

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДУ «ІНСТИТУТ НЕВІДКЛАДНОЇ І ВІДНОВНОЇ ХІРУРГІЇ ім. В.К. ГУСАКА НАМН УКРАЇНИ»
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Вісник невідкладної і відновної медицини

Вестник неотложной и восстановительной медицины

Bulletin of Urgent and Recovery Medicine

**Науково-практичний журнал
Заснований у 2000 році**

Редакційно-видавничий відділ
ДУ «Інститут невідкладної і відновної хірургії ім. В.К. Гусака НАМН України»

УДК: 616.24-002.5-06:616.24-006.6-036-07-085

О.М. Разнатовська¹, С.Б. Норейко², А.В. Федорець³,
І.М. Войтюк⁴, М.О. Шальміна¹

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ДІАГНОСТИКИ ПЕРВИННОЇ АДЕНОКАРЦИНОМИ ЛЕГЕНІ ПРИ ЗАЛИШКОВИХ ЗМІНАХ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ ІЗ РОЗШИРЕНОЮ ЛІКАРСЬКОЮ СТІЙКІСТЮ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

¹Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

²Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця м. Київ, Україна

³Комунальна установа «Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер» м. Запоріжжя, Україна

⁴Запорізький протитуберкульозний диспансер № 1, м. Запоріжжя, Україна

Мета: ознайомлення фахівців-практиків з клінічними особливостями перебігу та діагностики первинної аденокарциноми легені при залишкових змінах туберкульозу легень із розширеною лікарською стійкістю (РР-ТБ).

Матеріали і методи: описано клінічний випадок спостереження поєднаного перебігу первинної аденокарциноми легені при залишкових змінах РР-ТБ.

Результати: У пацієнта на тлі фіброзу у верхній частці правої легені після перенесеного 5 років тому РР-ТБ та торакопластики, рік назад з'явилися скарги на тягнучий біль у цій області. За даними комп'ютерної томограми органів грудної порожнини рік назад була запідозрена невринома. У представленому випадку розміри пухлини за рік не збільшилася, проте наростала інтенсивність болю. Пацієнту була проведена біопсія новоутворення з подальшим морфологічним та імуногістохімічним дослідженням. На основі імуногістохі-

мічної оцінки експресії тканинних антигенів у пухлині встановлена імунофенотипова характеристика аденокарциноми легені, яка характеризується позитивними реакціями клітин пухлини на цитокератин 7, TTF1 та CDX-2, та відповідала аденокарциномі легені. Локалізація аденокарциноми діагностувалася на боці старих туберкульозних змін.

Висновки: У представленому випадку складність своєчасної діагностики первинної аденокарциноми легені у пацієнта зі старими залишковими змінами туберкульозу легень із РР-ТБ полягала у диференціальній діагностиці з невриномою, яка у переважній кількості випадків має доброякісний характер. При цьому у пацієнта скарги обмежувалися тільки тягнучим болем та рентгенологічно за рік розміри пухлини не змінилися.

Важливим компонентом діагностики первинної аденокарциноми легені стала біопсія новоутворення з імуногіс-

тохімічним дослідженням. Показовими маркерами при цьому стали експресія цитокератину 7, TTF1 та CDX-2. Враховуючи дані літератури щодо дослідження перебігу аденокарциноми легень у хворих із залишковими змінами після перенесеного туберкульозу, ми не встановили відмінностей її перебігу при залишкових змінах після перенесеного туберкульозу із розширеною лікарською стійкістю.

Ключові слова: первинна аденокарцинома легень, туберкульоз, розширена лікарська стійкість.

Коморбідний перебіг туберкульозу легень, особливо, із розширеною лікарською стійкістю (РР-ТБ) та недрібноклітинного раку легень є актуальною проблемою фтизіатрії. Такий перебіг представляє проблему як для діагностики, так і лікування обох захворювань, особливо коли рак легень діагностується у період активного РР-ТБ.

Виділяють три типи недрібноклітинного раку легень:

- аденокарцинома;
- плоскоклітинний рак;
- крупноклітинний рак;
- недиференційований рак.

За даними Національного інституту раку США [1], аденокарцинома легень – це найбільш поширений тип та має найбільш повільну тенденцію зростати, порівняно з іншими видами раку.

Літературні джерела [2–5] свідчать про те, що одними з факторів ризику раку легень у хворих на туберкульоз є:

-хронічне туберкульозне запалення, яке призводить до метаплазії епітелію в кавернах, кальцинованих лімфа-

тичних вузлах та старих рубцях в бронхах;

-легеневий фіброз, як наслідок специфічного процесу.

Вказані зміни призводять до ремоделювання легеневої тканини, активації атипичного диференціювання і, як наслідок, злоякісної трансформації [5].

При цьому Cukic V. [4] виділяє наступні взаємозв'язки між туберкульозом та раком легень:

-карцинома розвивається на місці залишкових вогнищевих змін після перенесеного туберкульозу легень з реактивацією специфічного процесу;

-метастатична карцинома розвивається при старому ураженні туберкульозом без реактивації специфічного процесу;

-рак розвивається на місці старих туберкульозних рубців (рубцева карцинома);

-карцинома розвивається при метаплазії епітелію туберкульозних порожнин;

-як рак, так і туберкульоз не залежать одне від одного і розвиваються одночасно або послідовно;

-вторинне зараження туберкульозом на тлі раку легень.

У своєму дослідженні Silva D. R. et al. [6] встановили, що найбільш поширеним гістопатологічним типом раку легень у хворих на туберкульоз або, які в минулому отримували лікування з приводу туберкульозу, є аденокарцинома легень, а за локалізацією – бронхіальна карцинома.

Yung-Hung Luo et al. [5] досліджували зв'язок між пухлинними мутаціями гену рецептора епідермального фактору росту (EGFR) і легеневим тубер-

кульозом. Дослідники встановили, що пацієнти з аденокарциномою, а саме, рубцевою карциномою, і старими вогнищами туберкульозу, мали більш високу ймовірність наявності мутацій EGFR. При цьому, локалізація аденокарциноми легені була ближче до старих туберкульозних вогнищ, ніж на протилежному боці легені чи в іншій легені, з вищою часткою мутацій EGFR. Отримані дані підтверджують те, що у формуванні аденокарциноми легені важливу роль відіграє рубцювання старих вогнищ туберкульозу. Також дослідники встановили, що у пацієнтів зі старими туберкульозними змінами в легенях та аденокарциномою легені загальна виживаність пацієнтів коротша, ніж у хворих без туберкульозу.

На протиріччя наведеним вище даним щодо частоти переважання аденокарциноми у хворих на туберкульоз, Y. Varol et al. (Туреччина) [7] у своєму дослідженні встановили, що рак легені у поєднанні з активним туберкульозом найчастіше був представлений як плоскоклітинний рак.

Всі вказані вище дослідники акцентують увагу на тому, що аденокарцинома легені у хворих на туберкульоз є поганим прогностичним фактором. При цьому в літературі ми не знайшли даних щодо коморбідного перебігу первинної аденокарциноми легені як при активному процесі РР-ТБ, так й при його залишкових змінах. Таким чином, актуальність даної роботи безперечна.

Мета: ознайомлення фахівців-практиків з клінічними особливостями перебігу та діагностики первинної аденокарциноми легені при залишкових змінах РР-ТБ.

Матеріали і методи. Описано клінічний випадок власного спостереження поєданого перебігу первинної аденокарциноми легені при залишкових змінах РР-ТБ. Лікування всіх випадків туберкульозу у пацієнта відбувалося в Комунальній установі «Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер».

Результати. Пацієнт: чоловік, 56 років.

Вперше туберкульоз був виявлений у 2000 році. У 2009 році – рецидив туберкульозу та після дообстеження встановлено діагноз мультирезистентного туберкульозу (МР-ТБ) легень, антимікобактеріальну терапію (АМБТ) завершив успішно. У 2013 році поступив до стаціонару знову з рецидивом МР-ТБ та скаргами на кровохаркання, після дообстеження встановлено туберкульоз легень із розширеною лікарською стійкістю (РР-ТБ). Лікування завершилося 6-ти реберною торакопластикою справа, пацієнт завершив курс АМБТ успішно.

У 2015 році – травма правої половини грудної клітки (лікування у хірургічному відділенні загально-профільної лікарні). У 2018 року проведено оперативне втручання з приводу висічення виразки передньої стінки 12-палої кишки з пілоропластикою за Джадом.

З 2014 по 2019 роки рецидивів специфічного процесу не визначалося. Хочеться відмітити, що з моменту вперше встановленого діагнозу туберкульозу (2000 рік) та у періоди його рецидивів, локалізація туберкульозного процесу діагностувалася лише в одному місці – верхня частина правої легені.

Проте, з 2018 року у пацієнта

з'явилися скарги на тягучі болі в області верхньої частки правої легені, тобто на місці торакопластики та старих туберкульозних змін (фіброз). Через декілька місяців від появи цього болю та

наростання її інтенсивності, пацієнту проведена комп'ютерна томограма органів грудної порожнини (КТ ОГП).

КТ ОГП з контрастуванням (2018 рік), (*Рис. 1*).

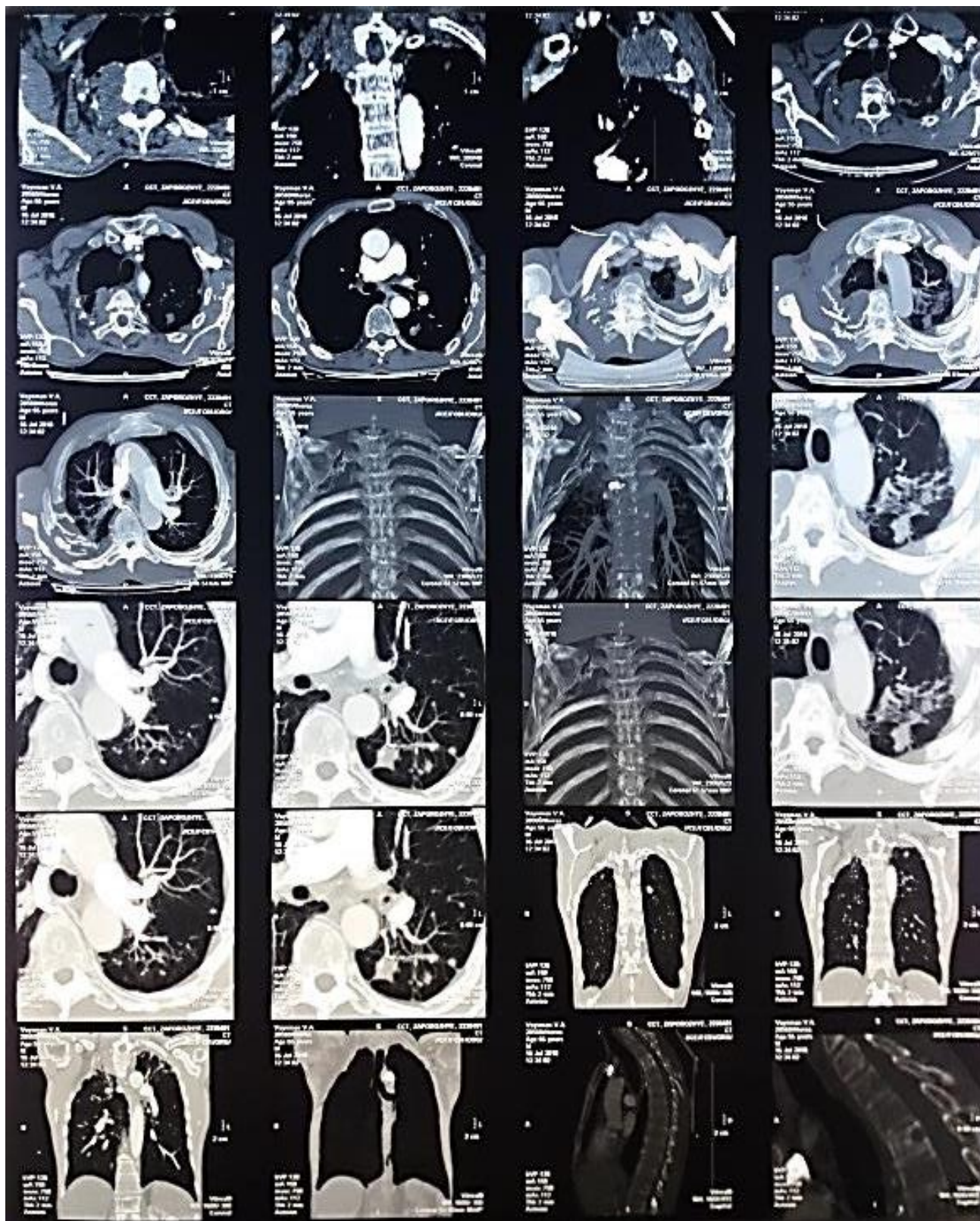


Рис. 1. КТ ОГП (2018 рік).

Стан після оперативного втручання, ребра по правій лопаточній лінії та правій паравертебральній лінії деформовані та фрагментовані на рівні I-VI ребер. Легені повністю розправлені, в легенях панлобулярна, централобулярна і парасептальна емфізема.

В косто-вертебральному кутку справа на рівні 3–5 грудних хребців (Th3–Th5) візуалізується м'якотканинне вузлове утворення, розмірами 47*28*35 мм, з нерівними контурами, однорідної структури, яке огортає фрагменти ребр по паравертебральній лінії, та яке розповсюджується на область правих корінцевих каналів на рівні Th4.

Тіло хребця на даному рівні і правий поперековий відросток деформовані по ширині (за типом тривалого здавлення). В 1-2-му та 6-му сегментах лівої легені візуалізуються м'якотканинні вогнища розміром до 15 мм з точковими вкрапленнями кальцію. В тілі Th4 округле вогнище діаметром до 8 мм зі склерозованим контуром. Більше кісткових деструктивних змін грудного відділу хребта, ребер та грудини не виявлено.

Трахея та бронхи I-VI порядку прохідні, без патологічних змін. Середостіння не розширене, патологічних утворень не виявлено. Лімфатичні вузли коренів легень і середостіння не збільшені. Накопичення рідини в плевральних порожнинах не виявлено. Висновок: КТ-ознаки об'ємного утворення у вертебро-костальному кутку на рівні Th3–Th5 в правій легені (невринома?, не можна виключити малігнізацію), щільних вогнищевих змін у лівій легені, стану після оперативного втручання

на ребрах справа.

На основі даних КТ ОГП пацієнт був дообстежений та консультований фтизіатром, фтизіохіруром та фтизіоортопедом, у результаті чого активність РР-ТБ та специфічне ураження хребетного стовпа були виключені. А враховуючи наявність КТ-ознак невриноми, пацієнт був направлений на консультацію онколога.

Консультативний висновок онколога: новоутворення реберно-хребетного кута, невринома. Рекомендовано: консультація нейрохірурга, симптоматична та знеболююча терапії (аркоксія).

Консультативний висновок нейрохірурга: невринома реберно-хребетного кута, оперативному втручання не підлягає через розповсюдження пухлини на область корінцевих каналів.

Пацієнт на протязі року продовжував страждати від тягучого болю в області верхньої частки правої легені (інтенсивність болю збільшувалася під час сну).

Через рік (2019 рік) пацієнт з вище наведеними скаргами знову звернувся за допомогою до фтизіатрів. Проведено контрольне обстеження КТ ОГП з контрастуванням (*Рис. 2*).

Висновок: у порівнянні з КТ-даними від 2018 року – картина стабільна.

Враховуючи скарги та зміни на КТ ОГП, пацієнт був направлений на консультацію до фтизіохірурга Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського, де була проведена КТ-контрольована біопсія новоутворення з подальшим морфологічним та імуногістохімічним дослідженням.

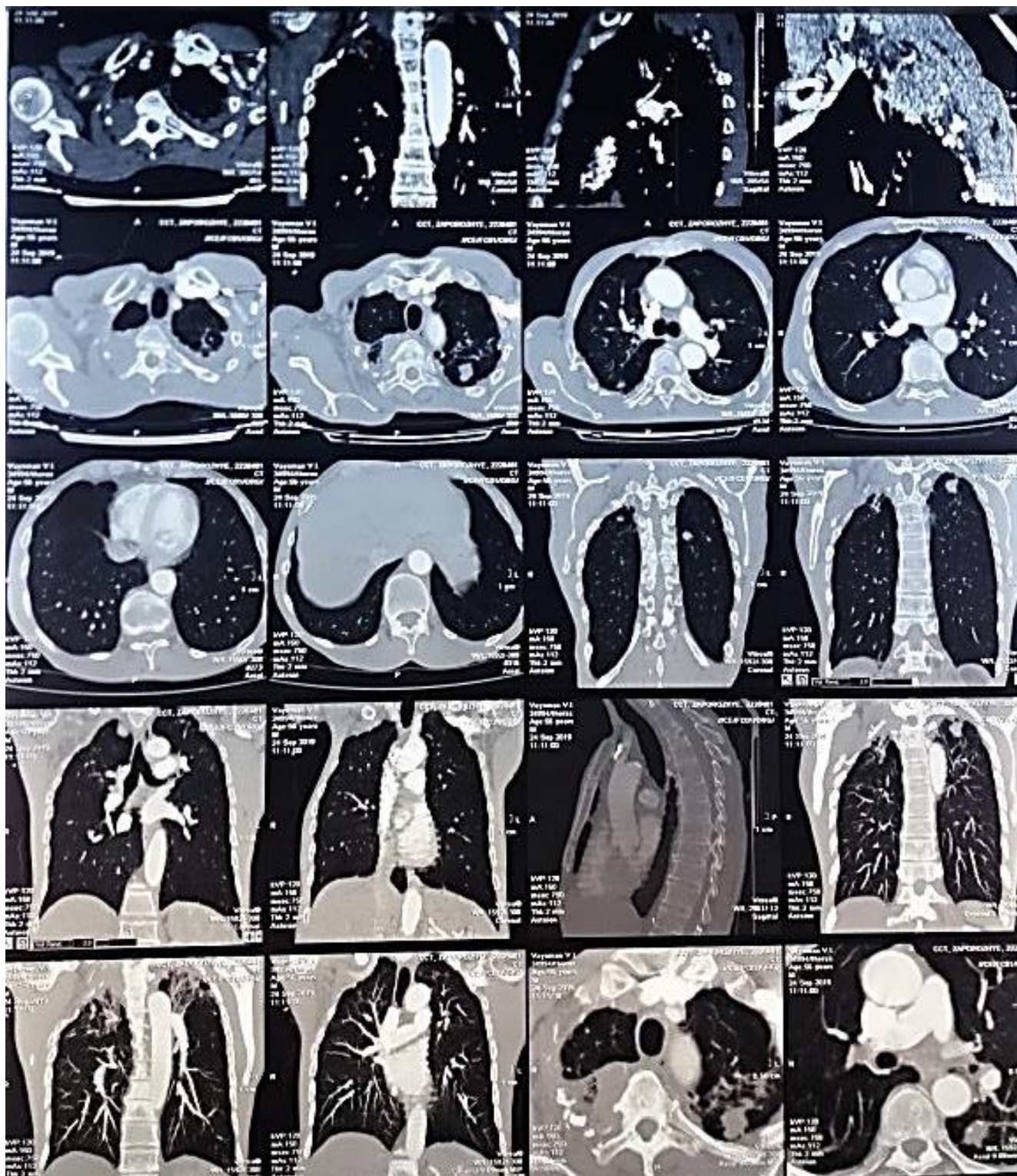


Рис. 2. КТ ОГП (2019 рік)

Висновок морфологічного дослідження: в матеріалі фрагменти тканини легені з розростанням пухлини, що має будову аденокарциноми.

За гістологічною будовою не можна виключити метастатичне походження пухлини.

Висновок імуногістохімічного дослідження:

- цитокератин 7 (клон OV-TL 12/30) – позитивна реакція в клітинах пухлини;
- цитокератин 20 (клон Ks20.8) – негативна реакція в клітинах пухлини;

-TTF-1 (клон 8G7G3/1) – позитивна реакція в клітинах пухлини;

-напсин А (клон KCG1.1) – негативна реакція в клітинах пухлини;

-Cdx-2 (клон DAK-CDX2) – позитивна реакція в клітинах пухлини;

-SATB2 (клон EP281) – негативна реакція в клітинах пухлини;

-NKX3.1 (клон EP356) – негативна реакція в клітинах пухлини.

На основі отриманих даних дослідження біоптату пацієнту встановлено діагноз: первинна аденокарцинома легені інтестиціального типу.

На сьогодні пацієнт отримує хіміотерапію первинної аденокарциноми легені в онкологічному диспансері.

Обговорення.

У пацієнта на тлі фіброзу у верхній частці правої легені після перенесеного 5 років тому РР-ТБ та торакопластики, рік назад з'явилися скарги на тягучий біль у цій області. За даними КТ ОГП рік назад була запідозрена невринома.

За даними літератури [8], невринома (шванома) хребетного стовпа – це різновид доброякісних пухлин мозку, які можуть утворюватися як з спинномозкових, так і периферичних нервів. Рентгенологічно має вигляд округлого щільного утворення з капсулою та найчастіше з екстрадуральним поширенням. Швидкість розростання невриноми залежить від перебігу (добро- чи злоякісний).

У представленому випадку розміри пухлини за рік не збільшилася, проте наростала інтенсивність болю. Пацієнту була проведена КТ-контрольована біопсія новоутворення з подальшим морфологічним та імуногістохімічним дос-

лідженням.

У роботі Смолякової Р. М. [9] вказується, що при підозрі на аденокарциному рекомендується застосовувати дослідження експресії цитокератинів (7 і 20), тиреоїдного фактору транскрипції-1 (TTF-1) та білку Cdx2. При цьому використання цієї панелі дозволяє запідозрити локалізацію первинної пухлини в легені при коекспресії цитокератину 7 і TTF1, а локалізацію в органах шлунково-кишкового тракту – коекспресії цитокератину 20 і Cdx2. А при підозрі на метастази раку легень ще додатково рекомендується визначати сурфактантний протеїн-В та раковий ембріональний антиген (PEA).

Гуревич Л. Е. зі співав. [10] вказують на те, що експресія TTF1 в клітинах нейроендокринної карциноми є фактором поганого прогнозу, а виявлення TTF1 в метастазах такої карциноми без відомого первинного вогнища дозволяє з високою вірогідністю припускати первинну локалізацію раку в легенях.

Так у представленому випадку на основі імуногістохімічної оцінки експресії тканинних антигенів у пухлині встановлена імунофенотипова характеристика аденокарциноми легені, яка характеризувалася позитивними реакціями клітин пухлини на цитокератин 7, TTF1 та CDX-2, та відповідала аденокарциномі легені. Отримані дані знайшли підтвердження актуальності дослідження експресії цитокератин 7, TTF1 та CDX-2 при первинній аденокарциномі легень, на що вказували Смолякова Р. М. [9] та Гуревич Л. Е. зі співав. [10].

Так само, як і за даними Yung-Hung Luo et al. [5], у представлено ви-

падку локалізація аденокарциноми діагностувалася на боці старих туберкульозних змін.

Висновки.

У представленому випадку складність своєчасної діагностики первинної аденокарциноми легені у пацієнта зі старими залишковими змінами туберкульозу легень із розширеною лікарською стійкістю полягала у диференціальній діагностиці з невриномою, яка у переважній кількості випадків має доброякісний характер. При цьому у пацієнта скарги обмежувалися тільки тягучим болем та рентгенологічно за рік розміри пухлини не змінилися. Важливим компонентом діагностики первинної аденокарциноми легені в даному випадку стала біопсія новоутворення з імуногістохімічним дослідженням. Показовими маркерами при цьому стали експресія цитокератину 7, TTF1 та CDX-2. Враховуючи дані літератури щодо дослідження перебігу аденокарциноми легені у хворих із залишковими змінами після перенесеного туберкульозу, ми не встановили відмінностей її перебігу при залишкових змінах після перенесеного туберкульозу із розширеною лікарською стійкістю.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1.NCI Dictionary of Cancer Terms // National Cancer Institute website. URL: <http://www.cancer.gov/dictionary>. Accessed June 10, 2019.

2.Lung carcinogenesis induced by chronic tuberculosis infection: the experimental model and genetic control / A. Nalbandian, B. S. Yan, A. Pichugin [et al.] // *Oncogene*. – 2009. – Vol. 28(17). –

P. 1928–1938. Doi: 10.1038/onc.2009.32.

3.Association of pulmonary tuberculosis with lung carcinoma: An epidemiological study / P. Dasgupta, K. Choudhury, N. Paul [et al.] // *Clin Cancer Investig J*. – 2018. – Vol. 7. – P. 199–202. Doi: 10.4103/ccij.ccij_35_18.

4.Cukic V. The Association Between Lung Carcinoma and Tuberculosis / V. Cukic // *Med Arch*. – 2017. – Vol. 71(3). P. 212–214.

Doi: 10.5455/medarh.2017.71.212-214.

5.Association between Tumor Epidermal Growth Factor Receptor Mutation and Pulmonary Tuberculosis in Patients with Adenocarcinoma of the Lungs / Yung-Hung Luo, Chieh-Hung Wu, Wen-Shuo Wu [et al.] // *JTO*. – 2012. – Vol. 7(2). – P. 299–305. Doi: 10.1097/JTO.0b013e31823c588dGet rights and content.

6.Pulmonary tuberculosis and lung cancer: simultaneous and sequential occurrence / D. R. Silva, D. F. Valentini, A. M. Müller [et al.] // *J Bras Pneumol*. – 2013. – Vol. 39(4). – P. 484–489.

Doi: 10.1590/S1806-37132013000400013.

7.Primary lung cancer coexisting with active pulmonary tuberculosis / Y. Varol, U. Varol, M. Unlu [et al.] // *Int J Tuberc Lung Dis*. – 2014. – Vol. 18(9). – P. 1121 – 1125.

Doi: 10.5588/ijtld.14.0152.

8.Лутков М. А. Хирургическое лечение гигантской невриномы шейного и грудного отделов позвоночника / М. А. Лутков, А. О. Дубских // *Уральский медицинский журнал*. – 2018. – № 11. – С. 53–56.

9.Смолякова Р. М. Молекулярно-биологическая диагностика аденокарцином из невыявленного первичного

очага / Р. М. Смолякова // Журнал Белорусского государственного университета. Экология. – 2018. – № 4. – С. 94–100.

10. Прогностическое и дифференциально-диагностическое значение экспрессии цитокератинов 7 и 19 и тиреоидного фактора транскрипции-1 в нейроэндокринных опухолях легких разной степени злокачественности / Л. Е. Гуревич, Н. А. Корсакова, И. А. Воронкова [и др.] // Альманах клинической медицины. – 2016. – № 44 (5). – С. 613–623.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ:

Разнатовська О.М. - д-р мед. наук, професор, завідувач каф. фтизіатрії і пульмонології, Запорізький державний медичний університет, Україна. rahnatovskaya@gmail.com. 69035, вул. Перспективна, 2. Запоріжжя. Тел.: (099) 1756819.

Норейко С.Б. - д-р мед. наук, доцент, професор каф. фтизіатрії та пульмонології, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Україна.

Федорець А.В. - лікар-фтизіатр відділення легеневого туберкульозу № 3, Комунальна установа «Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер», Україна.

Войтюк І.М. - лікар-фтизіатр Запорізького протитуберкульозного диспансеру № 1, Україна.

Шальміна М.О. - канд. мед. наук, асистент кафедри клінічної фармакології, фармації і фармакотерапії та косметології, Запорізький державний медичний університет, Україна.

Е.Н. Разнатовская¹, С.Б. Норейко²,
А.В. Федорець³, И.Н. Войтюк⁴,
М.А. Шальмина¹

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ АДЕНО-КАРЦИНОМЫ ЛЕГКОГО ПРИ ОСТАТОЧНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С РАСШИРЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

¹Запорожский государственный медицинский университет,
г. Запорожье, Украина

²Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца
г. Киев, Украина

³Коммунальное учреждение «Запорожский областной противотуберкулезный клинический диспансер»
г. Запорожье, Украина

⁴Запорожский противотуберкулезный диспансер № 1, г. Запорожье, Украина

Цель: ознакомление специалистов-практиков с клиническими особенностями течения и диагностики первичной аденокарциномы легкого при остаточных изменениях туберкулеза легких с расширенной лекарственной устойчивостью (РР-ТБ).

Материалы и методы: описан клинический случай наблюдения сочетанного течения первичной аденокарциномы легкого при остаточных изменениях РР-ТБ.

Результаты: У пациента на фоне фиброза в верхней доле правого легкого после перенесенного 5 лет

назад РР-ТБ и торакопластики, год назад появились жалобы на тянущие боли в этой области.

По данным компьютерной томограммы органов грудной полости год назад была заподозрена невринома. В представленном случае размеры опухоли за год не увеличилась, однако нарастала интенсивность боли. Пациенту была проведена биопсия новообразования с последующим морфологическим и иммуногистохимическим исследованием.

На основе иммуногистохимической оценки экспрессии тканевых антигенов в опухоли установлена иммунофенотипическая характеристика аденокарциномы легкого, которая характеризовалась положительными реакциями клеток опухоли на цитокератин 7, TTF1 и CDX-2, и отвечала аденокарциноме легкого. Локализация аденокарциномы диагностировалась на стороне старых туберкулезных изменений.

Выводы: В представленном случае сложность своевременной диагностики первичной аденокарциномы легкого у пациента со старыми остаточными изменениями туберкулеза легких с РР-ТБ заключалась в дифференциальной диагностике с невриномой, которая в подавляющем числе случаев имеет доброкачественный характер. При этом у пациента жалобы ограничивались только тянущей болью и рентгенологически за год размеры опухоли не изменились.

Важным компонентом диагностики первичной аденокарциномы легкого стала биопсия новообразования с иммуногистохимическим исследованием. Показательными маркерами при этом

стали экспрессия цитокератина 7, TTF1 и CDX-2. Учитывая данные литературы по исследованию течения аденокарциномы легкого у больных с остаточными изменениями после перенесенного туберкулеза, мы не установили различий ее течения при остаточных изменениях после перенесенного туберкулеза с расширенной лекарственной устойчивостью.

Ключевые слова: первичная аденокарцинома легкого, туберкулез, расширенная лекарственная устойчивость.

O.M. Raznatovska¹, S.B. Noreiko²,
A.V. Fedorec³, I.M. Vojtjuk⁴,
M.O. Shalmina¹

**PRIMARY LUNG
ADENOCARCINOMA COURSE AND
DIAGNOSTICS FEATURES AT
RESIDUAL CHANGES OF
PULMONARY TUBERCULOSIS
WITH EXTENSIVELY DRUG
RESISTANCE (CLINICAL CASE)**

¹Zaporizhzhia State Medical University,
Zaporizhzhia, Ukraine

²Bogomolets National Medical University,
Kyiv, Ukraine

³Municipal institution «Zaporizhzhya
Regional Clinical TB Dispensary»
Zaporizhzhia, Ukraine

⁴Municipal institution «Zaporizhzhya TB
dispensary №1», Zaporizhzhia, Ukraine

Purpose: To familiarize physicians-practitioners with the clinical course and diagnostics features of the of primary lung

adenocarcinoma at residual changes of pulmonary tuberculosis with extensively drug resistance (XDR-TB).

Materials and methods: The clinical case of own observation of the combined course of primary lung adenocarcinoma at XDR-TB residual changes is described.

Results: A patient had fibrosis in the upper lobe of the right lung after XDR-TB and thoracoplasty that was done 5 years ago. He complained of nagging pain in this area a year ago. According to a computer tomography scan of the chest cavity a year ago, a neurinoma was suspected. In the present case, the tumor size did not increase over the year, but the intensity of pain increased.

The patient underwent biopsy of the tumor with subsequent morphological and immunohistochemical studies. The tumor had an immunophenotypic characteristic of lung adenocarcinoma based on immunohistochemical assessment, which was characterized by positive responses of tumor cells to cytokeratin 7, TTF1 and CDX-2 and corresponded to lung adenocarcinoma. Localization of adenocarcinoma was diagnosed on the side of old tuberculosis changes.

Conclusions: The difficulty of timely

diagnosis of primary lung adenocarcinoma in a patient with old residual changes after pulmonary XDR-TB in this case took place due to the differential diagnosis with neurinoma, which is benign in most cases. In this case, the patient's complaints were limited only by nagging pain and the tumor size did not change for a year radiographically.

An important component of the diagnosis of primary lung adenocarcinoma in this case was a biopsy of the tumor with immunohistochemical study. Indicative markers were the expression of cytokeratin 7, TTF1 and CDX-2. According to the literature from primary lung adenocarcinoma at residual changes of pulmonary tuberculosis with XDR-TB course features, we did not find any differences in its course at residual changes after XDR-TB.

Keywords: primary lung adenocarcinoma, tuberculosis, extended drug resistance.