

Ю.Ф. Савенков ^{*},
Ю.Ф. Кошак ^{**},
І.О. Мальцев ^{***},
І.В. Корпусенко ^{***},
П.Є. Бакулін ^{*}

ГІСТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА РАКУ ЛЕГЕНЬ

КЗ «Дніпропетровське обласне клінічне лікувально-профілактичне об'єднання «Фтизіатрія» ДОР ^{*}
(дир. – д. мед. н., проф. Д.Г. Крижановський)

вул. Бехтерева, 12, Дніпро, 49000, Україна

Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер СТМО «Фтизіатрія» ^{**}

(голов. лікар – В.Д. Рудик)

вул. Підлісна, 26а, с. Великі Гаї, Тернопільський р-н, Тернопільська обл.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» ^{***}

кафедра патологічної анатомії

(зав. – д.мед.н., проф. І.С. Шпонька)

кафедра хірургії № 2

(зав. – д. мед. н, проф. О.Б. Кутовий)

вул. Дзержинського, 9, Дніпро, 49044, Україна

CE «Dnepropetrovsk regional clinical therapeutic and preventive association" Phthisiology» DRC ^{*}

Bekhtereva str., 12, Dnipro, 49000, Ukraine

Ternopil regional antitubercular dispensary STMO «Phthisiology» ^{**}

Pidlisna str., 26a, vil. Velyki Gai', Ternopil district, Ternopil region

e-mail: toktd@tr.ukrtel.net

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine» ^{***}

Department of Pathological Anatomy

Department of Surgery N 2

Dzerzhinsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine

e-mail: dsma@dsma.dp.ua

Ключові слова: туберкульоз легень, рак легень, посттуберкульозні зміни, бронхолегеневі і медіастинальні лімфовузли

Key words: pulmonary tuberculosis, lung cancer, post-tuberculosis changes, bronchopulmonary and mediastinal lymph nodes

Реферат. Гистоморфологические особенности сочетанных форм туберкулеза и рака легких. Савенков Ю.Ф., Кошак Ю.Ф., Мальцев И.А., Корпусенко И.В., Бакулін П.Е. Изучены патоморфологические особенности сочетанных форм туберкулеза и немелкоклеточного рака легких у 72 пациентов, которым проведены радикальные хирургические резекционные вмешательства из трансстернального доступа с использованием медиастинальной лимфодиссекции, среди которых преобладали пневмонэктомии - 63,9%. Выявлены 3 основные категории патоморфологических изменений: рак на фоне посттуберкулезных изменений, рак в туберкуломе, рак в стенке активной каверны. Посттуберкулезные изменения были представлены плотными очагами, фиброзом, участками цирроза, санированными кавернами с гистологическим преобладанием грубоволокнистой соединительной ткани с гигантоклеточными грунудемами, при этом характерно появление участков легочной ткани с атипичной пролиферацией и метоплазией бронхолегочного эпителия, что является предопухолевым состоянием. При этом злокачественный опухолевый процесс был представлен преимущественно аденокарциномами и плоскоклеточным неороговевающим раком и отличался полиморфностью макро- и микроскопической картины. Рак в туберкуломе и стенке фиброзной каверны отличался выраженной активностью туберкулезного процесса в виде лимфогистиоцитарной инфильтрации, очагов казеозного некроза и наличия выраженного грануляционного слоя из клеток Пирогова–Лангханса. Установлены основные морфологические причины канцерогенеза за счет вторичных изменений легочной ткани у больных туберкулезом. Изучены особенности метастазирования злокачественной опухоли на фоне специфических туберкулезных и посттуберкулезных изменений в региональных лимфоузлах, при этом установлена взаимосвязь частоты метастатического поражения с выраженностью в них туберкулезных и посттуберкулезных изменений, что имеет клиническое значение при хирургическом лечении больных с сочетанными формами туберкулеза и рака легких.

Abstract. Histomorphological features of combined forms of tuberculosis and lung cancer. Savenkov Y.F., Koshak Y.F., Malcev I.A., Korpuseenko I.V., Bakulin P.E. *The were studied pathological features of combined forms of tuberculosis and non-small cell lung cancer in 72 patients who underwent radical surgical resection interventions from transsternal access with mediastinal lymph node dissection, with predominance of pneumonectomy - 63.9%. There were identified three main categories of pathological changes: cancer on the background of post-tuberculosis changes, cancer in tuberculoma, cancer in the wall of the active cavity. Post-tuberculosis changes were presented by dense centers, fibrosis, cirrhosis areas, sanitized cavities with histological predominance of coarse fiber connective tissue with giant cell granulomas, with areas characterized by the appearance of the lung tissue with atypical proliferation and metaplasia of bronchopulmonary epithelium, which is a precancerous condition. This malignant tumor process was presented mainly by adenocarcinomas and squamous cell cancer and differed by polymorphic macro- and microscopic picture. Cancer in tuberculoma and fibrous wall cavity differed by pronounced activity of tuberculosis process in the form of lymphohistiocytic infiltration, foci of caseous necrosis and presence of expressed granulation layer of Pirogov-Langhans' cells. The basic morphological causes of carcinogenesis due to secondary changes of lung tissue in patients with tuberculosis were determined. The features of metastasis of malignant tumors on the background of specific tuberculous and post-tuberculosis changes in regional lymph nodes and the interrelation between the frequency of metastatic lesions with severity of tuberculosis and post-tuberculosis changes in them were studied; this has clinical significance in the surgical treatment of patients with concomitant forms of tuberculosis and lung cancer.*

В останній час на фоні епідемії туберкульозу в Україні з'являється все більше хворих на поєднані форми туберкульозу та раку легень, що пов'язано, насамперед, з розвитком значних патоморфологічних змін у легеневої паренхімі у хворих на туберкульоз [3, 4, 5, 8]. Характерні морфологічні зміни при туберкульозному процесі в легенях створюють оптимальні умови для появи злоякісного росту, а також створюють умови для маскуванню пухлини за вираженими посттуберкульозними змінами, що значно утруднює її ранню діагностику [1, 2, 6, 7, 13]. За даними різних авторів, частота поєднаних форм туберкульозу та раку легень становить від 0,8 до 16% [4, 5, 10, 12, 14].

У той же час, незважаючи на значні успіхи вивчення патоморфологічних особливостей поєднаних форм туберкульозу та раку легень у сучасних умовах, не має остаточного усвідомлення цієї проблеми [2], а саме: недостатньо вивчені форми туберкульозних змін, при яких частіше з'являється пухлинний злоякісний ріст, та особливості метастазування раку в регіональні лімфатичні вузли, що є актуальним для вирішення питань щодо ранньої діагностики та хірургічного лікування такої категорії хворих [4, 5].

Мета дослідження – вивчення патоморфологічних особливостей поєднаних форм туберкульозу та раку легень та особливості метастазування раку в регіональні лімфатичні вузли у такої категорії хворих.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Нами були обстежені 72 пацієнти, які лікувалися в легенево-хірургічному відділенні КЗ «ДОКЛПО «Фтизіатрія» ДОР та в Тернопільському обласному протитуберкульозному диспансері СТМО «Фтизіатрія» в період з 2008 по 2016 р. з приводу поєднаних форм туберкульозу

та раку легень. Серед форм туберкульозного процесу у хворих, що досліджувалися, переважали зміни у вигляді конгломератів вогнищ – у 26 (36,1±2,8%), а також залишкові зміни туберкульозу у вигляді фіброзу, щільних вогнищ, туберкулом з ознаками ущільнення та петрифікації, циротичних змін та санованих каверн – 12 (25,0±2,9%). В усіх хворих, які увійшли в дослідження, туберкульоз легень був поєднаним з раком легень, який виник на тлі туберкульозних та посттуберкульозних морфологічних змін. Характерною була локалізація пухлинного злоякісного росту саме в тій легені, в якій мали місце туберкульозні зміни або в якій вони були більш виражені при двобічному туберкульозі легень – у 59 (81,9±3,1%) пацієнтів. Анатомічні форми раку легень були представлені периферичним – 44 (61,1±3,3%) та центральним – 28 (38,9±4,1%) випадків. Розподіл злоякісного пухлинного росту по стадіям проводилося згідно з міжнародною класифікацією TNM на основі інтраопераційної ревізії та патоморфологічного дослідження препаратів. У групі спостереження переважали хворі на II стадію пухлинного процесу – 52 (72,2±3,3%) пацієнти. Хворі з III B та IV стадією в дослідження не включали. Хворим групи спостереження проводилися розширені резекційні хірургічні втручання із трансстернального доступу з виконанням медіастинальної лімфодисекції. Серед хірургічних втручань були виконані: пневмонектомії – 46 (63,9%), лобектомії – 23 (31,9%), білобектомії у 3 (4,2%) пацієнтів.

У дослідження були включені хворі на недрібноклітинний рак легень, поєднаний з туберкульозом, при цьому при виконанні патогістологічного дослідження вірогідно переважали аденокарциноми: 48 (66,6±2,7%) випадків. Також мали місце різні види плоскоклітинного раку –

21 (29,1%±2,5%) випадок. Крім того, у 3 випадках (4,1±0,3%) визначалися інші форми недрібноклітинного раку. Нами проводилося патогістологічне дослідження біопсійного матеріалу та резектатів легені цієї групи хворих за стандартними методиками (фарбування гематоксилін-еозин). Проводилося вивчення структури основного вогнища ураження, перифокальних змін та оточуючих тканин з метою визначення особливостей морфології раку на тлі туберкульозних змін.

Формування та редагування первинної бази досліджених даних проведено на персональній обчислювальній машині «Pentium 5 Intel PC» у середовищі «Windows XP Professional» (номер продукту 42310-789-55779002-675209).

Усі види статистичної обробки виконано за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA) та Excel-2010.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами вивчення біопсійного та резекційного матеріалів хворих нами проведено розподілення клінічних випадків на групи за ознакою активності та форми фонового патологічного процесу – туберкульозу. Так, усі випадки розподілені нами на 3 категорії: рак на тлі посттуберкульозних змін (так званий «рак у рубці»); рак у туберкуломі; рак у стінці активної каверни.

Залишкові зміни туберкульозного процесу хворих, що спостерігалися, характеризувалися як малі (фіброз, щільні вогнища, петрифікати, невеликі сановані каверни) у 35 (48,6±2,8%) та великі 26 (36,1%±2,2%) – у вигляді грубого розповсюдженого фіброзу, цирозу, склеротичних змін, великих санованих каверн, конгломератів вогнищ, великих туберкулом (понад 3 см), розповсюджених щільних вогнищ. Гістологічно посттуберкульозні зміни були представлені переважно склерозом з поодинокими гранульомами, в препаратах переважала груба волокниста сполучна тканина. Іноді зустрічалися вогнища кальцифікації та відкладання кристалів холестерину. Зустрічалися ділянки гіалінозу та антракотичні включення, особливо в субплевральному шарі. Важливою ознакою посттуберкульозних рубцевих змін легені є утворення поліморфних порожнин, що доволі часто об'єднуються між собою та вкриті епітелієм. Клітини епітелію є залишком альвеол та бронхіол, що замкнуті в оточенні фіброзу. Крім того, виявляються розширені залишки альвеол з атиповою проліферацією епітелію у вигляді поліпів. На нашу думку, саме ці клітини епітелію відіграють

основну роль в утворенні первинного пухлинного вузла. Виявляються ознаки гіпертрофії та метаплазії епітелію бронхів, що також, на нашу думку, є джерелом виникнення пухлинного росту. Гістологічно в рубці визначалися багатоморфні ракові клітини, що під час утруднювало верифікацію діагнозу та встановлення форм. Ракові пухлини були представлені солітарними та, рідше, багатовузловими утвореннями з наявністю поліморфних та багатоядерних крупних клітин. Також у пухлинних вузлах визначалися ділянки лімфоцитарно-макрофагальної інфільтрації та коагуляційного некрозу, нерідко в пухлині визначалися антракотичні включення. Аденокарциноми були представлені в препаратах переважно сосочковими, трубчастими, ацинарними та солідними структурами, що продукували слиз. Диференціювання пухлин було різним, також спостерігалися декілька більш рідких типів – високодиференційована аденокарцинома, що також має назву «фетальна», мукозна, або колоїдна аденокарцинома та перстневидно-клітинна. Макроскопічно пухлинний вузол аденокарциноми розташовувався найчастіше в безпосередній близькості від рубцевих посттуберкульозних змін та старих вогнищ і був представлений периферично розташованою залозистою тканиною. На розрізі в деяких випадках макроскопічно можна було спостерігати ділянки некрозу та крововиливів. Мікроскопічна картина аденокарцином на тлі пост-туберкульозних змін (рис. 1) була дуже варіабельною. Зустрічалися великі кубічні, призматичні та полігональні клітини, що мали великі везикулярні ядра з чітко вираженими ядерцями.

Плоскоклітинний рак, як правило, мав центральну локалізацію та розташовувався в головних, дольових та сегментарних бронхах. Макроскопічна картина була характерною: луската поверхня пухлинного вузла, його сухість, сірувато – білий або жовтий колір та наявність крововиливів та ділянок некрозів у чверті спостережень. Нами спостерігалися як екзофітний, так і ендофітний типи росту пухлини з інвазією в оточуючу легеневу тканину та інші органи. Нерідко спостерігалися ділянки ателектазу легеневої тканини за рахунок облітерації просвіту дренажних бронхів. Гістологічно спостерігалися усі види диференціювання плоскоклітинного раку на тлі посттуберкульозних змін у легені, а саме: високо-, середньо- та низькодиференційовані форми. В одному випадку при високому диференціюванні центрального плоскоклітинного раку виникли труднощі з диференційною діагностикою з доброякісним

новоутворенням. Ріст пухлинних клітин зазвичай мав слоїстий характер у вигляді пластів в оточенні фіброзної стромы та ознак вторинного запалення. При низькодиференційованому плоскоклітинному раці ороговіння не спостерігалось, проте були відсутні пласти пухлинних клітин із розсипним хаотичним ростом малігнізованих епітеліоцитів на тлі розпов-

сюдженої інфільтрації. Відмічався виражений ядерний поліморфізм та поява гігантських атипових клітин. Пласти ракових клітин часто вросли в альвеоли з їх заміною та утворенням дрібних ацинусів. У частини хворих нами були зафіксовані поліморфні види плоскоклітинного раку з появою базалоїдних, веретеноподібних, гігантських пухлинних клітин.

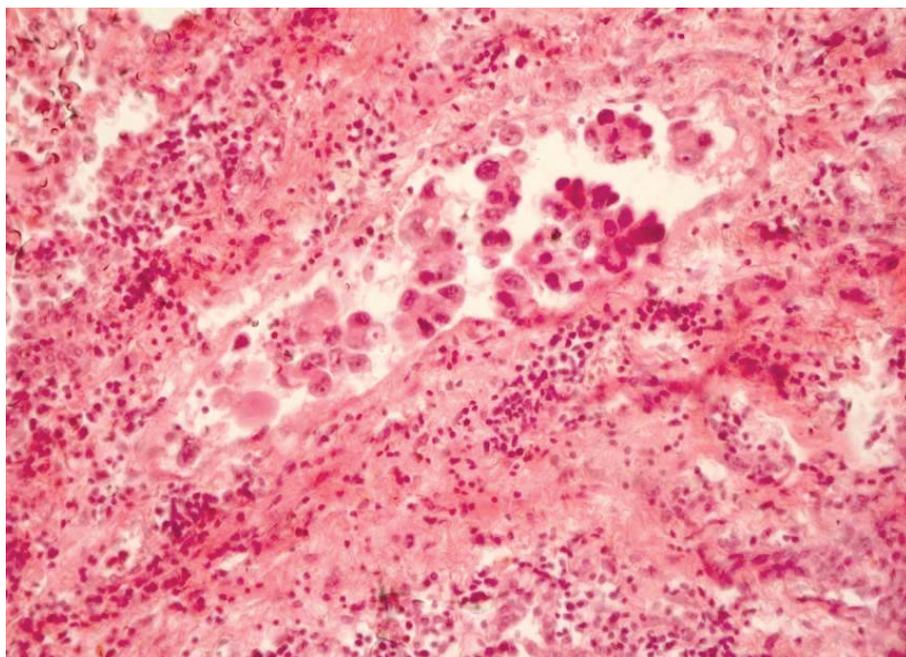


Рис. 1. Гістофотограма аденокарциноми легені на тлі посттуберкульозного фіброзу. Фарбування Гематоксилін–еозин, збільшення x 400

Рак у туберкулозі спостерігався нами у 22 (30,5±3,8%) випадках. Макроскопічно в препараті мали місце туберкуломи різного типу – фіброзні, з деструкцією, казеозом, ознаками апозіційного росту, конгломеративні. Усі вони, як правило, мали гарно виражену фіброзну капсулу з наявністю дрібних вогнищ в оточуючій легеневої тканині або без них. Гістологічно стінка туберкулом сформована грубоволокнистою сполучною тканиною з наявністю вираженого грануляційного шару з гігантських клітин Пірогова – Лангханса на границі з казеозним шаром. Гігантські клітини Пірогова – Лангханса, як правило, розташовані хаотично. При цьому була виражена лімфогістіоцитарна інфільтрація стінки туберкуломи, що відрізняє її від неактивних посттуберкульозних змін, в яких переважають проліферативні зміни. В оточуючій туберкулому легеневої тканині в більшості випадків спостерігалися поліморфні вогнища з фіброзною капсулою та вогнищами казеозного некрозу. Були виражені ознаки активного запалення у вигляді лімфогістіоцитарної ін-

фільтрації, секвестрації казеозних мас. У деяких вогнищах спостерігалися ознаки прогресування специфічного запалення – капсула була набрякла, витончена, в деяких ділянках відсутня, лише під час фарбування за Ван-Гізоном виявлялися хаотично розташовані колагенові волокна; в стінці виявлялися епітеліоїдні гігантоклітинні гранульоми. У бронхах поблизу туберкуломи були наявні ознаки неспецифічного та специфічного запалення. Іноді спостерігалось тотальне туберкульозне ураження стінки бронхів – специфічний панбронхіт з появою вогнищ казеозного некрозу. У провітрі альвеол знаходили фібрин, макрофаги, мононуклеари, нейтрофіли, епітеліоїдні гранульоми та поодинокі гігантські клітини. Навкруги вогнищ легенева тканина переважно з ознаками ателектазів, повнокровна, міжальвеолярні перегородки були інфільтровані лейкоцитами, гістіоцитами, лімфоцитами та потовщені. Плевра поблизу туберкуломи також мала ознаки запалення з появою лімфогістіоцитарної інфільтрації, утворення фіброзу та злук.

Гістологічний аналіз операційного матеріалу показав, що пухлинний раковий вузол найчастіше формувався поблизу та безпосередньо у фіброзній капсулі туберкуломи. На нашу думку, в ділянках специфічного продуктивного запалення, де вогнища дисателектазів за рахунок гіпоксії сприяють процесам фіброзу та склерозу, де виникають процеси дистрофії та деструкції бронхіального епітелію та альвеолоцитів першого та другого порядків, грубо порушується

типова морфологічна структура легеневої тканини з утворенням сприятливих умов для онтогенезу. Чим довше мало місце специфічне туберкульозне запалення, тим частіше виникала загроза появи онкологічного процесу.

Нами спостерігалось поєднання туберкуломи легень переважно з аденокарциномою (рис. 2) та плоскоклітинним раком, морфологічні особливості якого не відрізнялися від описаних вище.

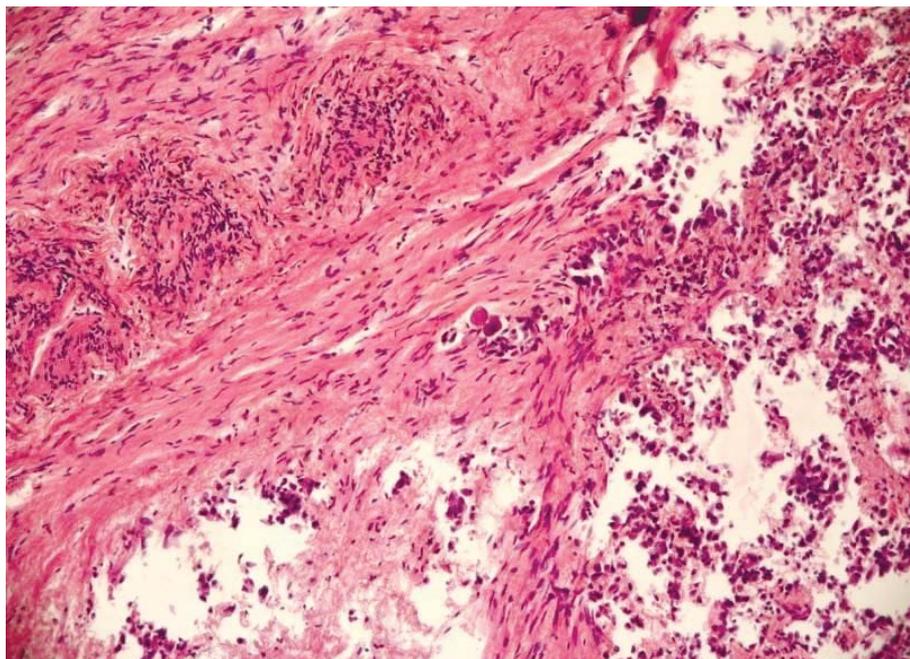


Рис. 2. Гістофотограма туберкуломи легені з ознаками специфічного туберкульозного запалення, поєднаної з аденокарциномою. Фарбування Гематоксилін–еозин, збільшення x 400

При фіброзно–кавернозному туберкульозі легень розвиток раку спостерігався нами в 11 (15,2±1,9%) хворих. Вкрай поліморфна морфологічна картина цього захворювання була представлена процесами продуктивного та ексудативного специфічного запалення одночасно, з наявністю різноманітних каверн, вогнищ, туберкулом, ділянок цирозу, фіброзу, ателектазів, казеозного некрозу тощо. Характерною особливістю цієї групи спостереження є наявність труднощів під час гістологічної верифікації діагнозу раку на тлі вкрай різноманітної морфологічної картини. Іноді пошук первинного пухлинного вузла був ускладнений, особливо при периферичному раку, що потребувало детального гістологічного та імуногістохімічного досліджень. Переважали ознаки активного туберкульозного ураження. Практично в усіх випадках спостерігалися ознаки хронічного бронхіту з ураженням усіх шарів, більш виражена була метаплазія епітелію, ознаки гіпер-

секреції, потовщення та фібротизація базальної мембрани. Всі ці зміни мали сприятливий фон для розвитку пухлинного злоякісного процесу. Найбільш цікавим, з нашої точки зору, є виникнення ракової пухлини в стінці активної фіброзної каверни (рис. 3), що спостерігалось в 7 (9,2%) випадках. При дослідженні операційного матеріалу цих хворих було встановлено, що стінка фіброзної каверни в переважній більшості мала типову будову з 3–х шарів.

Характерною локалізацією ракової пухлини є зовнішній, фіброзний шар. При цьому в переважній більшості нами спостерігався плоскоклітинний рак, що проростав стінку фіброзної каверни з наявністю в ній пухлинних клітин.

З метою вивчення особливостей метастазування в регіональні лімфатичні вузли нами був проведений детальний аналіз морфологічної картини видалених бронхопультмональних та середостінних лімфовузлів у хворих на поєднані форми туберкульозу та недрібноклітинного раку легень (табл.).

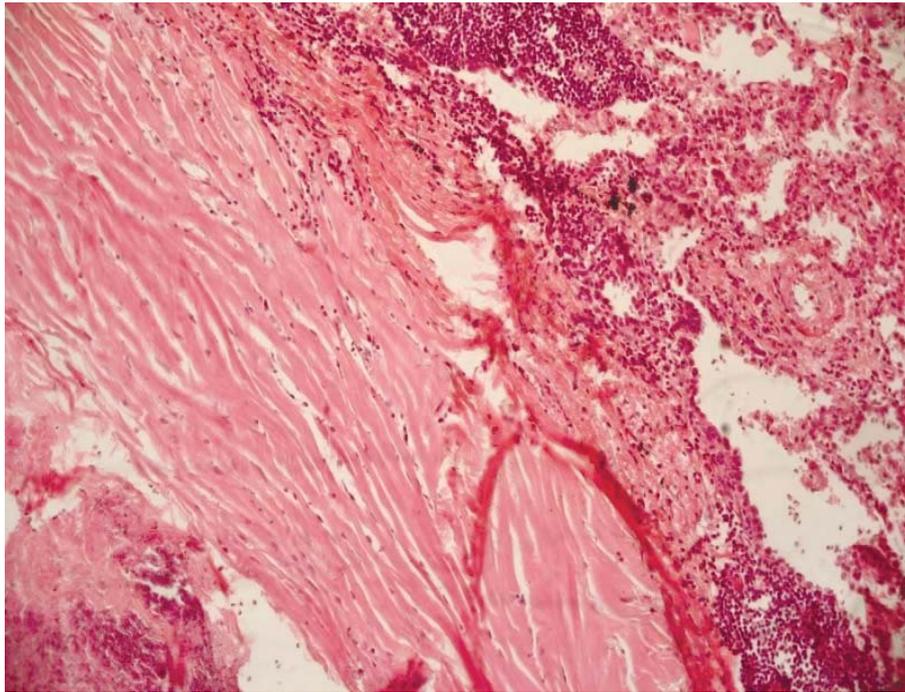


Рис. 3. Гістофотограма плоскоклітинного раку легені в стінці туберкульозної каверни. Фарбування Гематоксилін–еозин, збільшення x 200

Як видно з таблиці, метастазування раку мало місце найчастіше в тих лімфатичних вузлах, морфологічна структура яких не була грубо порушена специфічним туберкульозним ураженням. У них не було виражених процесів склерозу капсули та стромі, вогнищ казеозного некрозу, фолікулярна структура гарно визначалася. На нашу думку, в таких не уражених лімфовузлах була збережена функція дренажу лімфи з легені та ніщо не перешкоджало розповсюдженню метастазів злоякісної пухлини. Навпаки, значні фіброзно–склеротичні зміни та, особливо, наявність «зруйнованих» лімфатичних

вузлів та їх казеозного розплавлення значно перешкоджало метастазуванню. Макроскопічно такі лімфовузли були представлені різко збільшеними конгломератами, що вволікали елементи кореня легені, були щільними, мали різко виражену фіброзну оточуючу тканину та з великими труднощами були виділені під час оперативного втручання. Метастази аденокарциноми та плоскоклітинного раку в таких конгломератах, як правило, знаходили в найменш уражених лімфатичних вузлах, що зустрічалися серед оточуючих вузлів з ознаками вираженого специфічного запалення.

Морфологічні особливості регіональних лімфатичних вузлів у хворих на поєднані форми туберкульозу та недрібноклітинного раку легень

Туберкульозні морфологічні зміни у лімфовузлах	абсолютні показники			
	бронхопульмональні лімфовузли		лімфовузли межистіння	
	метастази присутні	метастази відсутні	метастази присутні	метастази відсутні
Структура лімфовузла не порушена (n=12)	5	1	4	2
Вогнища склерозу, фіброзу в капсулі та стромі (n=9)	3	1	4	1
Фіброзне заміщення структури лімфовузла (n=7)	3	4	-	-
Казеозний некроз (n=10)	1	4	2	3
Усього (n=38)	12	10	10	6

ВИСНОВКИ

1. Патоморфологічна картина раку на тлі туберкульозних та посттуберкульозних змін відрізняється багатоморфністю та в деяких випадках представляє значні диференційно – діагностичні труднощі.

2. Активні туберкульозні та посттуберкульозні морфологічні зміни є сприятливим фоном для появи злоякісного пухлинного росту за рахунок порушень нормальних клітинних взаємовідносин, їх кількісного балансу, появи вогнищ

метаплазії бронхолегеневого епітелію, порушення ангіоархітектоніки легеневої тканини.

3. Чим більше виражені туберкульозні зміни в регіональних лімфовузлах, тим гірші умови в них для метастазування раку за рахунок перешкод для відтоку лімфи та пухлинних клітин. Цей факт, безумовно, має значне клінічне значення в лікуванні хворих на поєднані форми туберкульозу та раку легень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бородулин Б.Е. Сочетанные заболевания раком и туберкулезом легких / Б.Е. Бородулин // *Вопр. онкологии* – 2006. – №1. – С. 105–106.

2. Бояркин Г.М. Клиника, диагностика и лечение немелкоклеточного рака лёгких в сочетании с туберкулёзом: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук / Г.М. Бояркин. – Санкт-Петербург, 2006. – 26 с.

3. Відеоторакоскопія як метод вибору при встановленні етіології синдрому внутрішньогрудної лімфаденопатії та алгоритм її оптимального застосування / М.С. Опанасенко, І.М. Купчак, О.Е. Кшановський [та ін.] // *Укр. пульмонолог. журнал*. – 2016. – № 4. – С. 42–46.

4. Поєднання туберкульозу і раку легень: стан проблеми і клінічний випадок / М.С. Опанасенко, Б.М. Конік, Л.І. Леванда, Л.М. Загаба // *Укр. пульмонолог. журн.* – 2016. – № 3. – С. 68–70.

5. Разнатовская Е.Н. Актуальность проблемы сочетанного течения туберкулеза и рака легких / Е.Н. Разнатовская, Ю.В. Просветов, Т.Д. Писаренко // *Запорож. мед. журнал*. – 2015. – Т. 13, № 2. – С. 42–43.

6. Роль відеоторакоскопії та відкритої біопсії для морфологічної діагностики дифузних захворювань легень / О.Е. Кшановський, М.С. Опанасенко, І.М. Павлюк, Л.М. Загаба // *Укр. пульмонолог. журнал*. – 2014. – № 1. – С. 50–51.

7. Цветкова О.А. Сложности дифференциальной диагностики туберкулеза и рака легкого при наличии полостного образования / О.А. Цветкова, Н.А. Позднякова // *Мед. помощь* – 2005. – № 2. – С. 19–23.

8. Aoki K. Excess incidence of lung cancer among pulmonary tuberculosis patients / K. Aoki // *Japn J. Clin. Oncol.* – 2013. – Vol. 23, N 4. – P. 205–220.

9. Bhatt M.L.B. Pulmonary tuberculosis as differential diagnosis of lung cancer / M.L.B. Bhatt // *Diagnostic dilemia*. – 2012. – Vol. 1, N 1. – P. 36–42.

10. Chandrasekhar H.R. Bronchioloalveolar carcinoma mimicking military tuberculosis / H.R. Chandrasekhar // *J. Assoc. Physicians. India*. – 2001. – Vol. 49. – P. 281–282.

11. Cicenias S. Lung cancer in patients with tuberculosis / S. Cicenias // *World J. Surgical Oncology*. – 2007. – N 5. – P. 22.

12. Endri M. Differential diagnosis of lung nodules: breast cancer metastases and lung tuberculosis // *Infez. Med.* – 2010. – Vol. 18, N 1. – P. 39–42.

13. Kumar R. Role of bronchoscopy in evaluation of cases with sputum smear negative pulmonary tuberculosis, interstitiallung disease and lung malignancy: A retrospective study of 712 cases / R. Kumar, N. Gupta // *Indian J. Tuberculosis*. – 2015. – Vol. 62, N 1. – P. 36–42.

14. Vento S. Tuberculosis and cancer: a complex and dangerous liaison / S. Vento, M. Lanzafame // *Lancet Oncol.* – 2011. – N 12. – P. 520–522.

REFERENCES

1. Borodulin BE. [Comorbidity cancer and pulmonary tuberculosis]. *Vopr. Onkologii*. 2006;1:105-6. Russian.

2. Boyarkin GM. [Clinic, diagnostics and treatment of non-small cell lung cancer in combination with tuberculosis]. *Dis. kand. med. nauk*. 2006;34-35. Russian.

3. Opanasenko MS, Kupchak IM, Kshanovs'kiy OE. [Diatomaceae as a method of choice for determining the etiology of lymphadenopathy syndrome votron and an algorithm for its optimal use]. *Ukr. pul'monol. zhurn*. 2016;4:42-46. Ukrainian.

4. Opanasenko MS, Konik BM, Levanda LI, Zagaba LM. [The combination of tuberculosis and lung cancer: state of the problem and a clinical case]. *Ukr. pul'monol. zhurn*. 2016;3:68-70. Ukrainian.

5. Raznatovskaya EN, Prosvetov YuV, Pisarenko TD. [The urgency of the problem of combined flow of tuberculosis and lung cancer]. *Zaporozhskiy meditsinskiy zhurnal*. 2015;13(2):42-43. Russian.

6. Kshanovs'kiy OE, Opanasenko MS, Pavlyuk IM, Zagaba LM. [The role of videothoracoscopy and open biopsy for the morphological diagnosis of diffuse lung diseases]. *Ukr. pul'monol. zhurn*. 2014;1:50-51. Ukrainian.

7. Tsvetkova OA, Pozdnyakova NA. [Difficulties of differential diagnostics of tuberculosis and lung cancer in the presence of cavitary education]. *Med. pomoshch'*. 2005;2:19-23. Russian.

8. Aoki K. Excess incidence of lung cancer among pulmonary tuberculosis patients. *Jpn J Clin Oncol.* 2013;23(4):205-20.

9. Bhatt MLB. Pulmonary tuberculosis as differential diagnosis of lung cancer. *Diagnostic dilemia.* 2012;1(1):36-42.

10. Chandrasekhar HR. Bronchioloalveolar carcinoma mimicking military tuberculosis. *J. Assoc. Physicians. India.* 2001;49:281-2.

11. Cienas S. Lung cancer in patients with tuberculosis. *World Journal of Surgical Oncology.* 2007;5:22.

12. Endri M. Differential diagnosis of lung nodules: breast cancer metastases and lung tuberculosis. *Infez Med.* 2010;18(1):39-42.

13. Kumar R, Gupta N. [Role of bronchoscopy in evaluation of cases with sputum smear negative pulmonary tuberculosis, interstitial lung disease and lung malignancy: A retrospective study of 712 cases]. *Indian J Tuberculosis.* 2015;62(1):36-42.

14. Vento S, Lanzafame M. Tuberculosis and cancer: a complex and dangerous liaison. *Lancet Oncol.* 2011;12:520-2.

Стаття надійшла до редакції
13.01.2017



УДК 614.24-002:616-008-036.1:616.89-008

**Р.В. Разумний,
І.Д. Спіріна**

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ, СПОЛУЧЕНУ З ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ НЕВІРУСНОГО ГЕНЕЗУ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра професійних хвороб та клінічної імунології
(зав. - к. мед. н., доц. К.Ю. Гашинова)
вул. Дзержинського, 9, Дніпро, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of internal medicine I
Dzerzhinsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: pulmon2015@gmail.com*

Ключові слова: негоспітальна пневмонія, жирова хвороба печінки, депресія, тривожність
Key words: community-acquired pneumonia, fatty liver disease, depression, anxiety

Реферат. Особенности психического статуса больных внегоспитальной пневмонией, сочетанной с хронической патологией гепатобилиарной системы невирусного генеза. Разумный Р.В., Спирина И.Д. Целью исследования было изучение особенностей психического статуса больных внегоспитальной пневмонией (ВП), сочетанной с хронической патологией гепатобилиарной системы невирусного генеза. Под наблюдением находилось 165 больных ВП в возрасте 25-57 лет. Все пациенты были разделены на две репрезентативные группы: I группа (68 больных), у которых ВП была коморбидна со стеатозом печени (СП), II группа (96 пациентов) с отсутствием хронической патологии печени. Для оценки психологического профиля личности пациентов использовался стандартизированный многофакторный метод исследования личности, а для оценки уровня тревожности и депрессивных состояний применяли, соответственно, шкалу Спилбергер-Ханина и опросник Бека. Результаты исследования выявили у 66,2% больных ВП, коморбидной с СП, формирование психоэмоциональных нарушений в виде невротической реакции на болезнь с преобладанием ипохондрических,