



СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ РАКА ЛЕГКОГО И ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

В. П. ПЛОТНИКОВ, И. В. ПЕРМИНОВА, Е. Е. ЧЕРНЫХ, С. П. ЛАПТЕВ

ГБУЗ Пермского края «Клинический фтизиопульмонологический медицинский центр», Пермский край, г. Пермь, РФ

Показан случай сочетания инвазивной аденокарциномы и фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Для своевременной диагностики рака легкого у больных активным туберкулезом органов дыхания необходим тщательный анализ клинико-лабораторных и рентгенологических данных, а также незамедлительное проведение бронхологического обследования.

Ключевые слова: сочетание рака легкого и туберкулеза, аутопсия

Для цитирования: Плотников В. П., Перминова И. В., Черных Е. Е., Лаптев С. П. Случай сочетания рака легкого и фиброзно-кавернозного туберкулеза легких // Туберкулез и болезни лёгких. – 2019. – Т. 97, № 1. – С. 35-40. DOI: 10.21292/2075-1230-2019-97-1-35-40

A CASE OF CONCURRENT LUNG CANCER AND FIBROUS-CAVERNOUS PULMONARY TUBERCULOSIS

V. P. PLOTNIKOV, I. V. PERMINOVA, E. E. CHERNYKH, S. P. LAPTEV

Clinical Phthisiopulmonology Medical Center, Permsky Kray, Perm, Russia

The article describes a clinical case of invasive adenocarcinoma and fibrous-cavernous pulmonary tuberculosis. For timely diagnosis of lung cancer in those suffering from active respiratory tuberculosis, detail analysis of clinical, laboratory and X-ray data is needed as well as the immediate bronchoscopy examination.

Key words: concurrent lung cancer and tuberculosis, autopsy

For citations: Plotnikov V.P., Perminova I.V., Chernykh E.E., Laptev S.P. A case of concurrent lung cancer and fibrous-cavernous pulmonary tuberculosis. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2019, Vol. 97, no. 1, P. 35-40. (In Russ.) DOI: 10.21292/2075-1230-2019-97-1-35-40

Длительно существующие хронические заболевания бронхолегочной системы морфологически характеризуются развитием метаплазии и дисплазии эпителия, что расценивается как предраковые состояния.

При хроническом туберкулезном воспалении также возникает метаплазия эпителия слизистой оболочки бронхов, которой способствует проникновение экзогенных канцерогенов.

Однако случаи сочетания активного туберкулеза органов дыхания (ТОД) с раком легкого (РЛ) достаточно редки. Н. М. Корецкая и др. описывают 80 случаев сочетания активного ТОД с РЛ за 20-летний период [1, 3], по данным Ю. Н. Левашова

и др., с 1980 по 2002 г. наблюдалось 46 пациентов с сочетанием РЛ и ТОД, причем сочетание РЛ и активного ТОД наблюдалось у 3 больных [2].

В ГБУЗ Пермского края «Клинический фтизиопульмонологический медицинский центр» (ГБУЗ ПК «КФМЦ») с 2007 по 2017 г. всего вскрытие проведено у 2 210 умерших. Туберкулез как основное заболевание диагностирован в 928 (42%) случаях, ВИЧ-инфекция в качестве основного заболевания диагностирована с 2007 по 2017 г. в 983 (44,5%) случаях, соматические заболевания как основное заболевание выявлены в 299 (13,5%) случаях (рис. 1).

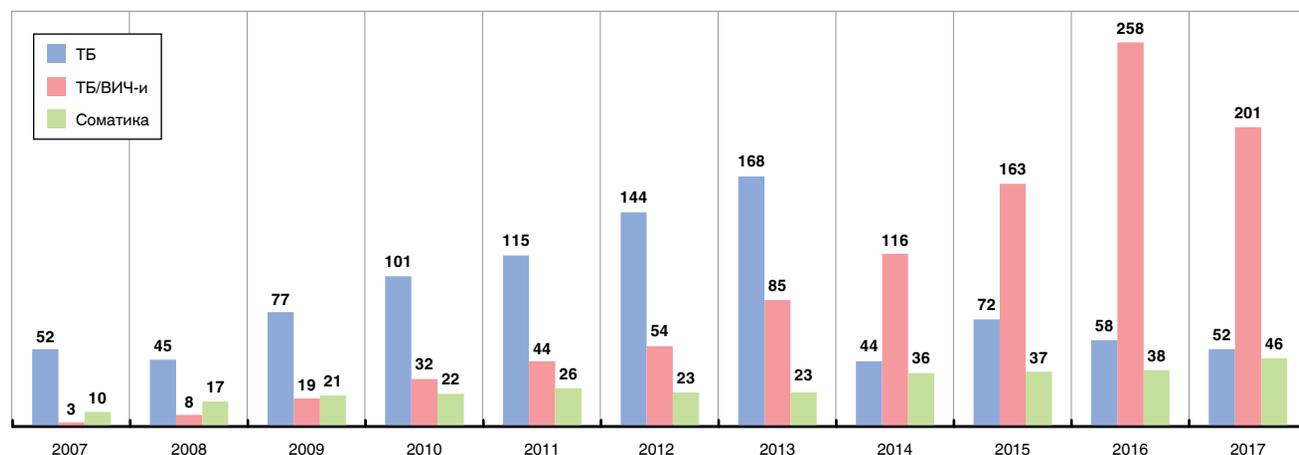


Рис. 1. Структура умерших пациентов за 11-летний период в ГБУЗ ПК «КФМЦ»

Fig. 1. The structure of lethal cases for 11-year period in Clinical Phthisiopulmonology Medical Center

На вскрытии РЛ за 11-летний период выявлен в 13/2 210 (0,6%) случаях, из них в 6 (0,2%) случаях в сочетании с туберкулезом: 2010 г. – 1 случай, 2014 г. – 1, 2015 г. – 1, 2016 г. – 1, 2017 г. – 2.

Из 6 пациентов у 2 наблюдалось сочетание РЛ с остаточными посттуберкулезными изменениями, в 2 случаях – развитие РЛ на фоне фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, в 2 случаях – сочетание РЛ с хроническим диссеминированным туберкулезом легких. С 2007 по 2017 г. среди умерших от РЛ ВИЧ-инфекции не отмечалось. Все пациенты были мужского пола, средний возраст составил 62,8 года. У 1 больного ТОД был выявлен впервые, 1 – имел туберкулезный анамнез длительностью до 1 года (рис. 2), у 4 пациентов – длительностью более 5 лет. В двух случаях наблюдался периферический рак легкого, в 4 – центральный рак легкого.

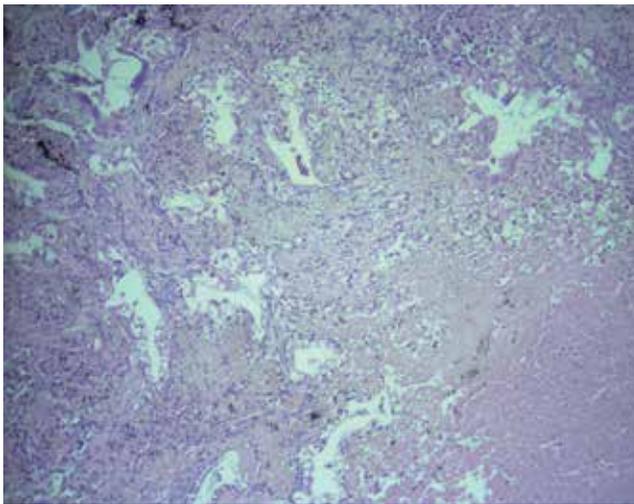


Рис. 2. Легкие. Инвазивная аденокарцинома при прогрессировании туберкулеза. У Plan 4x/0.10

Fig. 2. Lungs. Concurrent invasive adenocarcinoma and progressing tuberculosis. U Plan 4x/0.10

Все 6 пациентов имели низкий социальный статус, к состоянию своего здоровья относились невнимательно, за медицинской помощью обратились только при значительном ухудшении состояния. Обращает внимание высокая частота симптомов интоксикации у всех пациентов: похудение, слабость. Из бронхолегочных симптомов – боли в грудной клетке, одышка в покое, наличие кашля со слизисто-гнойной мокротой.

Рентгенологически: в легких у всех имелись пневмосклероз и фиброз, что связано с возрастом больных, длительным курением с наличием хронического бронхита и текущего специфического процесса. Туберкулез и опухоль в 2 случаях локализовались в одной доле.

Наиболее характерных рентгенологических признаков РЛ, таких как уменьшение в размере пораженной части легкого, смещение корня легкого в большую сторону, усиление легочного рисунка

вследствие гиповентиляции в наблюдаемых случаях не отмечалось.

В 5 случаях из 6 РЛ при жизни не был диагностирован.

Приводим клинический пример.

Больной М, 1954 г.р., пенсионер, поступил в отделение легочного туберкулеза для взрослых Кунгурского филиала ГБУЗ ПК «КФМЦ» 23.09.2016 г. с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, боль в левой половине грудной клетки, отсутствие аппетита, похудение, выраженную слабость. При анализе истории развития заболевания выяснилось, что в июне 2016 г. обращался к участковому терапевту с жалобами на кашель, одышку, слабость. Госпитализирован в терапевтическое отделение ЦРБ с диагнозом внебольничной пневмонии, где находился с 27.06.2016 г. по 18.07.2016 г. При рентгенологическом обследовании выявили изменения в легких. Проведена неспецифическая антибактериальная терапия (ципрофлоксацин, лефлбакт), однако положительной рентгенологической динамики не отмечалось. Пациент был направлен на консультацию к торакальному хирургу, но на прием больше не явился. Ухудшение состояния отмечал с начала сентября 2016 г., ГССП госпитализирован в ЦРБ по месту жительства. При проведении рентгенологического обследования выявлены значительные изменения в обоих легких с полостью деструкции в правом легком. После консультации фтизиатра был переведен в отделение легочного туберкулеза для взрослых г. Кунгура.

Из анамнеза жизни: до момента выявления флюорографическое обследование не проходил более 10 лет, туберкулезом не болел. Пациент проживал один, в частном неблагоустроенном доме в сельской местности. Пациент имел среднее специальное образование, работал трактористом. Вредные привычки – курение больше 40 лет, злоупотребление алкоголем с длительными запоями. Находился в местах лишения свободы с 1971 по 1978 г. Аллергологический анамнез спокойный.

При объективном обследовании состояние больного было тяжелым. Пациент заторможен, отмечалась неправильная ориентировка в пространстве, времени и собственной личности. Телосложение астеническое, истощен. Кожные покровы бледные. Пульс 98 уд/мин, артериальное давление 70/50 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушивались. Частота дыхательных движений – 22 в 1 мин. При перкуссии грудной клетки определялся коробочный звук, аускультативно выслушивалось жесткое дыхание, сухие хрипы с обеих сторон. Живот впалый, напряжен, болезненный в правом и левом подреберье, печень увеличена на 3 см из-под реберной дуги. Симптом поколачивания поясничной области положительный с обеих сторон.

В периферической крови определялось снижение эритроцитов до $2,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобина – 94 г/л,

повышенное содержание лейкоцитов – $9,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерных нейтрофилов – 9%, снижение содержания лимфоцитов – 15%, увеличение СОЭ до 53 мм/ч. В сыворотке крови определялось снижение уровня общего белка до 57,6 г/л, незначительное увеличение содержания АСТ (57 Ед/л). Остальные показатели не превышали нормы. Общий анализ мочи – без патологии. Реакция Вассермана – отрицательная, кровь на HbsAg, HbSAg, антитела ВИЧ – отрицательная.

Описание обзорной рентгенограммы органов грудной клетки от 23.09.2016 г.: в плевральных полостях жидкости нет, апикальная плевра справа утолщена. Легкие расправлены. В верхней доле правого легкого интимно к корню прилежит крупное полостное образование с уровнем жидкости, с бугристым внутренним контуром, с тяжами в окружающую легочную ткань. На остальном протяжении правого и на всем протяжении левого легких рисунок деформирован по сетчато-ячеистому типу, с наличием на этом фоне в левом легком инфильтративно-подобных зон уплотнения легочной ткани. Отмечается увеличение лимфатических узлов верхнего средостения и корней легких. Средостение не смещено. Сколиоз грудного отдела позвоночника (рис. 3, 4, 5).



Рис. 3. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки больного М.

Fig. 3. Chest X-ray of Patient M.

При бактериоскопии мокроты кислотоустойчивые микобактерии не обнаружены. При посеве на плотные питательные среды обнаружен рост бактериальной флоры. При молекулярной диагностике мокроты методом полимеразной цепной реакции ДНК микобактерий туберкулеза (МБТ) не обнару-



Рис. 4. Томограмма $C_{1,2}$ правого легкого больного М. Определяется полость распада до $5,0 \times 7,0$ см

Fig. 4. The scan of $S_{1,2}$ of the right lung, Patient M. The cavity with the size up to 5.0×7.0 cm is visualized



Рис. 5. Томограмма $C_{1,2}$ левого легкого больного М.

Fig. 5. The scan of $S_{1,2}$ of the right lung, Patient M.

жена. При бактериологическом исследовании мочи рост МБТ не обнаружен.

На электрокардиограмме выявлено изменение процессов реполяризации миокарда распространенного характера.

Установлен диагноз: фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ, I A группа диспансерного учета (ГДУ). Дыхательная недостаточность 2-й степени. Кахексия. Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Хронический алкоголизм.

Начата химиотерапия по I режиму: изониазид 4,0 мл внутримышечно, рифампицин 0,45 г внутривенно, пирразинамид 1,0 г, этамбутол 1,2 г, гентамицин 1,0 г внутримышечно.

Проводилась дезинтоксикационная, симптоматическая и витаминотерапия.

До 10.10.2016 г. состояние больного оставалось стабильно тяжелым, с некоторым улучшением самочувствия, появлением аппетита; 11.10.2016 г. отмечались ухудшение состояния пациента, нарастание одышки, слабости, снижение АД до 70/50 мм рт. ст.; 13.10.2016 г. констатирована смерть больного.

Клинический диагноз. Основное заболевание: фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ -/0, 1A ГДУ.

Осложнения основного заболевания: легочно-сердечная недостаточность III. Кахексия.

Фоновое заболевание: алкогольная болезнь. Железодефицитная анемия средней степени тяжести.

Ткань легкого на разрезе желтовато-сероватая в правом легком и красновато-синюшного цвета в левом. Во всех отделах множественные очаги серовато-желтоватого цвета диаметром от 0,4 до 0,9 см, в правом легком в области верхушки полость диаметром около 9 см, полость дренирована бронхом, перифокально в правом легком плотная светло-серая ткань без четких границ, распространяется на окружающую легочную ткань. Прикорневые лимфатические узлы увеличены до 1 см, на срезах с очагами светло-серого цвета. Паратрахеальные лимфатические узлы увеличены слева и справа до 2,0 см, с сероватыми очажками.

Гистологическое исследование. Легкие: стенка полостей состоит из трех слоев – казеозно-некротического, специфического грануляционного и фиброзного, дренирована бронхом, гиперплазия бронхиальных желез. Наружный фиброзный слой каверны широкий, представлен грубоволокнистой соединительной тканью. От фиброзного слоя радиально вглубь легких отходят фиброзные тяжи, расположенные по ходу лимфатических сосудов, бронхов и сосудов, перибронхиальное и интерстициальное фиброзирование. В легочной ткани и среди полей склероза опухолевая ткань, растет без четких границ в пределах исследуемого материала, представлена атипичными железистыми клетками кубической и призматической формы с полиморфизмом клеток и ядер, разных размеров и формы, с патологическими митозами и признаками слизеобразования (рис. 6, 7).

В легочной ткани эмфизема, в просветах альвеол десквамированный эпителий и сидерофаги, очаги

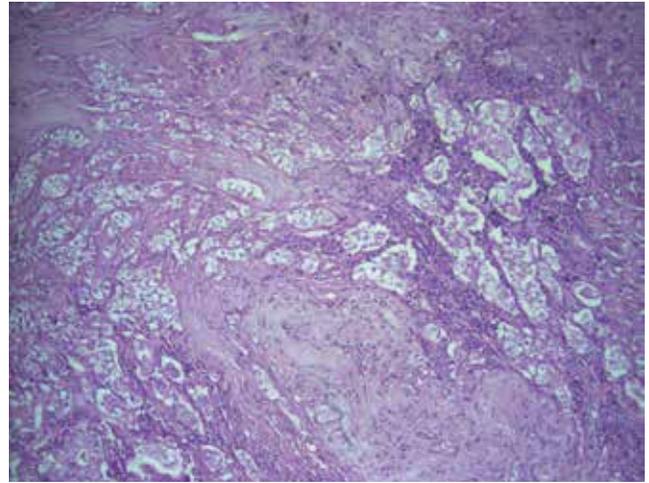


Рис. 6. Легкие пациента М., аутопсия. Инвазивная аденокарцинома при ФКТ. U Plan 4x/0.10

Fig. 6. Lungs of Patient M., autopsy. Invasive adenocarcinoma and fibrous cavernous tuberculosis. U Plan 4x/0.10

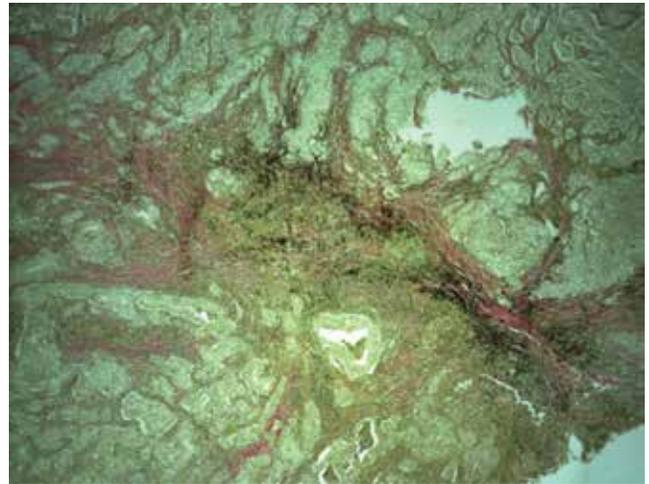


Рис. 7. Легкие пациента М., аутопсия. Инвазивная аденокарцинома при ФКТ. U Plan 4x/0.10

Fig. 7. Lungs of Patient M., autopsy. Invasive adenocarcinoma and fibrous cavernous tuberculosis. U Plan 4x/0.10

некроза с контурами сосочковых структур. В просвете альвеол десквамация альвеолоцитов, эозинофильный экссудат с лимфоцитами, макрофагами, с примесью нейтрофильных гранулоцитов. Эпителий бронхов и бронхиол частично десквамирован, между эпителиальной выстилкой и мышечной оболочкой разрастание коллагеновых волокон и грубой волокнистой соединительной ткани, с сужением просветов бронхов и бронхиол, инфильтрация лимфоидными клетками и макрофагами с примесью нейтрофильных гранулоцитов, местами гипертрофированные мышечные волокна с хаотичным расположением, просветы некоторых бронхов расширены, в просветах эозинофильные массы и нейтрофильные гранулоциты, перибронхиально лимфоидноклеточная инфильтрация с примесью нейтрофильных гранулоцитов.

Патолого-анатомический диагноз. Код по МКБ X «С34.1» Основное заболевание: 1. Инвазивная слизь-продуцирующая умеренно дифференцированная аденокарцинома верхней доли правого легкого и бронхов (смешанноклеточная аденокарцинома), с преобладанием сосочковых структур и выраженным склерозом, с очагами некроза и распада, с распространенными метастазами в бронхопультмональные узлы с обеих сторон и в левое легкое. 2. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого, с каверной больших размеров в верхней доле правого легкого, МБТ -/0, очаговый пневмо- и плевросклероз. Хронический продуктивный бронхит и бронхиолит, обострение. Осложнения: хроническое легочное сердце, тяжелая степень дистрофии миокарда, дилатация правых отделов сердца. Общее венозное полнокровие и паренхиматозная белковая дистрофия внутренних органов. Кахексия. Сопутствующие заболевания: хроническая алкогольная интоксикация. Хронический персистирующий гепатит с низкой активностью и выраженным склерозом. Хронический индуративный панкреатит вне ак-

тивности. Гипохромная анемия средней степени тяжести смешанного генеза.

Смерть больного М. 62 лет последовала от инвазивной слизь-продуцирующей умеренно дифференцированной аденокарциномы правого легкого с распространенными метастазами в бронхопультмональные лимфатические узлы и левое легкое, конкурирующее заболевание – фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого, непосредственная причина смерти – легочно-сердечная недостаточность.

Заключение

Представлен случай полного совпадения локализации аденокарциномы легкого и фиброзно-кавернозного туберкулеза, при этом опухолевый процесс не был диагностирован при жизни.

Тяжесть состояния пациента при обращении в медицинское учреждение, быстрый летальный исход не позволили провести полноценное инструментальное обследование для выявления опухолевого процесса.

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. Корецкая Н. М., Лесунова И. В. Рак легкого у больных активным туберкулезом органов дыхания по данным Красноярского краевого противотуберкулезного диспансера № 1 // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». – 2011. – Т. 13, № 2. – С. 273.
2. Левашов Ю. Н., Акопов А. Л., Елкин А. В., Басек Т. С., Ковалев М. Г. Хирургическое лечение рака легкого в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких и туберкулезом // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2003. – Т. 14, № 1. – С. 25-28.
3. Лесунова И. В., Корецкая Н. М. Клинико-рентгенологические проявления рака легкого у больных активным туберкулезом органов дыхания // Туб. и болезни легких. – 2011. – № 5. – С. 27.

REFERENCES

1. Koretskaya N.M., Lesunova I.V. Lung cancer in respiratory tuberculosis patients according to data of Krasnoyarsk Regional TB Dispensary no. 1. *Journal Nauchnykh Statey Zdorovye I Obrazovanie V XXI Veke*, 2011, vol. 13, no. 2, pp. 273. (In Russ.)
2. Levashov Yu.N., Akopov A.L., Elkin A.V., Basek T.S., Kovalev M.G. Surgical treatment of lung cancer with chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis. *Vestnik RONTs im. N. N. Blokhina RAMN*, 2003, vol. 14, no. 1, pp. 25-28. (In Russ.)
3. Lesunova I.V., Koretskaya N.M. Clinical and X-ray manifestations of lung cancer in those suffering from active respiratory tuberculosis. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2011, no. 5, pp. 27. (In Russ.)

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

ГБУЗ Пермского края «Клинический
фтизиопульмонологический медицинский центр»,
614990, г. Пермь, ш. Космонавтов, д. 160.
E-mail: permtubdisp@yandex.ru

Плотников Вадим Павлович

главный врач.
Тел.: 8 (342) 206-39-03.

Перминова Ираида Владимировна

кандидат медицинских наук, заместитель главного
врача по диспансерной работе, заведующая
физиотерапевтическим отделением.
Тел.: 8 (342) 206-46-03.
E-mail: ira25061972@yandex.ru

FOR CORRESPONDENCE:

Clinical Phthisiopulmonology Medical Center,
160, Kosmonavtov Highway,
Perm, 614990
Email: permtubdisp@yandex.ru

Vadim P. Plotnikov

Chief Doctor.
Phone: +7 (342) 206-39-03.

Iraida V. Perminova

Candidate of Medical Sciences,
Deputy Head Doctor for Dispensary Follow-up,
Head of Physiotherapeutic Department.
Phone: +7 (342) 206-46-03.
Email: ira25061972@yandex.ru

Черных Екатерина Евгеньевна

заместитель главного врача по медицинской части.

Тел.: 8 (342) 206-46-03.

Лаптев Сергей Павлович

кандидат медицинских наук, заведующий
патологоанатомическим отделением, врач
патологоанатом.

Тел.: 8 (342) 206-24-03.

Ekaterina E. Chernykh

Deputy Head Doctor for Medical Activities.

Phone: +7 (342) 206-46-03.

Sergey P. Laptev

Candidate of Medical Sciences,
Head of Autopsy Department,
Morbid Anatomist.

Phone: +7 (342) 206-24-03.

Поступила 16.04.2018

Submitted as of 16.04.2018