

УДК: 616.24-002.5:579.252.55:616-006
DOI 10.56834/26631504_2022_1_84

К.Д. Еримбетов, Б.У. Бектурсинов, Ж.А. Ибраев, Е.А. Аубакиров, А.К. Имахаев, Б.А. Тургумбаев
РГП на ПХВ «Национальный научный центр фтизиопульмонологии Республики Казахстан» МЗ РК, г. Алматы, Казахстан

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО У БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

Резюме: В данной статье описан клинический случай диагностики рака легкого у больного с МЛУ ТБ. Своевременное выявление, диагностика, эффективное лечение периферических образований легких являются одними из важных задач современной торакальной хирургии. Дифференциальная диагностика, основанная только на клинических данных, особенно на начальной стадии развития заболевания, весьма затруднительна и при этом решающая роль принадлежит специальным методам исследования: рентгенологическому, включая компьютерную томографию, бронхологическому исследованию, а также трансторакальной пункции.

Ключевые слова: округлое образование легкого, опухоль легкого, туберкулез

К.Д. Еримбетов, Б.У. Бектурсинов, Ж.А. Ибраев, Е.А. Аубакиров, А.К. Имахаев, Б.А. Тургумбаев
ҚР ДСМ «Қазақстан Республикасының Ұлттық фтизиопульмонология ғылыми орталығы» ШЖҚ РМҚ, Алматы қ. Қазақстан

КӨПТЕГЕН ДӘРІЛЕРГЕ КӨНБЕЙТІН ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТА ӨКПЕ ОНЫҢ ДИАГНОСТИКАЛАУДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Түйін: бұл мақалада mlu TB бар науқаста өкпе онының диагностикалаудың клиникалық жағдайы сипатталған. Өкпенің перифериялық түзілімдерін уақтылы анықтау, диагностикалау, тиімді емдеу қазіргі заманғы торакалды хирургияның маңызды міндеттерінің бірі болып табылады. Пациенттердің абсолютті көпшілігінде диагностикалық торакотомия сенімді морфологиялық диагнозды орнатуға мүмкіндік береді, бірақ сонымен бірге талқыланған әдістердің ішіндегі ең травматикалық түрі болып табылады. Кейбір авторлар қатерлі ісік хирургиясының рентгенологиялық белгілерінің болуы инвазивті диагностикалық процедураларды қолданбай хирургиялық емдеудің көрсеткіші деп санайды.

Осылайша, перифериялық өкпе түзілімдерін дифференциалды диагностикалау кезінде зерттеу әдістерінің ұтымды реттілігін анықтау, оларды қолдану, емдеудің оңтайлы әдісін таңдау практика үшін өзекті және маңызды мәселе болып табылады.

Түйінді сөздер: өкпенің дөңгелек түзілуі, өкпе ісігі, туберкулез

K. Yerimbetov, B. Bektursinov, Zh. Ibrayev, Ye. Aubakirov, A., Imakhayev, B. Turgumbayev
National Scientific Center of Phthisiopulmonology of the Republic of Kazakhstan, Almaty, Kazakhstan

THE CLINICAL CASE OF LUNG CANCER DIAGNOSIS IN A PATIENT WITH MULTIDRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS

Resume: This article describes the clinical case of lung cancer diagnosis in a patient with MDR-TB. Timely detection, diagnosis, and effective treatment of peripheral lung lesions are among the important tasks of modern thoracic surgery. Differential diagnosis based only on clinical data, especially at the initial stage of the development of the disease, is very difficult, and at the same time, special research methods play a decisive role: X-ray, including computed tomography, bronchological examination, and transthoracic puncture.

Keywords: round lung mass, lung tumor, tuberculosis

Введение. Своевременное выявление, диагностика, эффективное лечение периферических образований легких являются одними из важных задач современной торакальной хирургии. В литературе описано более ста клинических форм, объединенных понятием периферические образования легкого. Наиболее часто встречаются рак легкого, туберкулома, доброкачественные опухоли. Дифференциальная диагностика, основанная только на клинических данных, особенно на начальной стадии развития заболевания, весьма затруднительна и при этом решающая роль принадлежит специальным методам исследования: рентгенологическому, включая компьютерную томографию, бронхологическому исследованию, а также трансторакальной пункции [1,2,3,4,5].

Весомая роль для диагностики образований легких отводятся к неинвазивным методам исследования: компьютерной и магнитно-резонансной томографии,

ультразвуковому исследованию, позволяющие у 8-51% пациентов выявлять периферические образования легких. Однако, несмотря на использование полного набора современных методов исследования остается достаточно высокой вероятностью ошибочного диагноза. Частота ошибочных заключений при рентгенологическом исследовании составляет 15-30% [6,7,8].

По мнению ряда ученых основой дифференциальной диагностики периферических образований легких является их морфологическая верификация, позволяющая подтвердить диагноз в 11 до 86% [9,10].

Широкое распространение в диагностике округлых образований легких получили и видеоторакоскопические операции. Несмотря на меньшую травматичность, в сравнение со стандартной торакотомией, невозможна мануальная пальпация патологического образования.

Ограниченные разрешающие возможности каждого отдельного метода вынуждают прибегать к их последовательному применению, что значительно увеличивает длительность периода обследования больного, что приводит к позднему выполнению лечебных мероприятий [11,12].

Диагностическая торакотомия у абсолютного большинства больных позволяет установить достоверный морфологический диагноз, но при этом является самым травматичным из обсуждаемых методов. Некоторые авторы считают, что наличие рентгенологических признаков операбельной злокачественной опухоли является показанием к хирургическому лечению без применения инвазивных диагностических процедур [13].

По данным ряда исследователей, туберкулез и рак легких могут локализоваться одновременно в единой совокупности тканей либо выступать в качестве двух обособленных заболеваний. Для них свойственны поражение паренхимы легких, высокая распространенность и частое стертое, малосимптомное течение, а также возникновение системного хронического воспаления с наличием глубоких изменений в иммунном ответе [14,15].

Таким образом, определение рациональной последовательности методов обследования при дифференциальной диагностике периферических образований легких, их применения, выбор оптимального метода лечения являются актуальной и важной для практики проблемой.

В качестве примера представляем клинический случай выявления периферического рака легкого, наблюдаемый нами в Национальном научном центре фтизиопульмонологии Республики Казахстан, в легочно-хирургическом отделении. На публикацию данных получено письменное информированное согласие пациента.

Клинический случай. Пациент Д., 1964 г.р. в легочно-хирургическое отделение направлен для дифференциальной диагностики периферического образования правого легкого в сочетании с туберкулезом легкого другой локализации. Из анамнеза заболевания известно, что пациент более двадцати лет назад лечился по поводу туберкулеза верхней доли левого легкого, терапия была успешно и пациент был снят с диспансерного наблюдения фтизиатров. Вновь считает себя больным с апреля 2018 г., когда у него появились продуктивный кашель и вялость. При обращении в поликлинику по месту жительства проведено дополнительное обследование. По заключению компьютерно-томографическому исследованию: выявленные изменения в легких интерпретированы были, как обострение посттуберкулезных изменений в легких. Пациенту проводилась биопсия легочной ткани, но гистологически материал был малоинформативным, биоптат был представлен мелкими фрагментами лимфоидной ткани, гемолизированными эритроцитами. В аспирате из бифуркационных лимфоузлов на микобактерии туберкулеза молекулярно-генетическим методом обнаружена дезоксирибонуклеиновая кислота *M. tuberculosis* с подтверждением устойчивости к рифампицину.

По результатам лабораторных и инструментальных методов исследований Центральной врачебной контрольной комиссией от 21.05.2018г. был установлен диагноз «A15.0. Инфильтративный

туберкулез правого легкого МБТ (-), МЛУ ТБ. Было начато лечение по IV режиму химиотерапии препаратами второго ряда.

Жилищно-бытовые условия – удовлетворительные (частный дом). Женат, двое детей. Вредных привычек нет (не курит, алкоголем не злоупотребляет, наркотические и психотропные средства не употребляет). Болезнь Боткина, вирусный гепатит, кожно-венерологические заболевания отрицает. Травм не было. Операция – аппендэктомия в юношеском возрасте. Гемотрансфузии за последние 6 месяцев не проводились.

На фоне проводимой терапии в течение 6 месяцев отмечено ухудшение рентгенологической картины в виде увеличивающегося в размере округлого образования в правом легком. Пациент был направлен для дифференциальной диагностики в отделение торакальной хирургии.

На фоне проводимой химиотерапии в течение 6 месяцев состояние улучшилось: нормализовалась t° тела, купировались симптомы интоксикации, легочная симптоматика. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Телосложение астеническое, пониженного питания. Рост-164см, Вес – 47кг. Периферические лимф узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы, в акте дыхания обе половины участвуют симметрично. В легких дыхание везикулярное, справа в нижних отделах ослаблено, хрипов нет. частота дыхания до 20 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление в норме. Пульс 78 ударов в мин. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологическое отправление в норме.

Выполнены общеклинические исследования:

В анализах крови от 26.10.2018г. был отмечен умеренный лейкоцитоз (до $11,1 \times 10^9/\text{л}$), анемия небольшая (Hb-102г/л), СОЭ до 6мм/ч.

Общий анализ мочи, в биохимических анализах крови патологических сдвигов не отмечалось.

На электрокардиограмме от 26.10.2018г: Синусовый ритм, правильный. ЧСС 83 уд. в мин. ЭОС полувертикальная. Нарушение процессов реполяризации.

Функция внешнего дыхания от 09.11.2018г. показало значительное снижение вентиляционной способности легких по рестриктивному типу, тяжелую степень рестрикции.

На фибробронхоскопии от 31.10.2018г. эндоскопические признаки обтурационного стеноза нижней долевого бронха справа округлым жировидным образованием. Выполнена биопсия из зоны патологических изменений. При гистологическом исследовании установлен - Плевротумор ассоциированный грибковой инфекцией. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости от 30.10.2018г.: Диффузные изменения паренхимы печени. Застойный холецистит. Не исключается калькулезный холецистит. Признаки пиелонефрита.

На рентгенограмме органов грудной клетки от 26.10.2018 г. В S1-2 левого легкого грубые фиброзные тени и плевральные положения с фиброзной «дорожкой» к корню. На этом фоне единичные очаги. Корень не структурен, фиброзирован. В правом легком в S7-8 округлое, неоднородной структуры тенеобразование 8,0см в

диаметре, с четким ровным контуром с перифокальным склерозом легочной ткани. Междолевая плевра образует «усики» к перикарду и к костальному контуру. Образование «лежит» на диафрагме. Средостение не смещено.

Заключение: Фиброзно-очаговый туберкулез верхней доли левого легкого. Эхинококковая киста нижней доли правого легкого? Абсцесс? (Рис.1)

В сравнении с КТ ОГК от 19.04.2018г. отмечено прогрессирование процесса.

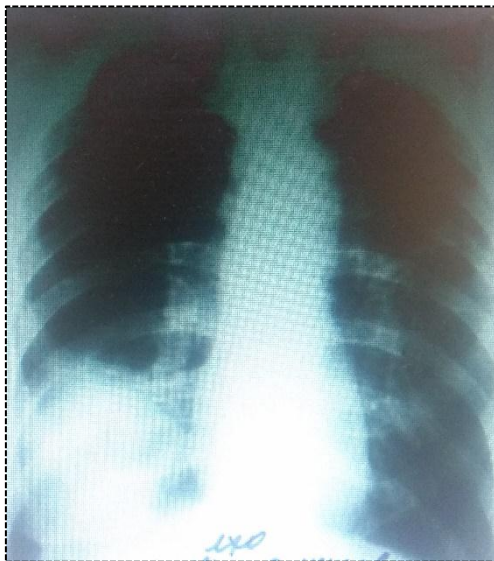


Рисунок 1 - Обзорная рентгенограмма пациента Д.

В правом легком в S7-8 округлое, неоднородной структуры тенеобразование 8,0 см в диаметре, с четким ровным контуром с перифокальным склерозом легочной ткани.

Учитывая наличие рентгенологических признаков злокачественной опухоли хирургический консилиум рекомендовал хирургическое лечение без применения дальнейших инвазивных диагностических процедур. 27.11.2018 г. больному выполнена операция – торакотомия справа в 5 межреберье. При вскрытии плевральной полости спаек нет. В нижней доле правого легкого обнаружено объемное образование, плотной консистенции, размером 12,0x15,0x10,0 см, интимно

сращенное в верхнем отделе со средней долей в нижнем отделе с диафрагмой, в проекции костнодиафрагмального синуса. При вскрытии образования отмечена массивная творожная масса (рис 2).

Рис 2. Макропрепарат резецированного отдела легкого пациента Д. При вскрытии образования обнаружена массивная творожная масса.

Верхняя доля резко уменьшена в объеме. При мобилизации нижней доли, базальные отделы легкого выделены с иссечением лоскута диафрагмы размером 5,0x5,0x6,0см, в последующем дефект диафрагмы устранен применением узлового шва с образованием дубликатуры диафрагмы.



Рисунок 2 - Макропрепарат резецированного отдела легкого пациента Д.

В ходе операции созданный экстренно консилиум хирургов решил, учитывая высокий риск развития остаточной плевральной полости при выполнении нижней билобэктомии, завершить операцию пневмонэктомией. Операция выполнена согласно рекомендации, с раздельной обработкой элементов корня с лимфодиссекцией.

Биоматериал был направлен на гистологическое и микробиологическое исследование.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. В послеоперационном периоде в плевральную полость вводились антибиотики до заполнения гемиторакса.

В резекционном материале на микобактерии туберкулеза молекулярно-генетическим методом обнаружения ДНК *M. tuberculosis* не выявлено. Гистологическое исследование резекционного материала от 27.11.2018г. выявил плоскоклеточный рак легкого с ороговением и микрометостазом в лимфатический узел, с распадом.

Центральной врачебной контрольной комиссией был установлен диагноз Периферический рак нижней доли правого легкого. T₃N₀M₀G₂.

Активность фиброзно-очаговых изменений верхней доли левого легкого была исключена. Химиотерапия остановлена.

На 20 сутки после операции пациент был выписан в стабильном состоянии в специализированный стационар для дальнейшего наблюдения у онкологов. Заключение: Представленный клинический случай обращает внимание на сложности диагностики округлых легочных образований. Последовательное применение различных диагностических методов значительно увеличивает длительность периода обследования больного, что приводит к позднему выполнению лечебных мероприятий.

Данный пример демонстрирует о важности своевременного выбора тактики в лечебно-диагностическом процессе, так же значимости применения хирургического вмешательства при наличии рентгенологических признаков периферической опухоли легких.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 Порханов В. А. Торакоскопическая и видеоконтролируемая хирургия легких, плевры и средостения: Автореф. дисс. докт. мед. наук. -М.-1996.-33с.
- 2 Харченко В.П., Кузьмин И.В. Рак легкого. Руководство для врачей. М.- Медицина. - 1994,- 480 с.
- 3 Аблицов, Ю. А. Периферические образования легких. Дифференцированная диагностика и хирургическое лечение: автореф. дисс. докт. мед. наук. -М.- 2004.-33с.
- 4 Павлов Ю. В., Рыбин В. К. Впервые выявленные очаговые образования легких малого размера (до 2 см в диаметре). Динамическое наблюдение или операция? Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2016;(10):57-60.
- 5 Вагнер Р.И. Вопросы диагностики и тактики хирургического лечения рака легкого. // Дисс. докт. мед. наук. Л.- 1973.- 368 с.
- 6 Виннер М.Г. Дифференциальная диагностика шаровидных образований легких // Вестник рентгенологии. 1986. - №2. - С. 79-88.
- 7 Егоров А.Е. Хирургические методы исследования в дифференциальной диагностике заболеваний легких: Автореф. дисс., канд.мед.наук. М.-1985.-33 с.

8 Сигал Е.Н., Хамидуллин Р.Г. Торакоскопическая хирургия //Эндоскопическая хирургия. Под ред. И.Ф. Федорова и др. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998.-С. 181-248.

9 Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Клиническая онкопульмонология. Москва 2000. С.-600.

10 Ю.Белюсова Н.В. и соавт. Комплексная фибробронхоскопия в диагностике периферического рака легкого. // Вестн. онкол. Науч. Центра им. Н.Н. Блохина. 1995. - N3. - С. 46-52.

11 Богуш Л.К., Жарахович И.А. Биопсия в пульмонологии. // М. 1977. -240 с.

12 Уткин В.В. и соавт. Бронхофиброскопия в диагностике и дифференциальной диагностике периферической формы рака легкого.//Грудная хирургия. -1971. №5. - С66-69

13 Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Клиническая онкопульмонология.- М. ГЭОТАР МЕДИЦИНА.-2000.

14 Плотников В.П. и соавт. Случай сочетания рака легкого и фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. - Туберкулез и болезни легких. 2019;97(1):35-40.

15 Садовников А.А., Панченко К.И. Рак легкого на почве остаточных явлений после перенесенного туберкулеза.//Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2001. - № 1. - С. 51-57.

REFERENCES

- 1 Porhanov V. A. Torakoskopicheskaia i videokontroliruemaja hirurgija legkih, plevry i sredostenija: Avtoref. diss. dokt. med. nauk. -M.- 1996.-33s.
- 2 Harchenko V.P., Kuz'min I.V. Rak ljogkogo. Rukovodstvo dlja vrachej. M.- Medicina. - 1994,- 480 s.
- 3 Ablicov, Ju. A. Perifericheskie obrazovanja legkih. Differencirovannaja diagnostika i hirurgicheskoe lechenie: Avtoref. diss. dokt. med. nauk. -M.- 2004.-33s.
- 4 Pavlov Ju. V., Rybin V. K. Vpervye vyjavlennye ochagovye obrazovanja legkih malogo razmera (do 2 sm v diametre). Dinamicheskoe nabljudenie ili operacija? Hirurgija. Zhurnal im. N.I. Pirogova. 2016;(10):57-60.
- 5 Vagner R.I. Voprosy diagnostiki i taktiki hirurgicheskogo lechenija raka legkogo. // Diss. dokt. med. nauk. L.- 1973.- 368 s.
- 6 Vinner M.G. Differencial'naja diagnostika sharovidnyh obrazovanij legkih // Vestnik rentgenologii. 1986. - №2. - S. 79-88.
- 7 Egorov A.E. Hirurgicheskie metody issledovanja v differencial'noj diagnostike zabolevanij legkih: Avtoref. diss., kand.med.nauk. M.-1985.-33 s.
- 8 Sigal E.N., Hamidullin R.G. Torakoskopicheskaja hirurgija //Jendoskopicheskaja hirurgija. Pod red. I.F. Fjodorova i dr. M.: GjeOTAR MEDICINA, 1998.-S. 181-248.
- 9 Trahtenberg A.H., Chissov V.I. Klinicheskaja onkopul'monologija. Moskva 2000. S.-600.
- 10 Ju.Belousova N.V. i soavt. Kompleksnaja fibrobronhoskopija v diagnostike perifericheskogo raka legkogo. // Vestn. onkol. Nauch. Centra im. N.N. Blohina. 1995. - N3. - S. 46-52.
- 11 Bogush L.K., Zharahovich I.A. Biopsija v pul'monologii. // M. 1977. -240 s.
- 12 Utkin V.V. i soavt. Bronhofibroskopija v diagnostike i differencial'noj diagnostike perifericheskoi formy raka legkogo // Grudnaja hirurgija. -1971. №5. - S66-69
- 13 Trahtenberg A.H., Chissov V.I. Klinicheskaja onkopul'monologija.- M. GjeOTAR MEDICINA.-2000.

14 Plotnikov V.P. i soavt. Sluchaj sochetanija raka legkogo i fibrozno-kavernoznogo tuberkuleza legkih. Tuberkulez i bolezni legkih. 2019;97(1):35-40.

15 Sadovnikov A.A., Panchenko K.I. Rak legkogo na poche ostatochnyh javlenij posle perenesennogo tuberkuleza // Grudnaja i serdechno-sosudistaja hirurgija. – 2001. – № 1. – S. 51-57.

Вклад авторов. Все авторы принимали равносильное участие при написании данной статьи.

Конфликт интересов – не заявлен.

Данный материал не был заявлен ранее, для публикации в других изданиях и не находится на рассмотрении другими издательствами. При проведении данной работы не было финансирования сторонними организациями и медицинскими представительствами. Финансирование – не проводилось.

Авторлардың үлесі. Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты.

Мүдделер қақтығысы – мәлімделген жоқ.

Бұл материал басқа басылымдарда жариялау үшін бұрын мәлімделмеген және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған. Осы жұмысты жүргізу кезінде сыртқы ұйымдар мен медициналық өкілдіктердің қаржыландыруы жасалған жоқ. Қаржыландыру жүргізілмеді.

Authors' Contributions. All authors participated equally in the writing of this article.

No conflicts of interest have been declared.

This material has not been previously submitted for publication in other publications and is not under consideration by other publishers. There was no third-party funding or medical representation in the conduct of this work. Funding - no funding was provided.

Информация об авторах:

№	Ф.И.О полностью	Должность полностью	Место работы	Уч.звание	Эл.почта	Номер телефона
1	Еримбетов Кулахмет Дильдахметови ч	Врач-хирург отделения хирургического лечения легочного ТБ и МЛУ ТБ №7	РГП на ПХВ «Национальный научный центр фтизиопульмонологи и РК» МЗ РК	Д.м.н., профессор	k.d.erimbetov@mail.ru	+7777444212 3
2	Бектурсинов Бахытжан Умиргалиевич	Врач-хирург отделения хирургического лечения легочного ТБ и МЛУ ТБ №7	РГП на ПХВ «Национальный научный центр фтизиопульмонологи и РК» МЗ РК	Магистр медицински х наук	bakhytzhann85@inbox.ru	+7747453955 6
3	Ибраев Жасулан Ахметович	Заведующий отделением хирургического лечения легочного ТБ и МЛУ ТБ №7	РГП на ПХВ «Национальный научный центр фтизиопульмонологи и РК» МЗ РК		zhasmedik@mail.ru	+7707769996 7
4	Имахаев Айдос	Врач-хирург отделения хирургического лечения легочного ТБ и МЛУ ТБ №7	РГП на ПХВ «Национальный научный центр фтизиопульмонологи и РК» МЗ РК		i.aidos_88@mail.ru	+7778417766 1
5	Тургумбаев Бахтияр	Врач-эндоскопист отделения лучевой, инструментальной , функциональной диагностики	РГП на ПХВ «Национальный научный центр фтизиопульмонологи и РК» МЗ РК		baxa_1507@inbox.ru	+7707344850 0
6	Аубакиров Ержан Арыпканович	Врач-хирург отделения хирургического лечения легочного ТБ и МЛУ ТБ №7	РГП на ПХВ «Национальный научный центр фтизиопульмонологи и РК» МЗ РК		earipxan@mail.ru	+7708752421 8