

Сложный случай дифференциальной диагностики очагово-инфильтративных изменений легких во фтизиатрической практике

Н.Л. Карпина¹, д. м. н., вед. науч. сотр. клинико-диагностического отдела,
заведующая консультативно-поликлиническим отделением;

А.В. Антипова¹, к. м. н., фтизиатр;

Л.И. Чеклецова¹, к. м. н., рентгенолог;

С.Ю. Поссаженникова², заведующая рентгенодиагностическим отделением;

О.В. Демихова¹, д. м. н., профессор, заместитель директора по научной работе

¹ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза»,
Яузская аллея, 2, Москва, 107564, Российская Федерация;

²Филиал ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом»
Департамента здравоохранения г. Москвы по Зеленоградскому автономному округу,
1-й Западный пр-д, 8, стр. 1, Зеленоград, 124460, Российская Федерация

A difficult case of the differential diagnosis of focal infiltrative lung changes in phthisiatric practice

N.L. Karpina¹, MD, PhD, DSc, Leading Researcher of Clinicodiagnostic
Department, Head Consultative Polyclinic Department;

A.V. Antipova¹, MD, PhD, Phthisiologist;

L.I. Chekletsova¹, MD, PhD, Radiologist;

S.Yu. Possazhennikova², Head of Radiology Diagnostic Department;

O.V. Demikhova¹, MD, PhD, DSc, Professor, Deputy Director for Science

¹ Central Research Institute of Tuberculosis,
Yauzskaya alleya, 2, Moscow, 107564, Russian Federation;

² Moscow city Branch of the Scientific-Practical Center for Tuberculosis Control
of the Health Department of the city of Moscow on Zelenograd Autonomous Okrug,
Pervyy Zapadnyy proezd, 8, stroenie 1, Zelenograd, 124460, Russian Federation

Ошибки при дифференциальной диагностике заболеваний органов дыхания, сопровождающихся рентгенологическими изменениями легочной ткани в виде очагов и инфильтрации, возникают достаточно часто. Среди выявляемой конкурирующей патологии легких высокий процент составляют инфильтративный, диссеминированный туберкулез легких, онкозаболевания и пневмонии. Частота случаев расхождения диагноза при данных видах патологии легких превышает 30%, а период диагностики инфильтративного процесса в легких в 20% случаев длится 2–3 нед, а в 80% – более 1–3 мес. В частности, большие трудности возникают у клиницистов в диагностике аспирационной пневмонии. Это связано с тем, что при данном заболевании рентгенологические проявления не являются сугубо специфичными и характеризуются паренхиматозным (альвеолярным) типом инфильтрации легочной ткани с разным объемом воспаления.

В данной статье представлено клиническое наблюдение пациента с аденокарциномой слюнной железы и очагово-инфильтративными изменениями в легких. Трудности диагностики возникли при установлении генеза изменений в легких.

Errors occur rather commonly in the differential diagnosis of respiratory diseases accompanied by X-ray lung tissue changes as foci and infiltration. Infiltrative and disseminated pulmonary tuberculosis, lung cancer, and pneumonia constitute a high proportion among the detected concurrent lung diseases. The rate of diagnostic discordance for these lung abnormalities accounts for more than 30%; and the diagnosis period for an infiltrative lung process lasts 2–3 weeks in 20% of cases and above 1–3 months in 80%. In particular, clinicians are faced with great difficulties in diagnosing aspiration pneumonia; this is due to that its X-ray manifestations are not purely specific and they are characterized by the parenchymal (alveolar) infiltration of lung tissue with a varying extent of lung inflammation.

This paper describes a clinical case of a patient with salivary gland adenocarcinoma and focal infiltrative lung changes. Diagnostic difficulties have emerged in establishing the genesis of the changes in the lung.

Ключевые слова:

дифференциальная диагностика, туберкулез легких, аспирационная пневмония, очагово-инфильтративные изменения легких

Index terms:

differential diagnosis, pulmonary tuberculosis, aspiration pneumonia, focal infiltrative lung changes

Введение

Ошибки при дифференциальной диагностике заболеваний органов дыхания, сопровождающихся рентгенологическими изменениями легочной ткани в виде очагов и инфильтрации, возникают достаточно часто, несмотря на высокий в настоящее время уровень диагностических возможностей. Так, по данным литературы при выявлении очагов и инфильтрации в легких частота гипердиагностики туберкулеза органов дыхания варьирует от 14 до 58% [1–7], что связано с патоморфозом как туберкулеза легких, так и других заболеваний органов дыхания.

Среди выявляемой конкурирующей патологии легких высокой процент составляют инфильтративный, диссеминированный туберкулез легких, онкозаболевания и пневмонии. Частота случаев расхождения диагноза при данных видах патологии легких превышает 30%, а период диагностики инфильтративного процесса в легких в 20% случаев длится 2–3 нед, а в 80% – более 1–3 мес [5, 7].

В частности, большие трудности возникают у клиницистов в диагностике аспирационной пневмонии, которая не относится к воспалительным заболеваниям легких инфекционной природы, а является вторичным воспалением. Причинами развития воспаления в легких при аспирационной пневмонии могут быть как нарушение у пациента акта глотания, когда секрет ротоглотки затекает в дыхательные пути и при этом происходит аспирация, так и вдыхание различных токсических веществ.

В настоящее время диагностика заболеваний органов дыхания в большинстве случаев зависит от возможности комплексного применения лучевой диагностики и эндоскопии [8–10].

В качестве примера приводим клинический случай, вызвавший трудности в дифференциальной

диагностике очагово-инфильтративных изменений в легких.

Клинический случай

Мужчина 64 лет обратился в консультативно-поликлиническое отделение ФГБНУ «ЦНИИТ» в сентябре 2014 г.

На момент осмотра предъявлял жалобы на затруднение глотания, «поперхивание» при глотании.

Анамнез жизни: в 2011 г. в стоматологической клинике по месту жительства у пациента был удален 8-й верхний зуб слева, операция осложнилась переломом верхней челюсти со смещением отломков, по поводу чего проводилось оперативное лечение – металлоостеосинтез, с репозицией отломков. Через год в левом углу верхней челюсти (в месте перелома) было выявлено образование. Пациент был обследован в онкологическом диспансере, где морфологически верифицирован диагноз: аденокарцинома слюнной железы. Впоследствии по поводу данного заболевания проводились курсы лучевой терапии и химиотерапии. Несмотря на комплексное лечение, наблюдалось прогрессирование заболевания, и последний курс химиотерапии у пациента был проведен летом 2014 г. (за 2 мес до обращения в ФГБНУ «ЦНИИТ»). В рамках комплексной терапии, по рекомендации онколога, при проведении курсов лучевой и химиотерапии и после их завершения пациент проводил полоскания ротоглотки масляным раствором – рыбьим жиром. За год объем использованного рыбьего жира составил 6 л.

В соответствии с онкологической программой пациенту проводилось регулярное рентгенологическое обследование. В августе 2014 г. при рентгенографии органов грудной клетки были выявлены очаговые изменения в легких, по поводу которых пациент был обследован в Московском областном противотуберкулезном диспансере (МОПТД) и в клинике фтизиопульмоло-

гии 1-го МГМУ им. И.М. Сеченова. По результатам обследования проба Манту с 2 ТЕ – отрицательная, другие исследования не проводились. При этом был установлен диагноз: диссеминированный туберкулез легких. Микобактерии туберкулеза (?). После чего пациент направлен на лечение в стационар по месту жительства.

Однако при повторной консультации в МОПТД диагноз диссеминированного туберкулеза легких вызвал у врача сомнение, и пациент был направлен в консультативно-поликлиническое отделение ФГБНУ «ЦНИИТ» с целью его уточнения.

При осмотре пациента в консультативно-поликлиническом отделении выявлено: кожные покровы бледные, в области околоушной и подчелюстной слюнных желез слева определялось опухолевидное образование диаметром около 10 см. При пальпации образование мягкоэластичной консистенции, умеренно болезненное, кожа над ним не изменена. Также определялись увеличенные до 2,0 – 2,5 см подчелюстные, шейные и околоушные лимфатические узлы слева.

Аускультативно в легких жесткое дыхание, хрипы не определялись. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Пациенту было проведено комплексное обследование: клинико-рентгенологическое, микробиологическое и инструментальное.

По результатам иммунодиагностики данных за наличие туберкулезной инфекции не получено. Выполнялись: реакция Манту с 2 ТЕ, реакция на диаскинтест, иммуноферментный анализ на антитела к микобактериям туберкулеза, квантифероновый тест на латентную туберкулезную инфекцию, результаты всех проб были отрицательные.

При люминесцентной микроскопии мокроты (трижды) микобактерии туберкулеза (МБТ) не

выявлены, при молекулярно-генетическом исследовании мокроты ДНК МБТ не обнаружены. В посевах мокроты на МБТ их рост не выявлен.

По результатам общего анализа крови – анемия легкой степени.

При ЭКГ изменений не обнаружено, функция внешнего дыхания – без изменений.

Эзофагогастродуоденоскопия органической патологии пищевода, желудка не выявила.

Пациенту была выполнена остеосцинтиграфия с целью исключения метастатических изменений в костях скелета, при этом убедительных скнтиграфических данных за наличие вторичных (метастатических) очаговых изменений в костях скелета не выявлено.

Проведена МРТ головы и шеи, включая исследование с внутривенным контрастным болюсным усилением (09.08.2014 г.) (рис. 1, 2): в проекции мягких тканей шеи слева определяется объемное образование размером 45 × 26 × 55 мм, неправильной формы, без четких границ, расположенное в крылонебной ямке, с признаками инфильтративного роста. В структуре объемного об-

разования визуализируются наружная сонная артерия с основными ветвями и внутренняя сонная артерия. Левая околоушная железа смещена вверх объемным образованием. Окружающая клетчатка тяжиста, снаружи и снизу от данного образования визуализируются увеличенные лимфоузлы. Признаки мастоидита слева.

Таким образом, при МРТ были выявлены картина объемного образования шеи слева с прорастанием в крылонебную ямку и окружающие структуры, метастатическое поражение лимфоузлов.

На представленных компьютерных томограммах органов грудной клетки (ОГК) от 20.08.2014 г. (рис. 3) были выявлены крупноочаговые тени средней интенсивности и участки интерстициального уплотнения с нечеткими контурами в сегментах S4 и S6 обоих лёгких.

Обсуждение

По результатам клиникорентгенологического обследования пациента в дифференциально-диагностическом ряду рассматривались: инфильтративный туберкулез легких, метастатичес-

кое поражение легких и очаговая двусторонняя полисегментарная пневмония неуточненной этиологии.

Установление истинного диагноза имело для пациента жизненно важное значение, так как прогрессировало заболевание слюнной железы, и требовалось проведение специфического лечения, однако при наличии туберкулеза органов дыхания применение химиотерапии было невозможно.

В связи с этим проведена морфологическая верификация диагноза с применением фиброbronхоскопии (ФБС) с комплексом биопсий, включая чрезbronхиальную биопсию легкого (ЧБЛ) (19.09.2014 г.). При осмотре трахеи во время ФБС отделяемого в трахее не было выявлено, бифуркация не расширена, шпора ее острая. Просветы бронхов справа и слева 1–5 порядка не деформированы, устья бронхов широко открыты, шпоры бронхов подчеркнута острые. Слизистая бронхов справа и слева бледная. Диагностирован двусторонний атрофический бронхит I ст.

При исследовании бронхоальвеолярного смыва (БАС) МБТ



Рис. 1. Результаты МРТ головы и шеи от 09.08.2014 г., сагиттальный срез. В проекции мягких тканей шеи слева определяется объемное образование.

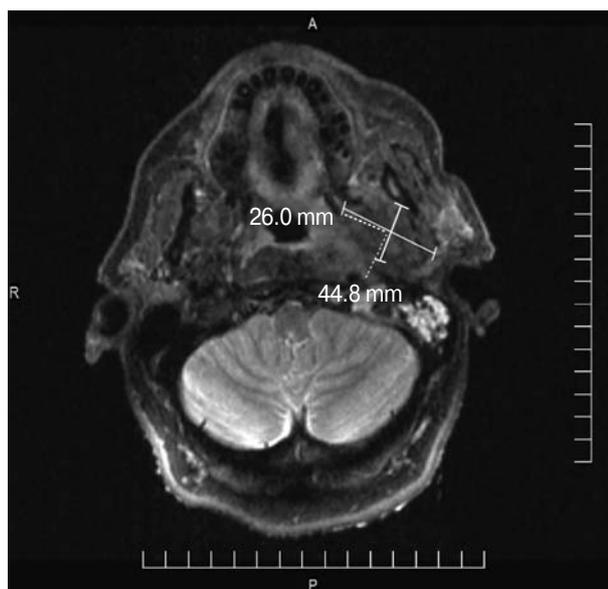


Рис. 2. Результаты МРТ головного мозга от 09.08.2014 г., аксиальный срез. В проекции мягких тканей шеи слева визуализируется образование.



Рис. 3. Результаты КТ ОГК от 20.08.2014 г., аксиальный срез. Определяются среднеинтенсивные крупноочаговые тени и участки интерстициального уплотнения с нечёткими контурами в S6 обоих лёгких.

не обнаружены, ДНК МБТ не выявлены (от 22.09.2014 г.).

Данные цитологического исследования материала ЧБЛ (от 22.09.2014 г.): на фоне эритроцитов отмечались группы клеток цилиндрического и кубического эпителия с наличием местами небольшой макрофагальной и лимфоидной инфильтрации.

Данные гистологического исследования материала ЧБЛ (от 26.09.2014 г.): стенка бронха обычного строения, в окружающей ткани легкого межальвеолярные перегородки тонкие. Выявлена единичная гигантская многоядерная клетка в стенке альвеолы.

Гистологическое заключение: выявленные изменения характерны для неспецифического хронического воспаления.

Учитывая результаты исследования материала фибробронхоскопии, диагнозы инфильтративного туберкулеза легких и метастатического поражения легких были исключены и в первую очередь рассматривалось неспецифическое поражение легких.

Контрольное рентгенологическое обследование (КТ ОГК) пациенту было проведено 02.10.2014 г. (рис. 4). При сравнении с предыдущим исследованием (КТ ОГК от 20.08.2014 г.) отмечалась положительная динамика в виде частичного рассасывания очаговой инфильтрации в верхних долях S4, S6 слева.

Ретроспективный анализ данных рентгенологического обследо-

вания показал, что изменения в легких наиболее характерны для неспецифического воспалительного процесса.

Тщательно собранный анамнез заболевания, его симптоматика, рентгенологическая динамика обусловили диагностический поиск в направлении аспирационной пневмонии.

Таким образом, учитывая, что: 1) при тщательном клинико-рентгенологическом, микробиологическом и инструментальном обследовании пациента данных за туберкулез органов дыхания, метастатический процесс не было выявлено; 2) при контрольном рентгенологическом обследовании (КТ ОГК от 02.10.2014 г., см. рис. 4) была отмечена положительная рентгенологическая динамика без проведения антибактериальной терапии; 3) наличие жалоб пациента на нарушение акта глотания и использование большого количества масел для полоскания ротоглотки в ходе лечения заболевания слюнной железы, изменения в легких были расценены как аспирационная пневмония.

Клинический диагноз: Аспирационная пневмония (аспирация рыбьего жира). Аденокарцинома слюнной железы. Нарушение акта глотания.

Пациент был направлен для продолжения лечения у онколога.

В настоящее время по литературным данным не рекомендуется использование масляных рас-

творов для полоскания горла, особенно у пациентов с тяжелой патологией ротоглотки, так как нарушение акта глотания, «поперхивание» приводят к аспирации жировых частиц, которые впоследствии невозможно удалить из дыхательных путей.

Представленный клинический случай вызвал трудности в дифференциальной диагностике очагово-инфильтративных изменений в легких в связи с тем, что у пациента с онкологическим заболеванием очаговые изменения в легких в первую очередь могли быть проявлением метастатического поражения. Вместе с тем рентгенологически процесс в легких можно было рассматривать и как туберкулез органов дыхания. Отрицательные данные иммунологического исследования на наличие туберкулезной инфекции у данного пациента могли быть и ложноотрицательными, так как при онкозаболевании после курсов химиотерапии у пациентов часто развивается иммуносупрессивное состояние.

Установление истинного диагноза при аспирационной пневмонии нередко зависит от подробного и внимательного сбора анамнеза у пациентов. Это связано с тем, что при аспирационной пневмонии рентгенологические признаки заболевания не являются сугубо специфичными и характеризуются паренхиматозным (альвеолярным) типом инфильтрации легочной ткани

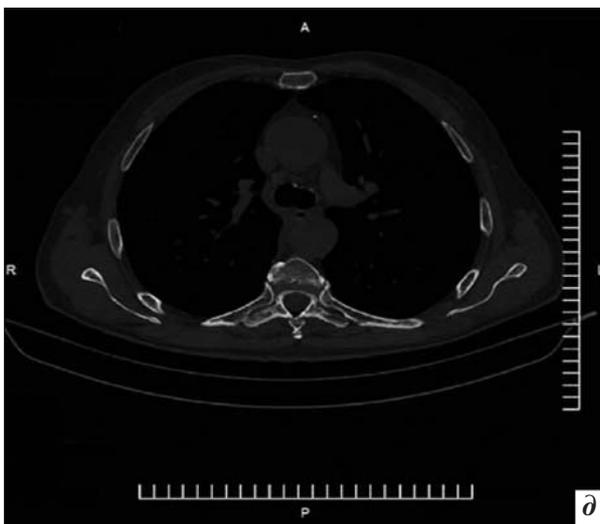
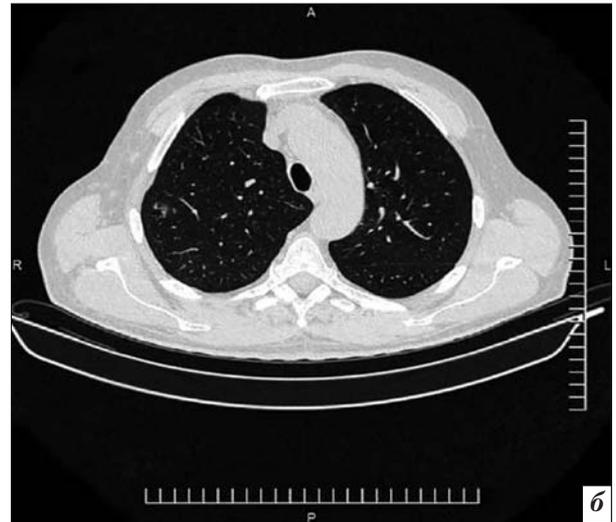
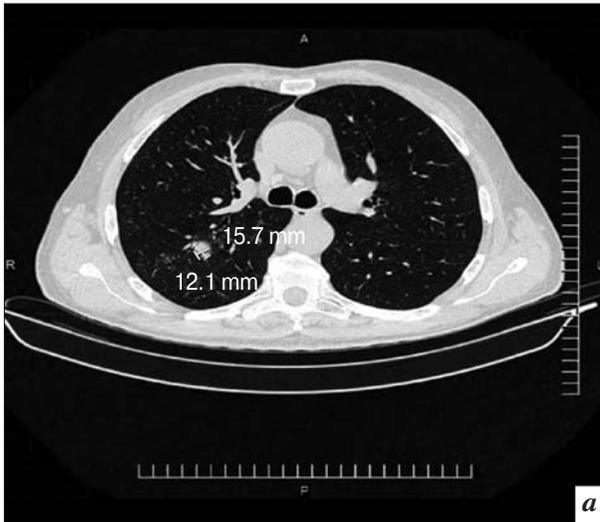


Рис. 4. Результаты контрольной КТ ОГК от 02.10.2014 г.: *а* – аксиальный срез на уровне S6, лёгочный режим, в S6 правого лёгкого визуализируются среднеинтенсивная крупноочаговая тень с нечёткими контурами и малоинтенсивные участки интерстициального уплотнения; *б* – аксиальный срез, лёгочный режим, визуализируются малоинтенсивные участки интерстициального уплотнения в S2 верхней доли правого лёгкого; *в* – аксиальный срез, лёгочный режим, определяются малоинтенсивные участки интерстициального уплотнения в S3 верхней доли правого лёгкого; *г* – аксиальный срез, лёгочный режим, определяются малоинтенсивные участки интерстициального уплотнения в S4 обоих лёгких; *д* – аксиальный срез на уровне бифуркации, медиастинальный режим, визуализируется единичный мелкий кальцинат в правой паравазальной группе, внутригрудные лимфатические узлы множественные, в размерах не увеличены.

с разным объемом воспаления легкого [9, 10].

Заключение

Опыт нашего консультативно-поликлинического отделения показал, что для уменьшения ча-

стоты диагностических ошибок при заболеваниях органов дыхания необходима этиологическая и/или морфологическая верификация диагноза с применением всего арсенала современной медицины.

Литература

1. Демихова О.В., Карпина Н.Л. Пути оптимизации диагностики и дифференциальной диагностики диссеминированного туберкулеза легких. *Вестник Российской академии медицинских наук.* 2012; 11: 15–20.

2. Федченкова Г.Г. Комплексная лучевая и эндоскопическая диагностика внебольничной пневмонии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2008.
3. Мамиляев Р.М. Рентгенологическая дифференциальная диагностика очагового туберкулеза и периферического рака легких. *Проблемы туберкулеза органов дыхания*. 1998; 6: 52–3.
4. Хоменко А.Г. Туберкулез. Руководство для врачей. М.: Медицина; 1998.
5. Черемисина И.А. Частота патологии легких и уровень клинической диагностики в Санкт-Петербурге по данным аутопсий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2000.
6. Чибисов В.И., Трахтенберг А.Х., Пикин О.В. Ошибки в диагностике и лечении злокачественных опухолей легкого. *Терапевтический архив*. 2004; 10: 5–12.
7. Дейкина О.Н. Дифференциальная диагностика пневмонии и туберкулеза легких: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2004.
8. Лаушкина Ж.А., Филимонов П.Н. Клинико-диагностические особенности пневмонии у пациентов фтизиатрического стационара. *Фтизиатрия и пульмонология*. 2011; 2: 74–5.
9. Лучевая диагностика органов грудной клетки. Национальное руководство по лучевой диагностике и терапии. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014.
10. Власов П.В. Лучевая диагностика органов грудной полости. М.: Видар; 2008.
4. Khomenko A.G. Tuberculosis. Handbook for doctors. Moscow: Meditsina; 1998 (in Russian).
5. Cheremisina I.A. Frequency of pathology of the lungs and the level of clinical diagnosis in Saint-Petersburg according to the findings in autopsies. PhD med. sci. Theses of Diss. Moscow; 2000 (in Russian).
6. Chibisov V.I., Trakhtenberg A.Kh., Pikin O.V. The mistakes in diagnosis and treatment of the malignant tumors of lungs. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2004; 10: 5–12 (in Russian).
7. Deykina O.N. Differential diagnosis of pneumonia and pulmonary tuberculosis. PhD med. sci. Theses of Diss. Moscow; 2004 (in Russian).
8. Laushkina Zh.A., Filimonov P.N. Clinical and roentgenological peculiarities of pneumonia in patients of phthiziatrial hospital. *Ftiziatriya i pul'monologiya*. 2011; 2: 74–5 (in Russian).
9. Radiology of the chest. National guidance of radiology and radiotherapy. Moscow: GEOTAR-Media; 2014 (in Russian).
10. Vlasov P.V. Radiology of the chest. Moscow: Vidar; 2008 (in Russian).

References

1. Demikhova O.V., Karpina N.L. Optimization of diagnosis and differential diagnosis of disseminated pulmonary tuberculosis. *Vestnik Rossiyskoy akademii meditsinskikh nauk*. 2012; 11: 15–20 (in Russian).
2. Fedchenko G.G. Complex radiology and endoscopic diagnosis of community-acquired pneumonia. Dr. med. sci. Theses of Diss. Moscow; 2008 (in Russian).
3. Mamilyaev R.M. Roentgenological differential diagnosis of focal tuberculosis and peripheral lung cancer. *Problemy tuberkuleza organov dykhaniya*. 1998; 6: 52–3 (in Russian).

Поступила 25.03.2015