной линии очаг до 4 см. Увеличение подвздошных лимфоузлов и свободной жидкости не обнаружено.

Фиброгастродуоденоскопия от 18.06.2019 г. Заключение: эритематозная гастропатия.

Трахеобронхоскопия от 18.06.2019 г. Заключение: эндоскопическая картина центрального процесса левого нижнедолевого бронха с распространением на левый главный бронх. Гистологическое исследование материала из нижнедолевого бронха от 24.06.2019 г.: мелкоклеточный процесс G3.

МСКТ ОГК от 04.07.2019 г. Заключение: КТ: картина центрального процесса левого легкого (левого нижнедолевого бронх, левый главный бронх) с вторичными изменениями в лимфоузлы средостения, полиорганные вторичные изменения брюшины, мягкие ткани грудной клетки и брюшной стенки.

На основании данных инструментальных методов исследования был выставлен диагноз: «Центральное мелкоклеточное заболевание левого нижнедолевого бронха с переходом на левый главный бронх, вторичные изменения в лимфоузлы средостения, по брюшине, в печень, поджелудочную железу, надпочечники, мягкие ткани грудной клетки и брюшной стенки. T4N3M1G3 IV кл. гр.

Пациент госпитализирован в УЗ «ГОКОД», где с 15.07.19 г. по 19.07.19 г. был проведен первый курс химиотерапевтического лечения.

Всего было проведено 7 курсов противоопухолевой химиотерапии.

Пациент умер 17.12.19 г. в ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 4» в отделении паллиативной медицинской помощи.

Заключение

Данный клинический случай иллюстрирует агрессивное клиническое течение мелкоклеточного рака легкого. Отсутствие у пациента классических рентгенологических данных поражения бронхов вызывает затруднение своевременной диагностики заболевания. Жалобы пациента на одышку и наличие поствоспалительного фиброза легких должно насторожить врача в отношении злокачественного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чиссов ВИ. Ошибки в клинической онкологии: руководство для врачей [Электронный ресурс]. Серия «Библиотека врача специалиста» 2009; (768). [дата обращения: 2020 апр 18]. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411179.html>
2. Чиссов ВИ. Онкология [Электронный ресурс]. Национальное руководство. 2017;(576). [дата обращения: 2020 апр 18]. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439821.html>
3. Kosmidis PA. Lung Cancer. In: Gouliamos A, Andreou J, Kosmidis P (eds) Imaging in Clinical Oncology. Springer. 2018. 231 p. doi: 10.1007/978-3-319-68873-2_28

cology. Springer. 2018. 231 p. doi: 10.1007/978-3-319-68873-2_28

4. Bernhardt EB, Jalal SI. Small Cell Lung Cancer. In: Reckamp K (eds) Lung Cancer. Cancer Treatment and Research. Springer; 2016;170:301-22. doi: 10.1007/978-3-319-40389-2_14
5. Трахтенберг АХ. Рак легкого [Электронный ресурс]. Атлас: руководство. 2014;(160). [дата обращения: 2020 апр 18]. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970414163.html>
6. Демидчик ЮЕ. Рак легкого. *Белорусский Медицинский Журнал*. 2002;1:18-23.

REFERENCES

1. Chissov VI. Oshibki v klinicheskoy onkologii: rukovodstvo dlya vrachey [Elektronnyy resurs]. Seriya «Biblioteka vracha spetsialista» 2009;(768). [data obrashcheniya: 2020 apr 18]. Rezhim dostupa: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411179.html> (in Russ.)
2. Chissov VI. Onkologiya [Elektronnyy resurs]. Natsional'noe rukovodstvo. 2017;(576). [data obrashcheniya: 2020 apr 18]. Rezhim dostupa: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439821.html> (in Russ.)
3. Kosmidis PA. Lung Cancer. In: Gouliamos A, Andreou J, Kosmidis P (eds) Imaging in Clinical Oncology. Springer. 2018. 231 p. doi: 10.1007/978-3-319-68873-2_28
4. Bernhardt EB, Jalal SI. Small Cell Lung Cancer. In: Reckamp K (eds) Lung Cancer. Cancer Treatment and Research. Springer; 2016;170:301-22. doi: 10.1007/978-3-319-40389-2_14
5. Trakhtenberg AKh. Rak legkogo [Elektronnyy resurs]. Atlas: rukovodstvo. 2014;(160). [data obrashcheniya: 2020 apr 18]. Rezhim dostupa: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970414163.html> (in Russ.)
6. Demidchik YE. Rak legkogo. *Belorusskij Meditsinskij Zhurnal*. 2002;1:18-23. (in Russ.)

Поступила 21.04.2020

Received 21.04.2020

Принята в печать 24.09.2020

Accepted 24.09.2020

Сведения об авторах:

Проневич Анна Васильевна — ассистент кафедры поликлинической терапии и общеврачебной практики с курсом ФПКП УО ГомГМУ; e-mail: busel1984@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6273-7222>

Ковальчук Петр Николаевич — д.м.н., доцент, заведующий кафедрой поликлинической терапии и общеврачебной практики с курсом ФПКП УО ГомГМУ; e-mail: kovalchukgomel@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5013-0415>

Автор, ответственный за переписку:

Проневич Анна Васильевна — e-mail: busel1984@mail.ru

Information about authors:

Anna V. Pronevich — Assistant lecturer at the Department of Polyclinic Therapy and General Medical Practice with the course of the Faculty of Professional Development and Retraining of the EI «Gomel State Medical University»; e-mail: busel1984@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6273-7222>

Peter N. Kovalchuk — Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Polyclinic Therapy and General Medical Practice with the course of the Faculty of Professional Development and Retraining of the EI «Gomel State Medical University»; e-mail: kovalchukgomel@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5013-0415>

Corresponding author:

Anna V. Pronevich — e-mail: busel1984@mail.ru