

Проблема mixed патологии: Туберкулез и рак, во фтизиатрической практике. (клинические примеры)

Пустовой Юрий Григорьевич заведующий кафедрой
фтизиатрии,
клинической иммунологии и медицинской генетики
ЛГМУ им. Святителя Луки

Баранова Виктория Вячеславовна доцент кафедры
фтизиатрии, клинической иммунологии и медицинской
генетики ЛГМУ им. Святителя Луки

Копытин Иван Михайлович студент 4 курса лечебного
факультета ЛГМУ им. Святителя Луки



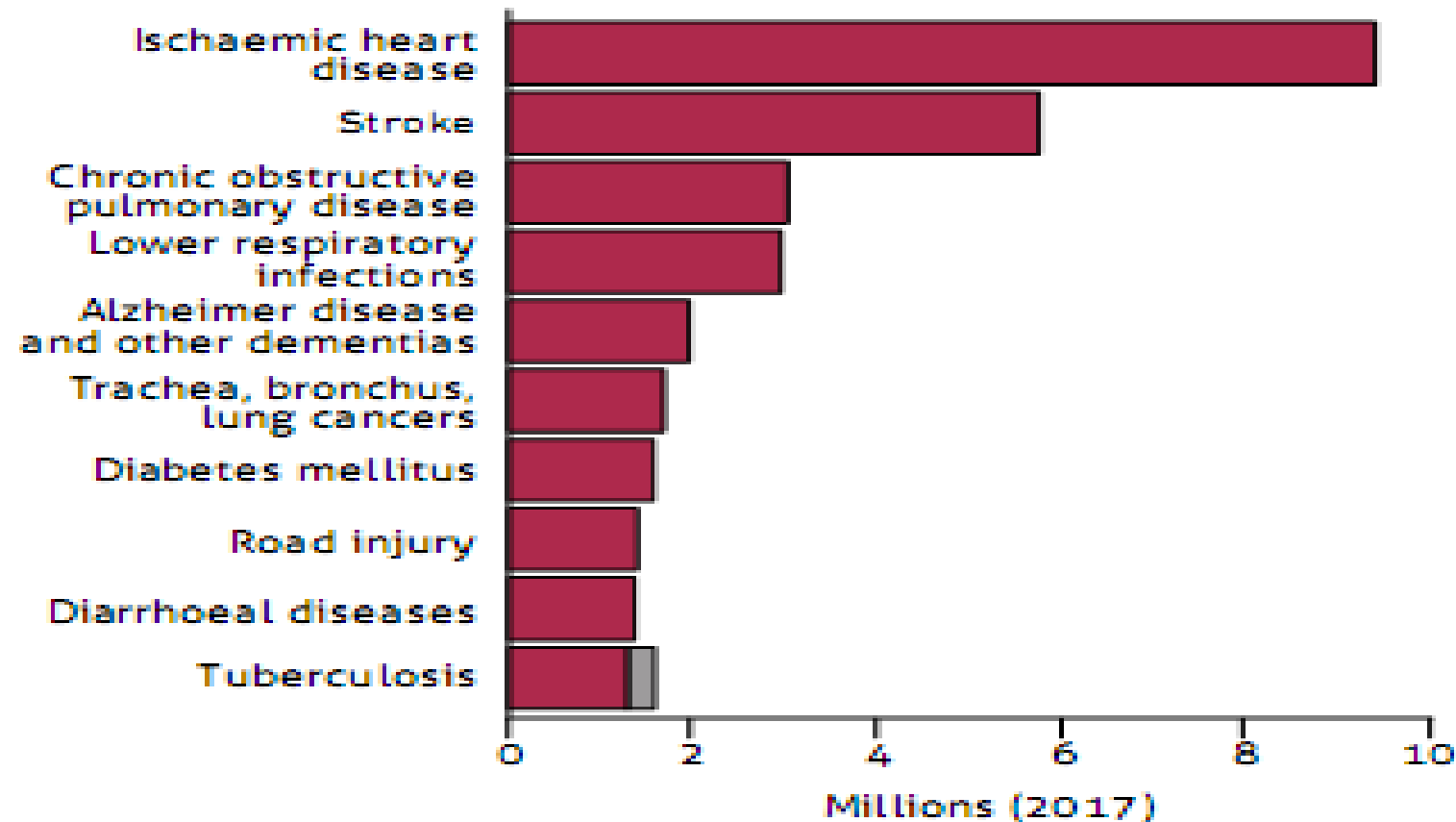
- Тяжелую болезнь вначале легко вылечить, но трудно распознать, когда же она усилилась, ее легко распознать, но уже трудно вылечить

- **Никколо Макиавелли**

Основные причины смерти в мире (топ 10 причин)

Top causes of death worldwide in 2017.^{a,b}

Deaths from TB among HIV-positive people are shown in grey.



Отчет ВОЗ по туберкулёзу и онкозаболеваний в мире (2018 г.)

TB IS THE TOP INFECTIOUS DISEASE KILLER WORLDWIDE

IN 2018

1.5 MILLION
(1.4-1.6 million)
PEOPLE DIED FROM TB



INCLUDING
251 000 DEATHS
(223 000 -281 000)
AMONG PEOPLE
WITH HIV



TB IS THE
LEADING KILLER
OF PEOPLE WITH HIV



AND A MAJOR CAUSE
OF DEATH DUE TO
ANTIMICROBIAL RESISTANCE

10 MILLION
(9.0-11.1 million)
PEOPLE FELL ILL WITH TB



5.7 MILLION MEN



3.2 MILLION WOMEN



1.1 MILLION CHILDREN



Каждый день в мире:

Заболевает туберкулезом 30 000 человек; в том числе **2740 детей**

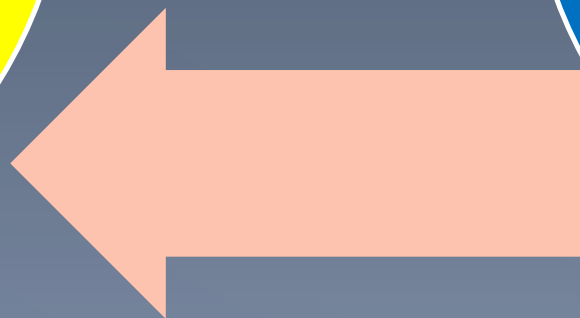
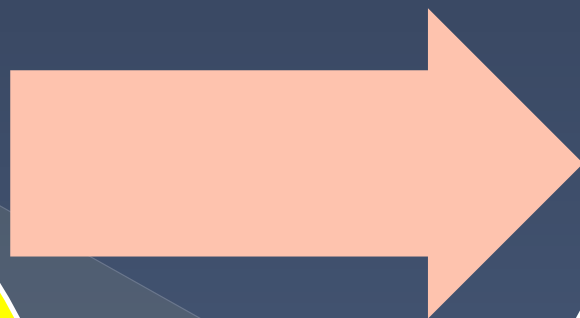
Умирает от туберкулеза 4 300 человек, в том числе **650 детей**

Распространенность онкопатологии в мире (2018)

- По данным статистики, онкология является одной из основных причин смерти в мире: процент смертности от рака составляет 20%, поэтому патология занимает 2 место.
- Ученые считают, что в скором времени злокачественные новообразования займут лидирующие позиции и опередят сердечно-сосудистую патологию.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ В МИРЕ (на 100 000 насел.)

Страна	Заболеваемость	Смертность
 Франция	324,6	107,9
 США	317,9	105,8
 Германия	283,8	100,8
 Россия	204,3	122,6
 Китай	173,9	122,2



Актуальность: смена парадигмы вопроса

- Еще в **середине XIX в.** утверждали, что туберкулез и рак легких являются **антагонистами**.
- Такой точки зрения придерживался известный австрийский патологоанатом К. Рокитанский.
- Впоследствии данное положение отвергли, объясняя это ранней смертью больных туберкулезом, а рак, как известно, чаще поражает старшие возрастные группы населения.

Актуальность:

смена парадигмы вопроса

- Выражение: **«Туберкулез готовит ложе для рака»** достоверно отражает частоту развития рака у больных туберкулезом.
- По многочисленным данным, рак развивается в 7–13 раз чаще при туберкулезе, чем у остального населения.
- Проблема развития рассматриваемых болезней состоит еще и в том, что туберкулез способен провоцировать озлокачествление клеток.

Актуальность:

смена парадигмы вопроса

- Другая точка зрения сводилась к тому, что рак и туберкулез легких **поражают людей без какой-либо взаимосвязи**, просто велика распространенность этих заболеваний.
- Чаще заболевают многокурящие мужчины в возрасте 40–50 лет и старше.

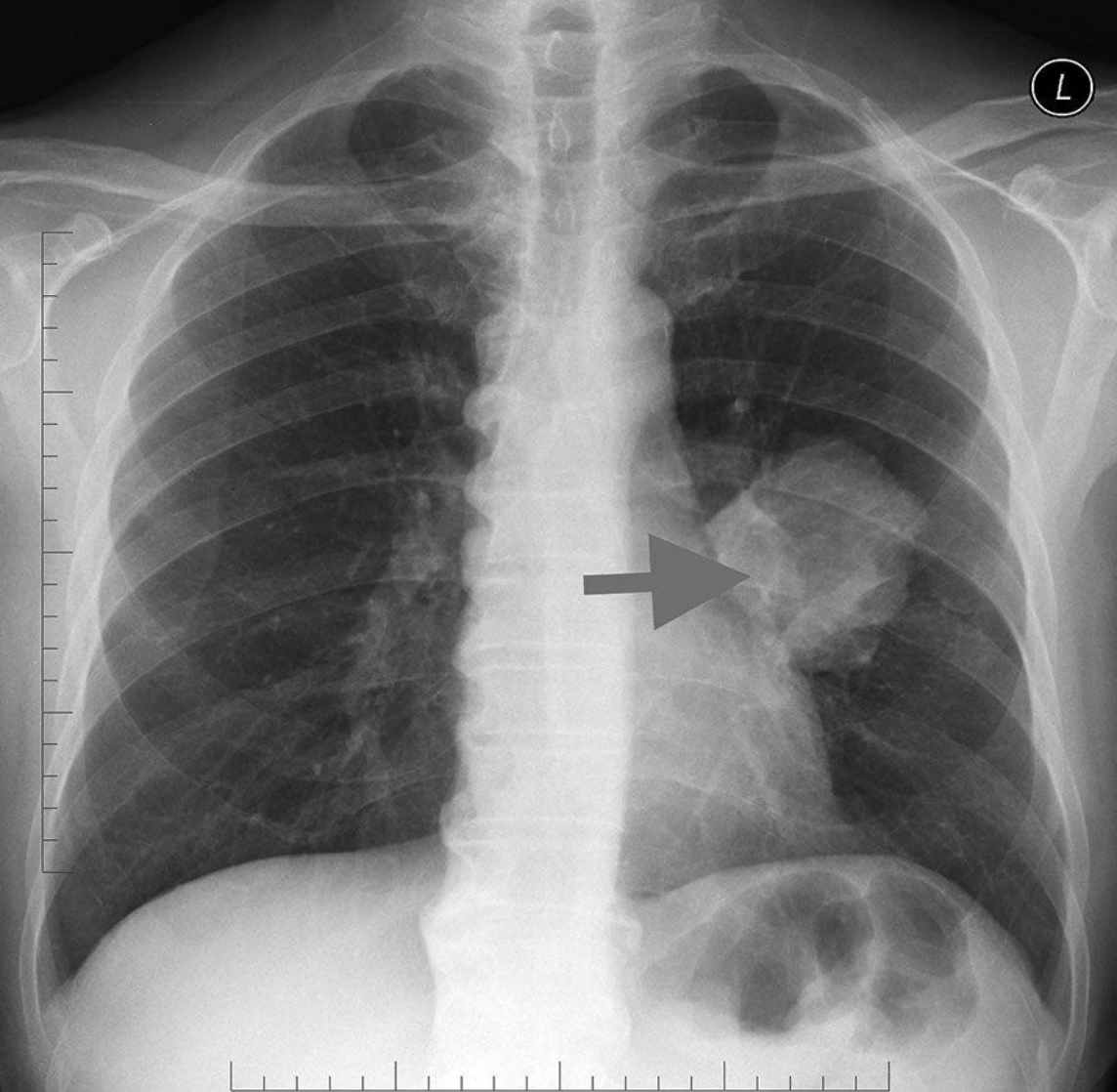
Проблема сочетанного развития туберкулеза и рака



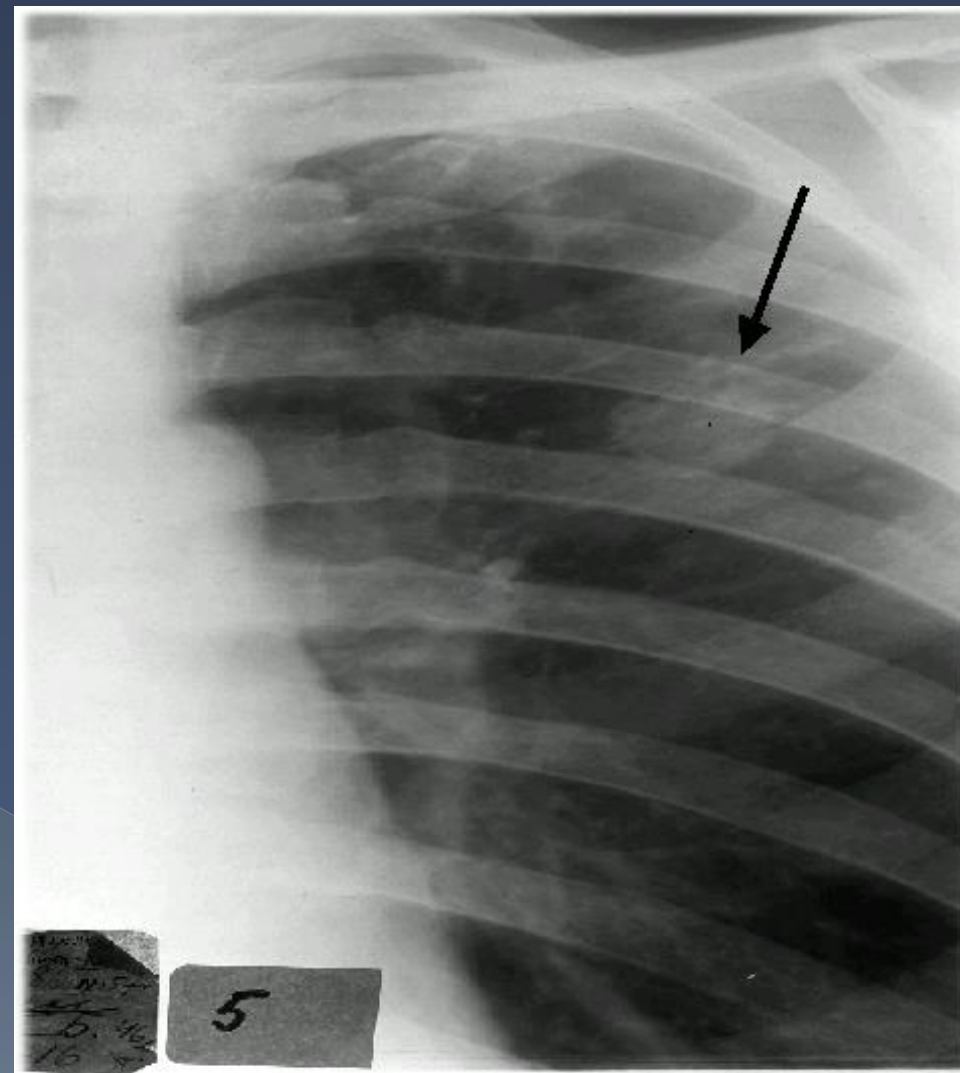
Путаница происходит вследствие похожести симптоматического проявления легочной формы, хотя и здесь можно обнаружить достаточно много отличительных признаков, позволяющих дифференцировать патологии.

Общий клинический интоксикационный синдром:

- Общая слабость,
- потеря массы тела,
- наличие повышенной температуры тела



Рентгенограмма ОГК
Рак легкого, центральная форма



Рентгенограмма левого легкого
Туберкулома/Рак, периферическая форма



Рентгенограмма ОГК
Диссеминированный туберкулез
легких



Рентгенограмма ОГК
Канцероматоз легких

Очевидно, что причинно-
следственная связь
существует, однако полного
разрешения проблемы пока
нет.

◎ «Трудный» пациент

Случай сочетания
диссеминированного туберкулеза
легких и миелоцитарной миеломы
(болезни Рустицкого – Калера)

Клинический пример

- Больная Я., 67 лет считает себя больной с января 2018 года; обратилась с жалобами:
- повышение температуры тела до 38 С;
- общая слабость;
- незначительный кашель;
- одышка при физической нагрузке.

Ds: Экссудативный плеврит справа, неуточненной этиологии .

В июне 2018 года пациентка стала отмечать ухудшение состояния:

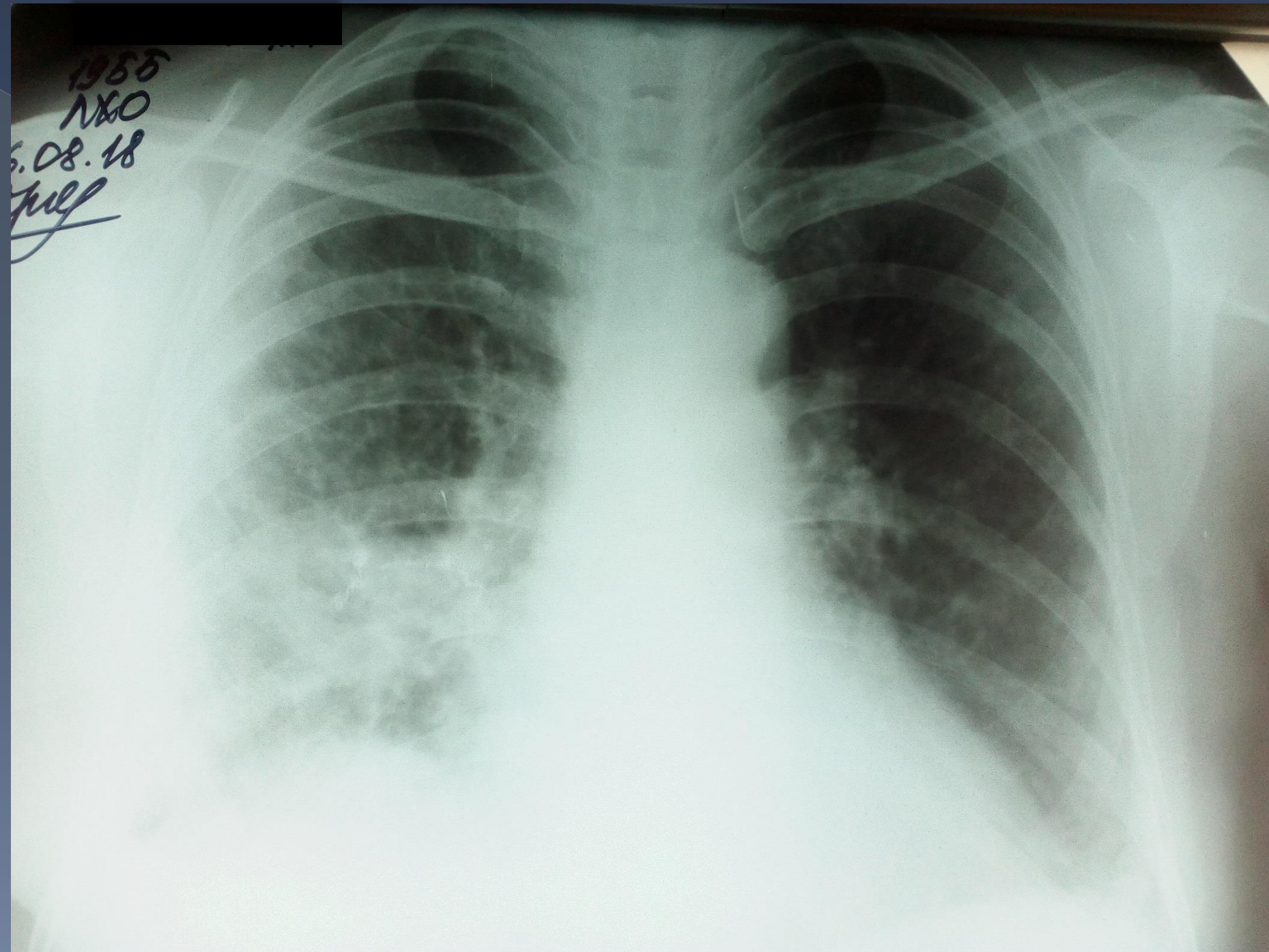
- вновь температура тела повысилась до фебрильной (38 и выше);
- возобновился кашель, преимущественно сухой;
- появилась одышка.

Ds: Синдром легочной диссеминации. Анемия хронического заболевания

Выполнена открытая биопсия легкого. Гистологическое заключение: туберкулезное воспаление

Начато лечение основными противотуберкулезными препаратами.

На фоне проводимой терапии у пациентки развивается токсико-аллергический дерматит. Выписана из отделения.



1955
N&O
6.08.18
July

После завершения лечения токсико-аллергического дерматита и купирования аллергической реакции:

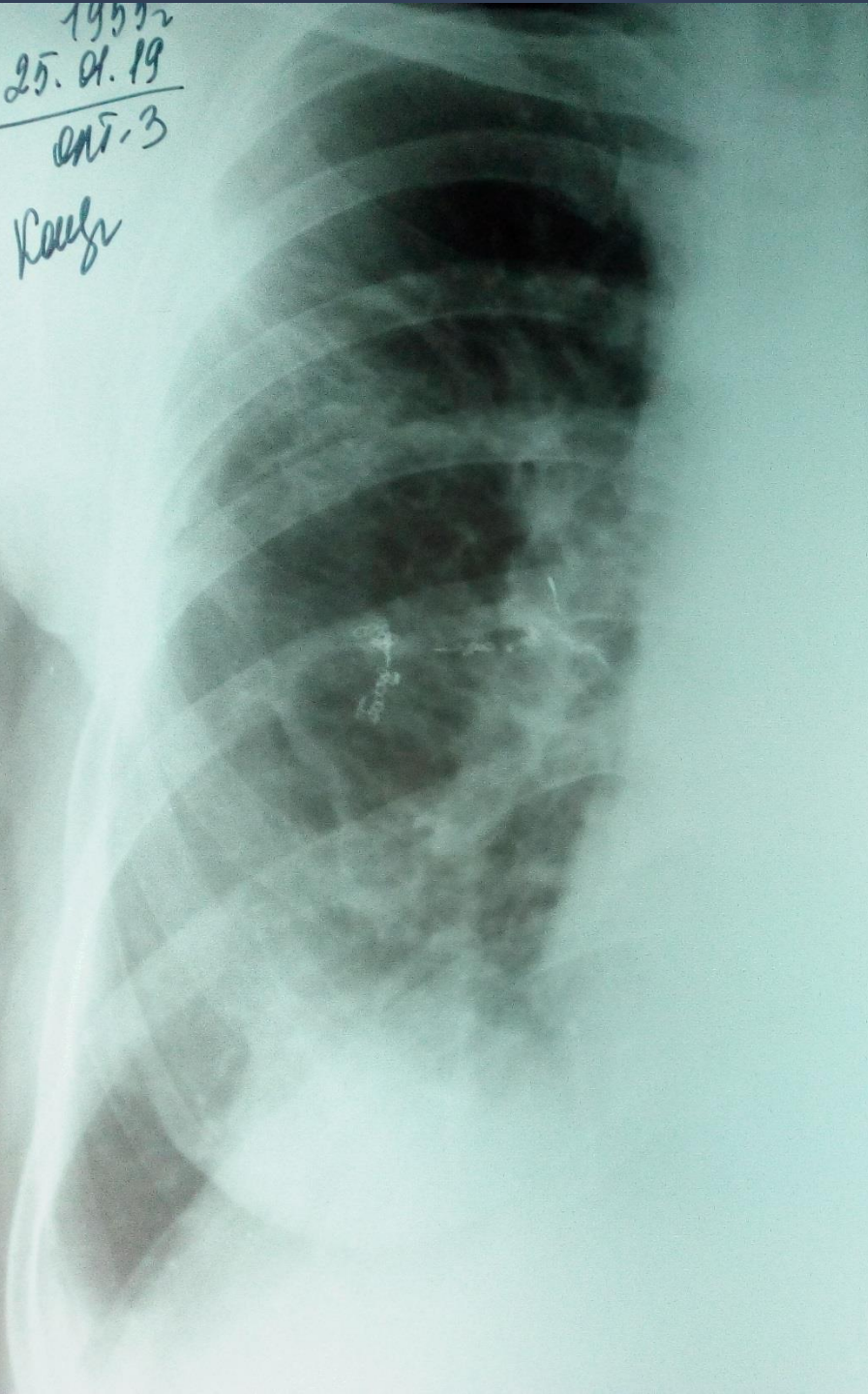
- Периодически повышенная фебрильная температура до 39 С;
- выраженная слабость;
- отсутствие аппетита;
- кашель;
- одышка.
- В мокроте при проведении молекулярно-генетического исследования выявлена ДНК микобактерий туберкулеза с устойчивостью к рифампицину

Ds: Риск мультирезистентного туберкулеза.

Начинает лечение препаратами второго ряда: пиразинамида, канамицина, левофлоксацина, протионамида и циклосерина.

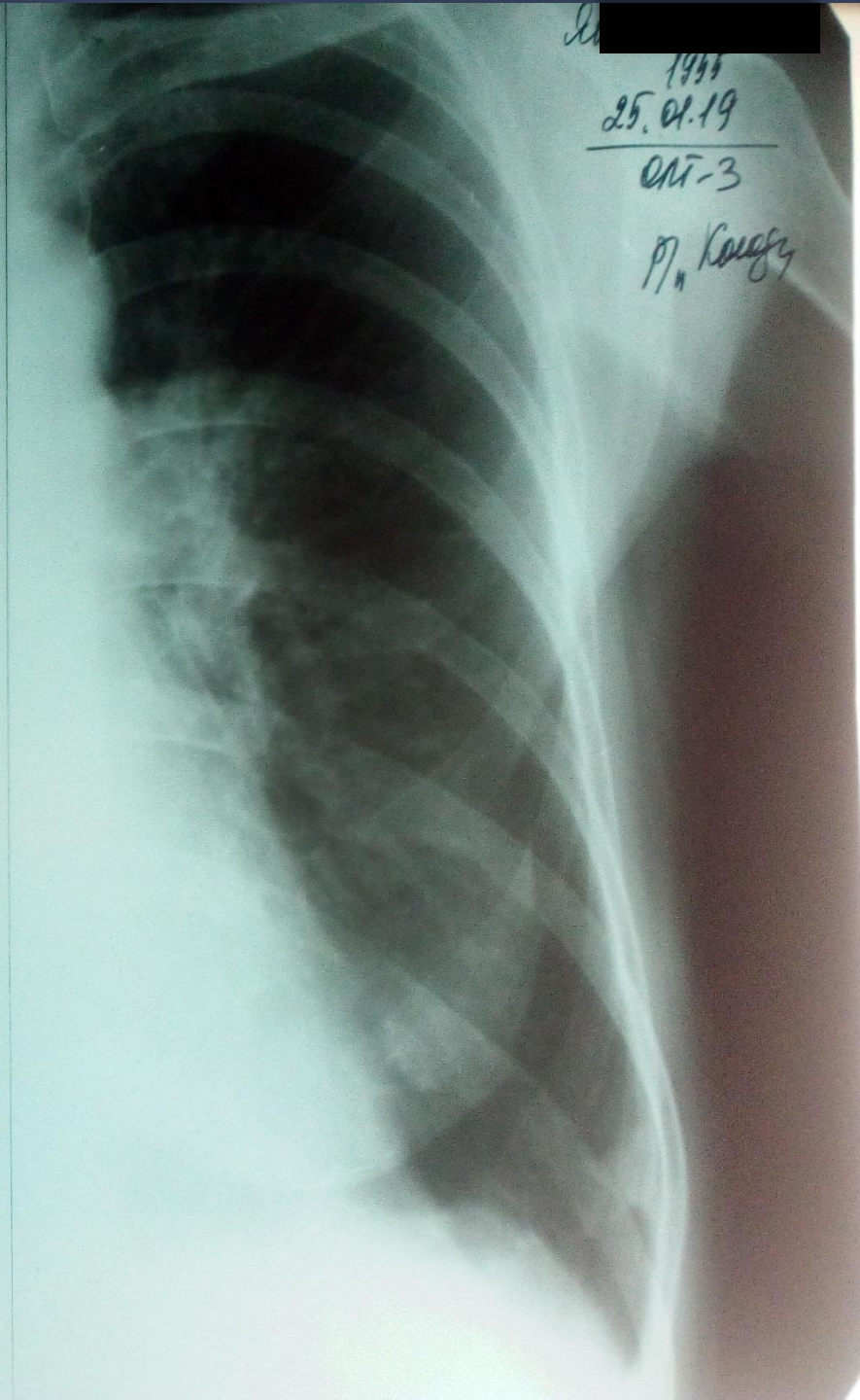
19592
25.01.19
ENT-3

Dr. Kozlov



19592
25.01.19
ENT-3

Dr. Kozlov



- На фоне лечения больную беспокоят диспепсические расстройства: тошнота, отсутствие аппетита. В анализе крови клиническом выявлены изменения:
- - анемия (Hb 86 г/л),
- -лейкопения – $2,0 \cdot 10^9/\text{л}$,
- ускоренное СОЭ – 50 мм/ч.

КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ № 30 10 20 18 р.

Прізвище, І.П. [Redacted] Вік 63

Заклад [Redacted] Відділення 01Т-3

Медична карта № 674

Клінічний діагноз (профогляд):

Показники		Результат	Норма (в одиницях СІ)
Гемоглобін	Ч		130,0-160,0г/л
	Ж	86г/л	120,0-140,0г/л
Еритроцити	Ч		4,0-5,0Т/л
	Ж	$3,0 \cdot 10^{12}$	3,9-4,7 Т/л
Кольоровий показник		0,85	0,85-1,15
Ретикулоцити		швидко зростає	2-10% (середнє)
Тромбоцити		зменшені	180,0-320,0Г/л
Лейкоцити		$2,0 \cdot 10^9$	4,9-9,0Г/л
Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ)	Ч		1-10 мм/год за Панченковим
	Ж	50 мм/ч	2-15 мм/год за Панченковим
Нейтрофіли	Міелоцити		-
	Метаміелоцити		-
	Паличкоядерні	4%	1,0-6,0%
	Сегментоядерні	63%	47,0-72,0%
Еозинофіли			0,5-5,0% ?
Базофіли			0-1,0%
Лімфоцити		2%	19,0-37,0%
Моноцити		31%	3,0-11,0%
Плазматичні клітини			

30.10-18/18

- Состояние несколько улучшилось: температура снизилась до субфебрильных цифр, уменьшилась тошнота, но в анализах крови сохранялась анемия, лейкопения, ускоренное СОЭ.
- Повторный анализ:
- Анемия – $104 \cdot 10^{12}/л$
- Лейкопения – $2,7 \cdot 10^9/л$
- СОЭ – 45 мм/ч

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ № 191

Прізвище, І.І. [Redacted]

Заказ № [Redacted] Відділення *Од-3*

Медицина карта № [Redacted]

Клінічний діагноз (пріфогляд) *менингіт*

Показники	Результат	Норма (в одиницях СІ)	
Гемоглобін	Ч	<i>104</i>	130,0-160,0г/л
	Ж		120,0-140,0г/л
Еритроцити	Ч	<i>3,3 · 10¹²</i>	4,0-5,0Т/л
	Ж		3,9-4,7 Т/л
Кольоровий показник	<i>0,97</i>	0,83-1,15	
Ретикулоцити		0,2-1,0%	
Тромбоцити	<i>2,7 · 10⁹</i>	180,0-320,0Т/л	
Нейтроцити		4,9-9,0Т/л	
Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ)	Ч	<i>45 мм/ч</i>	1-10 мм/год за Пачекасовим
	Ж		2-15 мм/год за Пачекасовим
Мієлоцити			
Метамієлоцити			
Паличковидні	<i>4%</i>	1,0-6,0%	
Сегментоядерні	<i>63%</i>	47,0-72,0%	
Лимфоцити	<i>2%</i>	0,5-5,0%	
Моноцити	<i>28%</i>	0-1,0%	
Плазматичні клітини	<i>6%</i>	19,0-37,0%	
		3,0-11,0%	

перехрещення з масою, слабкої ступеню

12.02-19 *В* *26*

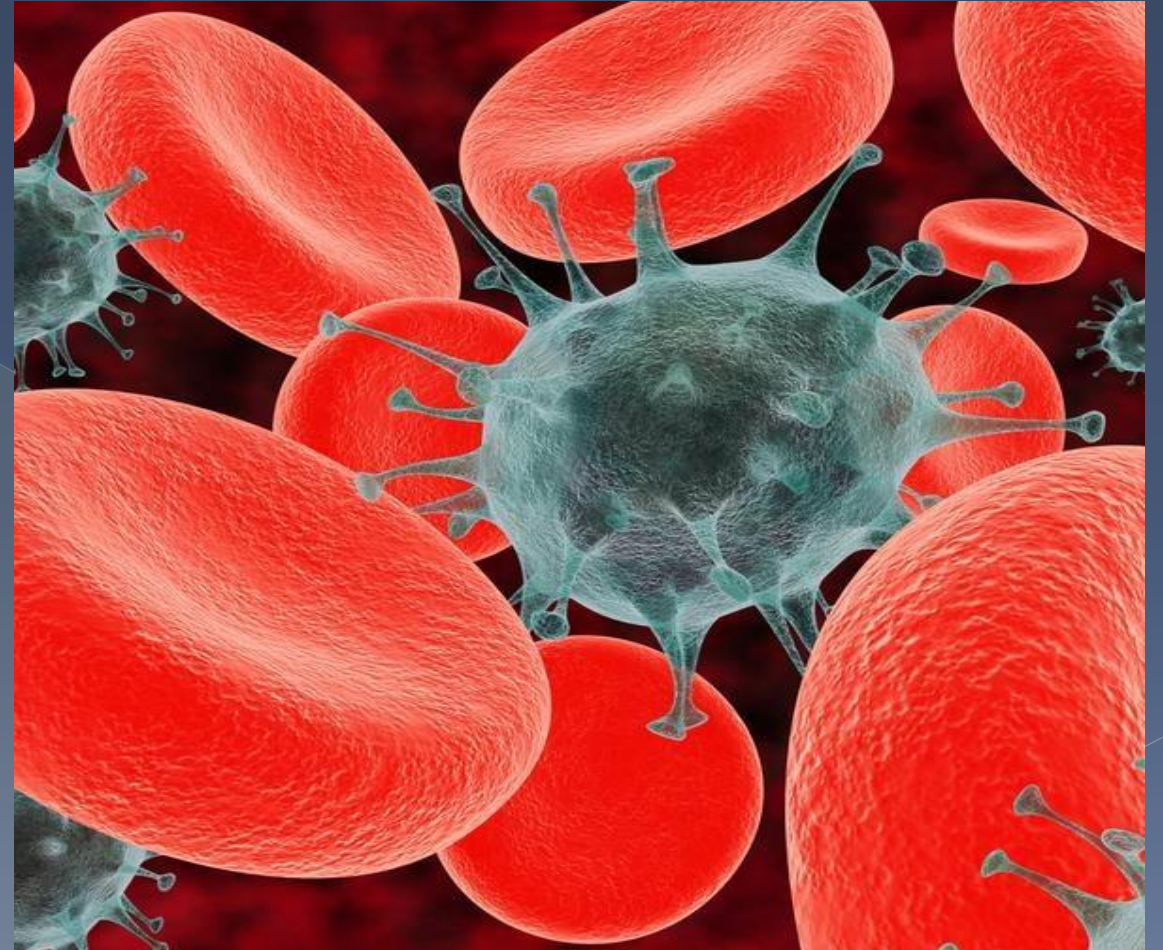
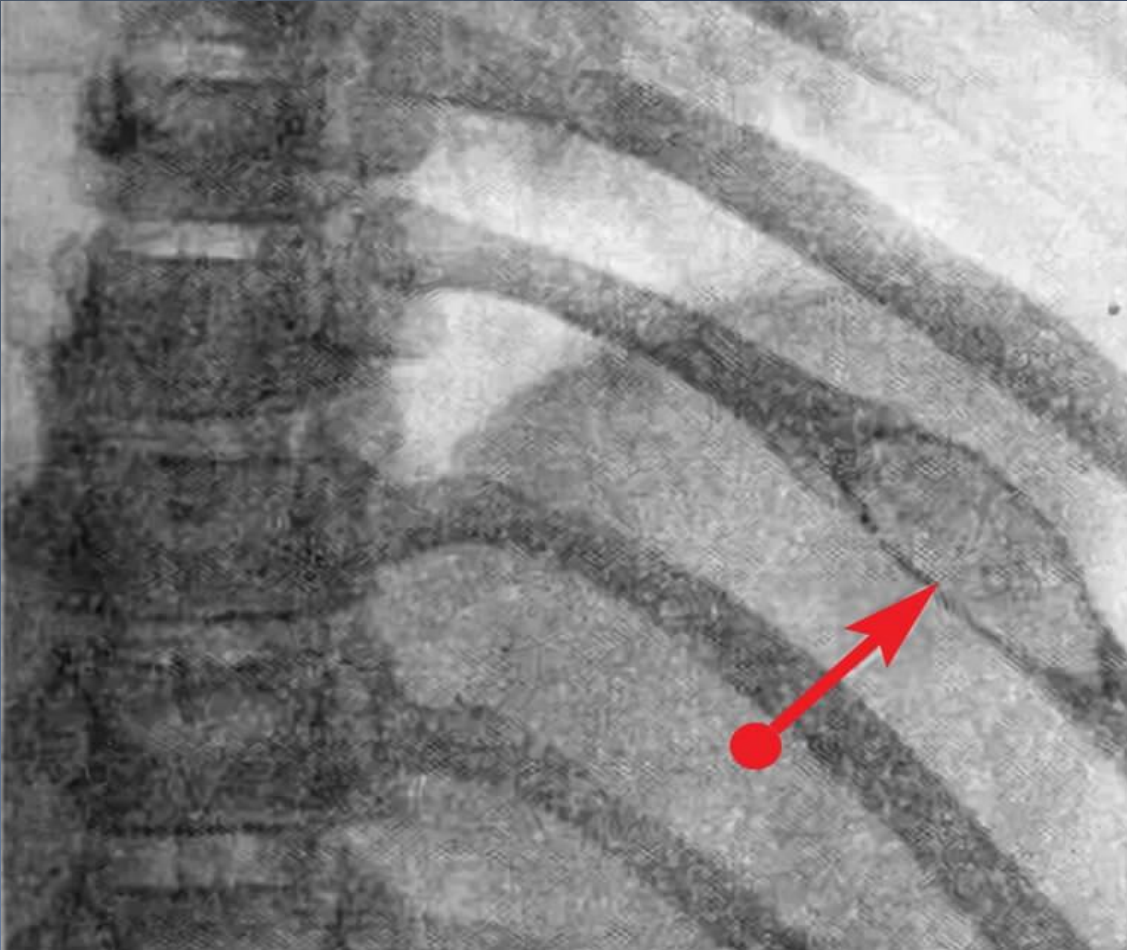
Выполнена стерильная диагностическая пункция

- Диагноз: Миелоцитная миелома диффузно-очаговая форма,
- 3-а ст.
- Больная переведена на паллиативную терапию туберкулеза и направлена для дальнейшего лечения у гематолога

**ИССЛЕДОВАНИЕ
пункта костного мозга**

	Норма по Аринкину	Норма по Алексееву	Результат исследования
Гемочитобласты	-	0-1,2	<i>д/з</i>
Мизлобласты	1-1,4	0,25-6,4	
Промизлоциты:			
нейтрофильные	-	0,5-8,0	
эозинофильные	0,8-1,4	0-0,5	
базофильные	-	0-0,01	
Мизлоциты:			
нейтрофильные	4,2-0,0	4,5-16,8	<i>14/3</i>
эозинофильные	0,4-2,2	0,5-4,0	
базофильные	-	0-1,5	
Метамизлоциты:			
нейтрофильные	1,6-5,0	9,0-21,5	<i>1/3</i>
эозинофильные	0-0,3	0,3-4,0	
базофильные	-	0-0,1	
Палочкоядерные:			
нейтрофильные	40,0-51,0	14,0-33,0	<i>8/3</i>
эозинофильные	-	0,5-3,2	
базофильные	-	0-0,1	
Сегментоядерные:			
нейтрофильные	-	13,0-27,0	<i>4/3</i>
эозинофильные	0,5-0,8	1,0-3,77	<i>д/з</i>
базофильные	0-0,6	0-0,25	<i>д/з</i>
Лимфоциты	10,0-13,0	1,2-11,5	<i>д/з</i>
Моноциты	1,8-4,0	0,25-3,0	<i>д/з</i>
Плазматические	0,4-1,0	0,1-1,0	<i>3/3</i>
Ретикуло-эндотелиальные клетки	3,5-12,2	0,1-1,0	
Мегакарициты	0,8-1,6	0,01-0,2	
Прозритробласты	0-1,6	0,5-6,0	
Нормобласты	11,2-14,2	16,0-32,5	
<i>оке - 12/3</i>			
лейко-эритробластическое отношение <i>д/з</i>			
Подпись <i>С</i>			
<i>бай - 5/3</i>			

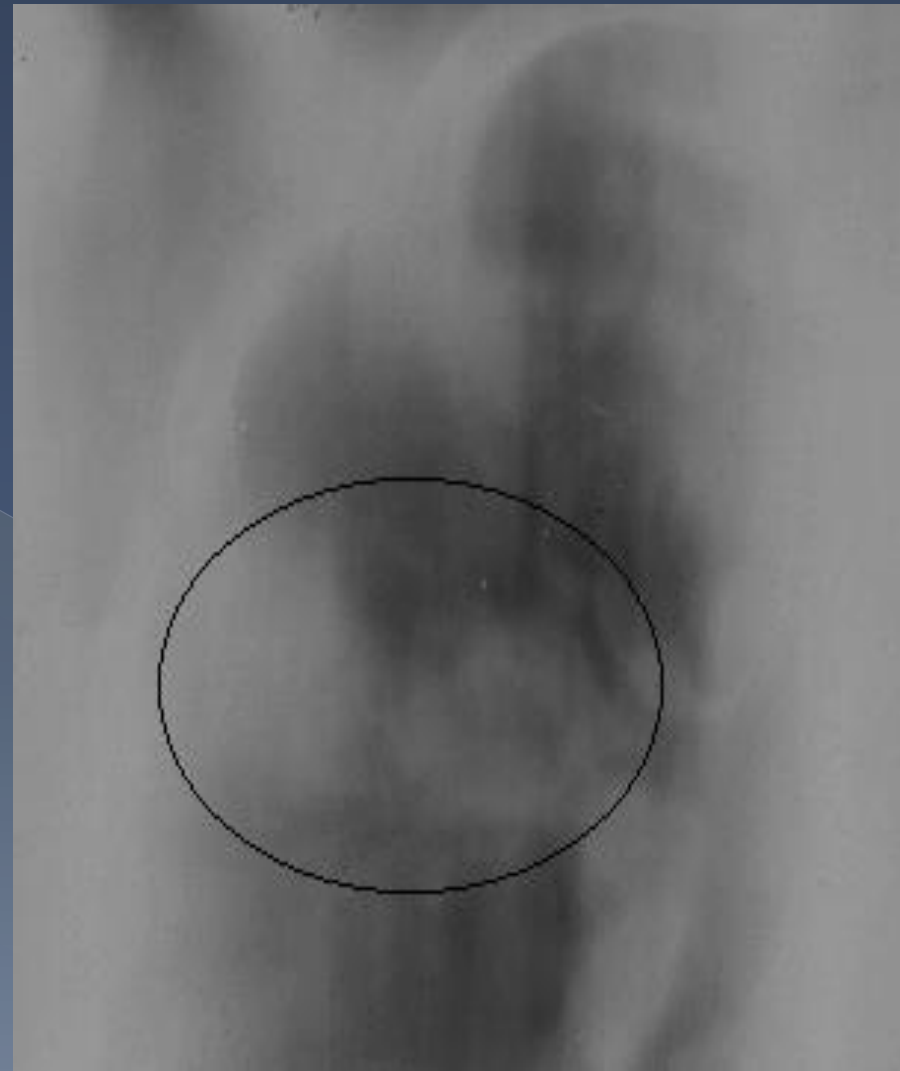
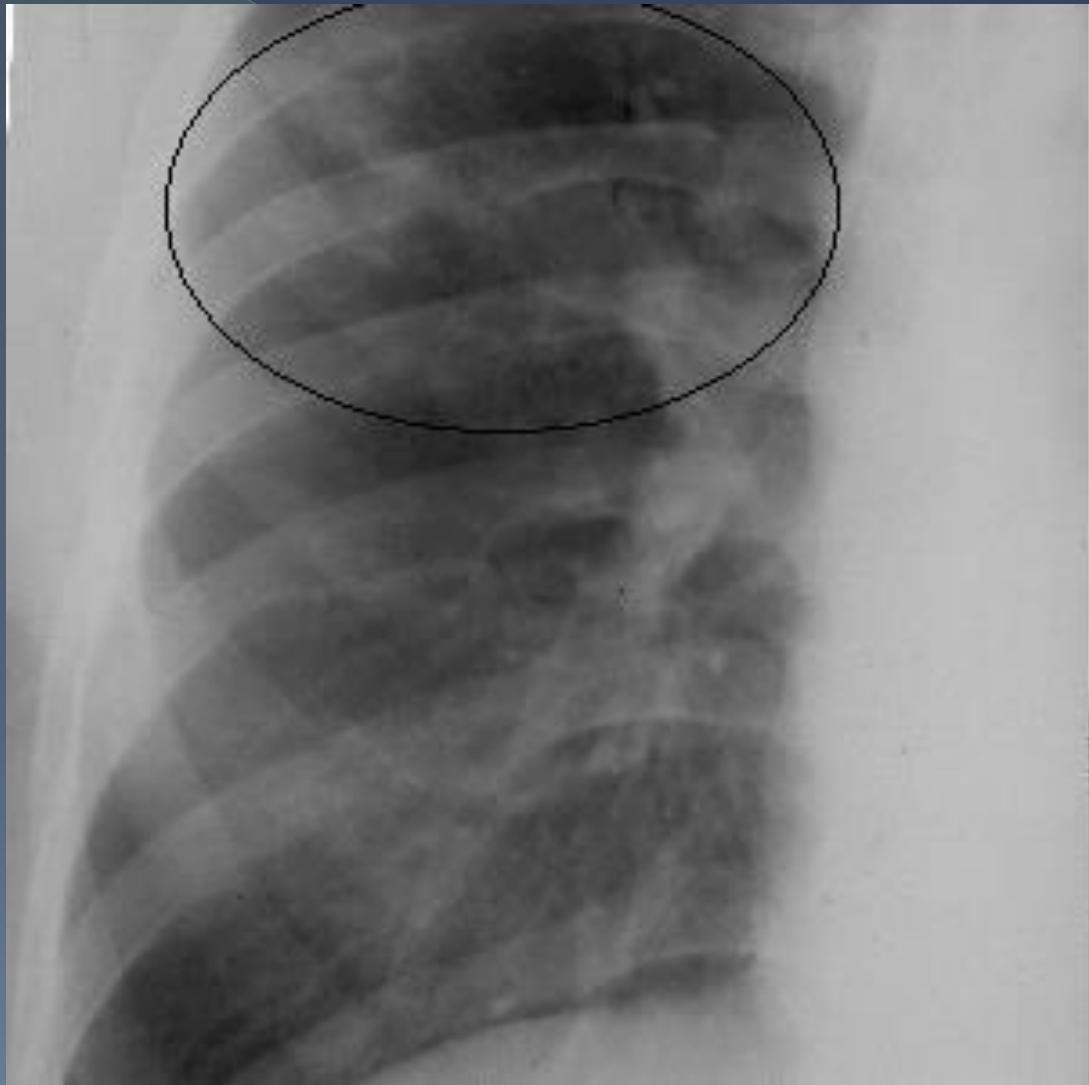
Миеломная болезнь (или множественная миелома, или генерализованная плазмоцитома, или болезнь Рустицкого-Калера)



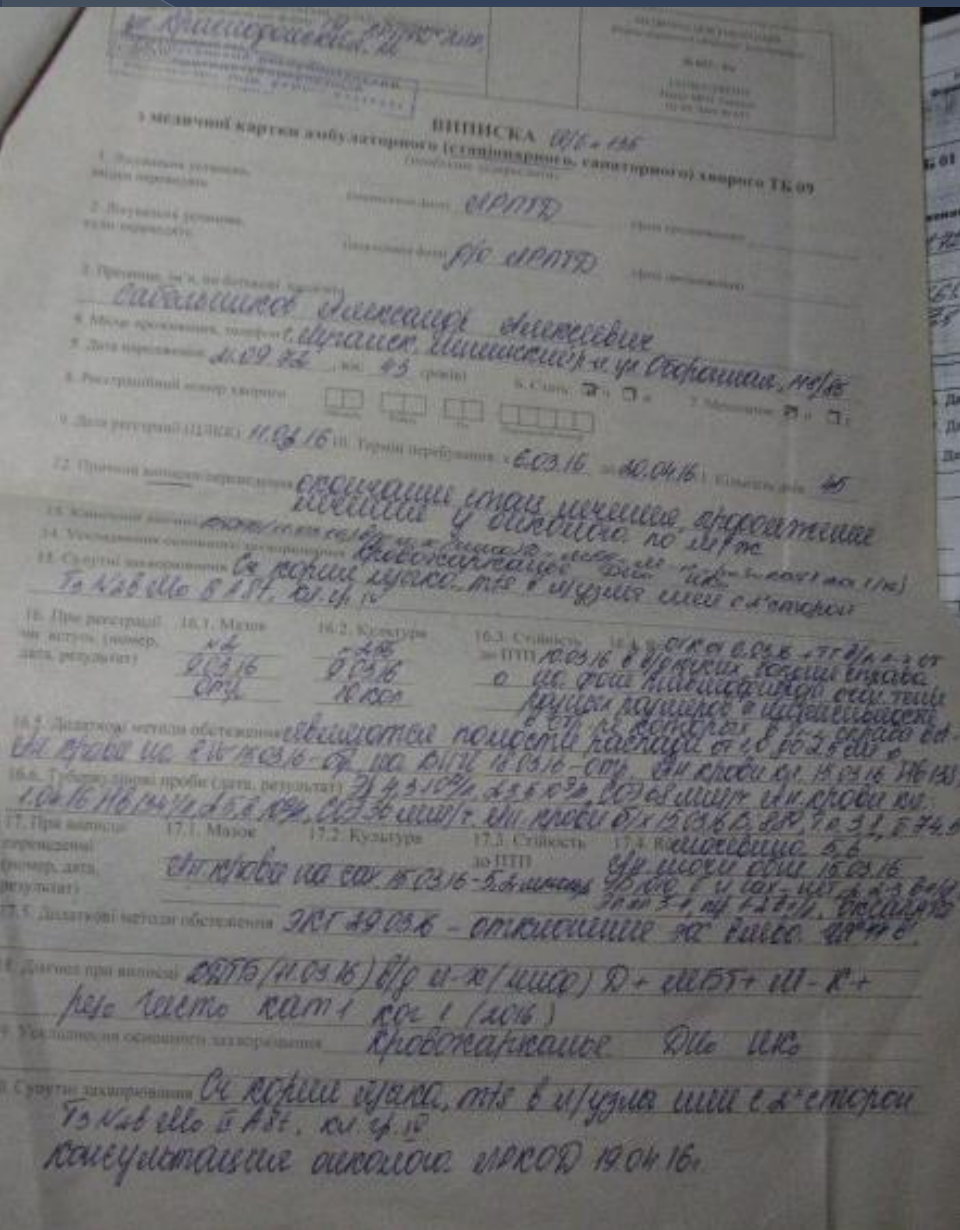
Міхт патология: инфилтративный туберкулез легких и рак корня языка

- Больной С., 43 года в январе 2016 года обратился к стоматологу, в процессе лечение проводится удаление 8-го зуба справа, после чего больной отмечает онемение языка и обращается к невропатологу.
- В феврале госпитализирован с гемипарезом мышц языка справа, нарушение вкусовых качеств в неврологическое отделение

- 01 марта у больного легочное кровотечение 1-ой степени,
- При рентген обследовании обнаружены изменения в легких, пациент после консультации фтизиатра пациент госпитализирован в Луганский республиканский противотуберкулезный диспансер



Рентгенограмма и томограмма правого
легкого



- Ан. крови клин Нв-138г/л, эр-4,3*10¹², лейкоц – 3,5*10⁹, СОЭ 68 мм/ч
- Ан мокроты м/скопии КУП – отриц, м/посева (ВАСТЕК) – МБТ+, устойчивы (НР)
- При осмотре ЛОР - врача выявлена отечность корня языка и небно-глоточной дужки справа, жалобы на осиплость голоса.
- Предварительный диагноз: Туберкулез языка, глотки, ф. инфильтрации.
- Установлен Дз: Мультирезистентный туберкулез верхней доли правого легкого, ф. распада, обсеменения, МБТ +, Туберкулез гортани, языка, ф. инфильтрации
- Лечение по категории 4

- На фоне лечения туберкулеза отмечалась отрицательная динамика: усилилась боль в ротовой области, при глотании, увеличились шейные лимфатические узлы.
- Направлен на консультации в онкодиспансер, заключение: *Рак корня языка, с метастазированием в лимфатические узлы шеи с 2-х сторон T3N2bM0, IV клин стадия.*
- Больной переведен на паллиативное лечение.

Таким образом,

- В настоящее время распространенность онкологической патологии превышает распространенность туберкулеза, поэтому случаи сочетанной патологии становятся актуальными во фтизиатрической практике
- При наличии патологических клинических или лабораторных изменений у пациентов не соответствующих установленному диагнозу, специалист не должен ограничиваться одним заболеванием и необходимо искать причину. Необходимо помнить о возможности развития сочетанной патологии, исключая рак любой локализации, своевременной его диагностики, появляется шанс на проведение адекватную терапию выявленных заболеваний

Благодарю за
внимание!