

© Г.М.Бояркин, М.К.Калеченков, А.Ф.Малиновский, Е.С.Побегалов, 2006.

Г.М.Бояркин¹, М.К.Калеченков², А.Ф.Малиновский², Е.С.Побегалов² КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЁГКОГО У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ

¹Санкт-Петербургская городская туберкулёзная больница №2²Санкт-Петербургская Медицинская Академия последипломного образования
г. Санкт-Петербург, Россия**Аннотация**

Нерандомизированное параллельное когортное сравнительное исследование 116 больных раком легкого и 111 больных раком легкого на фоне туберкулеза легких. Сопутствующий туберкулез усугубляет клинику рака легкого, затрудняет дифференциальную диагностику, определение метастатического поражения лимфатических узлов средостения, снижает функциональную операбельность пациентов, увеличивает риск тяжелых интра- и послеоперационных осложнений, ухудшает отдаленные результаты оперативного лечения.

Ключевые слова: легкие; туберкулёз лёгких; рак лёгкого; диагностика; стадирование; хирургическое лечение.

E-mail: thorax@peterlink.ru

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: выявление особенностей клиники, диагностики, хирургического лечения и его результатов у больных с сочетанием рака и туберкулёза лёгких.

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ: нерандомизированное параллельное когортное сравнительное исследование.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: изучены истории болезней 227 пациентов, находившихся на лечении по поводу туберкулёза лёгких (ТБЛ) и/или немелкоклеточного рака лёгкого (РЛ) в отделении торакальной хирургии Санкт-Петербургской городской туберкулёзной больницы №2 с 1996 по 2001 гг. В зависимости от характера патологии пациенты были разделены на две группы: больные РЛ и сопутствующим активным либо перенесённым ранее ТБЛ (группа РЛ+ТБЛ: 111 пациентов) и больные РЛ, не страдавшие ТБЛ (группа РЛ: 116 пациентов). Средний возраст больных в группе РЛ+ТБЛ составил 61,3±0,9 лет, в группе РЛ – 60,1±1,0 лет. В группе РЛ+ТБЛ мужчин было 90,1%, а женщин – 9,9%, в группе РЛ мужчин – 85,3%, а женщин – 14,7%. Стадии РЛ в группе сочетания с Т I- 19,8%, II- 18,9%, III- 27,9%, IV- 33,4%, в группе РЛ I- 20,6%, II- 21,6%, III- 25,9%, IV- 31,9%. Статистически значимые различия между группами по полу, возрасту пациентов и частоте стадий РЛ отсутствовали (p>0,05).

Для оценки возможностей дифференциальной диагностики компьютерной томографии органов грудной клетки во фтизиатрической практике предпринято также проспективное исследование 10 пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Длительность наблюдения до госпитализации в хирургический стационар в группе РЛ+ТБЛ варьировала от нескольких дней до 36 месяцев с медианой 3 месяца, а в группе РЛ достигала 60 месяцев при медиане также в 3 месяца.

73 (65,8%) пациента в группе РЛ+ТБЛ страдали активным ТБЛ, в 13,7% наблюдений этой группы выявлено бацилловыделение. Наиболее часто опухоли в группе РЛ+ТБЛ локализовались в верхней доле правого лёгкого (34,2%) и в верхней доле левого лёгкого (18,0%). Частота практически всех жалоб в группе РЛ+ТБЛ была выше, чем в группе РЛ. Сравнение частоты отдельных симптомов выявило статистически достоверные различия между группой РЛ+ТБЛ и группой РЛ по частоте жалоб на кашель и астению (p<0,05).

Сравнение рентгенологической картины показало, что в группе РЛ+ТБЛ среди опухолей центральной локализации чаще встречается визуализируемое поражение крупных бронхов с нарушением вентиляции, частыми сопутствующими инфильтративно-воспалительными изменениями.

Сочетание РЛ с ТБЛ затрудняет диагностику метастатического поражения внутригрудных лимфатических узлов. По данным сравнительного исследования подгрупп больных, оперированных по поводу РЛ (49 пациентов) и сочетания РЛ+ТБЛ (34 пациента) проведен анализ чувствительности, специфичности и точности рентгеномографии в оценке метастатического поражения бронхопульмональных, трахеобронхиальных и медиастинальных лимфатических узлов. Обнаружено, что сопутствующий и перенесённый ТБЛ снижает возможность выявления и надёжности диагностики метастатического поражения лимфатических узлов (таблица 1). При оценке состояния лимфатических узлов средостения активный ТБЛ, сопутствующий РЛ, снижал точность диагностики в большей мере (до 65,2%), нежели метатуберкулёзные изменения.

По данным проспективного исследования 10 пациентов с сочетанием РЛ+ТБЛ, проведённого в нашей клинике, чувствительность рентгеномографии, компьютерной томографии, интраоперационной ревизии в оценке метастатического поражения бронхопульмональных и трахеобронхиальных лимфатических узлов была сходной и составила около 75% по отношению к результатам патологоанатомических исследований операционных препаратов. При этом наиболее специфичным оказалось рентгеномографическое исследование (83,3%), менее специфичными – компьютерная томография (66,7%), интраоперационная ревизия (50%). В оценке метастатического поражения лимфатических узлов средостения чувствительность компьютерной томографии и интраоперационной ревизии составила 98%, а рентгенографии – лишь 50%, что совпадает с данными литературы. Специфичность всех методов исследования была сходной (~83%).

При ЭКГ-исследовании в группе РЛ+ТБЛ выявлена достоверно большая частота явлений перегрузки правых отделов сердца по сравнению с группой РЛ (40% против 25%; p<0,05).

Частота функциональной неоперабельности в группе РЛ+ТБЛ была достоверно выше, чем в группе РЛ: 21,6% против 6,9% (p<0,001). Радикально оперированы 34 (30,6%) больных группы РЛ+ТБЛ и 49 (42,2%) пациентов группы РЛ (p>0,05).

Соотношение выполненных операций по объёму характеризовалось недостоверно большей долей пневмонэктомий в группе РЛ+ТБЛ: 35,3% против 32,6% в группе РЛ (p>0,05). В группе РЛ+ТБЛ из-за посттуберкулёзного спячного процесса в области корня лёгкого чаще вынужденно выполнялась интраперикардальная обработка сосудов корня лёгкого. В группе РЛ причиной расширения объёма операции выступала опухолевая инвазия окружающих

Таблица 1.

Чувствительность, специфичность, точность диагностики метастатического поражения различных групп лимфатических узлов рентгеномографическим методом

Группы лимфатических узлов	Бронхопюльмональные и трахеобронхиальные			Медиастинальные		
	Чувствительность (%)	Специфичность (%)	Точность (%)	Чувствительность (%)	Специфичность (%)	Точность (%)
РЛ	54	71	67	33	78	75
РЛ+ТБЛ	33	63	53	25	80	73

структур. Интраоперационные осложнения в группе РЛ+ТБЛ отмечены в 2 (5,9%) случаев вследствие значительной интраоперационной кровопотери, обусловленной выраженным спаечным процессом. В группе РЛ интраоперационных осложнений не было. Средняя кровопотеря, медиана длительности операции в группах РЛ и РЛ+ТБЛ не различались.

Частота послеоперационных осложнений в группе РЛ+ТБЛ была достоверно выше, чем в группе РЛ (соответственно 20,6% и 18,4%; $p>0,05$), причём наибольшее число осложнений наблюдалось у больных с сопутствующим активным ТБЛ (осложнения развились у 6 – 26,1% - из 23 пациентов этой подгруппы).

Несостоятельность культи бронха составила 5,9% в группе РЛ+ТБЛ (оба случая несостоятельности произошли у больных с сопутствующим активным ТБЛ) и 4,1% в группе РЛ ($p>0,05$). Риск развития тромбоза лёгочной

артерии в группе РЛ был достоверно выше, чем в группе РЛ+ТБЛ (соответственно 6,1% 2,3%; $p>0,05$).

Средняя продолжительность жизни после операции в группе РЛ+ТБЛ составила 37,6±6,7 месяцев, в группе РЛ – 43,9±5,4 месяцев ($p>0,05$).

ВЫВОДЫ: сопутствующий ранее перенесенный и в особенности активный ТБЛ достоверно усугубляет выраженность клиники РЛ, затрудняет дифференциальную диагностику, а также стадирование по критерию N (прежде всего определение метастатического поражения лимфатических узлов средостения), достоверно ограничивает функциональную операбельность пациентов. Кроме того, у таких больных имеется статистически недостоверная тенденция к увеличению риска интра- и послеоперационных осложнений, ухудшению отдалённых результатов оперативного лечения.

G.M.Boyarkin, M.K.Kalechenkov, A.F.Malinovskiy, E.S.Pobegalov.

CLINICAL FEATURES, DIAGNOSIS AND SURGERY OF NON-SMALL CELL LUNG CANCER IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS.

*St.Petersburg Municipal Tuberculosis Hospital No. 2
St.Petersburg Medical Aca-demy of Postgraduate Education.
St.Petersburg, Russia.*

Non-randomized concurrent cohort comparison of 116 patients with lung cancer and 111 patients with lung cancer and pulmonary tuberculosis. In patients with non-small-cell lung cancer, concomitant or previous pulmonary tuberculosis deteriorates detection of lymph node involvement, decreases patients' functional operability, increases intra- and postoperative morbidity, decreases postoperative survival time.

Keywords: lung; pulmonary tuberculosis; lung cancer; diagnosis; staging; surgery

© Т.Л.Визило, И.А.Писарева, И.М.Устьянцева и соавт., 2006.

Т.Л.Визило, И.А.Писарева, И.М.Устьянцева, О.И.Хохлова, И.В.Власова
ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ КАК СЛЕДСТВИЕ РАННЕГО РАЗВИТИЯ
АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ

*Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» Минэнерго РФ
Ленинск-Кузнецкий, Россия*

Аннотация

Изучены особенности течения ишемического инсульта у лиц моложе 50 лет. Показано, что у пациентов с выраженным неврологическим дефицитом отмечен наиболее высокий уровень гомоцистеинемии. Гипергомоцистеинемия является дополнительным фактором риска ишемического инсульта. В лечении следует использовать витаминные препараты.

Ключевые слова: ранний атеросклероз, инсульт, гипергомоцистеинемия.

E-mail: vizilo@yandex.ru

Актуальность проблемы развития острых нарушений мозгового кровообращения у лиц моложе 50 лет определяется значительной инвалидизацией и социальной дезадаптацией перенесших их пациентов. У пациентов данной возрастной группы находят ранние, выраженные и распространенные атеросклеротические изменения церебральных, коронарных и периферических сосудов. Атеротромбоз

является наиболее грозным осложнением атеросклероза. Артериальные тромбозы провоцируют до 95% случаев крупноочаговых инфарктов миокарда, до 85% случаев инсультов, гангрены конечностей, а также инфарктов других органов и являются ведущей причиной смертности во всем мире. В качестве дополнительного фактора риска развития тромбоза активно изучается метаболит обмена ме-