

Плоскоклетъчен белодробен карцином при пациент с ХОББ, хронична дихателна недостатъчност и чуждо тяло в бронхиалното дърво: клиничен случай

Д-р Г. Хинков, д-р Е. Кръстева, д-р Д. Стоянова, д-р Б. Костурков

УБ „Лозенец“ – гр. София

Представяме клиничен случай на 66-годишен мъж, който постъпва в клиниката поради влошаване на общото състояние, прогресиращ задух, кашлица, увеличаване на обема на храчките и висока температура. Придружаващи заболявания са ХОББ (диагностициран през 2004 г.), бронхиектазна болест, хронична дихателна недостатъчност II^{опа} степен, хронично белодробно сърце, захарен диабет тип 2 и хипертония. Няколко дни по-рано е изписан от друга болница, където е лекуван за сърдечна недостатъчност. На предоставената рентгенография се наблюдава лобарна пневмония в десен горен белодробен дял при белодробен застои.

При прегледа се установи изразена цианоза, субфебрилитет, без данни за периферна лимфаденомегалия. Респираторната подвижност на гръдния кош бе намалена симетрично, с пръснати сухи свиркащи хрипове двустранно и единични влажни незвучни хрипове, чуващи се в двете белодробни основи. Сърдечната дейност бе ритмична и ускорена, с приглушени тонове. Наблюдават се и леки отоци по двете подбедрици.

От кръвните изследвания – Hb 166, WCC 6.7, plt 229, ESR 26, CRP 87, нор-

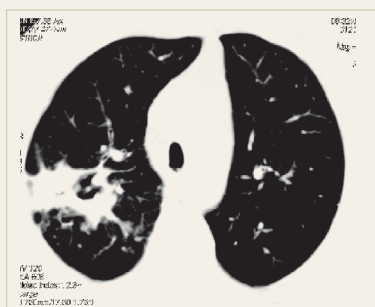
мални електролити и бъбречна функция. Кръвногазовият анализ показва декомпенсирана респираторна ацидоза с хипоксемия. КАТ на белия дроб визуализира инфилтративно ивичесто засенчване в дясно горно белодробно поле, достигащо до плеврата латерално и свързано с горния полюс на десния хилус; с наличие на въздушна брохограма (Фиг. 1 и 2). Малки, пръснати инфилтративни засенчвания в съседство; увеличени медиастинални лимфни възли до 19 mm (Фиг. 3). Не се диференцира бластомно ядро. Находката отговаря по морфология на брон-

хопневмоничен възпалителен процес.

Прие се, че се касае за тласък на ХОББ, лобарна пневмония вдясно, със суспекция за абсцедиране, на фона на обострена хронична дихателна недостатъчност и декомпенсирано хронично белодробно сърце. Проведено беше антибиотично лечение, заедно със стероиди и диуретик, което доведе до значително подобрение в състоянието на болния, намаляване на белодробната симптоматика и увеличаване на физическата активност. Пациентът беше дехоспитализиран с овладяна ди-

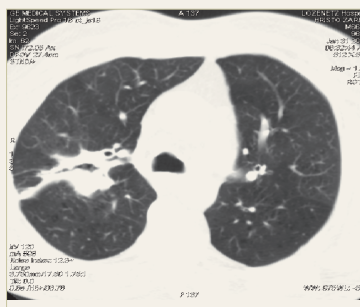
ФИГУРА 1

Инфилтративен процес вдясно



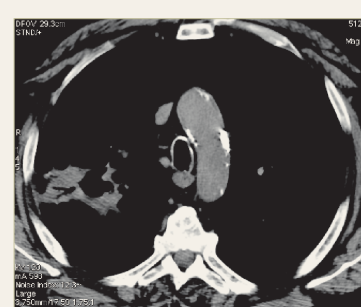
ФИГУРА 2

Инфилтративен процес вдясно с бронхиални просвети



ФИГУРА 3

Медиастинална лимфаденомегалия





хателна недостатъчност, незначителна бронхобелодробна симптоматика, трайно афебрилен.

Пациентът отново постъпва в клиниката 20 дни по-късно със засилване на горните оплаквания. Направената рентгенова снимка показва двустранно усилен белодробен рисунък; окръглена сянка в дясно горно белодробно поле с размери 5/6 cm, с относително резки очертания и централно просветляване. Извърши се флексибилна бронхоскопия, която бе трудно понесена от болния, поради увреденото му общо състояние с водеща дихателна недостатъчност и ограничените му функционални резерви. При ФБС се видя S-образно извита трахея, разширена субкартина на десен горнодялов бронх (Фиг. 4 и 5); изразени възпалителни промени вдясно дистално, деформирани бронхи, както при бронхиектазии; стенозиране на среднодялов бронх от външна компресия, съмнение за обемн процес във втори сегментен

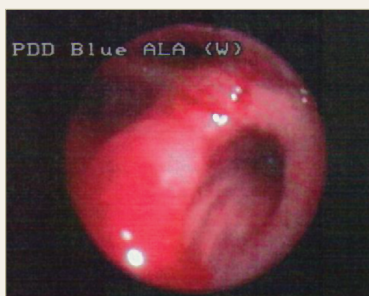
бронх (при труден достъп). Направиха се няколко биопсии с фиброщипка и бронхоалвеоларен лаваж.

Дехоспитализацията беше последвана от 14-дневен антибактериален курс, съобразен с микробиологичната находка и съответната антибиограма при изолиран алфа-хемолитичен стрептокок и хистологичен резултат, кореспондиращ с гноен възпалителен процес. Пациентът двукратно посети клиниката за контролни прегледи, при които се отчете субективно и обективно подобрение.

Поради съществуващото от предходната хоспитализация съмнение за неопластичен перибронхиален процес болният беше потърсен активно и приет за трети път след стабилизиране на състоянието му. Целта е провеждането на втора флексибилна бронхоскопия за диагностично уточняване на горната находка. Повтореният скенер на гръден кош показва същата паренхимна формация, но с увеличени размери, с нееднородна структура с централно разположено просветляване – разпад. Формацията е локализирана в областта на втори сегмент, достигаща до плеврата, с неравни очертания; свързана медиално с началото на десния главен бронх и разпространяваща се по хода на десен горнодялов бронх, който изглежда облитериран; централно разпадане срединно с размери около 3 cm; увеличени медиастинални лимфни възли до 25 mm (Фиг. 6 и 7). Периферните възпалителни промени са резорбирани. Отново бе извършена бронхоскопия, при която се видя подвижно чуждо тяло в междинен бронх, наподобяващо зъб, но с пластмасова консистенция (Фиг. 8 и 9). Чуждото тяло беше инклавирано в сегментен бронх на долнодялов бронх и беше екстрахирано с фиброщипка. Взеха се нови биопсии от десен горнодялов бронх и трансbronхиални през втори сегментен бронх, както и БАЛ. В единия от материалите от трансbronхиалните белодробни биопсии се установи папиларно разрастване с характеристика на умерено към високодиференциран

ФИГУРА 4

Десен горнодялов бронх



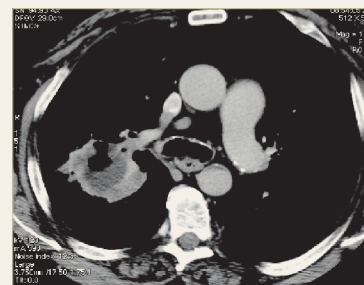
ФИГУРА 5

Интермедиерен бронх вдясно



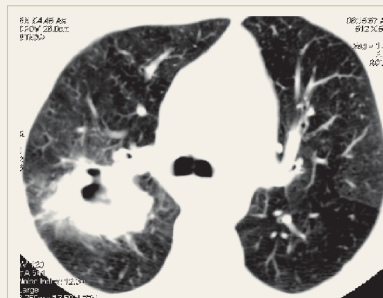
ФИГУРА 6

Мекотъкнна формация с контраст



ФИГУРА 7

Паренхимна формация вдясно



ФИГУРА 8

Чуждо тяло в междинен бронх



ФИГУРА 9

Чуждото тяло е избутано в долнодялов бронх





спиноцелуларен карцином. Болният бе насочен към гръден хирург за преценка за оперативно лечение.

■ Изводи

Представеният пример потвърждава голямото значение на бронхоскопското изследване за достигане на окончателна и пълна диагноза при нетипично протичащи белодробни заболявания. В случая – протрахирана и трудно повлияваща се от лечението пневмония. Придружаващите хронични заболявания и тежкото общо състояние на пациента не бива да отказват лекуващия екип от инвазивното изследване. Подходящата подготовка и извършване на бронхоскопията в планов порядък, когато болният е достатъчно стабилен, позволява да се направи пълният обем изследвания, да се вземат достатъчно на брой биопсии и лаваж, да се спечели време дори и за терапевтични процедури, като изваждане на чуждото тяло.

Забележителното при този болен е наличието на две паралелни болестни единици, обясняващи клиничната и рентгенова находка – неопластичното заболяване, скрито под маската на хроничния възпалителен процес и от друга страна - инхалираното в бронха чуждо тяло. Наличието на чуждо тяло само по себе си би дало задоволително обяснение за пневмонията и нейната резистентност към проведената терапия. Приключване на изследването след екстрахирането му и неизвършването на последващи биопсии, би довело до пропуск на изключително важна находка, която би коствала добруването и дори живота на пациента.

Бихме искали още веднъж да подчертаем важноста на прецизното и пълно изпълнение на флексибилната бронхоскопия при всеки един подходящ пациент. ■