

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: МАЛОСИМПТОМНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ПРИЕМА АМИОДАРОНА

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Кузнецова А. С., Уханева А. И.

Научный руководитель: Пырикова Н. В., д. м. н., доцент, профессор
кафедры факультетской терапии и гериатрии

В статье представлено описание редкого клинического случая – малосимптомного течения «амиодаронового» легкого. Проведен анализ жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни и данных результатов исследований при постановке диагноза. Определена тактика ведения больной и динамика состояния на фоне лечения.

Ключевые слова: амиодарон, амиодароновое легкое, амиодарон-индуцированное поражение легких.

The article presents a description of a rare clinical case – low-symptom course of amiodarone lung. The analysis of complaints, disease history, life history and research results data during diagnosis was carried out. The tactics of patient management and the dynamics of the condition during treatment were determined.

Keywords: amiodarone, amiodarone lung, amiodarone-induced lung lesio.

Актуальность

Амиодарон является антиаритмическим препаратом, который широко используется для лечения нарушений ритма сердца, таких как фибрилляция предсердий (ФП) и вентрикулярные тахикардии. Однако его применение связано с рядом побочных эффектов. «Амиодароновое» легкое считается одним из наиболее серьезных побочных эффектов, возникающих при продолжительном использовании амиодарона. Эта патология может проявляться в форме интерстициальной пневмонии, альвеолита и легочного фиброза [1]. Изменения в легких могут быть как обратимыми,

так и необратимыми, что подчеркивает необходимость тщательного мониторинга за состоянием пациентов, принимающих амиодарон. При условии ранней диагностики амиодарон-индуцированного поражения легких и своевременного начала адекватной терапии, прогноз в большинстве случаев оценивается как благоприятный [1, 2].

Цель. Провести анализ клинического случая малосимптомного течения «амиодаронового легкого».

Материалы и методы

Выполнен сбор и анализ жалоб, анамнеза, объективного обследования и данных лабораторных и инструментальных методов обследования пациентки. На основании полученных данных сформулирован клинический диагноз и определена тактика ведения больной.

Описание клинического случая

Женщина, 65 лет, поступила в пульмонологическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница» (г. Барнаул) с жалобами на слабость, утомляемость при физических нагрузках, периодически дискомфорт в левой половине грудной клетки, учащенное сердцебиение, незначительную одышку при ходьбе в быстром темпе. Из анамнеза установлено, что с 2023 г. наблюдается у кардиолога по поводу персистирующей формы ФП, принимает амиодарон 200 мг в день 5 дней в неделю. В течение последних 2 лет отмечает снижение гемоглобина до 110 г/л без эффекта от приемов препарата железа, в связи с чем была проведена МСКТ ОБП от 31.07.2024 г. – в видимом окне виден инфильтрат S8/S9 левого легкого, признаки двустороннего бронхиолита. Пациентка была направлена на МСКТ ОГК. Результат от 01.11.2024 г.: участки уплотнения в S4 и S5 правого легкого, на границе S9/S10 левого легкого зона патологической плотности в нижней доле левого легкого, КТ-признаки бронхиолита в обоих легких. КТ-картина в сравнении с МСКТ от 31.07.2024 г. разнонаправленная, что может соответствовать интерстициальному заболеванию легких, нельзя исключить вторичные изменения. 02.12.2024 г. осмотрена онкологом АКОД, диагноз: очаговый пневмофиброз легких с

обеих сторон. Рекомендована консультация фтизиатра, пульмонолога, КТ-контроль через 3 месяца. Пациентка обратилась на прием к пульмонологу 05.12.2024 г. Заключение: КТ-картина может соответствовать асимптомному течению амиодаронового легкого, рекомендована консультация кардиолога с целью коррекции лечения. 13.12.2024 г. – последний прием амиодарона, назначен пропафенон 150 мг 3 раза в день. В динамике выполнена МСКТ ОГК от 19.02.2025 г.: участки уплотнений в S4 справа и в S5 слева, в S9/10 не визуализируются, но появился новый небольшой участок патологической плотности с неровными контурами около 6*7 мм субплеврально, в S10 правого легкого размерами около 10*30 мм. Заключение: дегенеративно-дистрофические изменения легких и стенок бронхов. Участки уплотнения в S3 левого легкого, S10 правого легкого. КТ-признаки изменений по типу бронхиолита в обоих легких. В сравнении с МСКТ ОГК от 01.11.2024 г. динамика разнонаправленная. КТ-картина может соответствовать интерстициальному заболеванию легкого (амиодароновое легкое?). 25.02.2025 г. пациентка повторно осмотрена пульмонологом с результатами МСКТ ОГК, после осмотра дано направление на госпитализацию в пульмонологическое отделение для уточнения диагноза и лечения. При осмотре состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы бледные, пастозность стоп и голеней, температура тела 36,4 °C, ИМТ 41 кг/м². При дыхании атмосферным воздухом сатурация кислородом (SpO₂) 98%. Грудная клетка гиперстеническая. Частота дыхательных движений в покое 18 в мин., при аускультации легких хрипы не выслушивались, тоны сердца аритмичные с ЧСС 78 в мин. АД 140/90 мм рт. ст. на обеих руках. Со стороны других органов и систем – без особенностей. В общем анализе крови гемоглобин 111 г/л, лейкоциты – 3,1*10⁹/л, СОЭ 40 мм/ч. В биохимическом анализе крови клинически значимых отклонений нет, СРБ 3,09 мг/л. ЭКГ – ритм ФП, ЧСС 83 в мин., электрическая ось горизонтальная. Видеотрахеобронхоскопия – двусторонний диффузный бронхит 1 степени активности воспаления с явлениями атрофии слизистой. Цитологическое исследование лаважной

жидкости – лейкоцитов до 10 в п/зр., большое количество макрофагов в п/зр., цилиндрический эпителий в дистрофии. Атипичные клетки, кислотоустойчивые микроорганизмы не обнаружены. Исследование мокроты (посев) – роста микрофлоры нет, на вирусные инфекции – не обнаружено. Спирометрия: ЖЕЛ 111-115%, ФЖЕЛ 107-114%, ОФВ1 87-101%, индекс Тиффно 67-73, положительной реакции на сальбутамол не получено. Выставлен клинический диагноз: Поражение легких на фоне приема амиодарона, гиперчувствительный пневмонит (нефиброзный вариант). ДН 0 степени. Гипертоническая болезнь III стадии, контролируемая. Дислипидемия, ГЛЖ, ожирение 3 степени, риск 4 (очень высокий), целевое АД <130/80 мм рт. ст. Постоянная форма ФП, нормосистолия. Риск мозгового инсульта по шкале CHA2DS2-VASC 3б, риск кровотечений по шкале HAS-BLED 1б. ХСН I стадии с сохраненной ФВ (61%), II ФК. Назначено лечение: периндоприл 8 мг 1 раз в день, аторвастатин 40 мг вечером, амлодипин 10 мг утром, ривароксабан 20 мг 1 раз в день, пропafenон 150 мг 3 раза в день, лерканидипин 10 мг вечером, метопролол 25 мг 1 раз в день, спиронолактон 50 мг утром, железа (III) гидроксид полимальтозат 100 мг 2 раза в день. На фоне лечения состояние стабильное, отмечает снижение выраженности одышки. Пациентка выписана, по рекомендации ТМК НМИЦ ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. Сеченова» Минздрава России амбулаторно рекомендован прием преднизолона перорально в стартовой дозе 0,5 мг/кг массы тела с рекомендациями постепенного снижения дозы преднизолона, КТ-контроль через 3 месяца для определения дальнейшей тактики ведения.

Список литературы:

1. Singh V.K., Maheshwari V. Acute respiratory distress syndrome complicated by amiodarone induced pulmonary fibrosis: don't let your guard down. *J. Clin. Diagn. Res. JCDR*. 2017; 11(4): UD01-UD02. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/24710.9674>.

2. Трофименко И.Н., Черняк Б.А. «Амиодароновое» легкое: обзор литературы и собственные наблюдения. *Фарматека*. 2018; 3: 26-33. – EDN YRSGHZ.

Как цитировать:

Кузнецова А. С., Уханева А. И. Клиническое наблюдение: малосимптомное поражение легких на фоне приема амиодарона. *Scientist (Russia)*. 2026; 3 (32): 32-36.
