УДК 616.24-006+616.24-002.5
© М.Н. Добренький, В.Д. Ничога, Б.С. Наконечнев, П.В. Яворский, Е.М. Добренькая, 2010

М.Н. Добренький[1], В.Д. Ничога[1], Б.С. Наконечнев[2], П.В. Яворский[2], Е.М. Добренькая[1]

СОЧЕТАНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА И РАКА ЛЕГКОГО (СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ)

[1]ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»
[2]ГУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер», г. Астрахань

На основании комплексного обследования 2366 больных туберкулезом представлены ранние рентгенологические признаки центрального рака легкого, возникшего на фоне туберкулезного процесса: перемежающая гиповентиляция, эмфизема одного из сегментов или всей доли пораженного легкого, появление в нем свежих очагов или фокусов дольковых ателектазов и опухолевого пневмонита, которые рассасываются при проведении противовоспалительной терапии, но затем быстро рецидивируют.

При диспансеризации за больными туберкулезом органов дыхания должна иметь место онкологическая настороженность.

Ключевые слова: *туберкулез, рак легкого, диагностика.*

M.N. Dobrenkyi, V.D. Nichoga, B.S. Nakonechnev, P.V. Yavorskyi, E.M. Dobrenkaya

THE COMBINATION OF TUBERCULOSIS AND LUNG CANCER (COMPLEXITIES OF DIAGNOSTICS)

On the base of complex investigation of 2366 patients with tuberculosis there were presented the early roentgenologic features of central lung cancer appeared on the field of tubercular process: intermittent hypoventilation, emphysema of one of the segments or the whole lobe of damaged lung, appearance the fresh foci in it or some types of lobular atelectasis and tumor pneumonitis which may be resolved in case of anti-inflammatory therapy but then they may quickly reappear. In case of dispensarization the patients with respiratory organs tuberculosis should be in the group of risk.

Key words*: tuberculosis, lung cancer, diagnostics.*

В структуре онкологической заболеваемости населения России ведущее место занимает рак легкого, составляя 16,8%. При этом заболеваемость раком легкого имеет выраженную тенденцию к росту. Диагностика рака легкого до сих пор остается сложной клинической задачей.

Благоприятным фоном для развития рака легкого являются все хронические воспалительные процессы, осложненные циррозом и склерозом, в том числе и туберкулез. Цирротическая перестройка ткани легкого при туберкулезе нарушает метаболизм и активность ферментативных процессов. Большое значение в этом процессе имеет также формирование очагов метаплазии эпителия слизистой бронхов или участков эпителизации стенок каверн. Это клиническое проявление предраковых изменений [6, 7].

Исследованиями последних лет установлено, что биохимический состав экстрацеллюлярного матрикса рубцов периферического рака легкого, метатуберкулезных и метапневмонических участков является идентичным [4, 5].

Проблема раннего выявления и лечения рака легких, развивающегося на фоне туберкулезного процесса, далека от своего решения [2, 3, 8]. Это обусловлено как чрезвычайным разнообразием клинических вариантов течения этих двух заболеваний, так и сходством ряда клинических симптомов и данных инструментальных методов исследования.

Существовавшие ранее представления об антагонизме туберкулеза и рака не подтвердились, напротив, установлено, что рак легкого у больных туберкулезом и лиц с остаточными изменениями после излеченного туберкулеза встречается чаще, чем у лиц, не болевших туберкулезом. По данным литературы [3, 8], среди больных туберкулезом частота выявления рака легких в возрастной категории 40-49 лет в 4-4,5 раза выше, чем в популяции в целом в этой же возрастной категории, а в возрастной категории старше 50 лет – в 6,6 раза и более. Туберкулез является фактором высокого риска возникновения рака легких. С другой

стороны, некоторые противотуберкулезные препараты ускоряют рост опухоли и ведут к генерализации онкопроцесса [3]. По мнению многих авторов, для лучшего понимания патогенетических связей рака и туберкулеза и построения оптимальных алгоритмов диагностического поиска необходимо выявление групп пациентов, имеющих сходные клинико-морфологические характеристики рака, туберкулеза и их сочетание [1, 2, 7].

Цель исследования. Повысить качество диагностики больных раком легких в сочетании с туберкулезом органов дыхания на основе выявления групп пациентов, имеющих сходные клинико-морфологические характеристики рака, туберкулеза и их сочетание.

Методы исследования. В основу настоящего исследования включены данные обследования 2366 больных, находившихся на лечении в стационаре № 2 ГУЗ ОПТД за 2006-2008 гг. Комплексное пульмонологическое обследование, которому подвергались больные с онкопатологией, включало современные рентгенологические методы, фибробронхоскопию с различными видами биопсии, цитологическое исследование мокроты и бронхиального содержимого, трансторакальную тонкоигольную биопсию, диагностическую торакотомию.

Результаты исследования. Онкологическая патология выявлена у 40 больных, что составило 1,26% от общего числа обследуемых больных. Сочетание туберкулеза и рака легкого выявлено в 16 случаях (0,67%), туберкулеза и рака гортани – в 6 случаях (0,25%), туберкулеза и рака желудка – в 4 случаях (0,16%), туберкулеза и рака шейки матки – в 4 случаях (0,16%). По два случая (0,08%) выявлено сочетание туберкулеза с раком пищевода, яичка, нижней губы, нижней челюсти, кожи.

Среди больных, у которых выявлено сочетание туберкулеза и рака легких, мужчины составили 87,5% (14 человек), женщины – 12,5% (2 женщины). По возрасту больные распределились следующим образом: 30-39 лет – 2 (12,5%), 50-59 лет – 2 (12,5%), 60 лет и старше – 12 (75%).

Из 16 больных центральная форма рака легких выявлена в 10 случаях (62,5%), периферическая – в 6 случаях (37,5%). У 10 больных (62,5%) туберкулез легких был выявлен впервые, у 4 больных (25%) был рецидив туберкулеза и у 2 больных (12,5%) – хроническое течение туберкулеза. У 8 больных (50%) отмечен туберкулезный процесс с поражением одного легкого и у 8-х (50%) – с поражением обоих легких. Из форм туберкулеза с одинаковой частотой встретились диссеминированный и инфильтративный – по 8 случаев. Деструктивный процесс туберкулезного очага отмечен в 8 случаях (50%), в 12 случаях (75%) отмечено бактериовыделение.

По нашим данным, сочетание первичной бронхокарциномы и туберкулеза легких преимущественно встречается у мужчин старше 40 лет, чаще встречалась центральная бронхокарцинома, реже – периферическая, что согласуется с данными литературы. По гистологической картине в большинстве случаев выявились плоскоклеточные опухоли, затем – аденокарциномы и на последнем месте – низкодифференцированные раки. Опухоли располагались преимущественно в III, VIII, X сегментах правого легкого.

Наиболее ранними рентгенологическими признаками при присоединении к туберкулезу центрального рака легкого служат перемежающая гиповентиляция и эмфизема одного из сегментов или всей доли пораженного легкого. Отмечается появление в нем свежих очагов или фокусов в результате дольковых ателектазов и опухолевого пневмонита, которые под влиянием противовоспалительной терапии быстро рассасываются, однако в дальнейшем практически всегда рецидивируют. Такое течение туберкулезу не свойственно. Наиболее убедительными, хотя и поздними, рентгенологическими признаками центрального рака являются ателектаз сегмента или доли, а также увеличение тени корня легкого, что редко встречается при вторичном туберкулезе. Чрезвычайно достоверным методом диагностики является рентгенологическое исследование с применением томографии, позволяющее обнаружить изменения, обусловленные раком легкого.

Бронхологическое исследование является очень информативным при подозрении на сочетанное поражение легких. При этом необходим не только осмотр бронхиального дерева – обнаружение стенозов, но и одновременная биопсия и пункция бифуркационных лимфатических узлов, цитологическое исследование промывных вод. Инвазивные методы исследования (эндобронхиальное исследование, трансторакальная пункция) следует применять только в том случае, когда клинические симптомы и рентгенологическая картина позволяют заподозрить рак легкого. Необходимо отметить, что хорошо известные клинические симптомы рака легкого: уменьшение массы тела, боли в груди, кашель, кровохарканье могут быть обусловлены туберкулезом, поэтому иногда даже их появление не настораживает больного и не служит для врача поводом для проведения целенаправленной диагностики рака легкого. Следовательно, тщательный анализ рентгенологической картины в динамике при появлении признаков, не укладывающихся в картину туберкулеза, требует исключения онкопатологии.

В том случае, если с помощью указанных методов не удается уточнить диагноз заболевания, могут быть применены хирургические методы – торакоскопия, торакотомия и открытая биопсия легкого.

Таким образом, при осуществлении диспансерного наблюдения за больными туберкулезом органов дыхания и лицами с остаточными изменениями после излеченного туберкулеза должна иметь место определенная онкологическая настороженность, особенно применительно к лицам, у которых повышен риск развития рака легкого: курящим, мужчинам старше 40 лет, лицам, у которых выявлен метатуберкулезный синдром, на фоне которого часто развиваются воспалительные заболевания легких, а также группам населения, в течение длительного времени подвергающихся воздействию профессиональных или природных канцерогенных факторов.

Развитие злокачественного онкопроцесса у больных туберкулезом перестало быть редкостью. Любое подозрение, нетипичная клиническая или рентгенологическая картина, должны стать поводом для консультации онколога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агапова Р.К. Дискриминантный анализ лабораторных показателей при диагностике и лечении туберкулеза и рака легкого // Вестник Российской АМН. – 1999.– № 1.– С. 47-51.
2. Галкин В.Б. Информативность диагностических признаков туберкулеза и рака легких. Диагностика и дифференциальная диагностика // Пульмонология. – 1991.– № 2. – С.65-69.
3. Жингель И.П., Цимлиринов И.Е. Диагностика рака легкого у больных туберкулезом и лиц с посттуберкулезными изменениями в легких // Проблемы туберкулеза. – 1989. – № 6. – С.26-29.
4. Коган Е.А., Ганзен Т.Н., Серов В.В.Склероз и канцерогенез // Архив патологии. – 1992. – № 8. – С. 26-31.
5. Коган Е.А., Секамова С.М., Цейтлин А.И. Экстрацеллюрный матрикс периферического рака легкого в рубце и пневмосклероз различного происхождения // Архив патологии. – 1991. – № 5. С. 48-54.
6. Малышева О.К., Шнигер Н.Ч., Молодык А.А. Выявление групп онкориска у больных инфильтративным туберкулезом легких // Пульмонология. – 2000. – № 1. – С. 19-23.
7. Раданов Р.И., Тодоров С.Н. Туберкулез легких в сочетании с другими заболеваниями. – София: Медицина и физкультура, 1974. – 157с.
8. Садовников А.А., Панченко К.И. Рак легкого на почве остаточных явлений после перенесенного туберкулеза // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2001. – № 1. – С. 51-57.

Добренький Михаил Николаевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 44-74-96, e-mail: agma@astranet.ru

Ничога Владимир Данилович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 44-74-96, e-mail: agma@astranet.ru

Наконечнев Борис Сергеевич, заведующий рентген-кабинетом стационара № 2, ГУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер», Россия, 414014, г. Астрахань, ул. Бехтерева, 16, тел. (8512) 36-92-42

Яворский Павел Васильевич, заведующий III терапевтическим отделением стационара № 2, ГУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер», Россия, 414014, г. Астрахань, ул. Бехтерева, 16, тел. (8512) 36-92-42

Добренькая Екатерина Михайловна, клинический ординатор кафедры онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 44-74-96, e-mail: agma@astranet.ru