

рической крови. Негативация мокроты методом люминесцентной микроскопии более чем у трети больных произошла на 2-м мес. лечения, более 50% больных прекратили бактериовыделение (метод бактериоскопии) через 3 мес. лечения, через 6 мес. абациллированы все больные, с подтверждением прекращения бактериовыделения культуральным методом. В течение 6 мес. лечения было достигнуто закрытие полостей распада у всех больных анализируемой группы. Побочных реакций в виде повышения температуры, связанной с приемом

Глутоксима, не наблюдалось. Гепатотоксическое действие противотуберкулезных антибактериальных препаратов проявлялось у части больных в виде умеренного повышения содержания трансаминаз, не требующих отмены этиотропной терапии. На фоне приема Глутоксима, гепатопротектора и дезинтоксикационной терапии эти показатели приходили в норму.

**Заключение.** Препарат Глутоксим не вызывает нежелательных побочных реакций при применении на фоне противотуберкулезной терапии.

---

## СОЧЕТАНИЕ РАКА И ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В КЛИНИКЕ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*ГЛУХОВА И.*

### CONCURRENT PULMONARY CANCER AND TUBERCULOSIS IN THORACIC SURGERY

*GLUKHOVA I.*

ГБУЗ «Брянский областной противотуберкулезный диспансер», г. Брянск

Bryansk Regional Anti-tuberculosis Dispensary, Bryansk, RF

---

Одновременное поражение органов дыхания опухолевым и туберкулезным процессами не является редкостью. Между тем рак легкого у больных туберкулезом и у лиц с посттуберкулезными изменениями в легких диагностируется с большим опозданием, чаще в 3-4-й стадии заболевания, хотя больные длительное время находятся под наблюдением врачей противотуберкулезных диспансеров.

**Цель:** проанализировать случаи сочетанного поражения легких раком и туберкулезом по материалам Брянского областного противотуберкулезного диспансера.

**Материалы и методы.** В Брянской области за анализируемый период с 1975 по 2000 г. только среди оперированных по поводу туберкулеза больных число пациентов с раком легкого увеличилось в 4,5 раза. Проанализированы истории болезни 281 больного, у 88 (31%) из них рак легкого сочетался с активными формами туберкулеза, у 193 (69%) – с посттуберкулезными изменениями в легких, бронхах, плевре и средостении. Из них 65 (36%) ранее были оперированы по поводу деструктивного туберкулеза (резекция легкого или пневмонэктомия). Центральная форма рака была у 174 (62%) больных, периферическая – у 107 (38%). Локализация рака и туберкулеза в одном легком наблюдалась у 146 (52%) больных, в разных легких – у 84 (30%) и у 51 (18%) больного рак легкого выявлен при двусторонних туберкулезных или посттуберкулезных изменениях в легких.

Из 281 больного прооперировано 174 (62%), из них при первой стадии опухолевого процесса – 11 (6%), при второй – 54 (31%), при третьей – 109 (63%). Выполнены следующие оперативные вмешательства: пневмонэктомия – 54 (31%), билобэктомия – 9 (5%), лобэктомия – 79 (45%), в том числе с резекцией бронха, сегментэктомия – 1 (0,6%), диагностическая торакотомия – 31 (18%). По гистологическим формам рака распределение было следующим: плоскоклеточный рак – 119 (73%), аденокарцинома – 27 (15%), мелкоклеточный рак – 14 (7%), крупноклеточный рак – 7 (2,5%), недифференцированный рак – 7 (2,5%).

Гистологическая структура опухолей не отличалась от таковой у больных без туберкулеза легких. При этом локализация рака легкого с активным, в том числе деструктивным туберкулезным процессом в одном легком существенно не влияла на хирургическую тактику. Только в 7 (3,8%) случаях это привело к расширению объема оперативного вмешательства до пневмонэктомии при локализации рака и туберкулеза в разных долях одного легкого. При наличии рака легкого у лиц, перенесших туберкулез, выполнение операций происходит по общим правилам онкологии. К сожалению, операбельность у лиц, ранее оперированных по поводу туберкулеза, составила лишь 17%, что было связано с развитием опухоли в единственном легком и низкими функциональными резервами дыхания больных.

Опыт изучения 281 больного раком легкого у лиц с активным туберкулезом и посттуберкулезными поражениями в легких, в том числе у ранее оперированных по поводу туберкулеза, показал их неуклонное увеличение среди контингентов противотуберкулезного диспансера. Это предполагает усиление онкологической настороженности и совершенствование диагностики опухолевых процессов.

#### **Выводы.**

1. У больных с сочетанием рака и туберкулеза органов дыхания диагноз опухоли устанавливается с большим опозданием, в половине случаев в 3-4-й стадии, особенно при ее локализации в зоне активного туберкулеза.

2. В более ранней стадии рак легкого диагностируется у больных с посттуберкулезными изменениями и при анатомической разобщенности процессов.

3. Неоперабельность у больных с сочетанием рака и туберкулеза чаще обусловлена поздним выявлением рака или большими объемами поражения при локализации процессов в разных легких, опухоли единственного легкого.

4. Необходима повышенная онкологическая настороженность в отношении больных туберкулезом и лиц с посттуберкулезными изменениями в легких, имеющих дополнительные факторы риска онкологических заболеваний.

---

## **САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ТУБЕРКУЛЕЗ: ФАКТОРЫ ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ**

*ГОРШКОВ И. П., ВОЛЫНКИНА А. П., МАНАННИКОВА В. И.*

### **DIABETES AND TUBERCULOSIS: FACTORS OF MUTUAL BURDENING**

*GORSHKOV I. P., VOLYNKINA A. P., MANANNIKOVA V. I.*

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко» МЗ РФ, г. Воронеж

Voronezh State Medical Academy named after N. N. Burdenko, Voronezh, RF

---

В условиях современного эпидемического неблагополучия сочетание туберкулеза легких (ТЛ) и сахарного диабета (СД) становится все более актуальной проблемой в связи с ростом их заболеваемости, что придает этому статус медико-социальной проблемы.

**Цель:** оценить особенности сочетанной патологии у пациентов, страдающих СД и ТЛ.

**Материалы и методы.** Результаты открытых эпидемиологических исследований особенностей развития ТЛ у больных СД, наблюдение и ведение собственных больных СД, поступивших в порядке скорой неотложной помощи, в условиях эндокринологического отделения БУЗ ВО «ВГКБСМП № 10». Все пациенты получали комплексную сахароснижающую терапию с контролем стандартных параметров лабораторного статуса по общепринятым методикам. Статистическая обработка выполнена с помощью программ Excel 2013 (Microsoft) и Statistica 8.0 (StatSoft, Inc.), исследуемые показатели приведены в виде  $M \pm m$ , критический уровень значимости ( $p$ ) принимали равным 0,05.

**Результаты.** Специфическое поражение легких у больных СД встречается в 5 раз чаще, чем в общей популяции, с трехкратным превалированием среди мужчин и большим риске развития ТЛ при декомпенсированном СД. В то же время

одним из первых клинических симптомов ТЛ при СД является повышенная инсулинопотребность. Хронические осложнения СД лимитируют фармакотерапию ТЛ: стрептомицином, канамицином при диабетической нефропатии, этионамидом, пипразинамидом – дисметаболическом гепатозе, этамбутолом – диабетической ретинопатии, изониазидом – диабетической нейропатии. Фармакотерапия ТЛ у больных СД является фактором, индуцирующим псевдо- и гипогликемические реакции, ассоциированные с гепато- и нефротоксичностью препаратов, или индуцирующим эффектом биотрансформации таблетированных сахароснижающих средств (рифампицин). Легкая и средняя степень СД 1-го типа характеризуется чаще ограниченными неструктивными формами ТЛ; тяжелая – инфильтративными формами ТЛ с быстрым развитием казеозного некроза. При сочетании СД и ТЛ в 2 раза чаще регистрируют симметричный процесс, охватывающий всю долю, и в 3 раза чаще распространяющийся на обе доли легкого. Показано, что инфильтративный ТЛ в большей степени ассоциировался с СД 2-го типа (68,5%), у пациентов с туберкулемами – СД 1-го типа (66,8%) с превалированием мужчин (63,5%). Инфильтративный ТЛ локализовался в левом легком в 57,9%, в правом – в 26,3%, симметрично – в 15,8% случаев; туберку-