

**Сложности диагностики  
аденокарциномы легкого  
(клинический случай)**

**Коханова Н.Б.**

# Актуальность

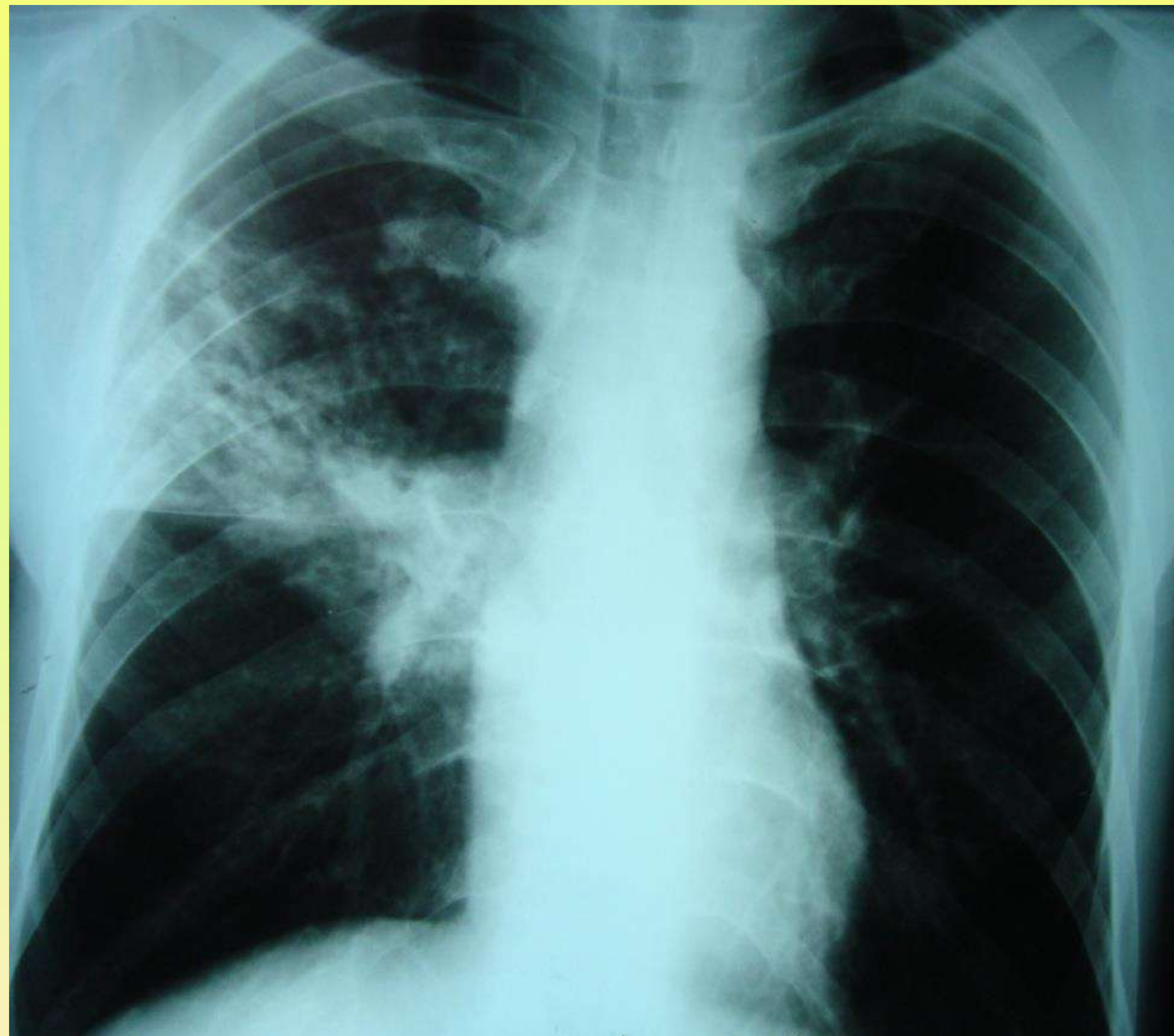
В ежедневной практике врача фтизиатра дифференциальная диагностика туберкулеза и рака легкого занимает значительное место и вызывает большие сложности, особенно в ситуациях, когда не могут быть использованы инвазивные методы диагностики

# Инфильтративный туберкулез легких

– это вторичная форма туберкулеза, патоморфологической основой которой являются старые или свежие казеозные очаги с перифокальным экссудативным воспалением, на фоне местной гиперергии легочной ткани и характеризующаяся высокой динамичностью, склонностью к распаду, бронхогенным обсеменением и выраженными клиническими проявлениями

Инфильтративный туберкулез-  
это самая часто встречающаяся  
форма вторичного туберкулеза  
легких у взрослых:

- у 50-66% впервые  
выявленных больных
- у 40-50%, состоящих на  
диспансерном учете



В патогенезе и патоморфологии инфильтративного туберкулеза весьма важную роль имеет воспалительно-аллергическая реакция на почве гиперсенсibilизации легочной ткани

Такое состояние может вызываться различными причинами:

- массивной экзогенной суперинфекцией
- интеркуррентными заболеваниями (гриппом, диабетом, депрессивными состояниями)

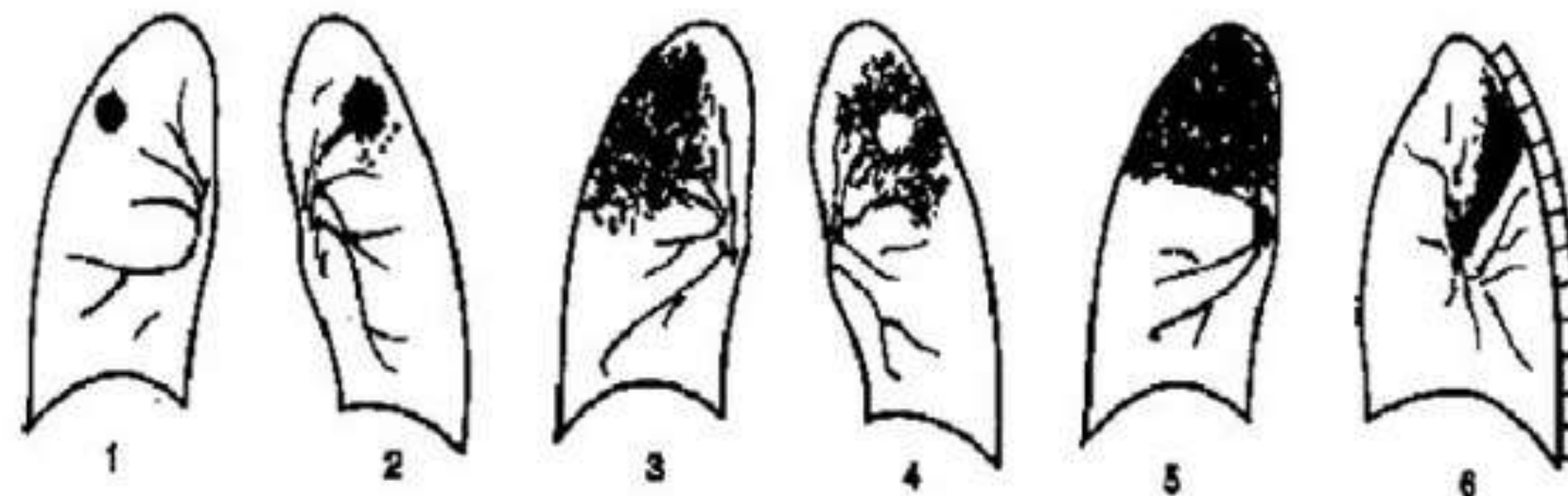
Чаще всего инфильтративный туберкулез встречается в возрасте от 20 до 40 лет, в 2/3 случаях болеют мужчины

Многообразие патогенетических факторов, полиморфизм и значительная динамичность тканевых реакций обуславливают неоднородную клинико-рентгенологическую картину инфильтративного туберкулеза

## Различают следующие формы туберкулезного инфильтрата:

- 1- бронхо-лобулярный инфильтрат
- 2- круглый инфильтрат
- 3- облаковидный инфильтрат
- 4- пересциссурит
- 5- лобит

### Типы инфильтратов (схема)



1- бронхо-лобулярный; 2- округлый; 3- облаковидный; 4- облаковидный в фазе распада; 5- лобит; 6- пересциссурит (боковая проекция);

Клиническая картина инфильтративного туберкулеза может иметь маски гриппа, пневмонии, и сопровождаться высокой лихорадкой, потливостью по ночам, ознобами, сухим кашлем, нерезкими болями в груди. А также может иметь стертую клиническую картину, и сопровождаться общей слабостью, недомоганием, утомляемостью. Иногда процесс протекает скрыто, без каких-либо клинических проявлений и тогда больных выявляют при проведении профилактических осмотров методом флюорографии.

Физикальные изменения в легких неярко выражены, или отсутствуют  
Может определяться притупление перкуторного звука с тимпаническим оттенком, жесткое дыхание с небольшим количеством влажных мелкопузырчатых хрипов

В клиническом анализе крови отмечают лейкоцитоз (10000-12000), нейтрофильный сдвиг влево (до 20%), лимфопению, ускоренные цифры СОЭ (20-25 мм/ч). Либо - анализ крови в пределах нормы

В мокроте и промывных водах бронхов В1/3 ,1/2 случаев обнаруживают МБТ методами бактериоскопии, посевов на жидкие и твердые питательные среды

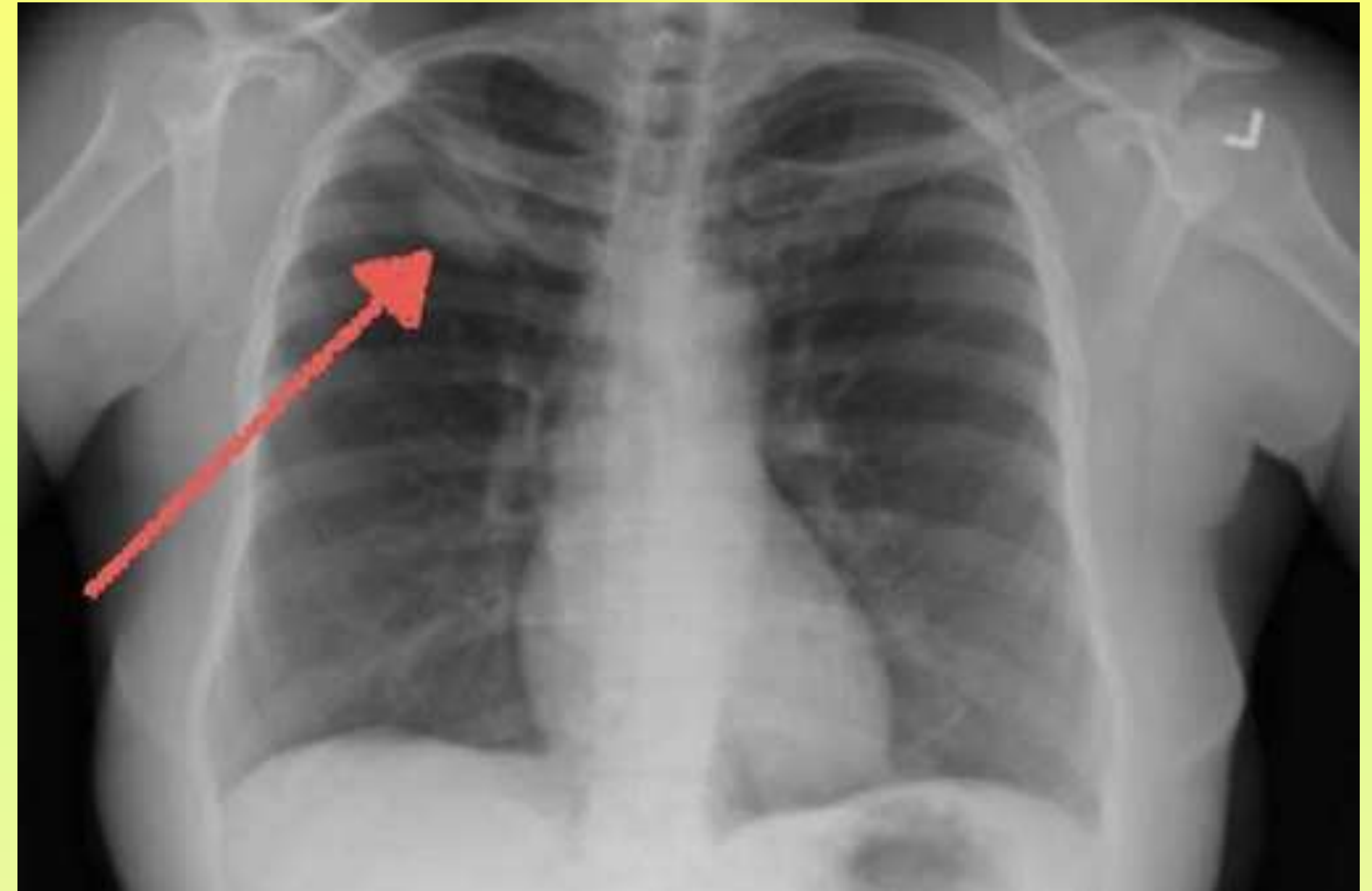


Рентгенологически бронхо-лобулярный инфильтрат, который наиболее часто встречается, представляет собой неомогенную тень, состоящую из крупных и мелких очагов сливающихся между собой, и в центре которых часто выявляется распад.

Основными методами диагностики является обзорная рентгенография легких в прямой и боковой проекциях, микроскопия мокроты на КУБ по Цилю-Нильсону, посевы на МБТ на жидкие (Бактек) и твердые (Ливенштейна –Йенсена) питательные среды, ПЦР- тесты из нативной мокроты.

При своевременном выявлении и эффективном лечении инфильтративный туберкулез имеет хороший прогноз на излечение и не приводит к инвалидизации

# Аденокарцинома



– это злокачественное новообразование, исходящее из железистого эпителия бронхиальной стенки

Поражает преимущественно периферические отделы легкого

Является разновидностью немелкоклеточного рака

Мужчины болеют приблизительно в три раза чаще женщин

У некурящих людей и пациентов младше 45 лет аденокарцинома является самым распространенным вариантом рака легкого

Причинами развития аденокарциномы являются загрязнение воздуха вредными веществами, индустриальные вредности, неблагоприятная экология. Длительный контакт с радоном, солями тяжелых металлов. Также в развитии аденокарциномы немалое значение имеет генетическая предрасположенность. Семейная аденокарцинома формируется при наследуемых особенностях – ферментов метаболизма канцерогенов и генетически обусловленных нарушениях репарации ДНК. Имеют место и эндогенные предпосылки – аденокарцинома нередко развивается в области участков пневмофиброза, исходит из рубцовой ткани. Подобные опухоли часто наблюдаются у лиц с посттуберкулезными изменениями и поствоспалительными изменениями органов дыхания. Возникновению новообразованию способствует иммуносупрессия.

В патогенезе развития аденокарциномы стоит отметить многочисленные генные мутации, приводящие к бесконтрольному делению измененных клеток железистого эпителия. Аденокарцинома чаще поражает периферию легкого, растет медленнее плоскоклеточного рака, но быстрее метастазирует, лимфогенным и гематогенным путями. Первично поражает перибронхиальные л/узлы, затем л/узлы бифуркации трахеи и средостения, в последнюю очередь л/узлы противоположного легкого. Гематогенные метастазы обнаруживаются в плевре, перикарде.

Аденокарцинома является гистологическим вариантом немелкоклеточного рака и в зависимости от наличия или отсутствия слизеобразования выделяют муцинозный и немучинозный варианты. По степени распространения аденокарциномы бывают : неинвазивные, с минимальной инвазией, и инвазивные.

На раннем этапе развития аденокарцинома не имеет клинических проявлений. Либо симптомы болезни незначительны, небольшая одышка, повышенная утомляемость списываются на другие заболевания. Позднее присоединяется болевой синдром, кашель, сухой или продуктивный. Интенсивность жалоб зависит от распространенности процесса. Проростание опухоли в сосуды сопровождается кровохарканьем. Диагностика производится при помощи рентгенографии легких, компьютерной томографии. МТР и осцеосцинтиграфии для определения отдаленных секундарных процессов. Также применяется фибробронхоскопия. Биопсия легкого, плевры, л/узлов.

# Клинический случай

Пациентка К. 1994г.р. жительница г. Донецка, предъявляет жалобы на сухой кашель, одышку при физ. нагрузке, слабость

Анамнез заболевания: считает себя больной с июня 2020 года, когда появился сухой кашель, самостоятельно обратилась за мед. помощью, получила курс АБ-терапии с клиническим улучшением. ФЛГ не проводилось

18.07.2020г. отметила отек и боль в правой ноге, консультирована ангиохирургом, выставлен диагноз-острый тромбоз подкожной вены справа V/S/P, без флотации, без реканализации на фоне приема комбинированных оральных контрацептивов (КОКов) и курения

Рекомендовано прекратить прием КОКов

Назначено лечение: ношение компрессионного чулка, венозол, нимесил, клопидогрель, дипиридамол

Консультирована хирурга по месту жительства. Выполнена ФЛГ, выявлена патология

Дообследована рентгенологически

В средне- нижних долях правого  
легкого-определяется участок  
инфильтрации легочной ткани

Купол диафрагмы на 5-ребре

Корни не расширены

Сердце-норма

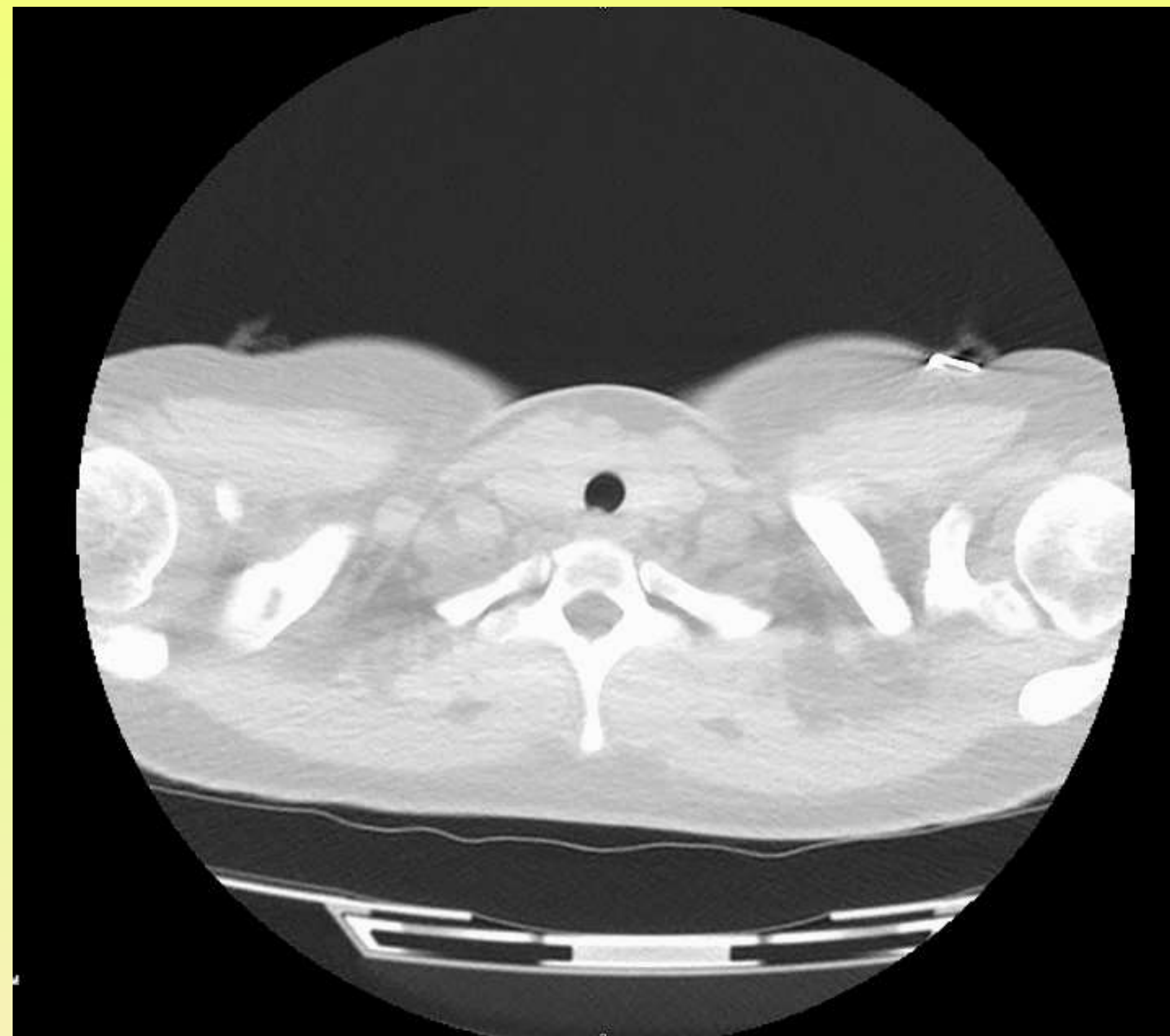


Направлена на консультацию в РКТБ.

Выполнено СКТ ОГК

В правом легком множественные очаги средней и малой интенсивности местами сливного характера. В средней доле правого легкого полость 25/18/21 мм. В средостении определяются увеличенные паратрахеальные л/узлы до 19 мм и 14мм в диаметре. Плевральные полости свободны. Сердце-норма

Госпитализирована в ЛХО для дообследования и лечения.





## **Анамнез жизни:**

инфекционные заболевания, тифы, гепатиты, малярию, ВИЧ - отрицает.

Туб. контакт - отрицает.

Из ранее перенесенных заболеваний- острый синусит в 12-14 летнем возрасте. ОРВИ - редко.

Аллергологический анамнез не отягощен.

В 2014г. - срочные роды, нормальные.

Из вредных привычек - короткий стаж курения; алкоголь, Наркотики - отрицает.

Семейное положение-замужем, один ребенок. Место работы –учитель младших классов.

Объективно-общее состояние удовлетворительное, нормостенического телосложения, кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски, периферические л/узлы не увеличены. Над легкими дыхание везикулярное, сухие хрипы в нижнем отделе справа, тоны сердца ясные, ритмичные, печень, селезенка в подреберьи. живот мягкий б/б, отрезки кишечника обычных пальпаторных свойств, пастозность правой голени, стопы. Физ.отправления не нарушены.

Предварительный диагноз: Пневмония? Туберкулез? Системное заболевание?

В стационаре обследована: общ. ан . крови: НВ-136 г/л, ЭР- 4,0 г/л , ЦП- 1,02 , Л- 5,3 г/л, СОЭ – 2 мм/ч, П-2, С-77, Э-2, Л-**12**, М-6, АЧЛ- 0,64.

Биохимический анализ: общий белок- 61,9 г/л, билирубин – 12,9 мкмоль/л, билирубин прямой 3,3 мкмоль/л, непрямого билирубин 9,6 мкмоль/л, АЛат- 16,0 ед. АСаТ- 9,0 ед, глюкоза – 3,8 мкмоль/л, тимоловая проба 1,2.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 14 сек, АЧТВ- 42 сек, фибрин плазмы – 2,0 г/л, этаноловый тест, бета- нафтоловый тест- отр, толерантность плазмы к гепарину – 510 сек, тромботест – норма.

В общем анализе мочи без патологии.

Анализ крови к ВИЧ №1018 – отрицательный.

Фибробронхоскопия- диффузный катаральный эндобронхит 2 степени.

БАЛ№ 704 от 28.07.20 МБТ не обнаружены, цитологически: в препарате эритроциты, пролиферация железистого эпителия; умеренное кол-во лейкоцитов; значительное кол-во альвеолярных макрофагов.

(АК+ КУБ) - не обнаружены.

В ходе обследования этиология изменений в правом легком остается неясной. За 4 дня пребывания в стационаре отмечался однократный подъем температуры тела до субфебрильных цифр, после выполнения ФБС, присоединилась отечность и боль в правом предплечье, в связи с чем повторно консультирована ангиохирургом ИНВХ.

Диагноз-Тромбофилия? тромбоз V/S/P, сегментарный тромбоз подколенной вены, тромбофлебит подкожных вен правой верхней конечности. ТЕЛА?

Рекомендовано: постельный режим, с возвышенным положением ног, компрессионные чулки 2кл., клексан с переходом на ксарелто, меронем, реополиглюкин, вольтарен в течении 14 дней, консультация гематолога.

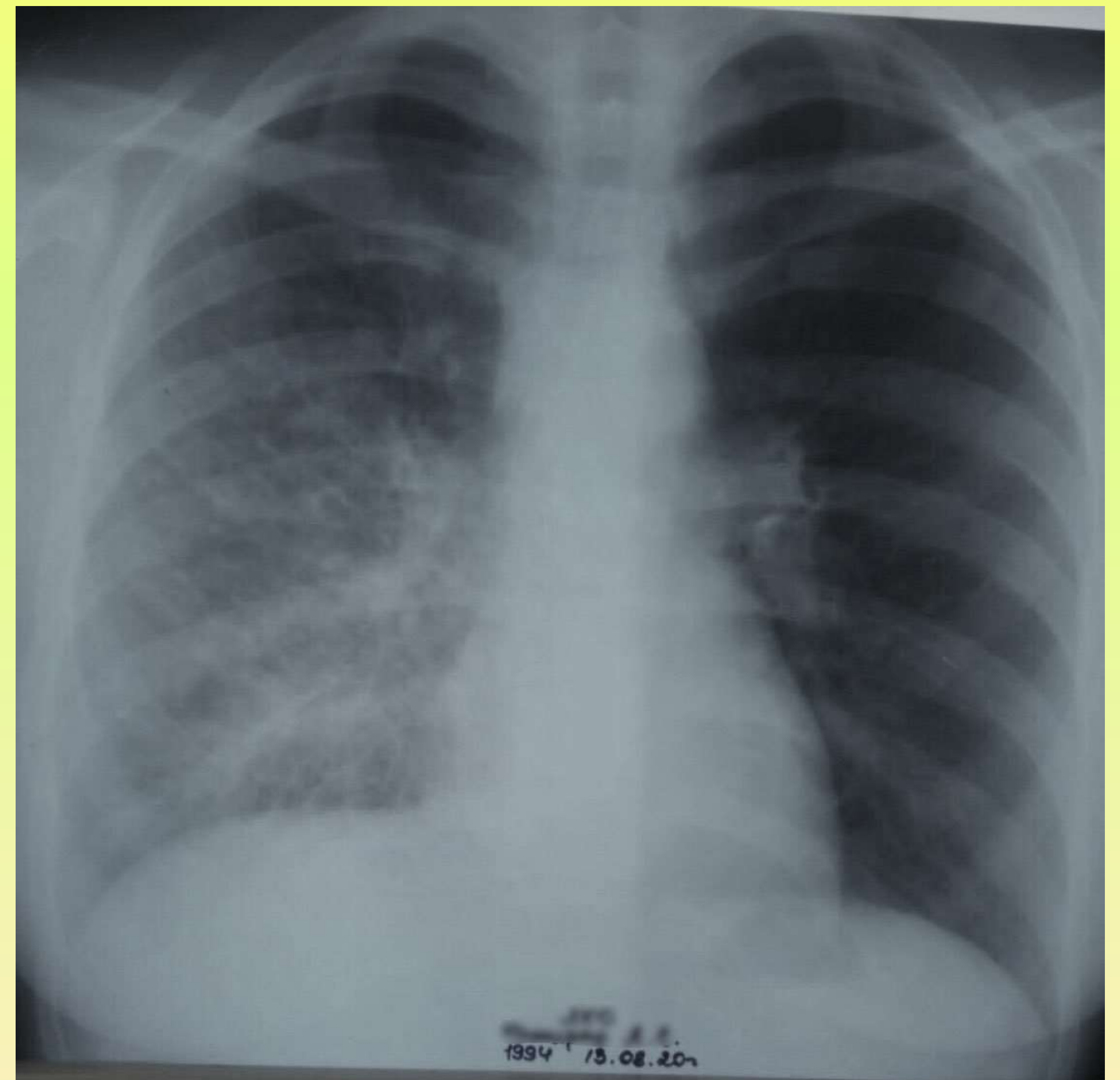
пцр-тест к sars-cov-19- от 01.08.2020г- не обнаружено.

На фоне проводимого лечения отмечено значительное клиническое улучшение, значительно уменьшилась одышка, отеки в правой ноге и правом предплечье.

На обзорной рентгенограмме легких отмечена положительная динамика.

Консультирована гематологом ИНВХ-рекомендовано обследование на гемофилию.

Консультирована онкологом РОЦ-онкопатология органов грудной клетки исключена.



По итогам гематологического обследования получены результаты: антитромбин 3 -95%- норма, F5- генетический фактор Лейдена-норма, генетический протромбин-норма, гомоцистеин-2,38 (норма 5-11). Данных в пользу наследственной тромбофилии не выявлено. Для окончательного исключения диагноза тромбофилии рекомендовано исследование протеинов S и C.

Консультирована гематологом:

Диагноз: Лимфома с преимущественным поражением правого легкого? MTS солидной опухоли неизвестной локализации?

Осл: паранеопластическая тромбофилия.

Тромбоз v safena parva, подколенной вены, подкожных вен предплечья справа.

Рекомендовано: биопсия увеличенных лимфоузлов средостения, образования в легком.

Получено согласие на проведение открытой биопсии пр. легкого. 25.082020г выполнена биопсия.

## Протокол операции:

боковая миниторакотомия справа в 5 межреберья. Плевральная полость свободна на всем протяжении, в ней около 250 мл серозного экссудата. Взят анализ. При ревезии по всему легкому крупные плотные бурые высыпания от 5 мм до 1 см местами сливающиеся в конгломераты. В средней доле плотное образование до 4 см. На париетальной плевре единичные мелкие высыпания от 1 до 2 мм. В средостении паратрахеальные и паракавазные лимфоузлы до 2 см плотно-эластической консистенции; в корне легкого, легочной связке увеличенных лимфоузлов нет. Остро по зажимам произведена краевая резекция базальных сегментов с очагом до 1 см. Дефект легочной паренхимы ушит викрилом. При попытке отслоить париетальную плевру с очагами возникает капиллярное кровотечение (больная длительно принимала клексан, ксарелто). При попытке взять на анализ паратрахеальный лимфоузел, из-за коллапса легкого сатурация кислорода падает до 80%. Решено воздержаться от биопсии л/узла. Дренажирование плевральной полости ПВХ дренажем. Окончательный аэрогемостаз. Сухо. Послойное ушивание раны наглухо. Косметический шов по Холстеда на кожу. Ас. повязка. Препарат: Участок легкого с очагом до 1 см.

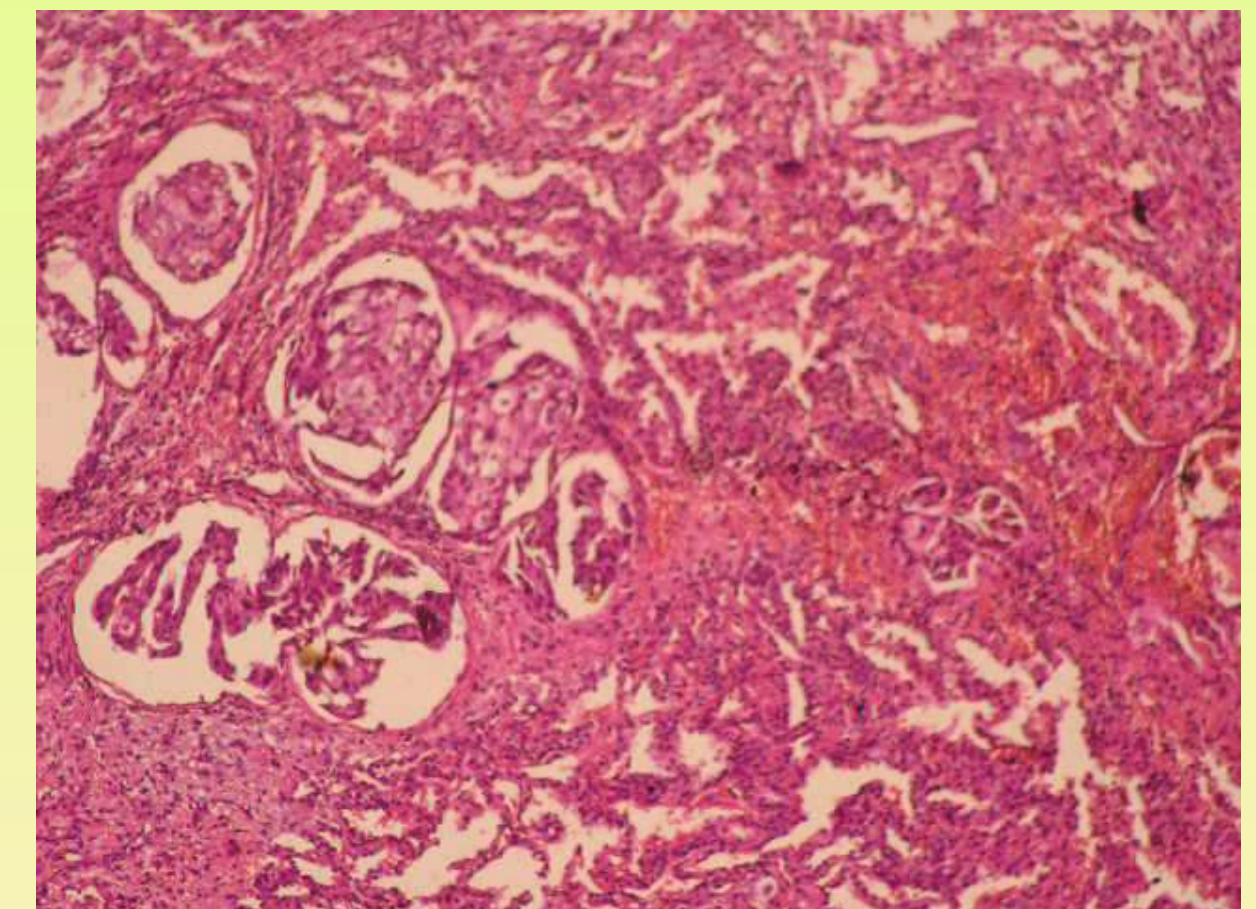
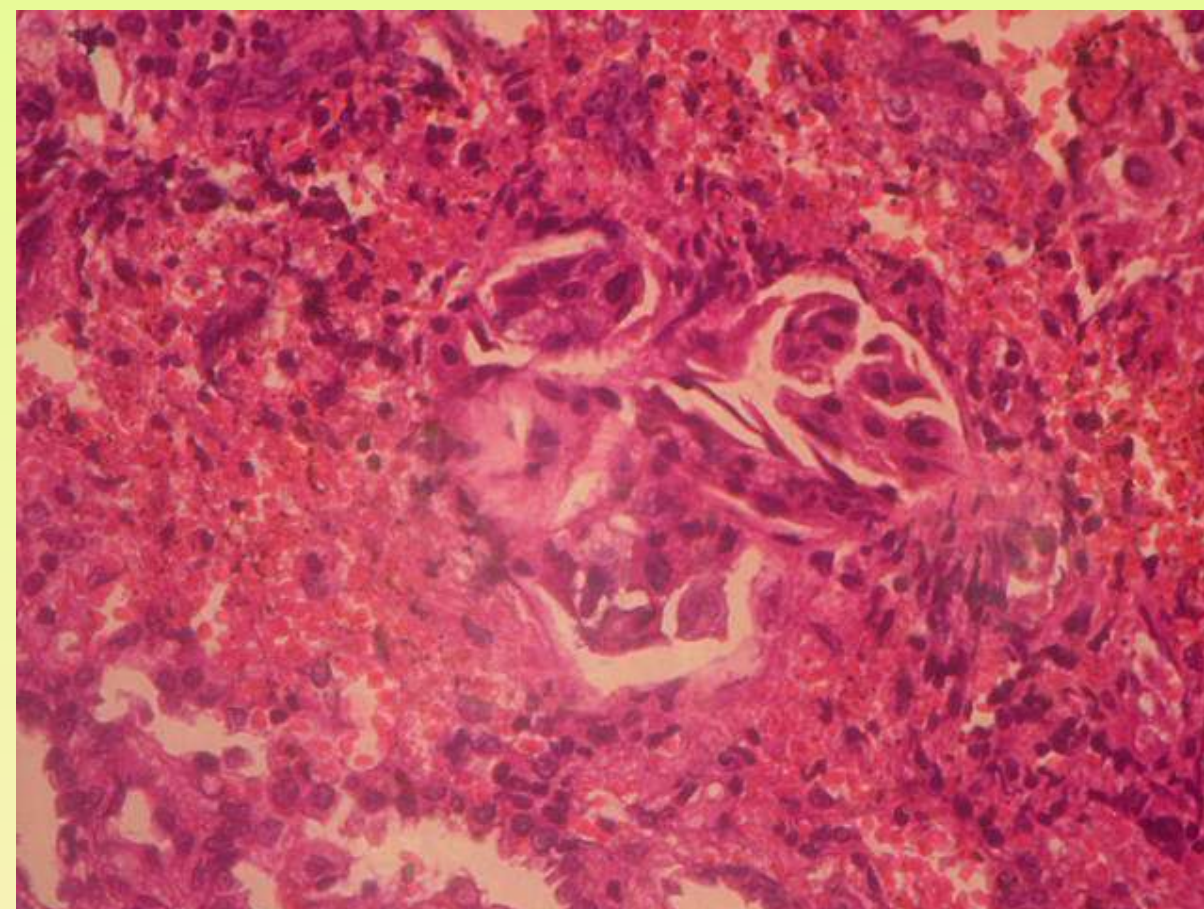
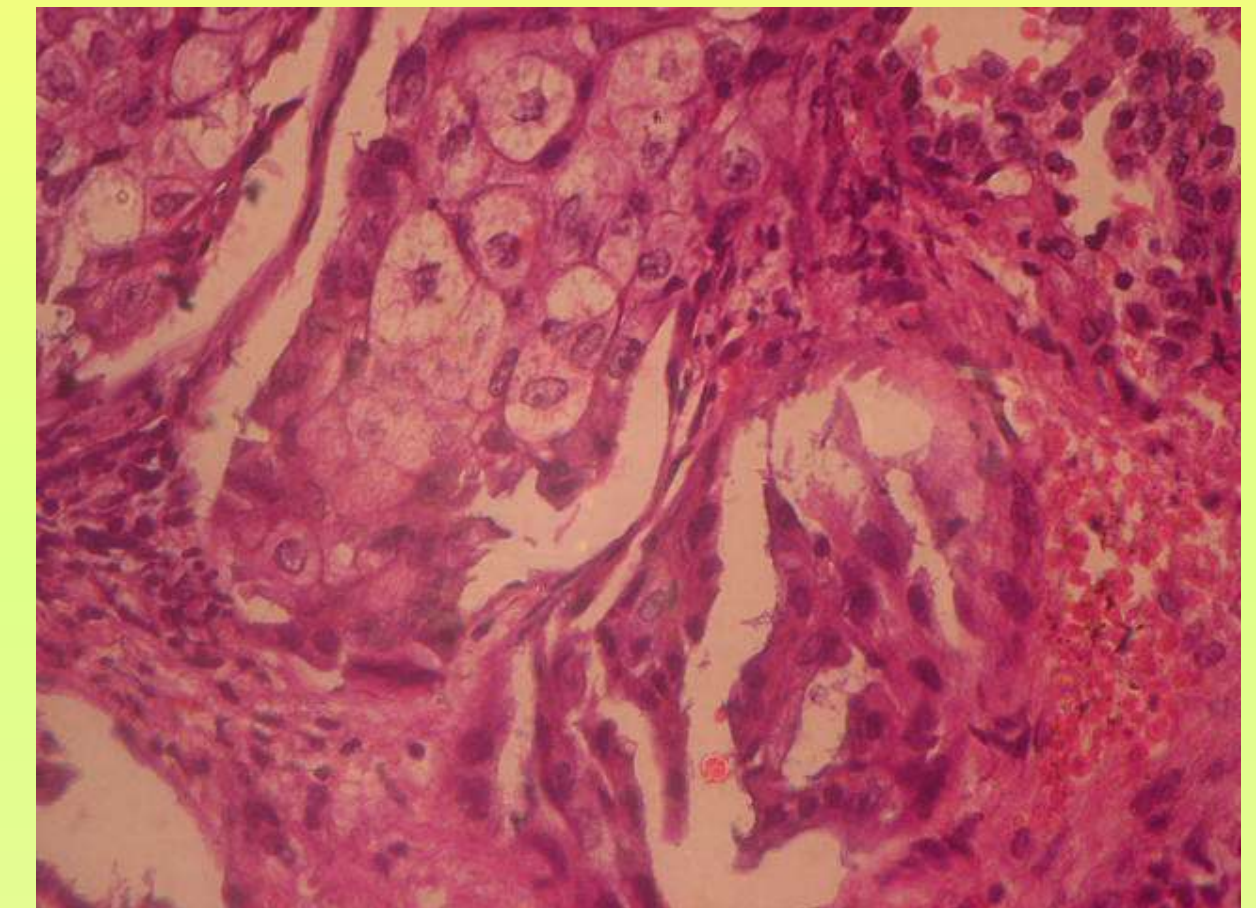
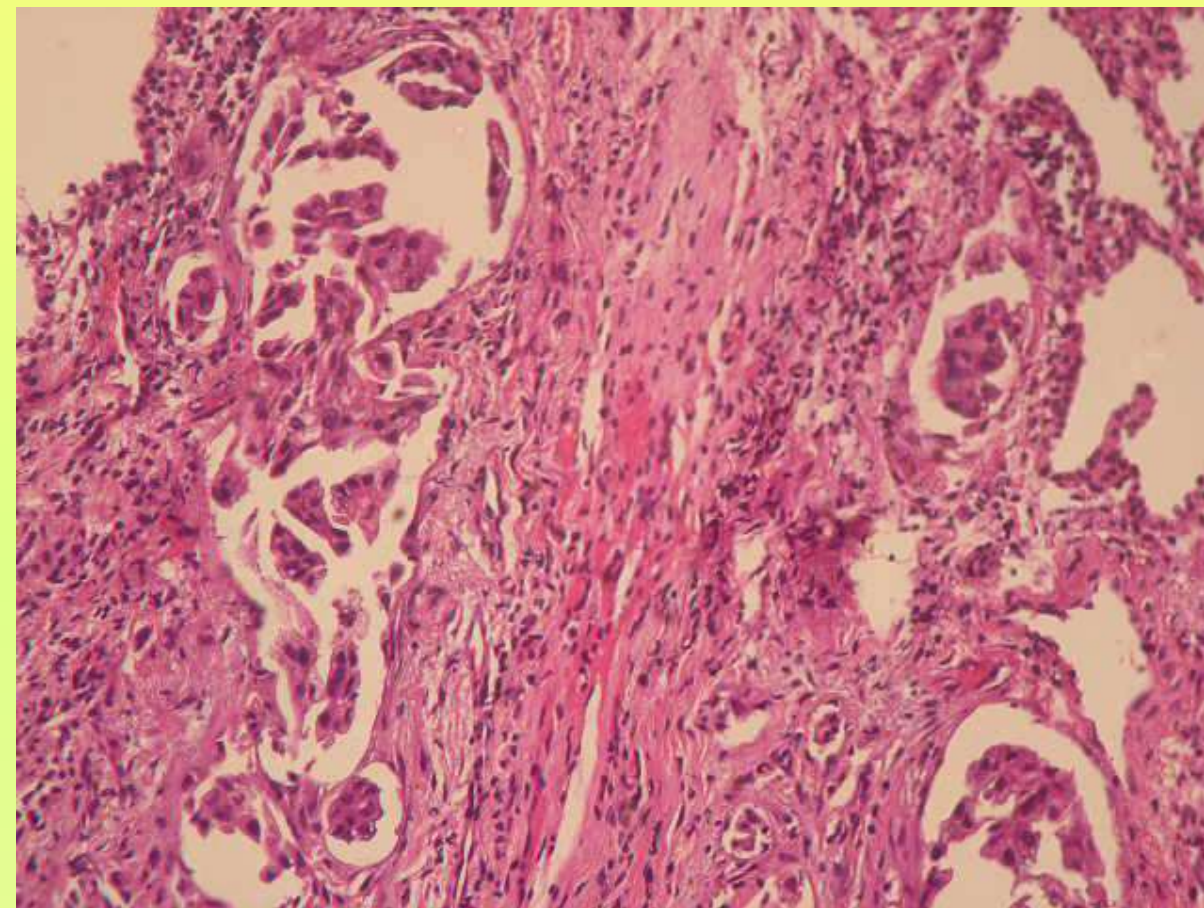
Цитологическое исследование экссудата в лаборатории РОЦ: в препарате содержатся элементы MTS железистой карциномы. Цитологическое исследование мазка-отпечатка биопсийного материала: №546/20- в препарате содержатся элементы железистой карциномы.

Гистологическое заключение: в легком на фоне крупного очага организации геморрагического инфаркта поля папиллярной карциномы аденокарциномы с участками свежих опухолевых клеток, обилием опухолевых эмболов в просвете сосудов. Нельзя исключить MTS-процесс.

Консультирована онкологом РОЦ выставлен диагноз: Са правого легкого T4N2M1 (MTS в плевру) Госпитализирована в РОЦ для дообследования и лечения.



Гистологическое заключение: в легком на фоне крупного очага организации геморрагического инфаркта поля папиллярной карциномы аденокарциномы с участками свежих опухолевых клеток, обилием опухолевых эмболов в просвете сосудов. Нельзя исключить MTS-процесс.



Выводы:

данный клинический случай является нетипичным и сложнодиагностическим, где диагноз удалось установить только после проведения открытой биопсии легкого.

Пациентка молодого возраста с недлительным стажем курения, не работала во вредных условиях труда, ФЛГ проходила регулярно ( предыдущее ФЛГ август 2019г. – норма)

Тромбоз подкожной вены правой ноги на первичном этапе расценен как следствие применения комбинированных оральных контрацептивов в сочетании с курением (что является противопоказанием).

В клинических анализах крови-отмечена только лимфопения, что на раннем этапе давало возможность заподозрить инфильтративный туберкулез. Однако после лабораторного исследования Бала МБТ не одним из методов обнаружены не были, в левом легком отсутствовали очаги отсева, что является не характерным для инфильтративного туберкулеза легких

В контакте с больными туберкулезом пациентка не была.

Уровень гемоглобина (135г/л) и СОЭ (2мм/ч) в клиническом анализе крови длительно сохранялся в пределах нормы, что не характерно для прогрессирующего онкологического заболевания

При проведении ФБС-участков эндобронхиального роста, сдавления бронха извне обнаружено не было

В цитологическом анализе БАЛа атипичные клетки не выявлены

На фоне проведения антибактериальной и антикоагулянтной терапии была отмечена положительная клинико-рентгенологическая динамика

Гематологические заболевания были исключены

Диагноз верифицирован цитологически и гистологически после выполнения биопсии легкого.

**Благодарю за внимание!**