



Диагностика и лечение туберкулеза печени у онкологической больной

О. В. ВЕЛИКАЯ¹, О. С. МАРТЫШОВА¹, О. Н. ЧУПИС²

¹ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» МЗ РФ, г. Воронеж, РФ

²КУЗ ВО «Воронежский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н. С. Похвисневой», г. Воронеж, РФ

Представлен клинический случай диагностики и успешного лечения туберкулеза печени у пациентки 55 лет, имеющей I группу инвалидности по онкологическим заболеваниям (острый миелобластный лейкоз, состояние после мастэктомии по поводу рака). Диагностика туберкулеза печени осуществлена в результате биопсии печени после выявления очаговых изменений во время МСКТ.

Ключевые слова: туберкулез печени, диагностика, биопсия печени, онкологические заболевания

Для цитирования: Великая О. В., Мартышова О. С., Чупис О. Н. Диагностика и лечение туберкулеза печени у онкологической больной // Туберкулез и болезни лёгких. – 2020. – Т. 98, № 5. – С. 51-53. <http://doi.org/10.21292/2075-1230-2020-98-5-51-53>

РЕЗЮМЕ

ABSTRACT

Diagnostics and treatment of liver tuberculosis in a cancer patient

O. V. VELIKAYA¹, O. S. MARTYSHOVA¹, O. N. CHUPIS²

¹Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko, Voronezh, Russia

²Voronezh Regional Clinical TB Dispensary named after N. S. Pokhvisneva, Voronezh, Russia

The article describes a clinical case of diagnosis and successful treatment of liver tuberculosis in a 55-year-old female patient who has disability status (Group 1) due to cancer (acute myeloblastic leukaemia and mastectomy due to cancer in the past). Liver tuberculosis was diagnosed as a result of liver biopsy after focal changes had been detected by MSCT.

Key words: liver tuberculosis, diagnostics, liver biopsy, cancer

For citations: Velikaya O.V., Martyshova O.S., Chupis O.N. Diagnostics and treatment of liver tuberculosis in a cancer patient. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2020, Vol. 98, no. 5, P. 51-53. (In Russ.) <http://doi.org/10.21292/2075-1230-2020-98-5-51-53>

Для корреспонденции:

Великая Ольга Викторовна
E-mail: vgma-velikaya@yandex.ru

Correspondence:

Olga V. Velikaya
Email: vgma-velikaya@yandex.ru

Клиническое наблюдение

Пациентка Ф., 55 лет, жительница Воронежской области.

В 2014 г. у больной диагностирован рак правой молочной железы (T2N1M0) и проведены мастэктомия справа и 4 курса химиотерапии (ХТ). Установлена I группа инвалидности по онкологическому заболеванию. При диспансерном обследовании у онколога в декабре 2016 г. выявлены отклонения в общем анализе крови. Больная госпитализирована в гематологическое отделение областной больницы 9 января 2017 г., где после дообследования установлен диагноз: острый миелобластный лейкоз (первая атака – 8 января 2017 г.), вариант M1/M2, костно-мозговая ремиссия. По поводу данного заболевания пациентка получила два курса ХТ, последний – в октябре 2017 г.

При проведении МСКТ от ноября 2017 г. обнаружены множественные гиподенсные образования печени (рис., слева), выполнена их биопсия. При гистологическом исследовании – морфологическая картина гранулематозного некротического воспаления печени. С подозрением на туберкулез печени пациентка переведена в противотуберкулезный диспансер. При поступлении в Воронежский областной противотуберкулезный диспансер

Изолированный туберкулез печени диагностируется редко, имеются единичные описания [6], он встречается в виде очагового поражения и в некоторых случаях может поражать анатомическую долю [2]. Чаще специфическое поражение печени является проявлением диссеминированного процесса [4]. В конце XX в. туберкулезные изменения печени и селезенки диагностировали у 22% умерших от туберкулеза легких и у 5,8-10,7% больных с абдоминальными локализациями туберкулеза [2, 3]. Внелегочный туберкулез преимущественно наблюдается у лиц молодого и работоспособного возраста, что имеет социальное и демографическое значение [4].

Значительное увеличение частоты туберкулеза печени отмечено у пациентов с заболеваниями, сопровождающимися иммунодефицитом [1, 5, 6]. Диагностика туберкулеза у онкологических больных чрезвычайно трудна и актуальна в силу роста онкологической заболеваемости населения и увеличения частоты выявления сочетанной патологии (онкология и туберкулез) [7-9]. Улучшились возможности медицинских организаций по использованию инструментальных методов обследования пациентов с патологией печени. Приводим клиническое наблюдение диагностики туберкулеза печени у онкологической больной.

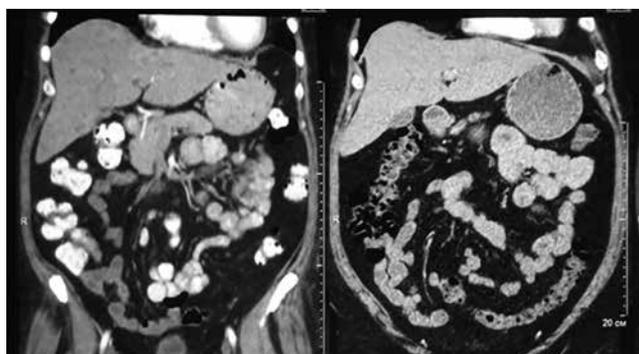


Рис. Пациентка Ф. МСКТ органов брюшной полости в динамике: слева – от 14 ноября 2017 г., справа – от 12.03.2018 г. Описание в тексте

Fig. Female patient F. Changes in abdomen MSCT: on the left – as of November 14, 2017, on the right – as of March 12, 2018. Described in the text

им. Н. С. Похвисневой 20 декабря 2017 г. пациентка предъявляла жалобы на общую слабость, потливость, сухой кашель в утренние часы.

Из анамнеза известно, что наследственность по заболеваниям органов дыхания неотягощена. Контакт с больными туберкулезом не установлен. Флюорографическое исследование органов дыхания проходит ежегодно. Проживает одна на даче с частичными коммунальными удобствами. Курила 30 лет, в течение последнего года не курит.

При объективном осмотре: состояние средней тяжести, сознание ясное, нормостенического телосложения, повышенного питания. Кожные покровы бледные. Грудная клетка правильной формы, безболезненная при пальпации. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Аускультативно дыхание жесткое, по всем легочным полям – сухие разнокалиберные хрипы. Перкуторно – ясный легочный звук. Пульс 80 уд/мин, артериальное давление – 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Край печени пальпируется по краю реберной дуги. По результатам лабораторного обследования выявлено повышение СОЭ до 19 мм/ч. При исследовании мокроты трехкратно методом люминесцентной микроскопии и при однократном посеве на плотные питательные среды микобактерии туберкулеза (МБТ) не выявлены, ДНК МБТ в мокроте при однократном исследовании не выделена.

При фиброгастродуоденоскопии установлен: гастрит с очаговой атрофией слизистой, полип 1-го типа двенадцатиперстной кишки, дуоденогастральный рефлюкс.

Проведены консультации гематологом и онкологом. Диагноз: острый миелобластный лейкоз, вариант М1/М2, костно-мозговая ремиссия (09.2017 г. после 1 курса). Состояние после двух курсов радиохимиотерапии (РХТ). Рак правой молочной железы, состояние после комбинированного лечения в 2014 г. (мастэктомия, лимфодиссекция, 4 курса РХТ).

При МСКТ органов грудной клетки от 17.01.2018 г.: в С1 правого легкого – мелкий очаг фиброзного характера, в нижней доле правого легкого – единичный мелкий кальцинат, участки линейного фиброза в нижних долях обоих легких, лимфатические узлы не увеличены, средостение структурно не смещено, трахея и бронхи до 4 хорошо прослеживаются, плевральные полости свободны, диафрагма расположена обычно, контуры ее четкие, ровные, сердце обычно расположено, камеры нормальных размеров, грудной отдел аорты без особенностей.

Изменение в печени расценено как туберкулез печени, по поводу чего получила противотуберкулезную ХТ по III режиму. Фаза интенсивной терапии: изониазид – 0,6 г; рифампицин – 0,6 г; пиразинамид – 2,0 г 90 доз; фаза продолжения лечения: изониазид – 0,6 г; рифампицин – 0,6 г; пиразинамид – 2,0 г 150 доз.

После 5 мес. противотуберкулезной терапии (16.05.2018 г.) проведена МСКТ печени: многочисленные гиподенсные очаговые тени в печени перестали четко определяться, билобарный размер печени на уровне ворот 230 мм, вертикальный размер правой доли по срединно-ключичной линии – 156 мм, вертикальный размер левой доли – 64 мм, контуры ее ровные, четкие, структура паренхимы однородная, плотность не изменена, внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены, желчный пузырь обычных размеров, стенки не утолщены, контуры его ровные, четкие, содержимое однородное. Заключение: туберкулез печени в фазе рассасывания (рис., справа).

При выписке из стационара 15 ноября 2018 г. рекомендовано диспансерное наблюдение специалистом по внелегочному туберкулезу, гематологом, онкологом, терапевтом в поликлинике по месту жительства. Пациентка наблюдается и в противотуберкулезном диспансере с диагнозом: клиническое излечение туберкулеза печени МБТ(-) без остаточных изменений, III группа учета. Остаточные изменения спонтанно излеченного туберкулеза легких в виде фиброза и единичного кальцината.

Заключение

Данный клинический пример демонстрирует случай своевременной диагностики туберкулеза печени у пациентки со злокачественными новообразованиями различных систем. На фоне онкологической патологии и снижения реактивности организма при ХТ туберкулез печени протекал без клинических проявлений и был выявлен при очередном плановом обследовании по поводу онкогематологического заболевания. Наличие образований в печени и фиброза с единичным кальцинатом в легких (по данным МСКТ) насторожило врачей. Проведение биопсии печени с последующим гистологическим исследованием позволило своев-

ременно поставить диагноз «туберкулез печени». Однако необходимое инструментальное исследование будет осуществлено только тогда, когда вра-

чом своевременно и правильно будут выявлены и интерпретированы анамнестические, клинические и рентгенологические данные.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии у них конфликта интересов.

Conflict of Interests. The authors state that they have no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнова Д. Д., Умбетова К. Т., Пархоменко Ю. Г., Тишкевич О. А., Волчкова Е. В., Пак С. Г. Трудности дифференциальной диагностики мезаденитов у больных ВИЧ-инфекцией // Журнал инфектологии. - 2018. - Т. 10, № 3. - С. 61-69.
2. Ахмедов С. М., Сафаров Б. Дж., Саидмуралов А. С., Табаров З. В., Мансуров В. Х. Диагностика и хирургическое лечение туберкулеза печени // Здоровоохранение Таджикистана. - 2016. - № 1. - С. 5-11.
3. Барканова О. Н., Калуженина А. А., Гагарина С. Г., Попкова Н. Л. Вопросы клиники и диагностики туберкулеза печени и селезенки // Лекарственный вестник. - 2015. - № 2. - С. 43-47.
4. Внегочный туберкулез: руководство для врачей / под ред. Н. А. Браженко. - СПб: СпецЛит, 2013. - 395 с.
5. Матиевская Н. В., Цыркунов В. М., Прокопчик Н. И., Пашко А. Ю. Туберкулезное поражение печени у больной ко-инфекцией (ВИЧ-НСV) // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. - 2009. - № 1. - С. 129-131.
6. Серова Т. В., Гавришук Т. А., Афонина Г. В. Трудности диагностики изолированного туберкулеза печени // Туб. и болезни легких. - 2016. - Т. 94, № 8. - С. 66-68.
7. Слоготская Л. В., Синицын М. В., Кудлай Д. А. Возможности иммунологических тестов в диагностике латентной туберкулезной инфекции и туберкулеза // Туб. и болезни легких. - 2019. - Т. 97, № 11. - С. 46-58.
8. Старшинова А. А., Кудлай Д. А., Довгалюк И. Ф., Басанцова Н. Ю., Зинченко Ю. С., Яблонский П. К. Эффективность применения новых методов иммунодиагностики туберкулезной инфекции в Российской Федерации // Педиатрия. - 2019. - Т. 98, № 4. - С. 229-235. DOI: 10.24110/0031-403X-2019-98-4-229-235.
9. Стогова Н. А. Туберкулезный плеврит у больных раком молочной железы: три клинических наблюдения // Туб. и болезни легких. - 2018. - Т. 96, № 10. - С. 48-52.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н. Н. Бурденко» МЗ РФ,
394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10.

Великая Ольга Викторовна
доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой фтизиатрии.
E-mail: vgma-velikaya@yandex.ru

Мартышова Ольга Сергеевна
кандидат медицинских наук,
ассистент кафедры фтизиатрии.
E-mail: martyshovaolga@mail.ru

Чупис Ольга Николаевна
КУЗ ВО «ВОКПТД им. Н. С. Похвисневой»,
заведующая диспансерным отделением 1.
394068, г. Воронеж,
ул. Шишкова, д. 58.
E-mail: onchu58@mail.ru

REFERENCES

1. Arutyunova D.D., Umbetova K.T., Parkhomenko Yu.G., Tishkevich O.A., Volchkova E.V., Pak S.G. Difficulties in the differential diagnosis of mesadenitis in patients with HIV infection. *Journal Infektologii*, 2018, vol. 10, no. 3, pp. 61-69. (In Russ.)
2. Akhmedov S.M., Safarov B.Dzh., Saidmuralov A.S., Tabarov Z.V., Mansurov V. Kh. Diagnostics and surgery treatment of liver tuberculosis. *Zdravookhranenie Tadzhikistana*, 2016, no. 1, pp. 5-11. (In Russ.)
3. Barkanova O.N., Kaluzhenina A.A., Gagarina S.G., Popkova N.L. Questions about symptoms and diagnostics of spleen and liver tuberculosis. *Lekarstvenny Vestnik*, 2015, no. 2, pp. 43-47. (In Russ.)
4. *Vnelegochny tuberkulez. Rukovodstvo dlya vrachey*. [Extrapulmonary tuberculosis. Doctors' guidelines]. N.A. Brazhenko, eds., St. Peterburg, SpetsLit Publ., 2013, 395 p.
5. Matievskaya N.V., Tsyrcunov V.M., Prokopchik N.I., Pashko A.Yu. Liver tuberculosis in co-infected patients (HIV-HCV). *Vestnik Grodnenskogo Gosudarstvennogo Meditsinskogo Universiteta*, 2009, no. 1, pp. 129-131. (In Russ.)
6. Serova T.V., Gavrischuk T.A., Afonina G.V. Difficulties in diagnostics of isolated liver tuberculosis. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2016, vol. 94, no. 8, pp. 66-68. (In Russ.)
7. Slogotskaya L.V., Sinityn M.V., Kudlay D.A. Possibilities of immunological tests in the diagnosis of latent tuberculosis infection and tuberculosis. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2019, vol. 97, no. 11, pp. 46-58. (In Russ.)
8. Starshinova A.A., Kudlay D.A., Dovgalyuk I.F., Basanova N.Yu., Zinchenko Yu.S., Yablonskiy P.K. Efficacy of new methods of immunodiagnosics of tuberculosis infection in the Russian Federation. *Pediatriya*, 2019, vol. 98, no. 4, pp. 229-235. (In Russ.) doi: 10.24110/0031-403X-2019-98-4-229-235.
9. Stogova N.A. Tuberculosis pleurisy in breast cancer patients: three clinical cases. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2018, vol. 96, no. 10, pp. 48-52. (In Russ.)

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko,
10, Studencheskaya St., Voronezh, 394036.

Olga V. Velikaya
Doctor of Medical Sciences,
Associate Professor, Head of Phthysiology Department.
Email: vgma-velikaya@yandex.ru

Olga S. Martyshova
Candidate of Medical Sciences,
Assistant of Phthysiology Department.
Email: martyshovaolga@mail.ru

Olga N. Chupis
Voronezh Regional Clinical TB Dispensary
named after N.S. Pokhvisneva,
Head of Dispensary Department no. 1.
58, Shishkova St., Voronezh, 394068.
Email: onchu58@mail.ru