

А.П. Дубинина, А.И. Лисицына, Е.В. Сабадаш
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ
РАК ЛЕГКИХ VI СТАДИИ, T2N2M1 С МЕТАСТАЗАМИ В ПРАВЫЙ
НАДПОЧЕЧНИК. ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ВЕРХНЕЙ
ДОЛИ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

A.P. Dubinina, A.I. Lisitcyna, E.V. Sabadash
CLINICAL CASES: PRIMARY - MULTIPLE LUNG CANCER STAGE
VI, T2N2M1 WITH METASTASIS TO THE RIGHT ADRENAL GLAND.
INFILTRATIVE TUBERCULOSIS OF THE UPPER LOBE OF THE LEFT
LUNG

Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный E-mail: Fox.09.94@inbox.ru

Аннотация. В данной статье представлен разбор клинического случая первично-множественный рак легких VI стадии, T2N2M1 с метастазами в правый надпочечник и инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого

Annotation. This article presents an analysis of clinical cases of multiple primary lung cancer stage VI, T2N2M1 with metastases in right adrenal gland and infiltrative tuberculosis of the upper lobe of the left lung

Ключевые слова: Клинический случай, рак легких, туберкулез.

Keywords: Case, lung cancer, tuberculosis.

Сочетание туберкулеза и рака легкого в настоящее время выявляется все чаще, особенно у мужчин старше 40 лет. Отсутствие единой концепции канцерогенеза в целом и недостаточно четкие клинико-рентгенологические критерии распознавания сочетанных процессов в легких обуславливают низкую эффективность дифференциальной диагностики данной сочетанной патологии. Сочетание туберкулеза и рака легких остается спорным вопросом очень длительное время.

Некоторые ученые считают, что это независимые параллельно протекающие заболевания, другие – что туберкулез способствует развитию рака, третьи утверждают, что туберкулез и рак легких являются антагонистами [1,2,3].

Благодаря развитию диагностики легочных заболеваний, установлено, что рак легкого у больных туберкулезом и лиц с остаточными изменениями после излеченного туберкулеза встречается чаще, чем среди всего населения [4].

По данным А.Е. Рабухина, рак легкого чаще всего обнаруживается у больных с хроническими формами, протекающими с развитием фиброзно-цирротических изменений в легких. По данным А.Е. Коган с соавт. (1992), биохимический состав метатуберкулезных рубцов и периферического рака считаются идентичными. Р. Раданов и С. Тодоров (1974) отмечали двустороннюю связь между этими патологиями: развитие рака легких на фоне метатуберкулезных рубцовых изменений и обострение туберкулезного процесса под влиянием раковой кахексии [2].

Проблема раннего выявления рака легких, развивающегося на фоне туберкулезного процесса, в настоящее время остается актуальной и сложной. Это обусловлено как чрезвычайным разнообразием клинических вариантов течения этих заболеваний, так и сходством ряда клинических симптомов и данных инструментальных методов обследования.

А.Е. Рабухин выделил 4 типа проявлений данной сочетанной патологии:

I тип: появление в зоне стационарных, или регрессирующих, туберкулезных изменений новой одиночной изолированной крупноочаговой или фокусной тени неправильной округлой формы;

II тип: возникновение в зоне активного туберкулезного процесса или вне его на неизменном участке легкого тени округлой формы или участка апневматоза, которая, несмотря на противотуберкулезную химиотерапию, не уменьшается в размерах, хотя туберкулезные изменения при этом регрессируют;

III тип: присоединение к неактивным, метатуберкулезным изменениям или активному туберкулезу пневмонита, гипопневматоза или ателектаза сегмента, доли либо всего легкого; нарастающих перибронхиальных, интерстициальных уплотнений, исходящих из корня легкого; одностороннего увеличения и уплотнения корня легкого, главным образом, за счет внутривидных лимфатических узлов

IV тип: появление выраженного асимметричного утолщения стенки туберкулезной каверны с полипообразными бугристыми разрастаниями в просвете или в перикавернозной зоне в отсутствие выраженного перифокального воспаления и диссеминации [5].

Цель исследования – демонстрация клинического случая первично-множественного рака легких VI стадии, T2N2M1 с метастазами в правый надпочечник. Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого.

Материалы и методы исследования

Ретроспективный анализ истории болезни на базе ФГБУ УрНИИФ МИНЗДРАВА РОССИИ пациента 62 лет, находившегося на диагностики и лечения с 18.06.2015 по 23.07.2015, поступившего с жалобами на боли тупого

характера в подлопаточной области справа, кашель с мокротой слизистого характера, периодическое повышение температуры тела до фебрильных цифр.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе истории развития заболевания выяснилось, что больным себя считает с января 2015 года, когда отметил появление болей в грудной клетке. В феврале отметил сильное головокружение, в связи с чем консультирован неврологом – при исследовании патологии головного мозга не выявлено. С марта того же года отмечает повышение температуры до фебрильных цифр. При обращении к терапевту направлен на ФЛГ, где выявлены двусторонние патологические изменения легких, заподозрено новообразование. Консультирован в ГПЦ, где амбулаторно проведена ФБС, аспират на цитологию. Патологии бронхов не выявлено, цитологически «Очаговая метаплазия эпителия бронха». Крови в мокроте, потерю веса отрицает. Из анамнеза жизни: Находился в местах лишения свободы, живет один, нерегулярно питается. Курит до 6 сигарет в сутки в течение 43 лет. Вредный стаж 12,5 лет. Работал электросварщиком. Аллергоанамнез не отягощен. Из перенесенных заболеваний - В 1995 году двусторонний шейный лимфаденит, лимфаденэктомия слева. Лечения по поводу туберкулеза не получал. Предыдущая ФЛГ в 2009 году. Консультирован пульмонологом УрНИИФ, направлен в диагностическое отделение.

ЭКГ от 18.06.15: Синусовый ритм 80 в мин. Нарушение внутрижелудочковой проводимости.

Исследование функции внешнего дыхания: ЖЕЛ в пределах нормы. Весьма значительные нарушения проходимости дыхательных путей. (ОФВ1 – 60%, МОС 25-34%)

Лабораторные данные – в пределах физиологических норм, СОЭ= 36 мм/ч

Заключение рентгенолога от 19.06.2015

Первично множественный с-г легких: периферический с-г 3с. слева, периферический с-г 1с. справа с М в ВГЛУ и правый надпочечник. Эмфизема легких.

19.06.15 Анализ мокроты на МБТ люминесцентным методом: МБТ не найдены.

Фибробронхоскопия от 22.06.15:

Заключение: слизистая оболочка трахеи и бронхов на доступных осмотру участках без органической патологии.

Трансторакальная игловая биопсия от 24.06.15:

Заключение: Сочетанная патология: Низкодифференцированный плоскоклеточный рак + фиброзно-казеозный очаг умеренной активности, более вероятно, туберкулёзной этиологии.

Цитологическое исследование № 9-153 от 24.06.15:

Заключение: цитологическая картина аденокарциномы легкого.

УЗИ надпочечников от 30.06.15:

Полиморфное образование гиперплазированного надпочечника (киста, кистозная форма опухоли).

Основной диагноз: Злокачественная опухоль легкого или бронхов обширной локализации (первично множественный с-г легких)

Сопутствующие патологии: Инфильтративный туберкулез легких при отрицательном бактериологическом и гисторологическом результате (Верхней доли левого легкого, МБТ - , ПЦР +). Травматический пневмоторакс справа в фазе полной регрессии.

Назначения:

Ambrobene 0.075 in caps. По 1 т. 1 р/д.

Ceftriaxonі 1.0 in flac. pro injec. В/м 1 р/д. № 5

Диета ОВД (осн. вар. станд. диеты по Приказу 330 МЗ РФ).

Режим ПАЛАТНЫЙ.

Ketoroli 0.03 in amp. pro injec. В/м 1 р/д.

Azitromycini 0.5. По 1 т. 1 р/д. № 5.

Рекомендовано наблюдение и лечение у фтизиатра, онколога по месту жительства. Лечение по 1 режиму х/т ПТП с учетом индивидуальной переносимости, под прикрытием гепатопротекторов, витаминов группы В.

Выводы:

1. При диспансерном наблюдении за больными туберкулезом легких и лицами с остаточными изменениями после излеченного туберкулеза должна быть определенная онкологическая настороженность

2. Проблема ранней и своевременной диагностики сочетанной патологии туберкулеза и рака легких остается чрезвычайно актуальной и сложной

3. Значительно затрудняет диагностику на ранних этапах этой сочетанной патологии сходная клинико-рентгенологическая картина.

4. Причины несвоевременной диагностики сочетанной патологии: неправильная оценка данных исследования; стертость течения заболевания; позднее обращение больных;

5. При более тщательном изучении клинико-рентгено-лабораторных данных можно во многих случаях избежать запоздалой диагностики.

Литература:

1. Коган А.Е. Склероз и канцерогенез // Арх. патологии. – 1992. – 5–11 с.

2. Раданов Р. Туберкулез легких в сочетании с другими заболеваниями / Р. Раданов, С. Тодоров // Медицина и физкультура, София, 1974. – 261 с.

3. Суслов Е.И. Новый подход в изучении онкогенеза опухолей легких / Е.И. Суслов, Т.П. Подгаевская, К.А. Галахин, С.Н. Пленов // Укр. пульмонолог. журн. – 1993. - 28–30 с.

4. Хейфец С.Л. Рак и туберкулез // 1969. – 167 с.

5. Рабухин А.Е. Туберкулёз органов дыхания у взрослых // Медицина, 1976. -71-75с.