

УДК: 616.24-006.6-07

І.Т. П'ЯТНОЧКА, С.І. КОРНАГА, Ю.В. ДОВБУШ (Тернопіль)

ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ РАКУ ЛЕГЕНЬ В ОБЛАСНОМУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОМУ ДИСПАНСЕРІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

У статті наведені дані про частоту раку легень і плеври у стаціонарі обласного протитуберкульозного диспансеру за останні роки і шляхи покращення діагностики на догоспітальному етапі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **туберкульоз, рак легень, діагностика.**

В умовах сучасної епідемії туберкульозу, його патоморфозу, повсюдно спостерігається збільшення захворюваності на рак легень. Організаційні форми та методи виявлення злویкисного процесу у легенях подібні до тих, що застосовуються при туберкульозі легень, тому проблема легеневої онкології тісно переплітається з проблемою фтизіатрії. Діагностика раку легень ускладнюється тим, що захворювання деякий час перебігає безсимптомно, і симптоматика бронхокарциноми не патогномонічна, а споріднена з іншими захворюваннями, передусім з туберкульозом [2]. До того ж протитуберкульозний диспансер є діагностичним центром, куди направляються для уточнення діагнозу і лікування хворі з підозрою на туберкульоз, пухлини та інші захворювання [1]. Пошук та удосконалення методів діагностики з метою виявлення ранніх форм туберкульозу і раку легень є одним з основних напрямків практичної охорони здоров'я, зокрема фтизіатричної служби.

Метою дослідження було вивчення частоти та найбільш інформативних методів діагностики раку легень у протитуберкульозному диспансері.

Матеріали і методи. Досліджувалися частота і найбільш інформативні методи діагностики раку легень у стаціонарі протитуберкульозного диспансеру за останні п'ять років. Проаналізовано 477 медичних карт стаціонарних хворих, які страждали на злویкисні новоутворення. Цифровий матеріал піддавався статистичній обробці з обчисленням показника достовірності.

Результати дослідження та їх обговорення. У 2007–2012 рр. у протитуберкульозному стаціонарі перебували 7637 хворих, у тому числі 3507 (45,9%) з туберкульозом легень і 4130 (54,1%) з неспецифічними легеневиими захворюваннями. Кількісна динаміка хворих з неспецифічними захворюваннями, у тому числі і раком легень, у відсотковому відношенні щороку зростала (табл. 1).

Таблиця 1. Співвідношення хворих на туберкульоз до осіб з неспецифічними легеневиими захворюваннями (%)

Рік	Усі хворі	Захворювання	
		Туберкульоз	Неспецифічний процес
2007	1684	49,2	50,8
2008	1628	48,7	51,3
2009	1534	44,8	55,1*
2010	1381	42,5	57,5*
2011	1410	43,2	56,8*
Разом	7637	45,9	54,1*

Примітка: * – показник вірогідно відрізняється від хворих на туберкульоз ($p < 0,05$).

Це свідчить про сучасний патоморфоз легеневиими захворювань, спорідненість клінічної картини, труднощі діагностики та неповноцінне обстеження хворих на догоспітальному етапі. Достовірна перевага пацієнтів з неспецифічними

легеневиими захворюваннями є невиправданою, як з погляду на якість діагностики, лікування, так і ризику інфікування хворих мікобактеріями туберкульозу.

Подібна закономірність спостерігалася щодо онкологічної патології по відношенню до хворих на туберкульоз (табл. 2).

Таблиця 2. Відсоткове співвідношення хворих з онкологічною патологією до пацієнтів з туберкульозом легень

Рік	Туберкульоз (абс. число)	Злоякісний процес (%)
2007	829	11,1
2008	793	13,1
2009	689	13,8
2010	587	15,8
2011	609	15,3
Разом	3507	13,6

Як видно з даних таблиці 2, співвідношення раку легень до туберкульозу щорічно зростало, що свідчить як про ріст онкологічної патології взагалі, так і про недостатню діагностику на догоспітальному етапі. Загалом за останні п'ять років було госпіталізовано 477 хворих з онкологічною патологією.

При направленні хворих у стаціонар здебільшого ставиться діагноз однієї з клінічних форм туберкульозу легень, найчастіше інфільтративного (43,4%). Поєднання активного туберкульозу з раком легень спостерігались у 4,2%, із залишковими змінами туберкульозу легень – у 8,8%, первинного екстраторакального новоутворення – у 6,3% випадків. Структура кінцевих діагнозів була наступною: центральний рак легень – 74,6%, периферичний – 13,6%, карциноматоз – 3,1%, мезотеліома плеври – 2,3%, метастатичний процес в легені чи плевру – 6,3%. Отже, найчастіше спостерігалися помилки при центральній та периферичній формах раку легень, що пояснюється їх значною частотою і схожістю з туберкульозним інфільтратом і туберкульозом [5]. Клінічні прояви злоякісного процесу були різноманітними, що залежало від різних чинників. Так, при центральному раку легень задишка відмічалася у 48,4%, біль у грудній клітці – у 42,1%, підвищення температури тіла – у 27,9%, легенева геморагія – у 19,5%. На загал, при різних формах новоутворення при цитологічному дослідженні харкотиння у 49,3% хворих виявлені ракові клітини, у 54,7% – еритроцити і у 38,4% – метаблазований епітелій. Водночас при дослідженні лаважної рідини з бронхів ракові клітини виявлені лише у 32,5% пацієнтів, у мазках з бронхів при браш-біопсії – у 67,3%. Отже, при цитологічному дослідженні харкотиння і, зокрема, в мазках з бронхів, у переважній більшості хворих на рак легень виявляють ракові клітини. Це широкодоступно, вигідно і результативно. Однак найбільш інформативним методом діагностики раку легень виявився бронхологічний. Діагноз центрального раку легень встановлено і верифіковано за допомогою бронхологічного дослідження (фібро-бронхоскопії) у 339 (95,2%), при периферичному – у 25 (38,5%); при комп'ютерній томографії – у 68,3%

(із 41 обстеженого) і при рентгенографії – у 44,4% обстежених. Отже, базисним методом при первинній діагностиці раку легень слід вважати фібро-бронхоскопію і комп'ютерну томографію.

Функція зовнішнього дихання при раку легень була зниженою за більшістю показників. Це, передусім, порушення вентиляції обструктивного характеру, що слід пояснити втратою еластичності бронхів внаслідок перибронхіального ракового лімфангоїту, метастазів у внутрішньогрудні лімфатичні вузли. Інвазія ракових клітин у лімфатичні капіляри, що дрениують уражений вузол і навколишню строму, викликає блокаду лімфатичних шляхів. Така ситуація створює передумову розвитку механічної недостатності лімфодинаміки, а це супроводжується більш значними вентиляційними порушеннями, погіршенням газообміну, зниженням сатурації крові киснем до 92% [3;4].

Слід зазначити, що патологічні зміни в легенях здебільшого (73,4%) були виявлені при зверненні пацієнтів за медичною допомогою до лікаря-терапевта чи фтизіатра зі скаргами з боку органів дихання. До госпіталізації в протитуберкульозний диспансер 51,4% пацієнтів отримували неспецифічну протизапальну терапію в умовах поліклініки чи стаціонару, без позитивного клінічного чи рентгенологічного ефекту.

Причинами несвоєчасної або помилкової діагностики раку легень здебільшого є недостатнє обстеження хворих, неправильна інтерпретація клініко-рентгенологічних і лабораторних даних, труднощі діагностики; рідше – гіпердіагностика туберкульозу, відсутність онконастороженості, атиповий перебіг захворювання, відмова від додаткових обстежень. Проте в умовах обласного протитуберкульозного диспансеру, на догоспітальному етапі, основними причинами помилкової госпіталізації є недовикористання наявних методів дослідження, зокрема цитологічного дослідження мокротиння і, перш за все, високоінформативного бронхологічного і КТ-обстеження. Це дозволило б переважну більшість хворих відразу направляти в онкодиспансер, не гаючи і без того здебільшого втраченого часу. Крім того, перебування пацієнтів у протитуберкульозному

стаціонарі (в середньому 13,6 ліжко-дня) позбавляє їх більш адекватного лікування і сприяє додатковому інфікуванню мікобактеріями туберкульозу.

Висновки

1. Останніми роками у протитуберкульозних стаціонарах зростає кількість непрофільних хворих, зокрема з раком легень, що зумовлено недостатнім обстеженням хворих, труднощами діагностики, низькою онконастороженістю лікарів-фтизіатрів.

2. З метою покращення діагностики раку легень ще на догоспітальному етапі та уникнення необґрунтованої госпіталізації хворих потрібно широко застосовувати сучасне комплексне бронхологічне і КТ-обстеження, а також цитологічне дослідження мокротиння.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні значення цитологічного фону харкотиння при діагностиці раку легень.

Список літератури

1. Бородулин Б. Е. Сочетание заболевания раком и туберкулёзом лёгких / Б. Е. Бородулин // Туберкулёз в России. Год 2007 : материалы VIII Российского съезда фтизиатров. – 2007. – С. 398.
2. Волков В. С. Бронхоскопия в дифференциальной диагностике поражений бронхов при туберкулёзе и онкологических процессах / В. С. Волков // Воен.-мед. журн. – 2007. – Т. 328, № 4. – С. 20–22.
3. П'ятночка І. Т. Диференціальна діагностика туберкульозу і раку легень в закладах протитуберкульозної служби : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук / І. Т. П'ятночка. – К., 1993. – 36 с.
4. П'ятночка І. Т. Порівняльне вивчення сатурації крові киснем у хворих на туберкульоз і рак легень / І. Т. П'ятночка, С. І. Корнага, Н. В. Тхорик // Вісн. наук. досліджень. – 2012. – № 1. – С. 19–20.
5. Садовников А. А. Инfiltrативный туберкулёз и рак лёгкого / А. А. Садовников, К. И. Панченко // Проблемы туберкулёза и болезней лёгких. – 2007. – № 1. – С. 55–60.

ПУТИ УЛУЧШЕННЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКИХ В ОБЛАСТНОМУ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМУ ДИСПАНСЕРІ

І.Т. Пятночка, С.І. Корнага, Ю.В. Довбуш (Тернопіль)

В статті приведені дані про частоту раку легких і плеври в стаціонарі обласного противотуберкульозного диспансера за останні роки та шляхи покращення діагностики на догоспітальному етапі.

КЛЮЧЕВІ СЛОВА: туберкульоз, рак легких, діагностика.

WAYS OF IMPROVING PRE-HOSPITAL DIAGNOSIS OF LUNG CANCER IN THE REGIONAL TUBERCULOSIS DISPENSARY

I.T. Pyatnochka, S.I. Kornaga, Yu.V. Dovbush (Ternopil)

The article presents data on the incidence of lung cancer and pleura in regional TB dispensary in recent years and ways to improve diagnosis in the pre-hospital phase.

KEY WORDS: tuberculosis, lung cancer, diagnosis.

Рукопис надійшов в редакцію 05.11.2012
Рецензент: д.мед.н., проф. О.М. Голяченко