



Е.Н. Разнатовская<sup>1</sup>, Ю.В. Просветов<sup>2</sup>, Т.Д. Писаренко<sup>3</sup>

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И РАКА ЛЕГКИХ

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Запорожская медицинская академия последипломного образования,

<sup>3</sup>КУ «Областной тубдиспансер» ЗОС

**Ключові слова:** туберкульоз, рак легень.

**Ключевые слова:** туберкулез, рак легких.

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

Вивчено проблему поєднаного перебігу туберкульозу і раку легень.

Изучена проблема сочетанного течения туберкулеза и рака легких.

Purpose of this study was to determine a combined clinical course of tuberculosis and lung cancer.

Сочетание туберкулеза и рака легкого в настоящее время выявляется все чаще, особенно у мужчин старше 40 лет. Отсутствие единой концепции канцерогенеза в целом и недостаточно четкие клинико-рентгенологические критерии распознавания сочетанных процессов в легких обуславливают низкую эффективность дифференциальной диагностики данной сочетанной патологии. Сочетание туберкулеза и рака легких остается спорным вопросом очень длительное время. Некоторые ученые считают, что это независимые параллельно протекающие заболевания, другие, – что туберкулез способствует развитию рака, третьи утверждают, что туберкулез и рак легких являются антагонистами [2,4,6,8].

Как только диагностика легочных заболеваний улучшилась, установлено, что рак легкого у больных туберкулезом и лиц с остаточными изменениями после излеченного туберкулеза встречается чаще, чем среди всего населения [5]. Это противоречие мнений обусловлено, прежде всего, значительной неоднородностью клинических и патоморфологических данных.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение проблемы сочетанного течения туберкулеза и рака легких, установление причин несвоевременной диагностики данной патологии.

По данным А.Е. Рабухина, рак легкого чаще всего обнаруживается у больных с хроническими формами, протекающими с развитием фиброзно-цирротических изменений в легких. По данным А.Е. Коган с соавт. (1992), биохимический состав метатуберкулезных рубцов и периферического рака считаются идентичными [2]. Р. Раданов и С. Тодоров (1974) отмечали двустороннюю связь между этими патологиями: развитие рака легких на фоне метатуберкулезных рубцовых изменений и обострение туберкулезного процесса под влиянием раковой кахексии [4].

В Институте фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского для определения инициальной стадии рака у больных туберкулезом разработан метод выявления в крови и на гистологических препаратах  $\text{Ca}^{2+}$ -гистоновых соединений как своеобразных биомолекулярных маркеров новообразований в живых организмах. На основании этого утверждают, что туберкулез – фактор высокого риска развития злокачественных

опухолей легких [3,7]. А значит, при диспансерном наблюдении за больными туберкулезом легких и лицами с остаточными изменениями после излеченного туберкулеза должна быть определенная онкологическая настороженность.

Проблема раннего выявления рака легких, развивающегося на фоне туберкулезного процесса, в настоящее время остается актуальной и сложной. Это обусловлено как чрезвычайным разнообразием клинических вариантов течения этих заболеваний, так и сходством ряда клинических симптомов и данных инструментальных методов обследования.

А.Е. Рабухин выделил 4 типа проявлений данной сочетанной патологии:

I тип: появление в зоне стационарных, или регрессирующих, туберкулезных изменений новой одиночной изолированной крупноочаговой или фокусной тени неправильной округлой формы;

II тип: возникновение в зоне активного туберкулезного процесса или вне его на неизменном участке легкого тени округлой формы или участка апневматоза, которая, несмотря на противотуберкулезную химиотерапию, не уменьшается в размерах, хотя туберкулезные изменения при этом регрессируют;

III тип: присоединение к неактивным, метатуберкулезным изменениям или активному туберкулезу пневмонита, гипопневматоза или ателектаза сегмента, доли либо всего легкого; нарастающих перибронхиальных, интерстициальных уплотнений, исходящих из корня легкого; одностороннего увеличения и уплотнения корня легкого, главным образом, за счет внутригрудных лимфатических узлов;

IV тип: появление выраженного асимметричного утолщения стенки туберкулезной каверны с полипообразными бугристыми разрастаниями в просвете или в перикавернозной зоне в отсутствие выраженного перифокального воспаления и диссеминации.

Анализ специальной литературы показал, что отмеченная у большинства больных клинико-рентгенологическая симптоматология легочного процесса часто истолковывается неправильно [1,4,6,8]. Особенно затруднительна диагностика рака легкого у больных туберкулезом и у лиц с остаточными изменениями после излеченного туберкулеза. Уверенное



предположение о наличии сочетания рака и туберкулеза легких высказывается только у 10–15% больных. В результате этого больные раком легкого при его сочетании с туберкулезом часто поступают в клинику при наличии уже III и IV стадий опухолевого процесса.

По данным медицинской литературы, сочетание рака легких с туберкулезом имеет значительное количество «масок» [2,6]. По мнению некоторых авторов, наиболее распространенной из них является пневмоническая. Плевритическая «маска» сочетания туберкулеза с раком легких нередко служит препятствием для постановки правильного диагноза. У больного туберкулезом пожилого возраста развитие экссудативного плеврита должно вызвать подозрение на бронхокарциному. «Маской» бронхогенного рака у больного туберкулезом легких может быть слипчивый процесс в плевральной полости.

*Особенности клинических проявлений при данной сочетанной патологии*

Последовательность развития туберкулеза и рака легких и возможность их одновременного сочетания обуславливают клиническую картину. Необходимо учитывать факт, что оба заболевания определенный период могут протекать либо бессимптомно, либо с минимальными клиническими проявлениями, при этом имеют сходную клинко-рентгенологическую картину, что значительно затрудняет диагностику на ранних этапах.

Опухоли располагаются преимущественно в III, VIII и X сегментах правого легкого. Клинически сочетание рака и туберкулеза можно разделить на 3 периода: бессимптомный, выраженных симптомов рака и метастатический. Признаки злокачественного поражения легких: одышка, надсадный кашель, кровохарканье, боли в грудной клетке, общая слабость, утомляемость, похудание, повышение температуры, боли в длинных трубчатых костях. При запущенных процессах появляется синюшность слизистых и акроцианоз, изменение концевых фаланг в виде «барабанных палочек», вирховские метастазы, физикально-пероральные хрипы и стенохическое дыхание.

*Рентгенологическое обследование*

При присоединении к туберкулезу центрального рака наиболее ранними рентгенологическими признаками служат перемежающаяся гиповентиляция и эмфизема одного из сегментов или всей доли пораженного легкого. Нередко отмечается появление свежих очагов или фокусов в результате дольковых ателектазов и пневмонита, которые под влиянием антибиотиков широкого спектра быстро рассасываются, что не свойственно туберкулезу. Наиболее убедительными, хотя и поздними, рентгеновскими признаками центрального рака являются ателектаз сегмента или доли, а также увеличение тени корня легкого, что не отмечают при вторичном туберкулезе.

Чрезвычайно ценным методом диагностики является рентгенологическое исследование с применением томо-

графии, позволяющее обнаружить изменения, обусловленные раком легкого.

Высокорезультативны при выявлении рака легкого: бронхоскопия в сочетании с биопсией (преимущественно при центральной его форме); катетеризация периферических бронхов с аспирационной биопсией (главным образом, при периферической форме). Решающее значение в верификации диагноза на ранних стадиях имеет цитологическое или гистологическое исследование биоптата легкого и лимфатических узлов. Может быть проведено цитологическое исследование мокроты для выявления в ней атипических клеток, хотя этот метод нередко результативен на более поздних этапах развития болезни.

Анализируя причины позднего выявления рака у больных туберкулезом, установлено, что они связаны с недостаточно внимательным изучением клинко-рентгено-лабораторных материалов и неполным использованием современных инструментальных и биопсических методов исследования.

## ВЫВОДЫ

Проблема ранней и своевременной диагностики сочетанной патологии туберкулеза и рака легких остается чрезвычайно актуальной и сложной.

Значительно затрудняет диагностику на ранних этапах этой сочетанной патологии сходная клинко-рентгенологическая картина.

Причины несвоевременной диагностики сочетанной патологии: неправильная оценка данных исследования; недостаточное знание врачей клиники патологии; стертость течения заболевания; позднее обращение больных;

При более тщательном изучении клинко-рентгено-лабораторных данных можно во многих случаях избежать запоздалой диагностики.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Подгаевская Т.П. Сочетания туберкулеза и рака легких / Подгаевская Т.П. // Укр. пульмонолог. журн. – 2000. – №2. – С. 52–56.
2. Коган А.Е. Склероз и канцерогенез / Коган А.Е. // Арх. патологии. – 1992. – №8. – С. 5–11.
3. Подгаевская Т.П. Выявление ранних изменений при раке в эксперименте и клинике / Подгаевская Т.П. // Укр. пульмонолог. журн. – 1998. – №3. – С. 59–62.
4. Раданов Р. Туберкулез легких в сочетании с другими заболеваниями / Раданов Р., Тодоров С.; пер. с болг. // Медицина и физкультура, София, 1974. – 261 с.
5. Суслов Е.И. Новый подход в изучении онкогенеза опухолей легких / Суслов Е.И., Подгаевская Т.П., Галахин К.А., Пленов С.Н. // Укр. пульмонолог. журн. – 1993. – №3. – С. 28–30.
6. Хейфец С.Л. Рак и туберкулез / Хейфец С.Л. – М., 1969. – 167 с.
7. Суслов Е.И. Роль ДНК-протеин-Са<sup>2+</sup>-комплексов в канцерогенезе / Суслов Е.И., Подгаевская Т.П., Пленов С.Н. и др. // Журн. АМН Украины. – 1997. – №3. – С. 282–290.
8. Садовников А.А. Туберкулез и рак легкого / Садовников А.А. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 1996. – №1. – С. 57–61.

### Сведения об авторах:

Разнатовская Е.Н., к. мед. н., доцент каф. фтизиатрии и пульмонологии ЗГМУ.  
 Просветов Ю.В., д. мед. н., доцент, зав. каф. фтизиатрии и пульмонологии ЗМАПО.  
 Писаренко Т.Д., невропатолог-менингиолог КУ «Областного тубдиспансера» ЗОС.

### Адрес для переписки:

Разнатовская Елена Николаевна. 69035, г. Запорожье, ул. Перспективная, 2, КУ «Областной тубдиспансер» ЗОС, каф. фтизиатрии и пульмонологии ЗГМУ.  
 Тел.: (061) 236 64 27.  
 E-mail: raznatovskaya.zp@rambler.ua