

МЕТАСТАЗЫ В КОЖУ У БОЛЬНОГО РАКОМ ЛЕГКОГО, ПЕРВОНАЧАЛЬНО ПРИНЯТОГО ЗА ДИССЕМНИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ

С. Н. НОВИКОВА¹, Е. И. СУСЛИКОВА², Ю. И. ШАХОВА², Т. В. ВЫЧЕРГИНА²

SKIN METASTASES IN THE PATIENT SUFFERING FROM LUNG CANCER WHICH WAS INITIALLY DIAGNOSED AS DISSEMINATED PULMONARY TUBERCULOSIS

S. N. NOVIKOVA¹, E. I. SUSLIKOVA², YU. I. SHAKHOVA², T. V. VYCHERGINA²

¹Курский государственный медицинский университет, г. Курск

²Курский областной противотуберкулезный диспансер, г. Курск

¹Kursk State Medical University, Kursk, RF

²Kursk Regional TB Dispensary, Kursk, RF

Представлен редкий случай рака легкого с метастазами в кожу и мягкие ткани, первоначально принятый за диссеминированный туберкулез легких с двукратным бактериовыделением; показана возможность быстрой диагностики рака легкого в условиях периферийного противотуберкулезного диспансера.

Ключевые слова: туберкулез, рак легкого, метастазы в кожу.

The article presents a rare clinical case of the lung cancer with metastases into skin and soft tissues which was initially diagnosed as disseminated pulmonary tuberculosis with two-fold bacillary excretion; it shows the opportunities for rapid diagnostics of the lung cancer in a peripheral TB dispensary.

Key words: tuberculosis, lung cancer, skin metastases.

Диагностика злокачественных новообразований легких, сопровождающихся метастазами в кожу, представляет одну из актуальных, но недостаточно изученных проблем клинической медицины [1]. Метастазы в кожу при раке легкого встречаются в 2-10% случаев. Их возникновение ассоциируется с плохим прогнозом, а клиническая диагностика затруднительна. Иногда они напоминают кисты, фиброзные или сосудистые опухоли, пиогенные гранулемы или саркому Капоши [2].

Наиболее часто встречаются одиночные или группы узлов, подвижных при пальпации или спаянных с подлежащими тканями. Реже они проявляются в виде плотных бляшек. По цвету метастазы могут не отличаться от окружающей их кожи или иметь фиолетовый оттенок. Иногда они выглядят как эритематозные или пигментированные образования, как при саркоме. В эпидермисе, расположенном над метастазами, могут образовываться эрозии или язвы. Чем моложе больной, тем стремительнее развиваются отдаленные метастазы, чаще появляются рецидивы, течение которых более тяжелое. Диагностика кожных метастазов подразумевает тщательный осмотр кожных покровов и исследование лимфатических узлов у больных с патологией легких, а также цитологическое или гистологическое исследование обнаруженных изменений [3, 4].

Приводим клиническое наблюдение метастатического поражения кожи и подкожной клетчатки у больного центральным раком легкого, первоначально принятого за диссеминированный туберкулез легких (история болезни № 767).

Больной Р., 54 года, уроженец Киргизии, разведен, с 2009 г. проживал у брата в Курской области, не работал, злоупотреблял спиртными напитками, курил умеренно. Контакт с больным туберкулезом не установлен, последнее рентгенологическое исследование в 2011 г., изменений в легких не обнаружено.

Заболел в марте 2014 г., обратился в районную поликлинику, где в течение 10 дней получал амбулаторное лечение по поводу пневмонии с некоторым эффектом. Через 3 мес. после выписки самочувствие ухудшилось, повысилась температура тела, появился кашель с мокротой, начала нарастать общая слабость. После рентгенологического исследования направлен в противотуберкулезный диспансер, куда поступил 30.06.2014 г. с предположительным диагнозом казеозной пневмонии.

При поступлении жаловался на кашель со слизисто-гноющей мокротой, одышку в покое, боли в горле, осиплость голоса, повышение температуры тела, потливость, слабость, отсутствие аппетита, выраженное похудание, отек правой стопы. В ходе объективного исследования установлено: общее состояние средней тяжести, бледность кожи и видимых слизистых, осиплость голоса, слабое развитие подкожного жирового слоя, отечность правой стопы. На поверхности левого плеча, груди и спины множественные плотные, спаянные с кожей узлы телесного цвета, часть из них с синюшным оттенком (рис. 1, 2).

В правой подмышечной области прощупывался лимфатический узел средних размеров деревянной



Рис. 1. Больной Р. На поверхности левого плеча, груди и спины множественные плотные, спаянные с кожей узлы телесного цвета (описание в тексте)



Рис. 2. Больной Р. Некоторые узлы имели синюшный оттенок (описание в тексте)

плотности. При перкуссии грудной клетки обнаружено укорочение легочного звука над правой верхней долей. Здесь же выслушивалось ослабленное везикулярное дыхание. В остальных отделах легких – жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс 102 уд./мин, АД 90 и 60 мм рт. ст. Органы брюшной полости без особенностей, отмечалась склонность к поносам.

По данным анализа крови: повышение СОЭ до 17 мм/ч, повышение уровня С-протеина до 127,1 мг/л. В анализе мочи обнаружен белок –

0,47, лейкоциты – 8-20 в поле зрения. В анализе мокроты методом бактериоскопии мокроты дважды обнаружено скудное бактериовыделение.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ – отрицательная.

На обзорных рентгенограммах органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях (рис. 3, 4) в правом легочном поле, от верхушки до 4-го ребра, обнаружено высокоинтенсивное затемнение, на фоне которого – полости разной величины, до 4,0 см в диаметре, с уровнями жидкости. В нижних отделах правого легкого и по всему легочному



Рис. 3. Больной Р. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции (описание в тексте)



Рис. 4. Больной Р. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в боковой проекции (описание в тексте)

полю слева – множественные полиморфные очаги на фоне пневмосклероза, плевральные и плевродиафрагмальные спайки. Правый корень не дифференцирован, левый фиброзно изменен.

Установлен предварительный диагноз: диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации, МБТ+; ателектаз правой верхней и средней долей и 6-го сегмента. Назначена противотуберкулезная терапия по 1-му режиму, продолжено обследование.

Выполнена компьютерная томография (рис. 5). При аксиальном сканировании верхняя, средняя доля и S6 правого легкого тотально затемнены (безвоздушны), средняя плотность 40 НУ, в проекции S1,3 определяются разнокалиберные полостные образования (возможно, часть из них – просветы субсегментарных бронхов). Просветы долевых бронхов, сегментарных (верхней, средней долей и S6) не дифференцируются, просвет главного правого бронха сужен до 4,5 мм. В S8,9,10 визуализируются разнокалиберные мягкотканые очаги, местами сливного характера. В S10 – консолидация легочной ткани с довольно четкими контурами, размер 53,0 × 33,0 мм. Средняя плотность – 25 НУ. Срединная тень несколько смещена вправо. Слева в S1,2 определяются разнокалиберные (максимальный диаметр до 8,0 мм), мягкотканые очаги. Жидкого содержимого в плевральных полостях не выявлено. Органные и сосудистые структуры средостения

дифференцируются отчетливо, медиастинальная клетчатка не инфильтрирована, внутригрудные лимфатические узлы отчетливо не дифференцируются.

Высказано предположение об ателектазе верхней, средней долей и S6 справа злокачественной природы в сочетании с диссеминированным туберкулезом легких.

Консультирован онкологом, установлен диагноз: периферический рак верхней доли правого легкого с метастазами в лимфоузлы средостения; множественные метастазы в мягкие ткани (T4N2M1 ST 4 КГ 4); кахексия.

Выполнена биопсия мягких тканей 10.07.2014 г. Исследованы 2 фрагмента ткани бледно-серого цвета размером по 0,8-0,5 см. Микроскопически в исследуемом материале метастаз плоскоклеточного рака.

Больной осмотрен терапевтом, сосудистым хирургом, наркологом. Обнаружены: хроническая обструктивная болезнь легких смешанного генеза, средней степени тяжести, обострение. ДНЗ. ХЛС, субкомпенсация, Н2А. Хронический панкреатит, фаза нестойкой ремиссии. Хронический гепатит смешанного генеза, вне обострения. Признаки окклюзивного тромботического поражения и острый тромбоз глубоких вен правой голени. Синдром зависимости от алкоголя. Проводили назначенное специалистами лечение и противотуберкулезную терапию. По мере прогрессирования заболевания увеличивались число и размеры узлов, которые при-

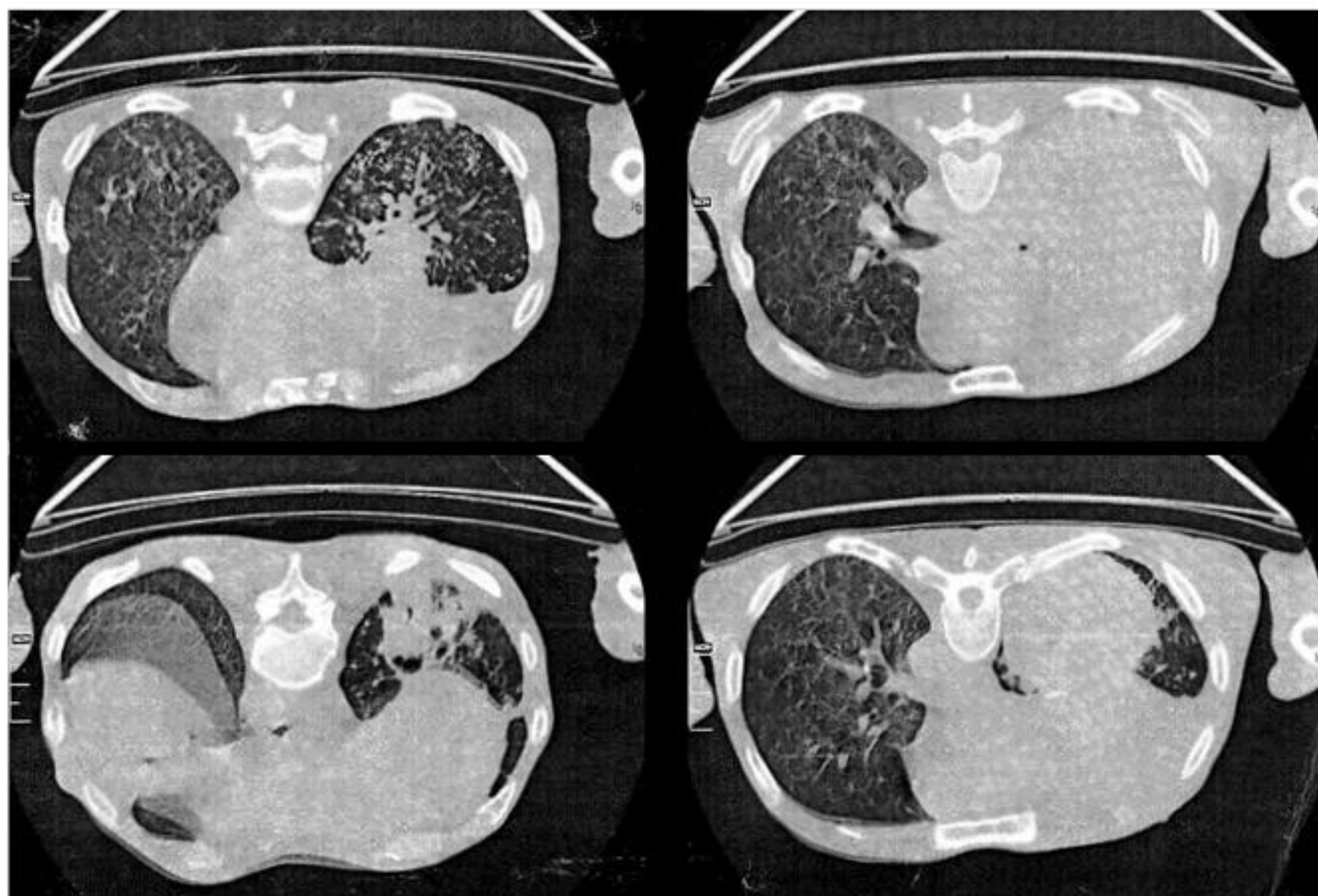


Рис. 5. Больной Р. Компьютерные томограммы органов грудной клетки (описание в тексте)

обретали более интенсивное окрашивание и распространение по всему кожному покрову тела. Состояние больного неуклонно ухудшалось, нарастала слабость, снизился уровень гемоглобина до 97 г/л. Больной впал в кому 29.07.2014 г., АД не определялось. Реанимационные мероприятия успеха не имели, и через 20 мин наступил летальный исход.

Патолого-анатомический диагноз

Основное заболевание: центральный бронхогенный рак правого легкого, разветвленная форма, с субтотальным поражением легкого (гистологически – плоскоклеточный неороговевающий рак) с метастазами в лимфоузлы средостения, селезенку, правый надпочечник, подкожную клетчатку (T4N4M4).

Осложнение основного заболевания: множественные эрозии и острые язвы желудка; отек левого легкого; левосторонний гидроторакс; малокровие, паренхиматозная дистрофия печени, почек, мышцы сердца; кахексия.

Сопутствующие заболевания: хронический бронхит, эмфизема левого легкого.

Причина смерти: постгеморрагическая анемия.

Клинико-патолого-анатомический эпикриз: при патолого-анатомическом исследовании обнаружена опухоль легких (плоскоклеточный неороговевающий рак) с субтотальным поражением правого легкого, распространенными метастазами. На фоне опухоли у больного развилось массивное желудочное кровотечение, обусловленное острыми эрозиями и язвами желудка. Данное осложнение не было распознано клинически и ускорило наступление смерти.

Заключение

Представленный клинический случай является классическим примером появления в мокроте так называемых «микобактерий выхода» у больного, имеющего в легких деструкцию ткани нетуберкулезной природы. Повторное обнаружение микобактерий туберкулеза (МБТ) можно объяснить тем, что в область распада попали крупные очаги первичного инфицирования, сформировавшиеся у больного в детском возрасте, когда прививки БЦЖ проводились энтеральным методом. Об этом косвенно свидетельствуют дата и место рождения. Известно, что массовая внутрикожная вакцинация БЦЖ повсеместно стала внедряться в СССР через три года после рождения данного пациента. О его инфицировании в раннем детстве может в определенной степени свидетельствовать и чувствительность выделенных у него МБТ к основным противотуберкулезным препаратам.

Сложность диагностики в данном случае обусловлена особенностями ветвящегося варианта центрального рака легкого, полиморфизмом рентгеноморфологических изменений, метастатическим обсеменением раковыми узлами противоположного легкого, присутствием довольно крупного, плот-

ного образования в нижней доле справа, тогда как в ателектаз попали верхняя, средняя и 6-й сегмент нижней доли, а также широким спектром сопутствующих заболеваний и относительно кратковременным пребыванием больного в противотуберкулезном стационаре.

Представляет интерес визуальная картина метастазов в кожу, которая является одним из многочисленных вариантов метастазирования плоскоклеточного рака легкого.

Довольно неожиданным оказалось такое осложнение рака легкого, как эрозии и язвы в слизистой желудка и кишечника, которые вызвали полостное кровотечение и привели к прогрессирующей анемии и ускоренной гибели больного.

Тем не менее, несмотря на особенности клинической и рентгенологической картины рака легкого, множество сопутствующих заболеваний, правильный диагноз был поставлен в течение 8-10 дней от момента поступления больного в противотуберкулезный стационар, что свидетельствует о достаточном оснащении и высокой квалификации специалистов периферийного звена противотуберкулезной службы центрального региона России.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ламоткин И. А., Сeryakov A. П., Михеева О. Ю. Метастатические поражения кожи при часто встречающихся злокачественных новообразованиях // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. – 2010. – № 2. – С. 23-28.
2. Лeвер У. Ф. Гистопатология кожи / Под ред. проф. Л. Н. Машкилейсона / Пер. с англ. М.: МЕДГИЗ – 1958. – С. 405-408.
3. Pathology and Genetics of Skin Tumours // WHO Classification of Tumours. – IARC Press. – 2006. – P. 20-25.
4. Pathology and Genetics of Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart // WHO Classification of Tumours. – IARC Press. – 2004. – P. 26-30.

REFERENCES

1. Lamotkin I.A., Seryakov A.P., Mikheeva O.Yu. Metastatic cutaneous lesions in the frequent malignant tumors. *Ekspериментальная i Klinicheskaya Dermatologiya*, 2010, no. 2, pp. 23-28. (In Russ.)
2. W.F. Lever. *Gistopatologiya kozhi*. (Russ. Ed.: Histopathology of the skin. Walter F. Lever). Moscow, MEDGIS Publ., 1958, pp. 405-408.
3. Pathology and Genetics of Skin Tumours. WHO Classification of Tumours. IARC Press. 2006, pp. 20-25.
4. Pathology and Genetics of Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart. WHO Classification of Tumours. IARC Press, 2004, pp. 26-30.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ

Новикова Светлана Николаевна

Курский государственный медицинский университет,

ассистент кафедры фтизиопульмонологии,

305000, г. Курск, ул. К. Маркса, д. 3.

Тел.: 8 (4712) 34-45-04.

E-mail: kaf.phthis@gmail.com

Поступила 15.10.2014