

Тамашакина Г.Н.<sup>1</sup>, Кривонос П.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии, Минск, Беларусь

<sup>2</sup>Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

## Трудности диагностики рака легкого у пациентов с бактериовыделением

### Введение

Дифференциально-диагностический поиск при легочной патологии направлен на исключение в первую очередь опухолевой или туберкулезной природы заболевания. Указание на контакт с индексным пациентом или перенесенный в прошлом туберкулез, а также обнаружение на рентгенограмме или КТ остаточных посттуберкулезных изменений (ОТИ) является весомым аргументом, чтобы заподозрить специфический характер патологии легких или бронхов. Известно, что ОТИ являются не только фактором риска туберкулеза, но также предрасполагают к развитию неспецифических воспалительных заболеваний и опухолевых процессов. Обнаружение микобактерий туберкулеза (МБТ) в биологическом материале играет решающую роль в диагностике туберкулеза легких и бронхов. Однако часто это принимается за единственный аргумент в диагностике туберкулеза, даже несмотря на наличие других нехарактерных признаков специфического процесса. При этом дополнительные исследования для подтверждения туберкулезной природы болезни не проводятся или они назначаются с большим опозданием. Необходимо помнить о том, что МБТ, особенно однократно, могут выявляться и при других бронхолегочных заболеваниях, особенно при наличии деструктивных процессов и ОТИ. Кроме того, туберкулезный процесс различной активности может сочетаться с другими заболеваниями легких, в том числе и с опухолевыми процессами.

### Цель исследования

Оценить значение бактериовыделения при проведении дифференциальной диагностики туберкулеза и рака легкого в условиях фтизиатрического стационара.

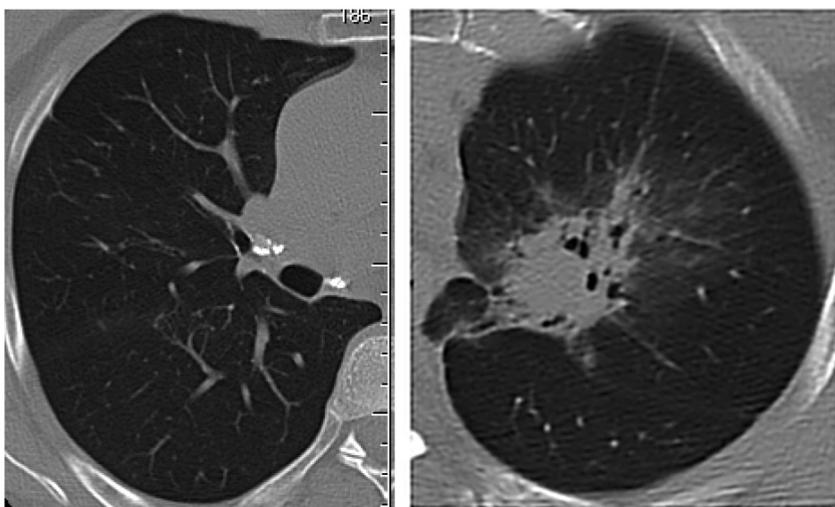
### Материалы и методы

Нами проанализированы результаты комплексного клиничко-рентгенологического, бронхологического и бактериологического обследования 202 пациентов с впервые диагностированным раком легкого, которые находились на обследовании в РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии в 2006–2016 гг.

Критерии включения в исследуемую группу были: впервые диагностированный случай рака легкого, подтвержденный результатами бронхологического и морфологического исследования биопсийного материала; обнаружение МБТ любым методом в биологическом материале. Исследуемую группу составили 32 пациента (15,8%) в возрасте от 49 до 78 лет, из них 24 (75%) были мужчины и 8 (25%) женщины.

### Результаты и обсуждение

Изменения в легких выявлены у 20 (62,5%) пациентов при обращении к врачу терапевту с респираторными жалобами, а у 12 (37,5%) чел. – при плановом рентгенофлюорографическом обследовании. У 17 (53,1%) пациентов ранее (в сроки от 2 до 10 лет) был диагностирован туберкулез и они получали соответствующее лечение. У 22 (68,8%) пациентов, до поступления в клинику РНПЦ ПиФ, были обнаружены МБТ. При поступлении в клинику: у 15 (46,9%) человек процесс трактовался как впервые выявленный туберкулез легких, у 7 (21,9%) – рецидив специфического процесса, а у 10 (31,2%) чел. проводилась дифференциальная диагностика, в т. ч. У 5 – с опухолью легкого.



**Рис.1. КТ пациентки К., 63 года. Крупные кальцинаты в правом легком в проекции S3 и главного бронха. Слева на верхушке участок уплотнения легочной ткани ноздреватой структуры с лучистыми тяжами, перигиллярным интерстициальным компонентом. КТ мало соответствует специфическому процессу**

У большинства пациентов (75%) при рентгенологическом исследовании выявлялись ОТИ в виде ограниченного или распространенного фиброза, плотных очагов и кальцинатов в корнях легких. Следует отметить, что у 22 (68,8%) пациентов рак легкого локализовался именно в зоне ОТИ, чаще фиброзного характера, у 10 (31,2%) пациентов – вне зоны ОТИ (рис. 1).

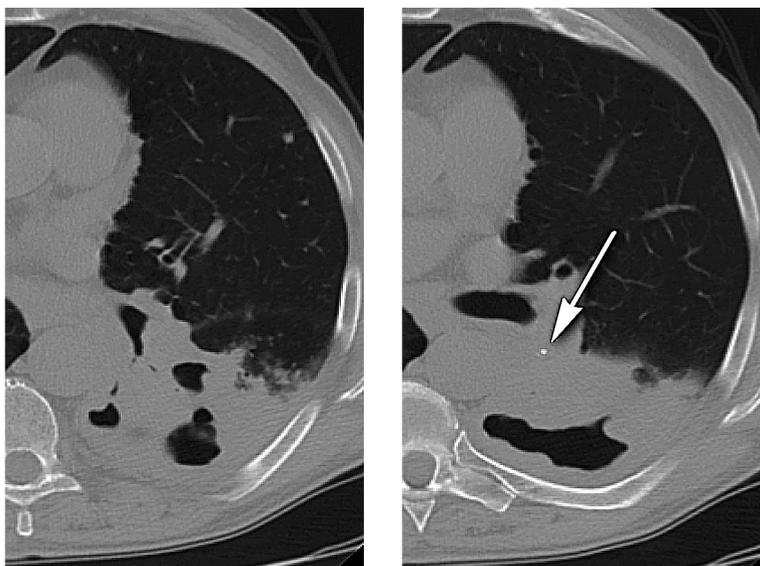
По результатам проведенного обследования у 24 (75%) пациентов диагностирована центральная, а у 8 (25%) - периферическая форма рака легкого. По системе TNM у 27 (84,4%) человек выявлены запущенные стадии рака (3–4 ст.), и 1–2 стадия болезни – только у 5 чел. У 21 (65,6%) пациента имел место сочетанный процесс – туберкулез и рак легкого. У 4 человек рак развился на фоне хронического течения туберкулезного процесса, а у 17 (53,1%) человек опухоль привела реактивации туберкулеза

При бронхоскопии установлено, что у 13 (40,6%) пациентов имелось поражение опухолью сегментарного бронха, у 9 (28,1%) – долевого, у 9 чел. опухоль распространялась на соседний долевоый, промежуточный и главный бронхи и у 1 – на трахею и второй главный бронх. У 25 (78,1%) пациентов имелась экзофитная, а у 7 (21,9%) – перибронхиальная форма роста опухоли.

При изучении динамики и характера бактериовыделения установлено, что у 4 (12,5%) пациентов имелось многократное обильное выделение МБТ с МЛУ на протяжении 12–16 мес. Рентгенологический процесс у них трактовался как фиброзно-кавернозный (ФКТ) или инфильтративный туберкулез легких в фазе распада (рис. 2).

Однократное бактериовыделение со скудным ростом МБТ было у 9 (28,1%) пациентов, из них у 5 – с впервые выявленными изменениями в легких. Повторное однократное бактериовыделение установлено у 10 (31,2%) человек, причем эпизод бактериовыделения повторялся только через 5–10 месяцев противотуберкулезного лечения.

Сроки наблюдения пациентов (19 чел.) с одно- или двукратным бактериовыделением и скудным ростом колебались от 3 до 7 мес. у 12 чел., от 13,8 до 56 месяцев – у 7 человек.



**Рис. 2.** КТ пациентки Л., 77 лет. На фоне нарушенной пневмотизации в левом легком определяется неправильной формы полостное образование с утолщенными стенками и неровным внутренним контуром. «Обрублен» бронх S6. На фоне патологического уплотнения определяется единичный кальцинат. КТ картина мало соответствует специфическому процессу

У 9 (28,1%) пациентов повторное многократное бактериовыделение обнаружено через 4–9 мес. лечения на фоне постоянной отрицательной рентгенологической динамики процесса. У 4 человек бактериовыделение характеризовалось скудным ростом и наличием лекарственной устойчивости МБТ. У 5 пациентов сначала было однократное бактериовыделение со скудным ростом, а в процессе лечения появился многократный обильный рост МБТ с МЛУ. Период наблюдения за 9 пациентами составил от 11,0 до 62,5 месяцев.

Обращает внимание, что сроки установления рака легкого зависели от характера бактериовыделения. Так, при скудном и однократном бактериовыделении в более ранние сроки пациентам проводились КТ легких и бронхологическое исследование, поскольку отсутствовала положительная динамика процесса от противотуберкулезной терапии. Начальные стадии рака легкого диагностированы, в основном, у пациентов имевших скудное бактериовыделение.

При наличии повторного бактериовыделения, особенно с МЛУ, диагностика рака легкого была поздней. Только при ухудшении состояния пациента, появлении болей в груди, сильной слабости, одышки, кровохарканья и/или прогрессировании процесса назначалось необходимое обследование.

#### **Заключение**

Обнаружение МБТ в мокроте и наличие ОТИ при неоднозначной рентгенологической картине процесса, чаще всего врачами трактуется в пользу туберкулеза. Повторное бактериовыделение, обнаружение МЛУ МБТ является подтверждением туберкулеза и дальнейшее обследование, в том числе КТ и бронхоскопия, проводятся только при ухудшении состояния пациента или прогрессировании процесса в легких. При нетипичных клинико-рентгенологических проявлениях туберкулеза, несмотря на бактериовыделение, необходимо продолжать диагностический поиск, используя, КТ, ФБС, для выявления опухолевого процесса в легких.