

пациентом активно обсуждать эти сомнения, наряду с преимуществами отказа от употребления табака.

**Список литературы:**

1. Левшин В.Ф. Тест на мотивацию к отказу от курения и его практическое применение / В.Ф. Левшин // Вопросы наркологии. – 2003. – №6. – С. 64-69
2. Рамочная конвенция Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака. — Всемирная организация здравоохранения, 2003. — С. 37. — [www.who.int/fctc](http://www.who.int/fctc).
3. Табачная эпидемия в России: причины, последствия, пути преодоления. Доклад Комиссии Общественной палаты Российской Федерации по социальной и демографической политике (Общественный совет Центрального федерального округа). Москва, 2009.
4. Мартынчик С.А. Оценка эффективности профилактических программ по отказу от курения / С.А. Мартынчик, Т.В. Камардина, Е.Л. Потемкин и др. // Проф. забол. укреп. здор. – 2002. – № 5. – С. 38-42

УДК 616.23/.25.616-006

**Пенчук Е.П., Акимова А.В., Попов А.А.**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ  
У ПАЦИЕНТА С МЕЛАНОМОЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Penchuk E.P., Akimova A.V., Popov A.A.**

**DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF LUNG LESIONS IN A PATIENT  
WITH MELANOMA. A CASE REPORT**

Hospital Therapy and Emergency Medicine Department  
Urals State Medical University  
Ekaterinburg, Russian Federation

E-mail: [katty.galanova@yandex.ru](mailto:katty.galanova@yandex.ru)

**Аннотация.** В статье приведено клиническое наблюдение внебольничной пневмонии у пациента 76 лет с меланомой кожи IV стадии и множественными метастазами в мягкие ткани. Пневмония протекала атипично на фоне иммуносупрессии в результате проведенного 1 курса химиотерапии препаратом Декарбазином в дозе 300 мг на протяжении 5 дней: без клинического и явного рентгенологического синдрома уплотнения легочной ткани, что привело к необходимости проведения дифференциальной диагностики внебольничной пневмонии и метастатического поражения легочной ткани.

**Annotation.** The article presents a clinical observation of community-acquired pneumonia in a 76-year-old patient with a malignant melanoma of the torso of stage IV and multiple soft tissue metastases. Pneumonia was atypical against the background of immunosuppression as a result of 1 course of chemotherapy with Decarbazine 300mg for 5 days: without clinical and obvious X-ray syndrome of pulmonary tissue consolidation, intoxication syndrome, which led to the need for differential diagnosis of community-acquired pneumonia and metastatic lesion of pulmonary tissue.

**Ключевые слова:** злокачественная меланома, поражение легких.

**Key words:** malignant melanoma, lung lesion.

### **Введение**

Злокачественная меланома – опухоль, характеризующаяся распространенным метастазированием. Поражение легочной ткани происходит в 51–60,4% случаев диссеминированной меланомы кожи [3,2]. Метастазы меланомы в легочной ткани располагаются субплеврально, имеют округлую форму, однородную структуру, различные размеры и количество, окружающий легочный фон не изменен. Изолированное поражение внутригрудных лимфатических узлов встречается в 3,5 % случаев [2]. При сочетанном поражении органов грудной клетки метастазы могут иметь нечеткие наружные контуры и определяются на фоне тяжисто-сетчатого легочного рисунка. Увеличенные внутригрудные лимфоузлы определяются в виде расширения средостения в одну или обе стороны, возможны полицикличные наружные контуры [2]. Цифровая рентгенография имеет чувствительность 87,5% в диагностике единичных метастазов диаметром более 0,5 см [2]. Описаны случаи развития пневмонита на фоне иммуносупрессивной терапии с клиникой одышки, непроизвольного кашля и интоксикацией [3]. Метастатическое поражение легочной ткани клинически может протекать вариабельно в зависимости от локализации и размера метастатического очага.

**Цель исследования** – демонстрация клинического случая поражения легких у пациента со злокачественной меланомой туловища IV стадии и множественными метастазами в мягкие ткани.

### **Материалы и методы исследования**

Применялся клинико-anamnestический метод исследования: изучение анамнеза - анализ первичной медицинской документации (истории болезни), изучение клинической картины - объективный осмотр, данные физикальных методов обследования, анализ лабораторных методов исследования, анализ литературы.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Пациент А. мужчина 76 лет поступил в пульмонологическое отделение ЦГКБ №6 30.03.18. При поступлении отмечал жалобы на кашель с вязкой мокротой, одышку смешанного характера при незначительных физических нагрузках, повышение температуры тела до 38,4°C, слабость и потливость.

Из анамнеза заболевания известно, что пациент болен в течение 3 недель, когда впервые был зафиксирован подъем температуры тела до 38,2°C, насморк. Лечился амбулаторно, были назначены амоксициллин 500 мг 3 раза в день, затем цефотаксим 1000мг в/м в течение недели – без эффекта. Подъем температуры тела сохранялся от субфебрильных до фебрильных цифр. 26.03.18 была рекомендована госпитализация, от которой пациент отказался. Состояние ухудшилось: появилась одышка, кашель с вязкой мокротой, в связи с чем вновь был направлен на госпитализацию 30.03.18.

Объективно: Состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное.

Кожа влажная, определяются плотноэластические подкожные узлы от 15 до 23 мм синюшного цвета на груди, животе, нижних конечностях, единичные пигментные пятна черного цвета диаметром до 2 см в области спины и грудной клетки.

Отеков нет. Определяются 2 лимфатических узла в аксиллярной области слева плотноэластической консистенции диаметром 2-2,5 см, спаяны с окружающими тканями, безболезненны.

Голосовое дрожание проводится равномерно. Коробочный звук при перкуссии. Дыхание жесткое диффузно, ослабленное везикулярное в нижних отделах справа, хрипы сухие единичные с обеих сторон. ЧДД 20 в мин. SpO<sub>2</sub> 96%

Тоны сердца приглушены, ритм правильный, побочных шумов не выявлено. ЧСС 80 в мин. АД 110/70 мм рт.ст.

Известно, что пациент наблюдается ООД г. Екатеринбурга. Заключение ПЭТ КТ от 25.01.18.: Картина метастатического поражения подкожно-жировой клетчатки (голова, шея, туловище, конечности), левой орбиты, внутригрудных лимфоузлов, мышц голени с повышенной метаболической активностью ФДГ. УЗИ брюшной полости от 20.01.18.: диффузные изменения в печени, поджелудочной железе. 29.01.18. - 02.02.18 выполнен 1 курс с Декарбазином 300мг в дневном стационаре ЦГБ№24. Диагноз: С43.5 Злокачественная меланома туловища IV стадии. Метастазы в мягкие ткани туловища, орбиту слева, аксиллярные л/у слева.

Результаты проведенных дополнительных методов обследования.

ОАК от 02.04.2018: Лейкоциты  $9,04 \times 10^9$ /л, нейтрофилы 60,1%, лимфоциты 24,2%, моноциты 9,4%, эозинофилы 5,1%, базофилы 1,2%, эритроциты  $4,86 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 163 г/л, тромбоциты  $355 \times 10^9$ /л.

БАК от 02.04.18: Общий билирубин 11,4 мкм/л, АСТ 31 Е/л, АЛТ 27 Е/л, общий холестерин 5,1 ммоль/л, мочевины 36 ммоль/л, креатинин 82 ммоль/л (СКФ 80 мл/мин/1.73 м<sup>2</sup>), глюкоза 5,7 ммоль/л, общий белок 73 г/л, фибриноген 89/л.

HBsAg от 04.04.18 не обнаружен.

Белки сыворотки крови от 02.04.2018: альбумины 38,27%, альфа-2 глобулины 14,64%, альфа-1 глобулины 8,56%, бета-глобулины 18,36%, гамма-глобулины 20,17%.

Общий анализ мокроты от 02.04.2018: цвет серый, консистенция вязкая, лейкоциты 8-17 в/пз, микрофлора кокковая, слизь +, эпителий 8-12 в/пз.

В динамике общий анализ мокроты от 04.04.2018: цвет серый, консистенция вязкая, лейкоциты 6-11 в/пз, микрофлора кокковая, слизь -.

Посев мокроты и определение чувствительности от 02.04.18:

K1. Pneumonia  $10^5$  КОЕ/мл. Чувствительность сохранена к Левофлоксацину, Амикацину, Имипенему.

Candidaparasitosis  $10^5$  КОЕ/мл. Чувствительность сохранена к Флуконазолу, Кетоконазолу, Амфотерицину, 5-Флуороцитазидину.

Флюорография ОГК от 30.03.2018 (Рис. 1): В 9 сегменте н/доли справа определяется усиление, деформация бронхо-сосудистого рисунка. Корни тяжисты, фиброзно уплотнены. Куполы диафрагмы четкие с обеих сторон, синусы свободны. Сердце – левый желудочек увеличен влево и кзади до 2 ст. Заключение: Пневмония в нижней доле справа. Венозный застой.

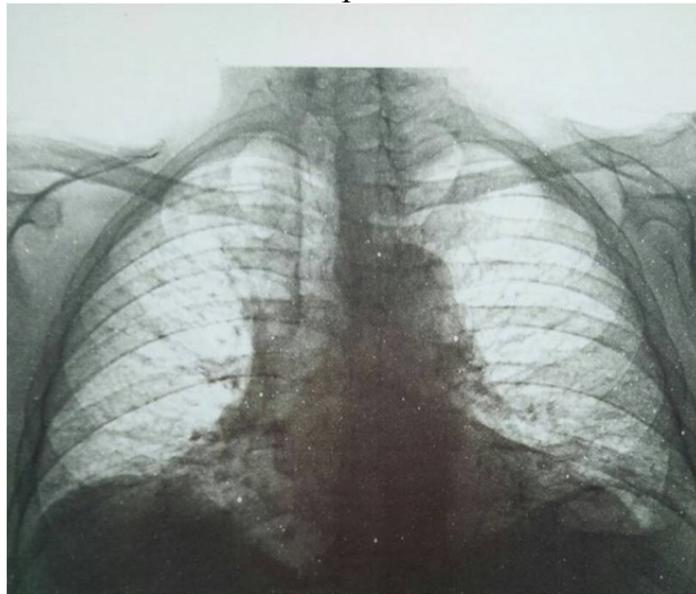


Рис. 1. Флюорография ОГК от 30.03.2018. Заключение: Пневмония нижней доли справа. Венозный застой.

Выставлен диагноз: Внебольничная пневмония в нижней доле справа (K1. Pneumonia) на фоне иммуносупрессивной терапии, нетяжелое течение. ДН 0. Злокачественная меланома туловища IV стадии. Метастазы в мягкие ткани туловища, орбиту слева, аксиллярные лимфоузлы слева.

Проводилось лечение: диета №15, лежим постельный, левофлоксацин 500 мг/сут. в/в капельно, флуконазол 50 мг/сут, амброксол 0,075г /сут.

На фоне проводимого лечения наблюдалось уменьшение вязкости мокроты, уменьшилась одышка, нормализовалась температура тела и картина на флюорограмме.

Флюорография ОГК от 09.04.2018 (Рис. 2): Заключение: норма.



Рис. 2 Флюорография ОГК от 09.04.2018: Заключение: норма.

**Выводы:**

1. В данном клиническом случае описана внебольничная пневмония у пациента на фоне иммуносупрессии после курса Декарбазина, которая протекала атипично без классического синдрома уплотнения легочной ткани, вызванная атипичными возбудителями.

2. Не исключается сочетанное поражение легочной ткани как метастазами, так и инфекционным агентом.

**Список литературы:**

1. Афанасова Н.В. Возможности цифровой рентгенографии в диагностике особенностей метастатического поражения органов грудной полости при меланоме кожи / Н.В. Афанасова, В.А. Дегтярев, И.Г. Закурдяева, Ю.В. Прошина // Радиация и риск. – 2011. – Т.20. – № 2. – С.29-34

2. Клинические рекомендации «Внебольничная пневмония» / Под редакцией А.Г. Чучалина // Российское респираторное общество. – 2018. – 88 с.

3. Powell CA. Pulmonary Infiltrates in a Patient With Advanced Melanoma // J Clin Oncol. – 2017. – №35(7). – С.705-708

УДК 616.24

**Пономаренко А.Д., Блохина А.А., Рустамов М.М., Бельтюков Е.К.,  
Абдуллаев В.Х.**

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕСПИРАТОРНЫХ СИМПТОМОВ И  
ФАКТОРОВ РИСКА ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ В  
Г.ЕКАТЕРИНБУРГЕ**

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и  
иммунологии

Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация