

Є.Х. Заремба, О.В. Заремба,
О.В. Заремба-Федчишин,
М.М. Вірна, І.Д. Матвій

Львівський національний
медичний університет
ім. Данила Галицького

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РАКУ ЛЕГЕНЬ ІЗ МЕТАСТАТИЧНИМ УРАЖЕННЯМ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ

Резюме

У статті описано клінічний випадок діагностованого раку легень на пізній стадії з метастатичним ураженням кісткової тканини. Зроблено висновки про те, що проведення профілактичних оглядів і санітарно-просвітницької роботи з інформування про небезпеку онкологічних захворювань дає можливість виявити їх на ранніх стадіях, що дозволить суттєво збільшити тривалість життя пацієнта.

Ключові слова

Рак легень, метастатичне ураження кісткової тканини, діагностика.

У кардіологічне відділення КМКЛШМД 17.11.2014 р. надійшов пацієнт Х., 60 р., зі скаргами на дискомфорт у ділянці серця, з іррадіацією у підлопаткову ділянку та ліву руку, що посилюється при рухах, болі ребер (більше справа) при рухах, дотику, закрепи, пітливість, загальну слабкість. З анамнезу захворювання встановлено, що хворіє на гіпертонічну хворобу близько 5 років, практично не лікувався, періодично приймає гіпотензивні препарати. У зв'язку з погіршенням стану протягом останніх двох днів звернувся в лікарню. З анамнезу життя відомо: на вірусний гепатит не хворів, туберкульоз і венеричні захворювання в себе і в сім'ї заперечує. Проживає в задовільних матеріально-побутових умовах, харчування регулярне, вітамінізоване. На ГРЗ хворіє 1-2 рази на рік. Шкідливі звички: паління близько 30 років. Професійні шкідливості — водій автомобіля, стаж роботи 30 років. Алергологічний анамнез не обтяжений.

При об'єктивному огляді стан хворого середньої важкості, свідомість ясна. Шкіра блідо-рожева, без видимих висипань. Підшкірна жирова клітковина розвинена добре, набряків немає. Температура тіла 36,6 °С. Грудна клітка не деформована, при пальпації відмічається болючість ребер, особливо справа, наявність утворення з VII по XI міжребер'я, щільної консис-

тенції, з вираженою болючістю при пальпації. При перкусії грудної клітки явний легеневий звук, ЧД 19/хв, аускультативно в легенях жорстке дихання з поодинокими сухими хрипами на всьому протязі легень. Тони серця ритмічні, ослаблені. АТ 190/110 мм рт.ст., ЧСС 75 уд./хв. Живіт не збільшений у розмірах, при пальпації дещо чутливий, більше справа у підреберній ділянці. Печінка на рівні реберної дуги, нижній край загострений. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. На ЕКГ виявлено синусовий ритм, правильний. ЧСС 75 уд./хв, електрична вісь відхилена вліво, перехідна зона — V_4 , ознаки гіпертрофії лівих відділів, T (-) у V_4 - V_6 (рис. 1).

Попередній діагноз: ІХС, прогресуюча стенокардія (від 17.11.2014 р.) Гіпертонічна хвороба II стадії, 3-го ступеня, ризик дуже високий, неускладнений криз (від 17.11.2014 р.), СН ІІА ст.

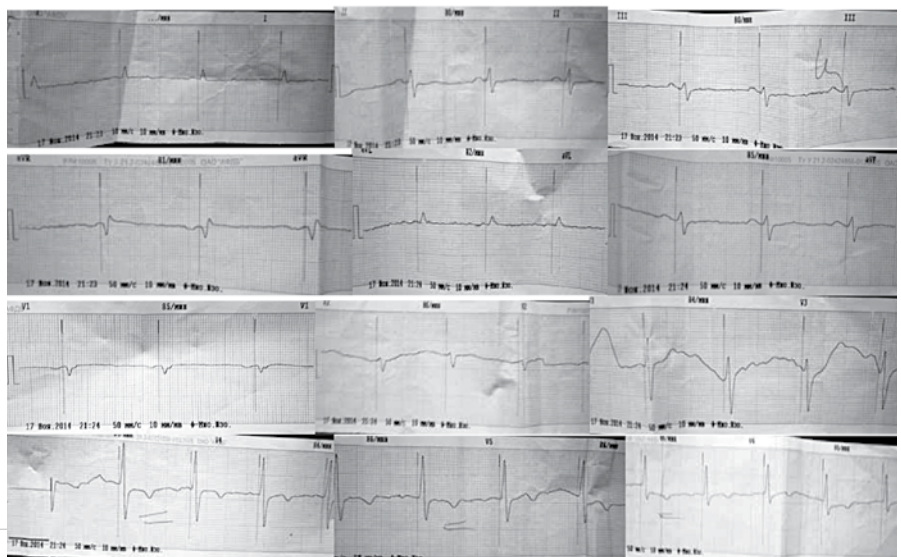


Рис. 1. ЕКГ при надходженні

© Є.Х. Заремба, О.В. Заремба,
О.В. Заремба-Федчишин, М.М. Вірна,
І.Д. Матвій

Атеросклероз аорти. Остеохондроз шийно-грудного відділу хребта. Радикіліт грудного відділу хребта. Хворому проведено лабораторні методи обстеження, що дозволили виявити такі зміни: загальний аналіз крові (гемоглобін — 149 г/л, лейкоцити — $5,6 \times 10^9$ г/л, ШОЕ — 22 мм/год); біохімічні аналізи крові (глюкоза — 5,9 ммоль/л, загальний білок — 70 г/л, сечовина — 6,24 ммоль/л, АСТ — 19 Од/л, АлТ — 15 Од/л, білірубін — 11,3 ммоль/л, креатинін — 96 мкмоль/л, фібриноген — 2,9 г/л, β -ліпопротеїди — 75 Од); коагулограма (протромбіновий час — 18», протромбіновий індекс — 83,3%); загальний аналіз сечі (колір — жовтий, прозорість — прозора, білок, еритроцити, циліндри, слиз відсутні, лейкоцити — 4-5 у п.з., епітелій — 2-3 в п.з., конкременти — кристали солей, білка Бенс-Джонса не виявлено).

Проведені інструментальні методи обстеження:

- **ЕКГ у динаміці:** ритм синусовий, правильний. ЧСС 76 уд./хв, електрична вісь відхилена вліво, перехідна зона — V_4 , ознаки гіпертрофії лівих відділів, Т (-) у V_4 - V_6 .
- **ЕхоКГ:** ПШ — 2,2 см, перегородка — 1,0 см, ЛШ — 5,2 см, ЛП — 3 см, висхідна аорта — 3,0 см. Недостатність МК +2, АК +0,5. Скоротлива здатність міокарда задовільна, ФВ — 65%. Рідини в порожнині перикарда не виявлено. Діастолічна дисфункція — I тип.
- **УЗД органів черевної порожнини:** печінка 130 мм не збільшена, структура зерниста, підвищена ехогенність. Об'ємні утвори не візуалізуються. Внутрішньопечінкові протоки і судини не розширені. Холедох не розширений. Жовчний міхур — розміри в нормі, стінка нормальна, не містить конкрементів. Підшлункова залоза — розміри в нормі, структура зерниста, контур чіткий, рівний, ехогенність підвищена. Черевний відділ аорти розширений, d до 40 мм, стінка d=12 мм. Нирки розташовані типово. Права — розміри в нормі, кірковий шар не потовщений, ехогенність середня, ЧМС не розширена, без затримки сечі, конкременти — солі. Ліва нирка — розміри нормальні, кірковий шар не потовщений, ехогенність середня, ЧМС не розширена, без затримки сечі, конкременти — солі, об'ємні утвори — кіста d=50 мм. Селезінка — розміри в нормі, структура гомогенна. Висновок: аневризма черевного відділу аорти, кіста лівої нирки.

- **КТ грудної та черевної порожнин:** дилатація черевного відділу аорти від рівня ниркових судин протягом 35 мм, максимальний поперечник дилатованої судини 44 мм нижче рівня ниркових судин; просвіт судини негомогенний, стінки контуруються, нечіткі, містять звапнення. У проекції лівої нирки та дотично до селезінки наявний інфільтрат, відносно гомогенний, щільністю до 10 од.НУ, в поперечнику до 85 мм з чіткими горбистими контурами, без капсули, компенсує ниркову вену та миску (ймовірно, обструкція мисково-сечовідного переходу). Дрібні листовидні вогнища підкапсульно по передньому краю печінки. КТ органів грудної клітки: вихідна аорта в поперечнику — 34 мм, нисхідна — 31 мм; локальна емфізема 10-9-го сегмента правої легені. У кістковому режимі деструкція 7-го ребра справа по пахвинній лінії; в ділянці деструкції м'якотканинний компонент; дрібне склеротичне включення в тілі L_3 , паравертебрально контрлатерально ділянка розрідження. Висновок: аневризма черевного відділу аорти. Гідронефроз лівої нирки, периренальний осумкований кістозний інфільтрат. Рекомендовано КТ з контрастуванням (рис. 2).
- **КТ грудної порожнини з контрастуванням:** а) КТ органів грудної клітки: бронх S_1 - S_2 цир-

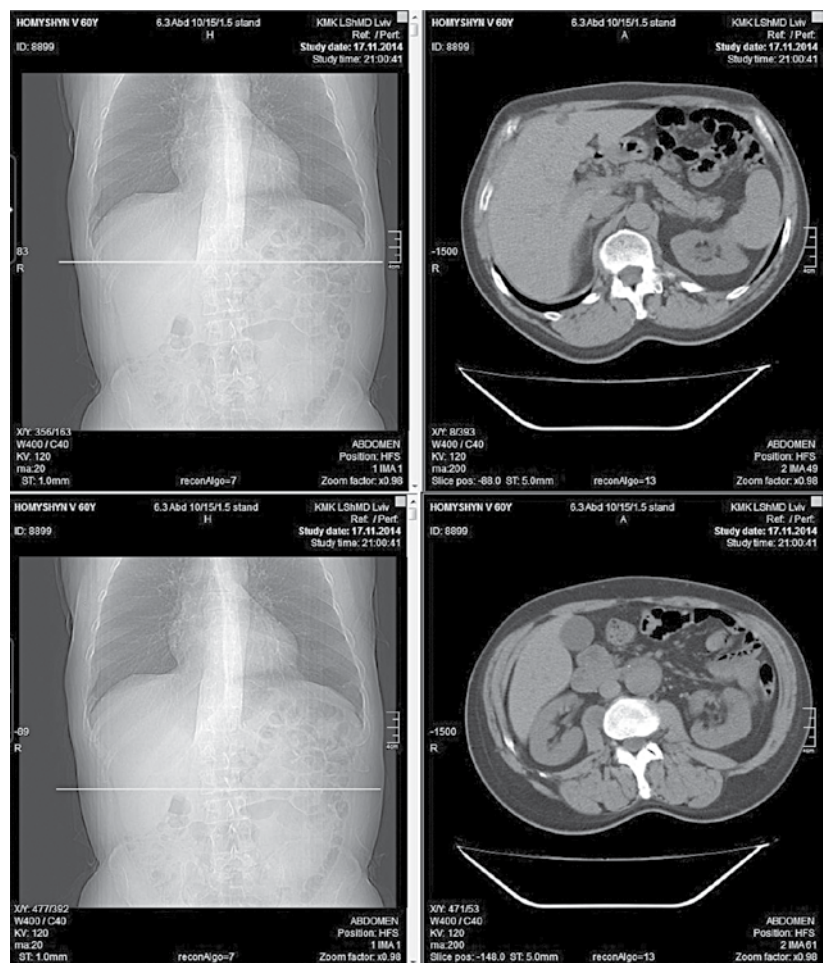


Рис. 2. КТ грудної та черевної порожнин

кулярно оточений пухлинним компонентом 26x20 мм; контури променисті, перифокально зона карциноматозу, яка поширюється більшою мірою в S_{1-2} ; у нижній частці правої легені зони центрилобулярної емфіземи, плевральні синуси вільні; в середостінні декілька збільшених лімфовузлів аорто-пульмонального вікна до 9 мм, превааскулярний біля легеневого стовбура до 12 мм; підключичні лімфовузли не збільшені; щитоподібна залоза гіперплазована. Деструктивні зміни тіла Th_1 та дужки зліва, деструктивні зміни кута лопатки зліва, наявність патологічних колатералей на цьому рівні; деструктивні зміни 7-го ребра справа по середній аксілярній лінії, деструкція 11-го ребра справа по паравертебральній лінії; б) **КТ органів черевної порожнини:** печінка не збільшена, субкортикально в S_4 та S_2 гіподенсивні утворення 4 та 8 мм, округлої форми, не змінюються при КР (очевидно, дрібні кісти, проте не виключено кістозні метастази); надниркові залози без об'ємних утворень. Підшлункова залоза в розмірах не змінена; вірсунгова протока не поширена. Кіста ниркової миски лівої нирки без ознак гідронефрозу (75x83 мм); парааортальні лімфовузли не збільшені. Аневризматичне поширення нисхідного відділу аорти (над біфуркацією з клубовими артеріями) до 44 мм, протяжністю 50 мм; істинний канал розміщений центрично; пристінкові тромботичні маси шириною до 10-14 мм, ознак гострої дисекції не виявлено.

У товщі поперекової м'язи справа гіподенсивна зона розміром 10x12 мм (можливо, метастаз). Висновок: рак верхньочасткового бронха зліва, метастатичне ураження кісткової тканини (тіл хребців, ребер). T2N1M1.

- **Фіброгастроуденоскопія:** стравохід вільно прохідний. Хіатус на 40 см від різців, 1 см від Z-лінії, змикається щільно. У шлунку слиз, слина, складки еластичні, слизова набрякла, з гострими ерозіями. Воротар вільно прохідний. Цибулина дванадцятипалої кишки і постбульбарний відділ без патології. Висновок: ерозивна гастропатія.
- **Фібробронхоскопія:** горлянка — звичайна, голосові складки рухомі. Трахея — норма. Каріна — гостра. Слизова бронхів рожева з петлистим судинним рисунком, кільця контуруються, еластичність збережена, гирла і шпори бронхів звичайні, просвіти дещо деформовані, в просвітах слизистий в'язкий бронхіальний секрет із пасмами, всі оглянуті бронхи до субсегментарних вільні. Зліва — B1-2 вільні. B2 — просвіт із землистим відтінком (браш-біопсія). Висновок: хронічний ендобронхіт.
- **Відеоколоноскопія:** огляд до купола сліпої кишки. У правих відділах значна кількість мут-

ного вмісту з жовчю. Сигма спастична, із перегинами, короткою брижею. У поперечній обо- довій кишці одиничні сидячі поліпи до 5 мм. Гаустрація і судинний рисунок збережені. Висновок: поліпи ободової кишки.

Проведено такі консультації:

1. **Консультація уролога:** при огляді per rectum простата дещо збільшена, кулястої форми, без ущільнень, із чіткими межами, міжчасткова борозна згладжена, слизова прямої кишки над простатою без особливостей. За даними УЗД: кіста лівої нирки. Psa 0,51 нг/мл (норма — до 2,5-3 нг/мл). Діагноз: кіста лівої нирки. Аденома простати 1-2-го ст. Рекомендовано: консервативне лікування.
2. **Консультація променевого терапевта:** хворіє декілька тижнів, коли з'явилися болі в хребті. Згідно з даними КТ від 20.11.2014 р. — новоутвір часткового бронха зліва. Метастатичне ураження кісткової тканини (тіл хребців, ребер). Цитологічний висновок (пункція ребра від 25.11.2014 р.): метастатичний рак, очевидно, залозистий.

На основі скарг, даних анамнезу захворювання і життя, лабораторних та інструментальних методів обстеження встановлено клінічний діагноз: рак лівої легені, метастатичне ураження ребер, хребців, ст. IV, кл. гр. II, больовий синдром. Хворому призначено лікування: наркотичні та ненаркотичні анальгетики, НПЗП, бета-адреноблокатори, інгібітори АПФ. Після проведеного лікування стан пацієнта дещо покращився, що проявилось зменшенням болю в грудній клітці. Хворому рекомендовано продовжити лікування в спеціалізованому відділенні Львівського державного онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру.

Висновки

Рак легенів у всіх економічно розвинутих країнах становить одну з найбільш важливих й одночасно складних проблем сучасної онкології. У структурі онкологічних захворювань рак легень в Україні посідає перше місце. Майже 90% випадків припадає на вік понад 50 років. Розвиток раку легень перебуває в прямій залежності від тривалості та інтенсивності паління тютюну. Ризик захворіти в осіб, що випалюють більше ніж одну пачку цигарок на день, у 20-30 разів вищий, ніж у людей, які не палять. У тютюновому димі та тютюновій смолі виявлено близько 50 канцерогенних речовин, найбільш шкідливою з яких є поліциклічний вуглеводень бензпірен. В етіології раку легень мають значення також продукти згорання кам'яного вугілля, вихлопні гази двигунів внутрішнього згорання, викиди енергетичних, хімічних, металургійних підприємств, іонізуюча радіація [1].

Роль генетичного чинника в етіології злоякісних новоутворень легень підтверджена численними описами випадків розвитку пухлин у членів однієї сім'ї аденокарциноми, особливо бронхоальвелярного раку, тобто гістологічних видів пухлин, які меншою мірою обумовлені палінням [3].

Фоновими захворюваннями, що сприяють раку легенів, є: хронічний бронхіт, хронічні пневмонії, туберкульоз, силікоз. Тривалий запальний процес спричиняє ураження слизової оболонки, розвиток плоскоклітинної метаплазії, а надалі — атипії різного ступеня і зрештою — неоплазії. За наявності раку легенів клінічні симптоми, зумовлені пухлиною, тісно переплітаються із симптомами супутніх ускладнень. Це первинні симптоми (кашель, задишка, біль у грудях, кровохаркання), вторинні (внаслідок супутніх запальних ускладнень, регіонального або віддаленого метастазування, інвазії прилеглих органів), загальні симптоми (слабкість, втомлюваність, нездужання, зниження апетиту), паранеопластичні симптоми (гіпертрофічна остеоартропатія або синдром П'єра-Марі-Бамберга, син-

дром Кушінга, мігруючий тромбоз, нейро- та міопатії). Відомо, що між появою пухлини і початком її клінічного прояву проходить 2-3 роки [1, 2].

Близько 40% випадків злоякісних новоутворень потенційно можна запобігти за рахунок дотримання наукових рекомендацій, покращення соціально-економічних, гігієнічних та екологічних умов життя населення і створення національних програм із профілактики раку, що дозволяє суттєво збільшити тривалість життя людей.

Завданнями протиракової пропаганди є: 1) підвищення онкологічної настороженості населення; 2) ознайомлення населення з першими ознаками виникнення пухлин; 3) пропаганда успіхів протиракової боротьби та нових засобів лікування; 4) викриття неправильних уявлень про невиліковність раку; 5) ознайомлення з можливостями профілактики злоякісних пухлин. Санітарно-просвітницька робота повинна проводитися кваліфіковано, давати чітке уявлення про небезпеку онкологічних захворювань і водночас не залякувати ними населення.

Список використаної літератури

1. Щепотін І.Б. Онкологія / І.Б. Щепотін, В.Л. Ганул, І.О. Кліменко. — Книга Плюс, 2006. — 445 с.
2. Черенков В.Г. Клиническая онкология / В.Г. Черенков. — М., 2010. — 635 с.
3. Трахтенберг А.Х. Клиническая онкопульмонология / А.Х. Трахтенберг, В.И. Чиссов. — ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. — 576 с.

Надійшла до редакції 11.11.2015

MEDICAL CASE OF THE LUNG CANCER WITH METASTATIC OSSEOUS LESION Y.H. Zaremba, O.V. Zaremba, O.V. Zaremba-Fedchyshyn, M.M. Virna, I.D. Matviyiv

Summary

The article describes clinical case of lung cancer diagnosed at a late stage of metastatic bone lesions. The conclusion that the conduct checkups and health education about the dangers of cancer make it possible to detect them in the early stages, which will significantly increase the life expectancy of the patient.

Keywords: lung cancer, metastatic bone lesions, diagnostic.