

Л. М. Арапова¹, Ж. Мутайхан¹, М. Т. Кожамуратов¹, А. К. Куанышбекова²

СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ РАКА ЛЕГКОГО С ТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ

¹Кафедра фтизиатрии Карагандинского государственного медицинского университета,

²КГУ «Областной противотуберкулезный диспансер» (Караганда)

Проблема сочетанного поражения рака легкого с туберкулезом по-прежнему важна и актуальна. Имеют место определенные трудности диагностики из-за сходства клинико-рентгенологических признаков этих заболеваний, то приводит нередко к обнаружению запущенного онкологического процесса на вскрытии.

Ключевые слова: сочетание рака легких и туберкулеза, клинические и радиологические симптомы, аутопсия

Вопрос о связи между туберкулезом и раком легких уже давно привлекает внимание фтизиатров и онкологов. Иногда клинический диагноз устанавливается по прошествии нескольких месяцев, нередко на вскрытии [1, 2, 3]. Проблема конкурирующих диагнозов и тактика врачей при ее решении являются актуальными в настоящий момент. Приводим случай сочетания рака легкого с туберкулезными изменениями из собственной практики.

Больной Щ., 69 лет, поступил в Карагандинский противотуберкулезный диспансер 9.04.2013 с жалобами на слабость, головокружение, осиплость голоса, потерю в весе, периодическое повышение t до 38° . При анализе истории развития заболевания выяснилось, что больным себя считает с августа 2012 г., когда температура тела повысилась до $38,5^{\circ}$, появился кашель с выделением вязкой желтой мокроты, одышка при обычной физической активности, частое мочеиспускание, общая слабость.

За 2012-2013 гг. дважды лечился в стационаре общего профиля с диагнозом: пневмония, иногда отмечалось временное улучшение, но в феврале 2013 г. заподозрен рак левого легкого. Больной направлен в Карагандинский областной онкологический диспансер (КООЦ). В КООЦ взят материал для биопсии из подключичного лимфатического узла и из пораженного верхнедолевого бронха слева на фибробронхоскопии. Результат гистологии №4110-13 от 28.03.13 г. – в лимфоидной ткани субтотальный казеозный некроз, со слабовыраженной реакцией лимфоцитов, единичные клетки Пирогова – Лангханса; №1073-4/3 от 8.04.13 г. – в присланном материале очаги казеозного некроза и грануляционная ткань с лимфоцитами и многоядерными клетками Пирогова: туберкулезное воспаление, альтернативно-экссудативная тканевая реакция.

*На фибробронхоскопии – *suspitio* центральный сапсер в/д левого легкого. Больной был направлен на консультацию фтизиатра. В направлении из КООЦ диагноз: Центральный сапсер верхней доли левого легкого. На основании гистологического заключения от 08.04.2013 диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли легких в фазе распада. Туберкулез шейных лимфатических узлов. МБТ – 1 кат, 1А ГДУ, больной госпитализирован в противотуберкулезный диспансер г. Темиртау в отделение для впервые выявленных больных туберкулезом.*

Из анамнеза жизни: бытовые условия расценивает как удовлетворительные. Жена здорова. На контакт с больным туберкулезом не указывал. Ранее работал на угольной шахте, в последние годы на заводе столяром. Пребывание в МЛС отрицает. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез – на новокаин, левомецетин, пенициллин, на анальгин регистрировалась аллергическая реакция в виде анафилактического шока. Из перенесенных заболеваний – хронический бронхит, силикоз. Данные объективного обследования: состояние больного относительно удовлетворительное. Больной пониженного питания. Кожные покровы бледноватые, цианоз губ. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка астенической формы. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Аускультативно: дыхание слева ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. АД 110/80 мм рт. ст. Пульс 80 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Диурез в норме.

Результаты исследования: общий анализ крови: от 9.04.13 – гемоглобин 126 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $10,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 13 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы –

10%, сегментоядерные нейтрофилы – 61%, моноциты – 12%, лимфоциты – 17%. Общий анализ мочи: уд. вес 1025, белок не обнаружен, эпителий – 1-2, лейкоциты – 2-3 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, мочевины – 9,2 ммоль/л, креатинин – 80 мкмоль/л, глюкоза – 5,4 ммоль/л, АЛАТ – 0,20 ед/л, АСАТ – 0,22 ед/л, билирубин общий – 17,4 мкмоль/л, тимоловая проба – 1,4 ед.

Анализ мокроты на МБТ методом микроскопии 3-кратно от 28-29.03.13 – не обнаружено, в дальнейшем все анализы методом микроскопии отрицательные на протяжении всего периода лечения. При бактериологическом исследовании мокроты на БК от 22-24.05.13 г. – скудное бактериовыделение, чувствительное ко всем противотуберкулезным препаратам.

Фибробронхоскопия от 26.04.2013 г. – из верхнедолевого бронха слева+ткань, обтурирующая бронх, серо-розового цвета d=2 см, поверхность гладкая, провисает левая голосовая связка. Заключение: Центральный сапсер верхнедолевого бронха слева. Парез левой голосовой связки.

Обзорная R-графия органов грудной клетки в прямой проекции от 28.03.2013 г.: слева в верхнем легочном поле интенсивное, довольно гомогенное затемнение с четким наружным контуром, сливающееся с тенью средостения. Корень не дифференцируется.

С 09.04.13 по 13.08.13 г. стационарное лечение в противотуберкулезном диспансере в интенсивной фазе с использованием 4 противотуберкулезных препаратов с учетом массы тела больного: изониазид 300 мг, рифампицин 600 мг, этамбутол 1200 мг, пипразинамид 2000 мг, всего 120 доз. В августе 2013 г. переведен на амбулаторное лечение в поддерживающей фазе двумя препаратами.

В ходе поддерживающей фазы больной почти сразу стал акцентировать внимание участкового фтизиатра на том, что у него периодически поднимается температура тела до 38 °С, отмечал чувство першения в горле, затрудненное откашливание мокроты. 11.09.13 г. участковый фтизиатр вновь направляет больного в онкодиспансер, а также на дополнительное обследование: компьютерную томографию легких.

Заключение: компьютерная томография легких от 24.09.13 г.: признаки наиболее характерны для зоны неопластического роста в передне-верхнем средостении слева, с инфильтрацией костальной плевры и главного бронха справа. Специфические изменения

правого легкого на уровне S_{1,2,3,4,5,6} с обсеменением левого легкого S_{1,2,3,6} и костальной плевры с 2-х сторон. Требуется консультация онколога, фтизиатра.

С 17.10.2013 по 28.10.13 г. стационарное лечение в торакальном отделении Областного онкологического диспансера. 21.10.13 г. осуществлена торакотомия. Ревизия. Биопсия опухоли левого легкого и пораженного участка нижней доли. Обнаруженные визуально изменения были расценены как туберкулезные. Описание: оценить опухоль было трудно из-за спаечного процесса. При ревизии верхняя доля слева уменьшена в объеме, безвоздушная, плотностягивающей консистенции, с участками размягчения и флюктуацией. При пункции получен гной с казеозным распадом. Висцеральная плевра утолщена на всем протяжении с обсеменением в виде горошин, что расценено как диссеминация туберкулезного процесса. Вышеописанное соответствует кавернозной форме туберкулеза с распадом и обсеменением. Взята биопсия с нескольких участков верхней и нижней доли легкого. Дальнейшая тактика лечения по результатам биопсии.

Гистологическое заключение № 18942-5 (4 шт.) от 25.10.13 г. – фиброзные поля с гиалинозом, фиброзные гранулемы, больше данных за туберкулезную этиологию. Гистологическое заключение № 18942-5 (4 шт.) от 28.10.13 г. – в препарате очаг некроза, окруженный фиброзной капсулой и незначительной лимфоидной инфильтрацией в ней. Заключение: туберкулема.

Состояние при выписке относительно удовлетворительное: послеоперационная рана чистая, без признаков воспаления. Рекомендованы консультация и лечение у фтизиатра по месту жительства с диагнозом: Кавернозный туберкулез верхней доли левого легкого, осложненный ателектазом с диссеминацией нижней доли. При этом после получения гистологического анализа результатам всех остальных методов обследования уделено недостаточно внимания.

В ноябре 2013 г. больной в связи с ухудшающимся состоянием повторно госпитализирован в ПТД г. Темиртау. В конце декабря 2013 г. появились неврологические нарушения на фоне сохраняющейся гипертермии: головная боль, моторная афазия. С 06.01.14 г. стал нарушаться уровень сознания, 07.01.14 исчезли активные движения в правой половине тела. Больной был переведен в неврологическое отделение медсанчасти г. Темиртау, где

Наблюдения из практики

10.01.2014 г. констатирована смерть. Патологоанатомический диагноз: основной – рак верхней доли левого легкого, осложнение – метастазы в головной мозг. Причина смерти: кровоизлияние в мозг из распадающейся опухоли. Сопутствующий диагноз: силикоз легких. Туберкулез легких вне фазы активного воспаления.

Таким образом, у больного регистрировалось сочетание центрального рака легкого с туберкулезными изменениями, но лечение в тубдиспансере не определило неблагоприятного исхода заболевания.

Сходство клинико-рентгенологических признаков этих заболеваний создает определенные трудности в диагностике, что требует от врачей-фтизиатров глубокого знания вопросов легочной онкологии.

Л. М. Арапова, Ж. Мутайхан, М. Т. Кожамуратов, А. К. Куанышбекова
ӨКПЕ ІСІГІНІҢ ТУБЕРКУЛЕЗБЕН ІЛЕСЕ ЖҮРҮІ

Өкпе ісігінің туберкулезбен қосарланып зақымдану мәселесі бұрынғыша елеулі және өзекті. Бұл аурулардың клинико-рентгендік белгілерінің ұқсастығына байланысты диагностикада айтарлықтай қиындық тудыратын кездері болады, кейбір жағдайда аутопсия жасағанда асқынған онкологиялық үрдіске айналғаны анықталды.

Кілт сөздер: Өкпе ісігі, туберкулез, клинико-рентгендік белгі, аутопсия

L. M. Arapova, Zh. Mutaykhan, M. T. Kozhamurat, A. K. Kuanyshbekova
COMBINATION OF LUNG CANCER AND TUBERCULOSIS CHANGES

The problem of the combination of lung cancer and tuberculosis is still relevant and important. There are some challenges in diagnosis due to the similarity of the clinical and radiological symptoms of these diseases, which often leads to the detection of advanced cancer at autopsy.

Key words: combination of lung cancer and tuberculosis, clinical and radiological symptoms and autopsy.

ЛИТЕРАТУРА

1 Лесунова И. В. Клинико-рентгенологические проявления рака легкого у больных активным туберкулезом органов дыхания / И. В. Лесунова, Н. М. Корецкая // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – №5. – С. 27.

2 Кибрик Б. С. Трудности дифференциальной диагностики туберкулеза и инфильтративной форма бронхоалоальвеолярного рака легкого / Б. С. Кибрик, В. М. Евстифеев // Туберкулез и болезни легких – 2011. – №2. – С. 19-22.

3 Трахтанберг А. Х. Хирургическое лечение больных немелкоклеточным раком легкого / А. Х. Трахтанберг, О. В. Пикин, К. И. Колбанов // Туберкулез и болезни легких. – 2010. – №12. – С. 12-20.

Поступила 03.02.2014