

## ЗАМІТКИ ІЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.24-006+616.24-002.5

Багрій М.М., Клим В.М., Луцак О.М., Тарасевич Н.Р., Марчук О.В. \*, Варнава Н.Я.

**Рак легень, поєднаний із туберкульозом**

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

\*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Резюме.** Питання поєднаного туберкульозу та раку легень набуває значної актуальності, оскільки все частіше виявляються випадки комбінації даних захворювань. Відсутність єдиної концепції канцерогенезу в цілому та недостатньо чіткі клініко-рентгенологічні критерії розпізнавання поєднаних процесів у легенях зумовлюють низьку ефективність диференційної діагностики раку легень з туберкульозом. У статті наведено клінічний випадок поєднаних захворювань: спочатку у пацієнта було виявлено пухлинний утвір, з приводу якого проводилось оперативне втручання - лівобічна розширена пульмонектомія, проте при патогістологічному дослідженні операційного матеріалу було виявлено не тільки розростання плоскоклітинного неороговівачого раку, а й специфічне туберкульозне запалення. Післяопераційний період проходив без ускладнень, після чого пацієнт був виписаний з рекомендаціями подальшого лікування та регулярного огляду у фізiatра та онколога.

**Ключові слова:** рак, туберкульоз, торакотомія, пульмонектомія.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.**

Рак легень у фізiatричних пацієнтів зустрічається в 4,5-7 разів частіше, ніж в популяції. Частота раку легень серед хворих на туберкульоз коливається від 0,4% до 8,2% [2]. Частота ж метатуберкульозних змін й активного туберкульозу у хворих на рак легень становить 0,35-35% [5].

Поєднання туберкульозу та раку легень в даний час виявляється все частіше, особливо у чоловіків старших 40 років. Відсутність єдиної концепції канцерогенезу в цілому та недостатньо чіткі клініко-рентгенологічні критерії розпізнавання поєднаних процесів у легенях зумовлюють низьку ефективність диференційної діагностики даної поєднаної патології. Впевнене припущення про наявність поєднання раку та туберкульозу легень висловлюється тільки у 10-15% хворих. У результаті цього хворі на рак легень при його поєднанні з туберкульозом часто надходять в клініку при наявності вже III і IV стадій пухлинного процесу [4, 5].

На сьогоднішній день снують такі гіпотези щодо розвитку раку легень у поєднанні з туберкульозом:

1. Туберкульоз і рак легень – антагоністи: в країнах з високою смертністю від туберкульозу частота захворюваності на рак легень є відносно невисокою. Крім того, зниження смертності від туберкульозу, як правило, призводить до збільшення кількості смертей від раку легень.

2. Поєднання раку та туберкульозу легень є випадковим, тобто це два незалежні паралельні процеси. При цьому можуть уражатися обидві легені, різні частки однієї і тієї ж легені, патологічні осередки можуть розміщуватись поруч одне з одним чи знаходитись разом в певній обмеженій ділянці легені. При цьому латентна туберкульозна інфекція не має ніякого відношення до розвитку злоякісних пухлин.

3. Туберкульоз як передракове захворювання: хронічні запальні процеси в легенях стимулюють метаблізм епітелію бронхів або відіграють роль канцерогенного фактору, ініціюючи розвиток злоякісного захворювання.

4. Рак легень є передумовою для розвитку туберкульозу: пухлина викликає сприятливі зміни для розвитку туберкульозного процесу в легеневої тканині, знижуючи як місцевий, так і загальний імунний статус організму. Ракова пухлина здатна викликати такі патологічні зміни в легеневої тканині, які не тільки підготовлюють шлях до інвазії організму людини мікобактерії туберкульозу, але й стають сприятливим середовищем для подальшого прогресування патологічного

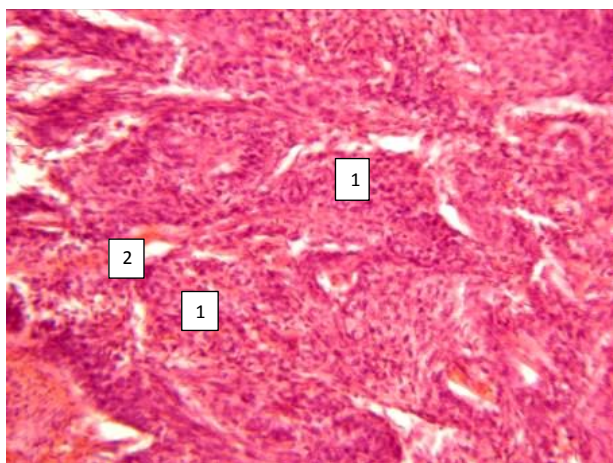
процесу. Згідно з літературними даними, вважається, що рак може викликати загострення за давнього інфекційного процесу. Доказом цього є дані, які свідчать про те, що ракова пухлина в процесі свого розвитку здатна руйнувати загострені фокуси туберкульозного ураження, вивільняючи при цьому збудника туберкульозу. Проте більшість вчених пов'язують розвиток та загострення туберкульозного процесу в легенях при одночасній наявності в ній раку станом, що характеризується зниженням загальної опірності організму та прогресуючою раковою кахексією. Для прикладу В. Fried в своїй науковій роботі чітко зазначав, що коли діагноз туберкульозу легень діагностується після попереднього виявлення ракового процесу тієї ж самої локалізації, то поширеність специфічного процесу буде обмежуватись тільки стороною локалізації обох поєднаних процесів [1, 3, 6].

Зважаючи на епідеміологічну ситуацію в Україні з приводу захворюваності на туберкульоз та рак легень, яка постійно погіршується у зв'язку з недостатньою ефективністю протиракових та протитуберкульозних профілактичних заходів, знання практичними лікарями даної поєднаної патології набуває значної актуальності [3].

**Клінічний випадок**

Пацієнт В., 1954 р.н., 16.04.2014 поступив у відділення торакальної хірургії ОКЛІ м. Івано-Франківська в ургентному порядку зі скаргами на задишку, продуктивний кашель з виділенням слизистого харкотиння, періодичне кровохаркання, схуднення на 20 кілограм за 5 місяців, загальну слабкість та підвищення температури тіла до 38°C. Загальний стан хворого середньої важкості, частота дихальних рухів до 25 на 1 хвилину, пульс 122 за 1 хвилину, артеріальний тиск-140/90 мм рт. ст. З анамнезу хвороби відомо, що на протязі року у хворого були приступи кровохаркання, однак за медичною допомогою він не звертався. Хворий госпіталізований в торакальне відділення через 3 дні після погіршення загального стану, відколи появилася гіпертермія і почастішали випадки кровохаркання. У приймальному покої хворому виставлено діагноз: об'ємний процес лівої легені, ускладнений кровохарканням, дихальна недостатність II ступеня. При об'єктивному огляді: шкірні покриви бліді, в легенях дихання везикулярне, з жорстким відтінком з обох сторін, зліва ослаблене на всьому протязі. При пальпації грудної клітки, надключичних та акслярних ділянок збільшених лімфатичних вузлів не виявлено.

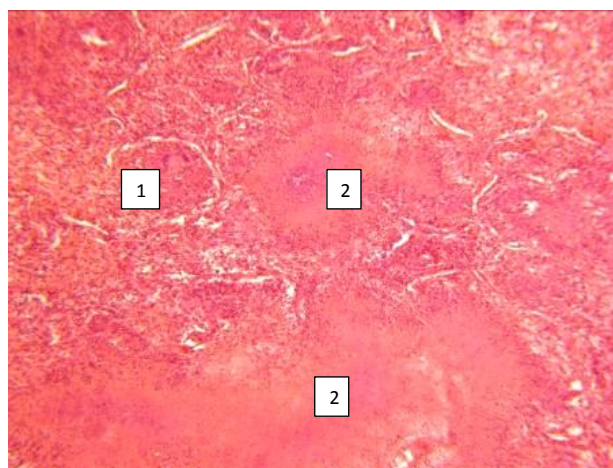
З метою верифікації патологічного процесу, встановлення клінічного діагнозу, вирішення тактики лікування, визначення показів до імовірного оперативного втручання, хворому проведено ряд додаткових методів обстеження. За даними рентгенографії органів грудної клітки (ОГК) (16.04.14) виявлено ателектаз верхньої частки легень зліва. Дані комп'ютерної томографії ОГК (16.04.14): об'ємний процес верхньої частки лівої легені, гіповентиляція нижньої частки лівої легені. Відеофібробронхоскопія (ВФБС) (17.04.14) – виявлено центральний рак верхнього часткового бронха зліва з поширенням на головний бронх. З ділянки ураження взято біопсію. Результат патогістологічного дослідження біоптату бронха (22.04.14) – плоскоклітинний неороговівачий рак. Висновки спірометрії (18.04.2014): дихальна недостатність II ступеня по змішаному типу. Проведені обстеження серцево-судинної системи, травного тракту та черевної порожнини (електрокардіографія, ехокардіоскопія, езофагогастроуденофіброскопія, колоноскопія,



**Рис. 1.** Плоскоклітинний неороговівуючий рак часткового бронха (операційний матеріал). 1 – солідні комплекси ракових клітин, 2 – судини.  
Забарвлення: гематоксилін та еозин. Зб.:  $\times 400$

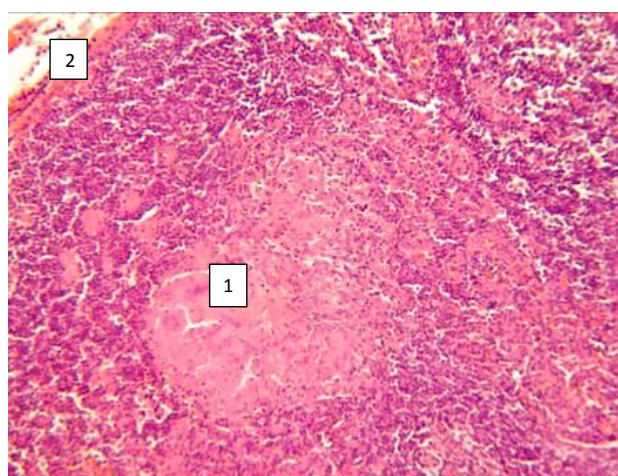
ультразвукова діагностика) патологічних змін не виявили. Аналіз крові (16.04.14): еритроцити  $3,05 \times 10^{12}$  в 1 л, Hb 115 г/л, гематокрит 0,37, загальний білок 60,8 г/л, сечовина 5,8 ммоль/л, креатинін 93,5 мкмоль/л, протромбінів індекс 90,5%, фібриноген 5,3 г/л. Хворий був проконсультований суміжними спеціалістами - пульмонологом, онкологом, анестезіологом та кардіологом. На основі отриманих результатів було вирішено провести планове оперативне втручання - лівобічну пульмонектомію.

Протягом двох тижнів хворому проводили передопераційну підготовку з метою покращення морфофункціонального стану здорової легені та серцево-судинної системи методом використання інфузійної та консервативної симптоматичної терапії. 06.05.14 під ендотрахеальним наркозом хворому проведена лівобічна бокова торакотомія. Під час операції виявлено облітерацію плевральної порожнини фібринозними нашаруваннями, проведена мобілізація легені із руйнуванням міжплевральних злук. При огляді легеневої тканини було виявлено пухлинний процес в корені лівої легені із проростанням в перикард, ексудативний перикардит, збільшені регіонарні лімфатичні вузли чорно-сірого кольору різних розмірів. При пальаторному обстеженні легені виявлені фіброзні зміни в обох долях. Проведена розширена лівобічна пульмонектомія, часткова перикардектомія з аспірацією перикардіального випоту, який взято на цитологічне дослідження. Видалені всі видимі лімфатичні вузли та патологічно змінена середостінна клітковина, встановлений один дренаж по методу Бюлау в VII міжребер'ї по задньо-аксілярній лінії зліва. Проведений кінцевий контроль на гемостаз, аеростаз, поширене зашивання торакотомної рани. Макроскопічно: при розрізі видаленої легеневої тканини виявлено масивний пухлинний процес  $10 \times 15$  см з ділянками розпаду. Після операції пацієнта переведено у відділення реанімації та інтенсивної терапії, де проводилась інгаляція кисню через маску, продовжувалась антибактеріальна, інфузійна та симптоматична терапія. По дренажу виділилась значна кількість геморагічного ексудату (до 300 мл). Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. На другу добу після оперативного втручання хворий переведений у відділення торакальної хірургії. На третю добу забрано дренажну трубку. На десяту добу після операції забрані шви з торакотомної рани. Рана загоїлась первинним натягом. При повторній фібробронхоскопії (13.05.14): ендоскопічна картина відповідає стану після лівобічної пульмонектомії, культя лівого головного бронху герметична. На повторних рентгенографіях ОГК (07.05.14, 14.05.14, 01.06.14): зліва легеневе поле без легеневого малюнку, в проекції лівого ко-



**Рис. 2.** Специфічне туберкульозне запалення в оперативно видаленій легені. 1 – епітеліоідноклітинно-гігантоклітинні гранульоми, 2 – різного розміру осередки казеозного некрозу.  
Забарвлення: гематоксилін та еозин. Зб.:  $\times 40$

рени механічний апаратний шов, лівий купол діафрагми зміщений догори, середостіння зміщене вліво, що відповідає стану після лівобічної пульмонектомії. Аналіз пунктату з плевральної порожнини (14.05.14, 23.05.14): мікроскопічно відзначаються лейкоцити до 100 в полі зору, з переважною кількістю лімфоїдних елементів (80%) та поодинокі клітини мезотелію; атипові клітини та мікобактерії туберкульозу не виявлено. Результат аналізу ексудату з перикардіальної порожнини взятої під час оперативного втручання (13.05.14): атипових клітин та мікобактерій туберкульозу не виявлено. Дані патогістологічного дослідження операційного матеріалу – бронх з пухлиною (12.05.14): розростання плоскоклітинного неороговівуючого раку (рис. 1). Дані патогістологічного дослідження операційного матеріалу – альвеоларна паренхіма (12.05.14): в усіх досліджуваних фрагментах легеневої тканини наявне специфічне туберкульозне запалення у вигляді міліарних і більшого розміру епітеліоідно-клітинних гранульом та різного розміру осередків казеозного некрозу, які оточені епітеліоїдними клітинами та клітинами Пирогова-Лангханса (рис. 2); Дані патогістологічного дослідження операційного матеріалу – лімфатичні вузли (12.05.14): – туберкульозний лімфаденіт (рис. 3). В жодному з досліджуваних фрагментів лімфатичних вузлів не виявлено мета-



**Рис. 3.** Туберкульозний лімфаденіт. 1 – епітеліоідноклітинно-гігантоклітинна гранульома у лімфатичному вузлі, 2 – капсула лімфатичного вузла.  
Забарвлення: гематоксилін та еозин. Зб.:  $\times 200$

статичних уражень.

Пацієнт був виписаний (03.06.14) з рекомендаціями подальшого лікування і регулярного огляду фізійатра та онколога за місцем проживання. Оглянутий через 3 місяці. Скарг не було.

### Висновки

1. Проблема ранньої та своєчасної діагностики поєднаної патології туберкульозу і раку легень залишається надзвичайно актуальною і складною. Значно ускладнює діагностику на ранніх етапах цієї поєднаної патології подібна клініко-рентгенологічна картина.

2. Причини несвоєчасної діагностики поєднаної патології: неправильна оцінка даних дослідження; недостатнє знання лікарів клініки патології; прихований та нечіткий перебіг захворювання; пізнє звернення хворих за медичною допомогою.

3. Наслідки даних захворювань залежать від своєчасної діагностики та лікування поєднаної патології.

### Література

1. Зелений В.М. Рак легень у поєднанні з туберкульозом // Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2007. – №6. – С. 59-60.
2. Коган Е.А. Туберкулёз лёгких и карциногенез // Пульмонология. – 1997. – №3. – С. 46-52.
3. Подгаевская Т.П. Рак лёгких в сочетании с туберкулёзом // Український медичний часопис. – 2001. – №1 (21). – С. 96-101.
4. Разнатовская Е.Н., Просветов Ю.В., Писаренко Т.Д. Актуальность проблемы сочетанного течения туберкулёза и рака лёгких // Запорожский медицинский журнал. – 2011. – Т. 13, №2. – С. 42-43.
5. Редькин А.Н., Григоренко С.А., Панкратова С.А. Клинико-морфологические особенности рака легких в сочетании с туберкулезом органов дыхания с позиций кластерного анализа // Практическая медицина. – 2009. – №4 (36). – С. 33-35.
6. Садовников А.А., Панченко К.И. Туберкулёз легких и рак / Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. – №3. – С. 3-9.

Багрий Н.Н., Клим В.М., Луцак О.М., Тарасевич Н.Р., Марчук О.В. \*, Варнава Н.Я.

#### Рак легких в сочетании с туберкулезом

ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет»

\* Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

**Резюме.** Вопрос одновременного сочетания туберкулеза и рака

легких приобретает значительную актуальность, поскольку все чаще выявляются случаи комбинации данных заболеваний. Отсутствие единой концепции канцерогенеза в целом и недостаточно четкие клинико-рентгенологические критерии распознавания объединенных процессов в легких обуславливают низкую эффективность дифференциальной диагностики рака легких с туберкулезом. В статье приведен клинический случай сочетанных заболеваний: сначала у пациента было обнаружено опухолевое образование, по поводу которого проводилось оперативное вмешательство - левосторонняя расширенная пульмонэктомия, однако при патогистологическом исследовании операционного материала было обнаружено не только разрастание плоскоклеточного неороговяющего рака, но и специфическое туберкулезное воспаление. Послеоперационный период проходил без осложнений, после чего пациент был выписан из рекомендаций дальнейшего лечения и регулярного осмотра у физиотерапевта и онколога.

**Ключевые слова:** рак, туберкулез, торакотомия, пульмонэктомия.

М.М. Bahrii, V.M. Klym, O.M. Lutsak, N.R.Tarasevych, \*O.V. Marchuk, N.Ya. Varnava

#### Lung Cancer Associated with Tuberculosis

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

\*Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University, Vinnitsa, Ukraine

**Abstract.** Tuberculosis associated with lung cancer has become a question of great importance, as the number of cases of these two diseases' combinations increases. The lack of a unified concept of carcinogenesis in general and unclear clinical and radiographic criteria for the recognition of these combined processes in lungs result in poor differential diagnostics of lung cancer with tuberculosis. This article presents a clinical case of combined diseases. First, a tumor mass was detected in the patient, and surgery and left sided pneumonectomy were conducted. However, during histopathological examination of surgical specimens, not only overgrowth of non-keratinizing squamous cell carcinoma, but also a specific tuberculosis inflammation was found. The postoperative period passed without complications. Then the patient was discharged with recommendations for further treatment and regular supervision of phthisiologist and oncologist.

**Keywords:** cancer, tuberculosis, thoracotomy, pneumonectomy.

Надійшла 23.03.2015 року.

УДК:616.314.18-002+616.314.16)-039:616.724

Телішевська О.Д.

### Хвороби, що імітують скронево-нижньощелепні розлади. Пульпіт, періодонтит, тріщина кореня зуба

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. Львів, Україна.

[telishevskia.o@gmail.com](mailto:telishevskia.o@gmail.com)

**Резюме. Предмет.** За публікаціями низки авторів [1,6,7,8,14] частота скарг на порушення функції скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) коливається від 27 до 76%. При деталізованому опитуванні можливо виявлення як супутніх патологій, які можуть впливати на розвиток скронево-нижньощелепних розладів (СНР) (остеохондроз шийного відділу хребта, ендокринна патологія, психоемоційна травма тощо), так й інших стоматологічних хвороб, що можуть імітувати СНР [3]. **Мета роботи.** Виявлення хвороб стоматологічного характеру, що можуть імітувати скронево-нижньощелепні розлади. **Матеріал і методи дослідження.** На кафедрі ортопедичної стоматології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького обстежено 80 пацієнтів із підозрою на скронево-нижньощелепні розлади,

частина з яких була скерована лікарями-стоматологами на консультацію. **Результати роботи.** За результатами обстеження пацієнтів розділили на дві групи: перша – із підтвердженими СНР; друга – з виявленою іншою патологією, що імітувала СНР. Із 80 обстежених пацієнтів із підозрою на СНР діагноз був підтверджений у 59 (73,75%) осіб. Решта 21 (26,25%) мали ті чи інші хвороби, що імітували симптоматику СНР. У другій групі пацієнтів серед інших хвороб, що імітували СНР виявлено 6 пацієнтів із пульпітом, періодонтитом, тріщиною кореня зуба, що склало 28,5% пацієнтів другої групи. **Висновки.** На первинному прийомі пацієнтів лікарі-стоматологи повинні обстежувати не тільки порожнину рота, але й звертати увагу на всю зубо-щелепну систему та очікувати можливу імітацію скронево-нижньощелепних