

**МИКРОБИОЛОГИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ,
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, ФТИЗИАТРИЯ
И ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ**

УДК 616.06

**А.А. Аксенчикова, А.А. Карамова, Р.Б. Бердников, И.А. Дьячков,
Е.В. Сабадаш
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ЛЕГКИХ:
АДЕНОКАРЦИНОМА, ТУБЕРКУЛЕМА, ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ
ОПУХОЛЬ**

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии ФПК и ПП
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**A.A. Aksencchikova, A.A.Karamova, R.B. Berdnikov, I.A. Dyachkov,
E.V. Sabadash
MULTIPLE DISEASES IN THE
LUNG:ADENOCARCHINOMA,TUBERCULOMA,BENIGN TUMORS**
Department of Tuberculosis and Pulmonology FPK and PP
Ural State Medical University
Ekaterinburg, Russian Federation

Контактный E-mail: nastyareft@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрен клинический случай, пациентка с множественными образованиями в легких: аденокарцинома, туберкулема, доброкачественная опухоль. Произведен и представлен анализ различных литературных источников по данному вопросу.

Annotation. The article describes a clinical case, a patient with multiple formations in the lungs: adenocarcinoma, tuberculoma, a benign tumor. Produced and presented an analysis of various literature on the subject.

Ключевые слова: аденокарцинома, туберкулема, доброкачественная опухоль.

Keywords: adenocarchinoma, tuberculoma, benign tumors.

В последние годы имеет место значительный рост заболеваемости раком легкого. При известной неблагоприятной ситуации по туберкулезу, с конца 20 века эти два заболевания приобретают все большее значение в пульмонологии. Отмечается увеличение количества сочетания туберкулеза и рака, особенно, в возрастной группе старше 40 лет [1]. Сочетание туберкулеза и рака

обсуждается уже в течение двух столетий. Впервые развитие раковой опухоли в туберкулезной каверне описал в 1810 году С. Bayle. В последующем появилось множество публикаций, посвященных сочетанию туберкулеза и рака легкого у одного и того же больного. С. Rokitansky в 1855 году выдвинул концепцию об антагонизме двух заболеваний. Однако в дальнейшем теория «несовместимости» стала подвергаться серьезной критике, в последующем перестала рассматриваться. В 1935 году была сформулирована еще одна точка зрения, которой в настоящее время отдают предпочтение. Суть ее состоит в том, что оба патологических процесса могут быть этиологически связаны на основании неизвестных пока механизмов [2,3,4]. Многочисленные исследования посвящены развитию рака в легком на фоне остаточных изменений после перенесенного туберкулеза. На месте старых туберкулезных рубцов происходит развитие раковых опухолей, другими словами «туберкулез готовит ложе для рака».

Злокачественная опухоль в процессе своего роста разрушает старые заглохшие и более свежие активные туберкулезные очаги, что приводит к обострению и дальнейшему прогрессированию туберкулезного процесса [3,4]. Доброкачественное новообразование легких встречаются только в 70% всех опухолей данного органа. Причина возникновения до конца не ясна. Существует множество теорий, но не одна из них не доказана. Многие генетики акцентируют внимание на генетической предрасположенности, анатомии, длительном действии канцерогенов, различных токсических и химических веществ. Факторами риска развития можно считать частые хронические бронхиты, астму, эмфизему легких, туберкулез и прочее [5]. В нашем случае можно предположить развитие доброкачественной опухоли на фоне перенесенного туберкулеза.

Цель исследования – демонстрация клинического случая пациентки с множественными формами заболеваний легких и рассмотреть встречаемость сочетанных патологий легких.

Материалы и методы исследования

Проведен подробный анализ истории болезни одного пациента приемно-диагностического и легочно-хирургического отделений ФГБУ УНИИФ Минздрава России г. Екатеринбурга. Сделан литературный обзор по данному вопросу.

Результаты исследования и их обсуждение

Больная П., 70 лет, находилась в ФГБУ УНИИФ МИНЗДРАВА РОССИИ с 16.10.15г. по 18.12.15г. Поступает повторно, цель госпитализации – верификация диагноза и дальнейшее лечение. На момент поступления предъявляла жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (нарастала в течении длительного времени), редкий малопродуктивный кашель, слабость.

Разбор истории жизни выявил, что больной себя считает с 2006 г., когда на проф. осмотре при проведении ФЛГ была обнаружена туберкулема, после

чего направлена на консультацию в УРНИИФ. В ходе проведенного обследования был установлен диагноз: «Очаговый туберкулез верхней доли обоих легких в фазе инфильтрации», была госпитализирована, получала ХТ в течении 6 месяцев. Без рентгенологической динамики. Было рекомендовано дальнейшее наблюдение, ежегодная рентгенография органов грудной клетки. В 2015 году на рентгенологическом контроле было выявлено обострение; заключение: «Двусторонний инфильтративный туберкулез легких. Аденопатия ВГЛУ». Прогрессирование процесса с 2014 г. Находилась на стационарном обследовании в ПДО УНИИФ с 16.10.15г. по 6.11.15. Была переведена в ЛХО 6.11.15г. с диагнозом: «Периферический с-г верхней доли левого легкого. Туберкулема верхней доли правого легкого в фазе уплотнения. Доброкачественная опухоль нижней доли правого легкого.

Из анамнеза жизни: преподаватель английского языка, работает по настоящее время. Из перенесенных заболеваний: простудные, ГБ 2ст., риск 2. Остеопороз (с 2010г.). Остеохондроз грудного отдела позвоночника. Операции: Трансторакальная игловая биопсия от 28.10.15г. Травмы: перелом голеностопного сустава слева (1987г.); перелом лучезапястного сустава левой верхней конечности (03.15г.).

ВИЧ, гепатит, отрицает. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузий не производилось. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен.

При первичном осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 17 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. ЧСС 76 в минуту. АД 130/70 мм рт. ст. Пульс 76 в минуту.

ЭКГ: от 19.10.15г. Синусовая брадикардия 57 в минуту. Блокада передней левой ножки пучка Гисса.

Анализ промывных вод бронхов на МБТ люминесцентным методом от 22.10.15г.

Заключение: МБТ – не найдено. Оценка отрицательная. Номер анализа 8234.

Анализ мокроты на МБТ люминесцентным методом от 20.10.15

Заключение: МБТ не найдено. Оценка отрицательная. Номер анализа 8177.

Таблица.

Исследование функции внешнего дыхания: от 26.10.15

Дата	FVC%	FEV1%	FEF25%	FEF50%	FEF75%
19.15.10	78	59	33	29	52

Пробы с бронхолитиком: не проводилось.

Заключение: Легкое снижение ЖЕЛ. Значительные нарушения проходимости дыхательных путей.

Диаскин-тест от 26.10.15: папула 18 мм.

Компьютерная томография :от октября 2015г. : Слева в акс. с/сегменте фокус имеет более плотный центр с четкими волнистыми контурами, с тяжами к костальной плевре. По периферии фокус окружен менее плотной каймой, повторяющей контуры фокуса. Контур каймы также довольно четкие. В окружающей ткани без инфильтрации и очагов. В S 1-2 слева определяются несколько очаговых элементов без распада. Справа в S 2 определяется фокус с четкими неровными контурами, с тяжами в окружающую ткань. Вытянут по ходу бронхов. Рядом с фокусом, в S 3 справа, в S 10 справа определяются несколько очагов без распада. Трахеи и бронхи не изменены. Плеврального выпота нет. Визуализируется несколько паратрахеальных лимфоузлов до 18 мм, без кальция. Справа в бронхопульмональных лимфоузлах определяется глыбка кальция. Костно – деструктивных изменений нет.

Заключение: Периферическое образование акс. с.с. слева (рак). Туберкулома S 2 справа с двухсторонним обсеменением, фаза инфильтрации. Доброкачественная опухоль S 9 справа. Аденопатия ВГЛУ. Кальцинат ВГЛУ.

Видеобронхоскопия: от 08.11.15г.

Заключение: Герметичная культя ВДБ слева.

ПЦР исследование от 26.12.15г.: ДНК *M.tuberculosis* обнаружено.

Операция №28 Трансторакальная игловая биопсия от 28.10.15.

Гистологическое исследование 30.10.15: Два столбика респираторной ткани. В обоих столбиках – рост опухоли, построенной из кубической или цилиндрической формы клеток с умеренно полиморфными ядрами и эозинофильной цитоплазмой. Опухолевые клетки образуют ацинарные структуры различных размеров, в том числе местами интраальвеолярные.

Заключение: Высокодифференцированная ацинарная аденокарцинома, G1. Более вероятна легочная локализация первичного опухолевого очага. Для подтверждения показано ИГХ-исследование.

Операция: 11.11.15г. Диагностическая торакотомия слева. Биопсия левого легкого: №1 - из нижней доли; №2 – из верхней доли

Диагноз: Шаровидное образование в левом и правом легком.

Гистологически: №1. В респираторной ткани множественная крупные конгломераты из ЭК-гранул с большим количеством ГК Лангханса. Некрозов в гранулах не обнаружено. Вокруг части гранул – признаки кальцевидного склероза. По периферии гранул и между гранулами выраженные лимфоцитарно-плазмочитарные инфильтраты. На стыке с непораженной легочной тканью – участки интраальвеолярной карнификации, небольшие фиброзные отложения.

Заключение: ЭК-гранулематозная поражение нижней доли слева, состоящая из нескольких конгломератов ЭК-гранул без некроза. Более

вероятна инфекционная природа гранулематоза. В первую очередь необходимо думать о туберкулезной этиологии поражения. Возможно проведение ПЦР-исследования с парафиновых блоков.

№2 Высокодифференцированная ацинарная аденокарцинома с участками альвеолярного роста верхней доли слева.

Процесс был верифицирован ранее при трансторакальной игловой биопсии.

Операция: от 01.12.15г. Верхняя лобэктомия слева. Лимфодиссекция. (локализация лимфоузлов не указана).

Диагноз: Периферический рак верхней доли слева.

Гистологически: опухолевый узел с субплевральной локализацией имеет размеры 3х2,5 см. Опухоль построена из цилиндрических клеток либо с оптически светлой слизью - продуцирующей цитоплазмы, либо из клеток с эозинофильной цитоплазмой. Опухолевые клетки на большом протяжении образуют ацинарные структуры, на значительных участках растет интраальвеолярно, а также образует небольшое количество папиллярных и микропапиллярных структур. Опухоль прорастает стенку среднего бронха. Респираторная ткань – признаки дистальной эмфиземы. БПЛУ, отдельно присланные лимфоузлы №1, №2 – метастазы опухоли. Линия резекции негативна.

Заключение: Периферический рак. Гистологически: высокодифференцированная ацинарная аденокарцинома, G1, T2a, с метастазами БПЛУ и отдельно присланных лимфоузлов №1, 2.

Обзорная рентгенограмма ОГК от 16.12.15г.

Левое оперированное легкое расправлено, признаков ОП нет. Уровень жидкости не определяется. В верхнем легочном поле определяются скобки металлического шва. Средостение смещено. Нижние латеральные отделы левой половины грудной клетки затемнены за счет плевральных наложений. Фокусные и очаговые изменения в правом легком без динамики. Дренаж в левом куполе сохраняется.

Заключение: Состояние после верхней лобэктомии слева.

Таким образом, был сформулирован окончательный клинический диагноз:

Злокачественная опухоль верхней доли легкого или бронхов (основной), периферический рак верхней доли левого легкого (гистологически высокодифференцированная ацинарная аденокарцинома) T_{1b}N₂M₀ 3a стадия.

Рекомендовано: Наблюдение и лечение у фтизиатра и онколога по месту жительства.

Выводы:

1. Необходимо активно выявлять пациентов с различными очаговыми образованиями в легких.

2. Необходимо тесное сотрудничество врачей фтизиатров и онкологов.

3. Своевременная диагностика рака на фоне туберкулеза трудна в связи со схожестью клинических проявлений при этих заболеваниях.

4. Нельзя исключать способность некоторых форм туберкулеза вызывать опухолевые процессы.

5. Актуальность проблемы в возникновении туберкулеза и множественных образований в легких не дает спад по настоящее время. Сочетание двух и более нозологий в одной системе крайне редко, но встречается.

Литература:

1. Норматович В. А. Рак легкого: тенденции в диагностике и лечении / В. А. Норматович // Рус. мед. журн, 1998. – Т. 6. №1. – С. 634 – 642.

2. Богуш Л. К., Туберкулез и сопутствующие заболевания – опасные спутники / Л. К. Богуш, А. Я. Шайхаев // М.: Знание, 1982 г. – С. 64.

3. Жингель И. П. Проблемы Туберкулеза / И. П. Жингель, Б. А. Фрейдина, И. Е. Цилемеринов // Груд. Хир. – 1987. – Т. 4. – №1. – С. 46- 50.

4. Садовников А. А. Рак легкого на фоне посттуберкулезных изменений / А. А. Садовников, К. И. Панченко // Российский онкологический журнал - 2011. – Т. 1. – №6. – С. 29 – 33.

5. Ходош Э. М. Солитарные опухоли легких: возможности этиологической диагностики / Э. М. Ходош // Consilium Medicum, 2013. – Т. 4. – №3. – С. 41 – 46

УДК 616.5

Анпилогова Е. М., Олисова О. Ю.

**КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ «ПУВА + ИНТЕРФЕРОН- α » У
БОЛЬНЫХ Т-КЛЕТОЧНЫМИ ЛИМФОМАМИ КОЖИ**

Кафедра кожных и венерических болезней им. В. А. Рахманова лечебного
факультета

Первый Московский государственный медицинский университет
им. И. М. Сеченова

Москва, Российская Федерация

Anpilogova E. M., Olisova O. Yu.

**THE COMBINED THERAPY “PUVA+INTERFERON- α ” IN
CUTANEOUS T-CELL LYMPHOMA TREATMENT**

Department of Skin and Venereal Diseases

First Moscow State Medical University named by I. M. Setchenov

Moscow, Russian Federation

Контактный E-mail: truelass@hotmail.com