

Тамашакина Г.Н., Кривонос П.С\*.

**ДИАГНОСТИКА ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКОГО У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЛЕГКИХ//** Современные проблемы диагностики и лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза. Материалы международной научно-практической конференции «Проблемы мультирезистентного туберкулеза в Беларуси и пути их решения», г. Минск, 10-11 октября 2013 года, Минск, 2013, С.151-153.

УЗ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии», \*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

После перенесенного туберкулеза органов дыхания в 95-96% случаях формируются остаточные изменения различного характера и выраженности в легочной ткани, внутригрудных лимфатических узлах, плевре и бронхах. Остаточные посттуберкулезные изменения (ОТИ) большинством исследователей рассматривается как один из факторов, предрасполагающих к развитию опухолевого процесса. Важно учесть, что врачи противотуберкулезных учреждений, при наличии ОТИ клинико-рентгенологические проявления рака легкого на ранних стадиях, чаще всего расценивают как рецидив туберкулеза, и своевременно не проводят углубленного рентгенологического и бронхологического обследования, что и является одной из причин поздней диагностики рака легкого у данной категории пациентов.

**Целью настоящей работы** явилось изучение клинико-рентгенологических проявлений и возможности ранней диагностики периферического рака легкого (ПРЛ) у пациентов с наличием ОТИ.

**Материал и методы.** Нами проанализированы результаты клинико-рентгенологического и лабораторного обследования 38 пациентов с впервые установленным ПРЛ, которые находились на обследовании в РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии (РНПЦ ПиФ) в 2006-2011г. Диагноз рака легкого во всех случаях был подтвержден при морфологическом исследовании биопсийного материала бронхологического обследования и у 3 случаях по данным аутопсии. ОТИ, различной степени выраженности выявлены у 20 пациентов с ПРЛ (52,6%), которые и составили исследуемую группу. Средний возраст пациентов данной группы составил  $60,1 \pm 2,5$  года, большинство из них (15чел.) были мужского пола. В соответствии с общепринятой классификацией ОТИ были разделены на малые (МОИ), которые определялись у 11 (55%) пациентов, и большие (БОИ) – у 9 чел. (45%). У 10 чел. МОИ визуализировались только по данным компьютерной томографии (КТ). 7 чел. ранее лечились от туберкулеза легких в сроки от 8 мес. до 10лет, 3 из них наблюдались у фтизиатров с неактивным туберкулезом легких. До поступления в клинику пациенты были обследованы в различных лечебных учреждениях, КТ грудной полости было проведена 3 чел., бронхоскопия без биопсии - 2 пациентам и 8 чел. были консультированы онкологом. Курсы антибиотикотерапии проведены 9 пациентам, а 3 – противотуберкулезное лечение сроком от 2-х месяцев до 2-х лет. У 6 пациентов за 1,5-2,5 года до последней госпитализации выявлялись патологические изменения на флюорограммах. Дальнейшее обследование им не проводили.

**Результаты и обсуждение.** При поступлении в клинику РНЦ ПиФ только у 7 пациентов ПРЛ, наряду с туберкулезом, рассматривался как возможное заболевание, в остальных случаях предполагался неспецифический воспалительный процесс или туберкулез легких, в т.ч. у 1 пациента были обнаружены КУМ. Сроки установления диагноза ПРЛ: до 10 дней -12чел., до 15 дн. - 4 чел., свыше 1 мес. – 3 чел., до 4 мес. – 1чел. Малые остаточные посттуберкулезные изменения (МОТИ) имелись у 11 (55%) пациентов, большие остаточные изменения (БОТИ) - у 9 (45%) пациентов. У 10 чел. ОТИ визуализировались только по данным КТ. ОТИ располагались в правом легком – у 8 (40%) пациентов, в левом легком – у 3 (15%), в обоих легких – у 6 (30%) чел. и в области

бифуркации трахеи у 3 чел. ОТИ имели вид фиброзно-очаговых фокусов (3 чел.), в том числе с кальцинацией (6 чел.) плевры и пневмофиброза и кальцинацией (3 чел.), кальцинатов (8 чел. – 40%) в легком и лимфоузлах. ПРЛ локализовался в правом легком у 12 чел. (60%), в левом легком – у 7 чел. (35%), и у 1 чел. (5%) изначально имелись изменения в обоих легких. Выявлено большое разнообразие локализации ПРЛ по сегментам: в 1-2 сегменте легкого (9 чел. -45%), в 6 сегменте (3 чел. -15%), в 3 сегменте (5 чел.-25%), 4 и 9 сегменты (2 чел.-10%), и в разных сегментах обоих легких (1 чел.). При рентгенологическом исследовании ПРЛ имел вид округлого фокуса (7 чел.- 35%), фокуса неправильной формы (6 чел. - 30%), а также инфильтрата (4 чел.- 20%) или группы очагов и фокусов сливного характера (3 чел. -15%). Имели различный характер и контуры тени, что затрудняло интерпретацию рентгенологических проявлений ПРЛ. Неоднородность структуры тени или полость деструкции в очаге отмечено у 8 (40%) пациентов. ОТИ и ПРЛ локализовались в 1 сегменте легкого у 7 (35%) чел., и в одной доле или в легком (по 3 чел.). Наличие ОТИ в доле с ПРЛ затрудняло диагностику у 8 (40%) чел. Причем у 4 чел. опухоль развилась непосредственно в зоне ОТИ. Наличие ОТИ в одной доле с ПРЛ затруднило диагностику у 8 (40%) чел. Только у 3 чел. ОТИ определялись в непораженном опухолью легком. Затрудняло диагностику ПРЛ и наличие изменений корня/корней легкого (10 чел.), в виде потери его структурности, смещения, расширения и деформации. Чаще всего рентгенологические изменения трактовались, как туберкулез или неспецифический воспалительный процесс и только у 7 чел. не исключался ПРЛ. После КТ ПРЛ или диагностика процесса с опухолью легкого предполагалась у 12 (66,7%) чел. Всем пациентам была выполнена фибробронхоскопия (ФБС) с биопсией. У 14 (70%) пациентов выявлены эндоскопические признаки поражения бронхов (централизация ПРЛ), чаще сегментарных или субсегментарных ветвей (10 чел.), а также прорастание опухоли в главный бронх из метастатически пораженных лимфоузлов средостения (3 чел.). При централизации ПРЛ в бронхи экзофитный рост опухоли имел место у 5 чел., эндоперибронхиальный рост - у 6 чел. При эндоперибронхиальном росте основным симптомом являлось циркулярное сужение бронха. У 6 чел. патология в бронхах не была выявлена. Несмотря на отсутствие визуальных изменений в бронхах, выполнялась щипцовая биопсия для морфологической верификации диагноза. Биопсия проводилась с учетом локализации процесса, согласно данным КТ. Установить и/или верифицировать диагноз удалось при морфологическом исследовании биопсийного материала. По результатам комплексного исследования ПРЛ 1-2 стадии установлен у 6 (30%) пациентов, 3-4 стадии – у 14 (70%) чел. В гистологической структуре преобладала аденокарцинома (13 чел.- 65%) и плоскоклеточный рак (6 чел.- 30%), и 1 чел. имела карциноидная опухоль (1 чел.-5%). Таким образом, наличие у пациентов ОТИ является не только фактором риска рецидива туберкулеза, но и предрасполагает к развитию ПРЛ. Повышает возможность ранней диагностики рака легкого проведение КТ и ФБС, в том числе и повторных исследований в максимально ранние сроки.

P.Kryvanos, G.Tamashakina

Bacilli Shedding Significance in Differential Diagnostics

of Lung Tuberculosis and Cancer// Фізіологічний журнал, т.59, № 4, 2013, додаток, с.19

Belorussian State Medical University, Scientific Practical Centre for Pulmonology and Phthysiology

**Aim.** To study bacilli shedding character in patients with lung tuberculosis and cancer.

**Methods.** We analysed results of complex examination of 80 patients with new detected lung cancer in clinic of Scientific Practical Centre for Pulmonology and Phthysiology during 2006-2010.

**Results.** We detected MBT in sputum of 13 (16.1%) patients, 7 of them had tuberculosis formerly – 2-10 years ago. 10 patients had central cancer and 3 patients peripheral lung cancer.

Most of patients (11 persons) had advanced (3-4 stage) lung cancer forms. Lung cancer diagnosis was confirmed with bronchoscopy and morphological studies of biopats in all the cases. 9 patients had localized lung cancer in zone of posttuberculosis changes. Only 1 patient had profuse and frequent bacilli shedding; 7 patients had single or dual bacilli shedding; 5 patients had second bacilli shedding in 5-10 months. 12 patients had drug resistance.

3 patients had active tuberculosis and lung cancer simultaneously; 3 patients had cancer on back – ground of chronic tuberculosis; 2 patients had tuberculosis reactivation thanks to tumor.

**Summary.** Physicians interpret MBT detection in sputum or posttuberculosis changes in tuberculosis favour during differential diagnostics. The further examination is conducted only in aggravation of clinical and roentgen data of illness.