

УДК 616.24-002.5-008.811-071

Т.Х. Сыздыкбаев

Противотуберкулезный диспансер, г. Астана

СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ДИССЕМИНАЦИИ С РАСПАДОМ

Резюме

Статья посвящена трудному случаю диагностики диссеминированной формы туберкулеза в повседневной практике врача рентгенолога.

Ключевые слова: Туберкулез, диссеминация, диссеминированный туберкулез.

Актуальность проблемы

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в мире в последние годы существенно ухудшилась и оценивается специалистами как «кризисная» - ежегодно заболевают 8 млн. человек и 3 млн. больных умирают [8]. С конца 80-х - начала 90-х годов отмечается неуклонный рост основных показателей по туберкулезу [5, 7]. При этом патоморфоз туберкулеза характеризуется ухудшением не только количественных, но и качественных показателей. Изменение социально-экономического курса в стране, повсеместное снижение качества жизни привело к распространению инфекции, к резкому ухудшению структуры впервые выявленного туберкулеза легких, появлению остро прогрессирующих форм [6].

Диссеминированный туберкулез, по данным некоторых авторов, составляет от 16 до 34,5% остро прогрессирующих форм [2]. Эффективность лечения больных диссеминированным туберкулезом остается низкой, высока летальность этих пациентов [3, 4]. Именно диссеминированный туберкулез часто является причиной смерти больных в течение года с момента выявления [1].

Цель: поделиться опытом практического опыта в диагностировании диссеминированного туберкулеза с нетипичными проявлениями клинической картины.

Материалы и методы

Проанализированы 98 клинических случаев у пациентов с диссеминированным туберкулезом легких, поступавшими в противотуберкулезный диспансер г.Астаны в течение 4-х лет, с 2009 по 2012 гг. На клиническом примере продемонстрирован опыт успешной диагностики нетипичного проявления диссеминированного туберкулеза

Результаты и обсуждение

Пациент - мужчина 55 лет поступил с диагнозом: округлый туберкулезный инфильтрат с распадом в С6 слева, БК "-" для рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки. На момент исследования проходил противотуберкулезное лечение. Общее самочувствие удовлетворительное, жалоб не предъявляет. По данным лабораторного обследования существенных отклонений также не выявлено. Из анамнеза установлено, что болеет туберкулезом легких более 23 лет, неоднократно лечился, последний раз 3 года назад по поводу очагового туберкулеза в С1, С2 справа. На серии рентгенограмм органов грудной клетки начиная с того времени определяются посттуберкулезные изменения на верхушках и постепенно увеличивающееся, округлое, среднеинтенсивное образование в С6 слева с неправильной формы просветлением в центре.

При РКТ в С6 слева выявляется образование размерами 4,6х3,4 см, неправильно овальной формы, с четким наружным контуром. Расположено субплеврально, но связь с плеврой отсутствует, последняя без реактивных изменений. Связи либо дорожки к корню также нет. В центре образования неправильной формы большая воздушная полость с неровной стенкой. По верхним и средним легочным полям определялось несколько дополнительных очагов от точечных до 3 мм в диаметре (Рис. 1). Указанная картина делала маловероятным диагноз инфильтративного туберкулеза (полное отсутствие признаков инфильтрации) и выводила на первый план синдром периферического очагового образования в левом легком. Дано заключение: туберкулома С6 слева (?); для исключения периферического рака с канцероматозом рекомендуется биопсия образования в С6 слева либо РКТ-контроль через 1-2 месяца. Диагноз туберкуломы не вызывал большого доверия, поскольку последние редко бывают более 3 см в диаметре.



Рисунок 1. На РКТ-грамме органов грудной клетки определяется периферическое полостное образование в С6 слева, а также единичные дополнительные микроочаги в обеих легких.

Тем не менее, от дальнейшего обследования больной отказался, что легко объяснить его хорошим самочувствием. Для повторной РКТ поступил только через 7 месяцев. За месяц до этого у него развился спонтанный пневмоторакс справа. Больной жаловался на потливость, редкий кашель с легко отделяемой мокротой, одышку при ходьбе. Температуры не было, показатели

красной и белой крови в норме: эритроциты $4,0 \times 10^9/\text{л}$, Нв 131 г/л, лейкоциты $5,5 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы 2%, СОЭ 7-10 мм/ч и лишь в одном анализе крови оказалась повышенной до 21 мм/ч. При ФБС определялись явления хронического бронхита. На обзорной рентгенограмме в С6 слева неправильноокруглое образование с просветлением в центре, по всем легочным полям множество шаровидных очагов в виде тонкостенных полостных образований, пневмоторакс справа (Рис. 2а). Заключение: диссеминированный туберкулез легких в фазе распада. При РКТ отмечается значительная отрицательная динамика. Образование в С6 слева увеличилось до 6,8х3,8 см. Содержит неправильной формы больших размеров воздушную полость, из-за чего характеризуется как полостное со стенкой нерав-

номерной толщины от 0,3 до 1,3 см. Преимущественно по верхним и средним легочным полям густо расположенные кольцевидные очаги 0,5 - 1,3 см в диаметре, не содержащие обызвествлений либо жидкости. Окружающая легочная ткань не инфильтрирована. Стенки бронхов не утолщены. Увеличенных лимфатических узлов в средостении и костно-деструктивных изменений не выявлено. Правое легкое коллабировано на 1/2 (Рис. 2б). Заключение: гематогенная легочная диссеминация; дифференцировать между паразитарным заболеванием (альвеококкоз), туберкулезным и метастатическим поражением. Рекомендовалось выполнить УЗИ печени, перевод в торакальное отделение для ликвидации пневмоторакса и морфологической верификации диагноза.



Рисунок 2.

Через 7 месяцев после первого РКТ-исследования.
(а) Рентгенограмма грудной клетки.
Диссеминация в обоих легких.
Пневмоторакс справа.

Рисунок 3.

Через 7 месяцев после первого РКТ-исследования.
(б) КТ органов грудной клетки.
Увеличение образования в С6 слева, множество полостных шаровидных очагов по всем легочным полям, пневмоторакс справа. Без увеличения лимфатических узлов в средостении.

Последующее обследование не выявило каких-либо изменений в печени, что снимало возможность альвеококкоза легких и сужало дифференциально-диагностический ряд до двух заболеваний. Точку в дальнейшей дифференциации поставила видеоторакоскопия с биопсией одного из субплеврально расположенных очагов, при которой обнаружены клетки плоскоклеточного рака. Таким образом окончательный диагноз выглядел следующим образом: первично-полостная форма периферического рака С6 слева (плоскоклеточный) с первично-полосными гематогенными метастазами в оба легких (карциноматоз легких). Данный случай вызвал значительные дифференциально-диагностические трудности в клинической и рентгенологической диагностике и ярко демонстрирует как переоценка анамнеза и клинических проявлений мешают правильной диагностике. Длительный туберкулезный стаж, хорошее общее самочувствие больного вплоть до развития спонтанного пневмоторакса, отсутствие анемии, лейкоцитоза ввели в заблуждение клиницистов, делая туберкулез основным диагнозом на первом этапе обследования больного. Ретроспек-

тивно становится очевидным, что выявленные еще тогда при рентгеновской компьютерной томографии единичные микроочаги в обоих легких действительно были первыми проявлениями канцероматоза.

На втором этапе диагноз туберкулеза вызывал уже значительно меньше доверия хотя бы потому, что при наличии множества полостных (распавшихся) образований в легких ни в одном анализе мокроты не получены бактерии туберкулеза. В то же время против распадающегося рака также было отсутствие в мокроте атипичных клеток, воспалительных явлений и увеличения лимфатических узлов в средостении. Опять же ретроспективно это можно отнести на счет подавленности иммунитета многолетним противотуберкулезным лечением (еще один пример тандема туберкулез - рак).

Говоря о роли РКТ в диагностическом процессе у данного больного, стоит заметить, что она уже при первом обследовании позволила точно определить наиболее вероятный диагноз и дать рекомендации для его подтверждения: для этого надо было лишь выполнить биопсию образования в С6 слева. При повторном

РКТ-исследовании все та же переоценка клиники, как и отсутствие увеличения лимфатических узлов в средостении, расширили дифференциально-диагностический ряд. Впрочем, ради объективности стоит заметить, что на втором этапе количество возможных нозологических единиц было пополнено эхинококкозом и даже грибковым поражением еще до РКТ. Последняя не подтвердила этих двух предположений: не определялось характерных для эхинококковой кисты обызвествлений в стенке и жидкостного содержимого, как и признаков инфильтрации и бронхогенного распространения, характерных для грибковой пневмонии. Окончательное слово в диагностическом процессе смогла поставить только видео торакоскопия с биопсией.

Выводы

Современная диагностика сложных случаев диссеминированного туберкулеза должна быть комплексной, помимо рентгенологических методов, включать эндоскопические, гистологические.

Литература:

1. Андрухина Г.Я., Сон И.М. Смертность от туберкулеза населения Москвы в 2000 году // Науч. тр. к

75-летию ведущего противотуберкулезного учреждения г. Москвы.- М., 2001. С. 71-72.

2. Баласанянц Г.С. Остро прогрессирующий туберкулез легких: диагностика, клиника, течение: Дис. . докт. мед. наук. С-Пб., 2000. - 217 с.

3. Дорошенкова А.Е., Бабаева И.Ю. К проблеме диагностики диссеминированного туберкулеза легких // Туберкулез старая проблема в новом тысячелетии: Сб. материалов Международной конференции.- Новосибирск, 2002. -С. 63-65.

4. Кузьмин А.Н. Особенности клинического течения и эффективность лечения больных остро прогрессирующими формами туберкулеза легких: Автореф. дис. . канд. мед. наук. М., 2002. - 32 с.

5. Хоменко А.Г. Туберкулез в России в конце XX века // Врач.- 1996.-№7.-С. 24-26.

6. Хоменко А.Г., Мишин В.Ю. Диагностика и лечение остро прогрессирующих форм туберкулеза // Пробл. туб.- 1996. № 5. - С. 21-23.

7. Шилова М.В. Туберкулез в России в конце XX века // Пробл. туб. 2001. - № 5. - С. 8-13.

8. Cohn DL. Treatment of multidrug-resistant tuberculosis. /Cohn DL. // Scand J Infect Dis 1997;29(3):323.

Тұжырым ҚҰРДЕЛІ ЖАҒДАЙДА ДИССЕМІНАЦИЯЛАНҒАН ӨКПЕНІҢ ҮДЫРАУЫН ДИАГНОСТИКАЛАУ

Т.Х. Сыздықбаев

Туберкулезге қарсы күресетін диспансер, Астана қаласы

Күнделікті тәжірибелік дәрігер рентгенологтың күрделі жағдайда диссеминерленген туберкулез диагностикалауға арналған мақала.

Негізгі сөздер: туберкулез, диссеминация, диссеминерленген туберкулез

Summary COMPLICATED CASE OF DIAGNOSING PULMONARY DISSEMINATION WITH DECAY

T.Kh. Syzdykbayev

Antituberculosis dispensary, Astana city

The article is devoted to the difficult case diagnosis of disseminated tuberculosis in the daily practice of a radiologist

Keywords: Tuberculosis, dissemination, disseminated tuberculosis