

4. Omelchuk DE, Bolshakova IA, Dyurlyukova A.A. Features of the course of tuberculosis of the respiratory system in persons 60 years and older. Modern Sciences Science and Education. 2023;(5). (In Russ.) Омельчук Д.Е., Большакова И.А., Дюрлюкова А.А. Особенности течения туберкулеза органов дыхания у лиц 60 лет и старше. Современная наука и образования. 2023;(5). DOI:10.17513/spno.33003

5. Savonenkova LN, Ruzov VI, Asanov RB, et al. Specific course of tuberculosis in elderly and senile patients. Tuberculosis and Lung Diseases. 2019;97(12):22-7. (In Russ.) Савоненкова Л.Н., Рузов В.И., Асанов Р.Б. и др. Особенности течения туберкулеза у лиц пожилого и старческого возраста. Туберкулез и болезни легких. 2019;97(12):22-7.

6. Deykina ON, Perfil'ev AV, Mishin VYu, Grigor'ev YuG. Clinical and X-ray characteristics of respiratory tuberculosis in those elderly. Tuberculosis and Lung Diseases. 2015;(11):22-7. (In Russ.) Дейкина О.Н., Перфильев А.В., Мишин В.Ю., Григорьев Ю.Г. Клинико-рентгенологическая характеристика

туберкулеза органов дыхания у лиц пожилого и старческого возраста. Туберкулез и болезни легких. 2015;(11):22-7.

7. Malinova TV. Specific course of tuberculosis in elderly and senile patients. Young Scientist. 2020;(12):97-101. (In Russ.) Малинова Т.В. Особенности течения туберкулеза у лиц пожилого и старческого возрастов. Молодой ученый. 2020;(12):97-101.

8. Shprykov AS, Sutyagina DA, Dolgova MA. Respiratory tuberculosis in those over 70 years of age: Specific course of the disease and diagnostic difficulties. Tuberculosis and Lung Diseases. 2021;99(6):39-42. (In Russ.) Шпрыков А.С., Сулягина Д.А., Долгова М.А. Туберкулез органов дыхания у лиц старше 70 лет: особенности течения и трудности диагностики. Туберкулез и болезни легких. 2021;99(6):39-42.

9. Skorovarova NI, Loginov AV. Peculiarities of tuberculosis in elderly and senile patients. Orenburg Medical Herald. 2016;4(3):94-6. (In Russ.) Скороварова Н.И., Логинов А.В. Особенности течения туберкулеза у лиц пожилого и старческого возраста. Оренбургский медицинский вестник. 2016;4(3):94-6.

Статья поступила в редакцию 25.11.2024; одобрена после рецензирования 31.05.2025; принята к публикации 08.09.2025.
The article was submitted 25.11.2024; approved after reviewing 31.05.2025; accepted for publication 08.09.2025.

Информация об авторах:

Ольга Викторовна Великая – заведующая кафедрой фтизиатрии, доцент, доктор медицинских наук, vgma-velikaya@yandex.ru, ORCID 0000-0002-0769-8427; **Елизавета Витальевна Бойко** – ординатор кафедры фтизиатрии, boyko_0105@bk.ru, ORCID 0009-0004-2721-9157; **Светлана Александровна Недомолкина** – доцент кафедры терапевтической стоматологии, кандидат медицинских наук, svetavel@mail.ru, ORCID 0000-0001-8332-0648; **Наталья Александровна Лунина** – доцент кафедры поликлинической терапии, кандидат медицинских наук, natikvel@mail.ru, ORCID 0009-0005-3875-3942.

Information about the authors:

Olga V. Velikaya – Head of the Department of Phthisiology, Associate Professor, DSc, vgma-velikaya@yandex.ru, ORCID 0000-0002-0769-8427; **Elizaveta V. Boyko** – Resident of the Department of Phthisiology, boyko_0105@bk.ru, ORCID 0009-0004-2721-9157; **Svetlana A. Nedomolkina** – Assistant Professor of the Department of Polyclinic Therapy, PhD, svetavel@mail.ru, ORCID 0000-0001-8332-0648; **Natalya A. Lunina** – Assistant Professor of the Department of Therapeutic Dentistry, PhD, natikvel@mail.ru, ORCID 0009-0005-3875-3942.

УДК 616.24.-002.5-053.88

EDN: NSPMQA

<https://doi.org/10.15275/ssmj2103318>

Клинический случай

СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ГИСТИОЦИТОЗА И ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Т.Ю. Салина, Т.И. Морозова

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

A CASE OF HISTIOCYTOSIS COMBINED WITH PULMONARY TUBERCULOSIS IN A YOUNG WOMAN (CLINICAL OBSERVATION)

T.Yu. Salina, T.I. Morozova

V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

Для цитирования: Салина Т.Ю., Морозова Т.И. Случай сочетания гистиоцитоза и туберкулеза легких у молодой женщины (клиническое наблюдение). Саратовский научно-медицинский журнал. 2025; 21 (3): 318-321. EDN: NSPMQA. <https://doi.org/10.15275/ssmj2103318>

Аннотация. Гистиоцитоз легких – редкое заболевание группы интерстициальных поражений легких неизвестной этиологии, сопряженное с трудностями диагностики и лечения и неопределенным прогнозом. Приводится клинический случай сочетания туберкулеза и гистиоцитоза у женщины 23 лет. Данное клиническое наблюдение демонстрирует как сложности в постановке правильного диагноза ввиду отсутствия патогномичных клинических признаков и необходимость патоморфологической верификации диагноза, так и неблагоприятное течение заболевания, которое, несмотря на стихание туберкулезного процесса, привело к неуклонному прогрессированию гистиоцитоза легких с развитием выраженной дыхательной недостаточности, приведшей к летальному исходу.

Ключевые слова: туберкулез, гистиоцитоз, диагностика

For citation: Salina TYu, Morozova TI. A case of histiocytosis combined with pulmonary tuberculosis in a young woman (clinical observation). *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2025; 21 (3): 318-321. (In Russ.) EDN: NSPMQA. <https://doi.org/10.15275/ssmj2103318>

Abstract. Pulmonary histiocytosis is a rare disease of the group of interstitial lung lesions of unknown etiology, associated with difficulties in diagnosis and treatment and an uncertain prognosis. We present a clinical case of a combination of tuberculosis and histiocytosis in a young woman. This clinical case demonstrates the difficulties in establishing a correct diagnosis due to the lack of pathognomonic clinical signs, the need for pathomorphological verification of the diagnosis, an unfavorable course of the disease, which, despite the abatement of the tuberculosis process, led to a steady progression of pulmonary histiocytosis with the development of severe respiratory failure, which led to a fatal outcome.

Keywords: tuberculosis, histiocytosis, diagnostics

Введение. Гистиоцитоз – гетерогенная группа редких патологий неизвестной этиологии, представляющая собой аномальную пролиферацию и аккумуляцию дендритных клеток, антигенпрезентирующих гистиоцитов – клеток Лангерганса, макрофагов или производных моноцитов, приводящих к формированию специфических гранул в различных органах и тканях [1–4]. Наиболее распространенным и относительно доброкачественным является гистиоцитоз из клеток Лангерганса (ГКЛ), заболевание, представляющее значительные трудности как в плане диагностики, так и в выборе тактики лечения [5]. Гистиоцитоз легких встречается в 3–5% случаев среди всех интерстициальных патологий легочной ткани. Клиническая картина гистиоцитоза легких может быть вариабельной, у 1/2 пациентов он протекает малосимптомно или со стертой клинической картиной, у ряда больных манифестирует спонтанным пневмотораксом [6], у других наблюдаются диссеминированные процессы со множеством осложнений, приводящих к тяжелым последствиям, вплоть до инвалидизации и летального исхода [3, 5, 7].

Цель – демонстрация сложного клинического случая с неблагоприятным исходом, представляющего собой сочетание гистиоцитоза-Х и туберкулеза легких у молодой женщины.

Согласие на публикацию клинического случая получить невозможно в связи с летальным исходом пациентки.

Описание клинического случая. Пациентка Ш. 23 лет, постоянный житель Саратова, студентка V курса университета.

Эпидемиологический анамнез. Контакт с туберкулезными больными отрицает. Ранее туберкулезом не болела. За пределы Саратовской области не выезжала. Флюорографическое обследование легких проходила ежегодно, патологии не выявлялось.

Анамнез заболевания. У больной внезапно возникли сильные боли в грудной полости справа, одышка, сухой кашель. Машиной скорой помощи пациентка доставлена в торакальное отделение ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница №2 им. В.И. Разумовского», где после обследования диагностирован спонтанный пневмоторакс правого легкого, проводилось дренирование плевральной полости, легкое расправлено полностью. Выполнена рентгенография органов грудной полости (ОГП) (рис. 1).

С диагнозом диссеминации легких неясной этиологии для проведения дифференциальной диагностики между саркоидозом, диссеминированным туберкулезом и поражением легких при системных заболеваниях пациентку перевели в диагностическое

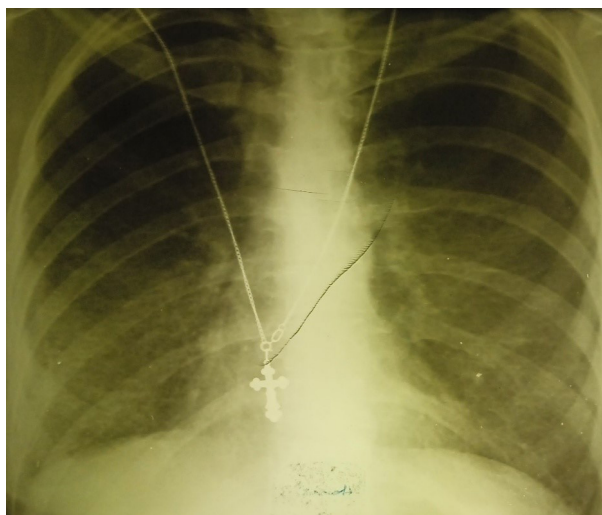


Рис. 1. Обзорная рентгенограмма органов грудной полости больной Ш. 23 лет.

Выявляется диффузное усиление легочного рисунка с его сетчатой деформацией, наиболее выраженное в средних и нижних отделах

отделение ГУЗ «Областная клиническая туберкулезная больница» города Саратова. При проведении обследования микобактерии туберкулеза в мокроте (трехкратно) и в промывных водах, полученных при бронхоскопии методом люминесцентной микроскопии, не обнаружены. При фибробронхоскопии патологии в бронхиальном дереве не выявлено. Проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным – отрицательная. При исследовании функции внешнего дыхания выявлено резкое снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу, значительное снижение жизненной емкости легких, резко выраженная обструкция мелких бронхов, выраженная гипоксемия, значительное снижение насыщения крови кислородом и умеренная гиперкапния. В общем анализе крови – отклонений от нормы не обнаружено. Для уточнения диагноза больной выполнена диагностическая торакотомия (краевая резекция S_{VI} правого легкого) с гистологическим исследованием операционного материала, в котором обнаружены фрагменты легочной ткани с резко сниженной воздушностью за счет фиброателектазов, диффузного пневмосклероза, чередующегося с буллами, с резким сужением сосудов. На этом фоне выявлены скопления клеток гистиоцитарного ростка, очаговые разрастания клеточных инфильтратов из гистио-, лимфоцитов, эозинофилов, напоминающие клетки Лангерганса, и одновременно обнаружены эпителиоидно-клеточные гранулемы, некоторые с казеозом, определялись фокусы казеозного некроза. Трактовка

Ответственный автор – Татьяна Юрьевна Салина

Corresponding author – Tatiana Yu. Salina

E-mail: SalinaTU@rambler.ru

гистологической картины представляла трудности, и материал был направлен на консультативную оценку в ФГБНУ «Центральный институт туберкулеза» (ЦНИИТ) Москвы. Для уточнения диагноза пациентка переведена в ЦНИИТ, где находилась на обследовании и лечении в течение 3 мес. Рентгенограмма ОГП при поступлении в учреждение представлена на рис. 2.

В дальнейшем процесс осложнился правосторонним экссудативным плевритом. При цитологическом исследовании экссудата обнаружен лимфоцитарный состав и методом люминесцентной микроскопии в плевральной жидкости выявлены кислотоупорные микобактерии – >10 в 1 поле зрения (3+). Посев экссудата дал рост микобактерий туберкулеза, устойчивых к стрептомицину, канамицину, этионамиду. В ЦНИИТ установлен клинический диагноз: «Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации МБТ(-), осложненный правосторонним осумкованным плевритом (МБТ(+)) в плевральной жидкости). Фоновое заболевание: гистиоцитоз (ГКЛ).

В стационаре проводили лечение противотуберкулезными препаратами (изониазидом, рифабутином, этамбутолом, пиразинамидом) в сочетании с преднизолоном 15 мг/сут и ингаляциями препарата Беродуал. Достигнута положительная динамика процесса в виде клинического улучшения, уменьшения слабости и одышки, частичного рассасывания очаговых теней в обоих легких, исчезновения осумкованного плеврита в правой плевральной полости. Пациентка выписана для продолжения лечения под наблюдением участкового фтизиатра по месту жительства. В течение нескольких месяцев больная находилась на амбулаторном лечении в удовлетворительном состоянии. Через 7 мес у больной вновь появились жалобы на усиление одышки и слабости. Пациентка была госпитализирована в ГУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» Саратова для повторного обследования. При поступлении в стационар жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, малопродуктивный кашель. Объективно: состояние больной относительно удовлетворительное, правильного телосложения. Симптомы интоксикации нет, температура 36,6°C. Кожа бледная, тургор тканей снижен. Периферические

лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания, частота дыхания – 25 в 1 мин. При перкуссии выявлялся легочный звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений – 86 в минуту, артериальное давление – 120 и 80 мм рт. ст. По другим органам патологии не выявлено. В общем анализе крови: гемоглобин – 160 г/л, умеренный лейкоцитоз – $9,8 \times 10^9$, палочкоядерные лейкоциты – 8%, сегментоядерные лейкоциты – 63%, лимфоциты – 25%, моноциты – 3%, эозинофилы – 1%, скорость оседания эритроцитов – 30 мм/ч. В общем анализе мочи – патологии не выявлено. При многократном исследовании мокроты (в 6 анализах) методом люминесцентной микроскопии и методом посева на жидкие и плотные питательные среды микобактерии туберкулеза не обнаружены. Выполнено рентгенологическое обследование ОГП (рис. 3).

На представленной рентгенограмме – признаков обострения и прогрессирования туберкулезного процесса не выявлено, однако обращает на себя внимание нарастание интерстициального компонента, усиление сетчатой деформации легочного рисунка с множественными мелкокистозными полостями. Выполнена компьютерная томография ОГП, на которой также визуализировались преимущественно интерстициальные, ретикулярные и мелкокистозные изменения, более выраженные в средних и нижних отделах легких, множественные центролобулярные узелки, свежих очаговых и инфильтративных изменений не обнаружено.

В дальнейшем у пациентки отмечалось резкое приступообразное нарастание одышки при малейшей физической нагрузке, в момент приступа одышки больная занимала вынужденное положение, в акте дыхания участвовала вспомогательная мускулатура, появился цианоз губ и носогубного треугольника. Результаты исследования функции внешнего дыхания показали значительные нарушения вентиляционной способности легких преимущественно по рестриктивному типу. Возобновление противотуберкулезного лечения, увеличение дозы глюкокортикостероидов и замена преднизолона на дексаметазон не дало положительных результатов.



Рис. 2. Обзорная рентгенограмма органов грудной полости больной Ш. при поступлении в ЦНИИТ. В обоих легких выявляются множественные несимметрично расположенные очаговые тени средних размеров, средней интенсивности, местами сливающиеся, на фоне усиленного и деформированного легочного рисунка, преимущественно локализирующиеся в средних отделах обоих легких



Рис. 3. Обзорная рентгенограмма органов грудной полости больной Ш. через 7 мес лечения

Таким образом, по данным обследования не выявлено признаков прогрессирования туберкулезного процесса, а нарастание дыхательной недостаточности расценено как сохраняющаяся активность гистиоцитоза легких, подавить которую глюкокортикоидными препаратами не удалось, а развернуть лечение цитостатическими препаратами не представлялось возможным из-за наличия активного туберкулезного процесса.

Диагноз при выписке: «Диссеминированный туберкулез легких в фазе рассасывания и уплотнения МБТ(-). Гистиоцитоз (ГКЛ)». Осложнение: дыхательная недостаточность III степени. Дальнейшее лечение пациентки продолжалось в областной клинической больнице, применялись методы искусственной вентиляции легких, однако наступил летальный исход, диагноз подтвержден патоморфологически.

Обсуждение. Оригинальность данного случая обусловлена редкостью патологии. ГКЛ является орфанным заболеванием [1, 5, 6], а сочетание ГКЛ с туберкулезом нам не встретилось в доступной литературе. ГКЛ представляет значительные трудности как в плане диагностики, так и в выборе терапевтической тактики [6]. Практикующие врачи недостаточно осведомлены об орфанных заболеваниях, что еще больше усугубляет сложность постановки диагноза [6]. ГКЛ не имеет характерной клинической картины: дифференциальная диагностика проводится с диссеминациями другой этиологии и требует гистологической, а в ряде случаев – гистохимической верификации [7]. В описываемом клиническом случае проведение всего комплекса клинических, инструментальных и лабораторных методов обследования не позволило окончательно установить диагноз, и потребовалась его морфологическая верификация. Трактовка полученного материала гистологического исследования также представляла сложности из-за сочетания патогномоничных гистологических признаков ГКЛ и туберкулеза. Стандартная терапия ГКЛ у взрослых до настоящего времени не разработана ввиду отсутствия достаточной доказательной базы для разных методов лечения. По данным литературы, в лечении пациентов ГКЛ используется длительная, а иногда и пожизненная гормональная и цитостатическая терапия [3], использование гормональной терапии у нашей пациентки не позволило остановить прогрессирование гистиоцитоза, а применение цитостатической терапии было невозможно из-за активного туберкулеза легких. Лечение туберкулеза у пациентки проводили в соответствии с клиническими рекомендациями Минздрава России по режиму лечения туберкулеза с лекарственной чувствительностью [8]. Прогностическое следует учитывать, что для ГКЛ типичны поздние осложнения, которые могут приводить к тяжелым последствиям, вплоть до летального исхода [5].

Заключение. Особенностью данного клинического наблюдения являются сложности в постановке правильного диагноза ввиду отсутствия патогномоничных клинических признаков и необходимости патоморфологической верификации диагноза, а также неблагоприятное течение заболевания, которое, несмотря на стихание туберкулезного процесса, привело к неуклонному прогрессированию гистиоцитоза легких с развитием выраженной дыхательной недостаточности, приведшей к летальному исходу.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Конфликт интересов не заявляется.

References (Список источников)

1. Abdallah M, Genereau T, Donadieu J, et al. Langerhans cell histiocytosis of the liver in Chunhua L.I.N.G., adults. Clin Res Hepatol Gastroenterol. 2011;35(6-7):475-81. DOI:10.1016/j.clinre.2011.03.012
2. Emile JF, Fraitag S, Yorne A, et al. Histiocyte society. Revised classification of histiocytoses and neoplasms of the macrophage-dendritic cell lineages. Blood. 2016;127(22):2672-81. DOI:10.1182/blood-2016-01-690636
3. Monogarova NE, Tsirkovskaya ER, Zakomoldina TV, Kondratyuk RB. A case of Langerhans cell histiocytosis of the lungs in an adult patient. Archives of Clinical and Experimental Medicine. 2020;29(3):277-81. (In Russ.) Моногарова Н.Е., Цирковская Е.Р., Закомолдина Т.В., Кондратьюк Р.Б. Случай Лангерганс-клеточного гистиоцитоза легких у взрослого пациента. Архив клинической и экспериментальной медицины. 2020;29(3):277-81.
4. Benattia A, Bugnet E, Walter-Petrich A, et al. Long-term outcomes of adult pulmonary Langerhans cell histiocytosis: A prospective cohort. Eur Respir J. 2022;59(5):2101017. DOI:10.1183/13993003.01017-2021
5. Hynku EF, Monaenkova MK, Tamrazova OB, et al. Langerhans cell histiocytosis as a clonal disease of the monocyte/macrophage system. Almanac of Clinical Medicine. 2022;50(7):428-38. (In Russ.) Хынку Е.Ф., Монаenkova М.К., Тамразова О.Б. и др. Гистиоцитоз из клеток Лангерганса как клональное заболевание системы моноцитов/макрофагов. Альманах клинической медицины. 2022;50(7):428-38. DOI:10.18786/2072-0505-2022-50-057
6. Karnashkina MA, Burenchev DV, Strutynskaya AD. A case of histiocytosis in a patient with suspected pulmonary tuberculosis. Tuberculosis and Lung Diseases. 2019;97(1):28-34. (In Russ.) Карнаушкина М.А., Буренчев Д.В., Струтынская А.Д. Случай гистиоцитоза у пациента с подозрением на туберкулез легких. Туберкулез и болезни легких. 2019;97(1):28-34. DOI:10.21292/2075-1230-2019-97-1-28-34
7. Petrushkova OV. Clinical case of Langerhans cell histiocytosis. Proceedings of the II All-Russian Congress of Residents of Medical Universities. Saint Petersburg, 2024: p. 79-80. (In Russ.) Петрушкова О.В. Клинический случай гистиоцитоза из клеток Лангерганса. Материалы II Всерос. конгресса ординаторов мед. вузов. СПб., 2024; с. 79-80.
8. Tuberculosis in Adults. Clinical Guidelines. 2024–2025–2026. URL: https://gptd-gorlovka.gosuslugi.ru/netcat_files/8/9/1415_kr24A15A19MZ.pdf?ysclid=mf9wuc7qrz885845576 (5 Jan 2025). (In Russ.) Туберкулез у взрослых. Клинические рекомендации. 2024–2025–2026. URL: https://gptd-gorlovka.gosuslugi.ru/netcat_files/8/9/1415_kr24A15A19MZ.pdf?ysclid=mf9wuc7qrz885845576 (дата обращения: 05.01.2025).

Статья поступила в редакцию 24.03.2024; одобрена после рецензирования 01.06.2025; принята к публикации 08.09.2025. The article was submitted 24.03.2025; approved after reviewing 01.06.2025; accepted for publication 08.09.2025.

Информация об авторах:

Татьяна Юрьевна Салина – профессор кафедры фтизиатрии, доцент, доктор медицинских наук, SalinaTU@rambler.ru, ORCID 0000-0002-3645-0682; **Татьяна Ивановна Морозова** – заведующая кафедрой фтизиатрии, профессор, доктор медицинских наук, ti-morozova@yandex.ru, ORCID 0000-0002-9960-348X.

Information about the authors:

Tatiana Yu. Salina – Professor of Phthiology Department, Associate Professor, DSc, SalinaTU@rambler.ru, ORCID 0000-0002-3645-0682; **Tatiana I. Morozova** – Head of the Department of Phthiology, Professor, DSc, ti-morozova@yandex.ru, ORCID 0000-0002-9960-348X.