

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА И ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Г. А. Смирнов, В. С. Анастасьев

Кафедра физиотриии (зав.— проф. Г. А. Смирнов) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина

Реферат. На основании опыта дифференциальной диагностики метастатического рака легких в клинике туберкулеза установлено, что томограммы более объективно, чем рентгенограммы, отражают преимущественную локализацию очагов в верхних отделах легких при туберкулезе. Для диссеминированного туберкулеза в отличие от карциноматоза характерно нарастание очаговых теней в передне-заднем направлении. Петрификаты первичного периода при впервые выявленном туберкулезе легких у больных старше 50 лет встречаются в 4 раза чаще, чем при карциноматозе. До уточнения этиологии легочной диссеминации практически во всех случаях необходимо проводить противотуберкулезную терапию.

Ключевые слова: легкие, рак, туберкулез.
6 иллюстраций.

Дифференциальная диагностика туберкулеза и злокачественных новообразований легких нередко сопряжена со значительными трудностями и занимает большое место в работе противотуберкулезных учреждений.

Мы наблюдали 53 больных с метастазами опухоли в легкие. Возраст больных: до 20 лет — 1, от 21 до 30 лет — 2, от 31 до 40 лет — 3, от 41 до 50 лет — 14, от 51 до 60 лет — 25 и от 61 до 70 лет — 8. Мужчин было 25, женщины — 28. Вторичный рак с локализацией первичной опухоли в легком выявлен одинаково часто у мужчин (11) и женщин (11). В то же время соотношение между мужчинами и женщинами с первичной бронхокарциномой без метастазов составляет по нашим данным 6 : 1. Возможно, что злокачественные опухоли легких у женщин имеют большую склонность к метастазированию, чем у мужчин.

Из 45 больных, у которых удалось установить локализацию первичной опухоли, у 22 она была в легких, у 6 — в грудной железе, у 4 — в желудке, у 2 — в поджелудочной железе, у 2 — в толстом кишечнике, у остальных — в прочих органах.

По характеру метастазирования опухолей в легкие мы выделяем 3 основных варианта: карциноматоз (32), множественные метастазы (19) и одиночные (2). В основу такого деления положено рентгенологическое сходство их с различными формами легочного туберкулеза.

1. Карциноматоз, имеющий сходство с диссеминированным туберкулезом легких, принято разделять на милиарный, мелкоочаговый и крупноочаговый. Все эти варианты объединяют общие черты: множественность очагов и близость рентгенологической характеристики с различными формами диссеминированного туберкулеза. Следует отметить, что такое деление в значительной степени условно, и у части больных

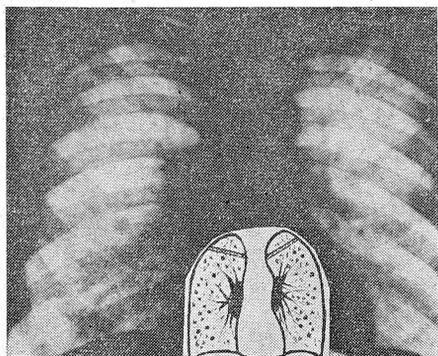


Рис. 1. Рентгенограмма легких больного Д., 54 лет.

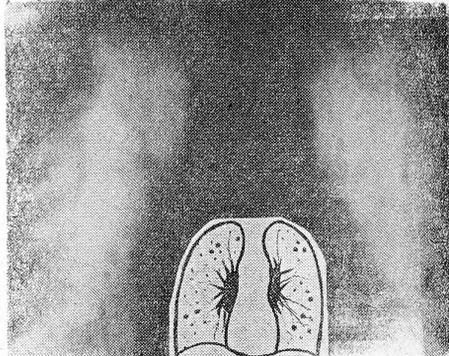


Рис. 2. Томограмма больного Д., 54 лет.

На всем протяжении обоих легких определяются множественные очаги диаметром до 8 мм на фоне усиленного легочного рисунка. На томограмме обращает на себя внимание то, что часть очагов имеет правильно округлую форму, четкие и ровные контуры. Это не характерно для туберкулеза, но подозрительно на метастатический рак. При исследовании желудка выявлена первичная опухоль.

при динамическом наблюдении можно было констатировать переход мелких раковых узелков в более крупные.

В рентгенологической картине очагов не удается обнаружить каких-либо черт, патогномоничных для диссеминированного рака. Можно лишь указать, что при крупноочаговой диссеминации в части случаев очаги отличались круглой формой, четкостью и ровностью контуров, что не свойственно диссеминированному туберкулезу (рис. 1, 2). Нередко единственным признаком, заставляющим сомневаться в специфической этиологии процесса, было преимущественное расположение очагов в средних и нижних отделах. Однако явное увеличение не только числа, но и размеров очагов в апико-каудальном направлении мы наблюдали лишь у 9 больных с крупноочаговым карциноматозом, в то время как при милиарном и мелкоочаговом варианте этот симптом отсутствовал или был сомнительным. С другой стороны, известно, что при аналогичных свежих формах диссеминированного туберкулеза очаги на обзорных рентгенограммах также могут быть видны преимущественно в средних и нижних отделах. По нашим наблюдениям, томографическое исследование в этих случаях часто дает обратную картину — увеличение размеров и количества очагов в верхних легочных полях, иногда с тенденцией к сливанию и даже с участками деструкции, что не характерно для карциноматоза (рис. 3, 4).

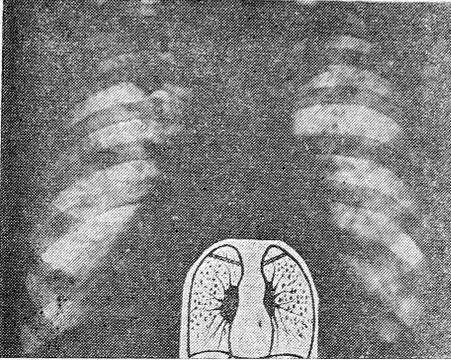


Рис. 3. Рентгенограмма больного X, 52 лет.

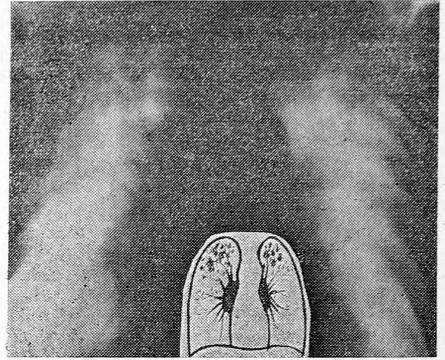


Рис. 4. Томограмма больного X, 52 лет.

На рентгенограмме легких видны множественные мелкие и средней интенсивности очаги, более густо расположенные в средних отделах легких. Локализация процесса при прочих равных условиях заставляет сомневаться в диагнозе туберкулеза. Однако на томограмме выявляется преимущественное поражение верхне-задних отделов, где часть очагов имеет тенденцию к сливанию. В результате противотуберкулезной терапии наступило излечение.

Таким образом, оценку такого важного дифференциально-диагностического признака, как преимущественное расположение очагов при легочных диссеминациях, необходимо проводить в основном с учетом томографических данных.

При дифференциальной диагностике крупноочагового карциноматоза с туберкулезом следует учитывать и то обстоятельство, что для свежего диссеминированного туберкулеза нехарактерны очаги крупных размеров, а если они и выявляются, то, как правило, в верхне-задних отделах за счет сливания более мелких. Крупноочаговые тени в средних и нижних отделах при гематогенном туберкулезе обычно свидетельствуют о наличии распада с бронхогенным обсеменением и, в дополнении с данными о бацилловыделении, не представляют серьезных диагностических трудностей. Известно, что чем мельче очаги при гематогенном туберкулезе легких, тем меньше вероятность их сливания и распада и тем менее типична локализация. Поэтому наибольшее затруднения встречаются при дифференциальной диагностике милиарных и мелкоочаговых диссеминаций. В этих случаях может иметь значение увеличение густоты очаговых теней в передне-заднем направлении, что отмечается у большинства больных диссеминированным туберкулезом и нехарактерно для неспецифических диссеминаций. Этот признак хорошо выявляется при сравнительной оценке серии фронтальных томограмм.

К карциноматозу мы причислили и раковый лимфангоит (6 больных), к которому относили те формы, где на первый план в рентгенологической картине выступала не очаговость, а диффузное, двустороннее, иногда асимметричное усиление и обогащение легочного рисунка в виде нежной или грубой тяжистости от корня к периферии.

2. У второй группы больных наблюдались множественные метастазы, среди которых по размеру можно выделить 2 варианта: мелкие (до 1 см в диаметре) и крупные. По существу они являются этапами развития одного процесса, и если при диссеминированном карциноматозе значительный рост очагов констатируется не всегда из-за быстрой гибели больных, то при множественных метастазах его можно видеть постоянно. Выделение этой группы целесообразно потому, что общей, объе-

двинутой чертой является сравнительно небольшое количество очаговых теней — от 2—3 до нескольких десятков. Поэтому спутать их с диссеминированным туберкулезом практически невозможно. При подобном рентгенологическом синдроме кроме рака можно скорее предположить множественные метастазы альвеококка, цистицеркоз, пневмонию и множественные туберкулемы (рис. 5, 6).

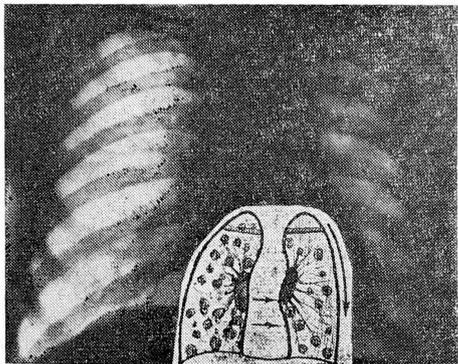


Рис. 5. Рентгенограмма больного В., 42 лет.

Определяется левосторонний плевропневмосклероз — исход деструктивного туберкулеза, леченного в 1957 г. искусственным пневмотораксом. Клинически здоров.

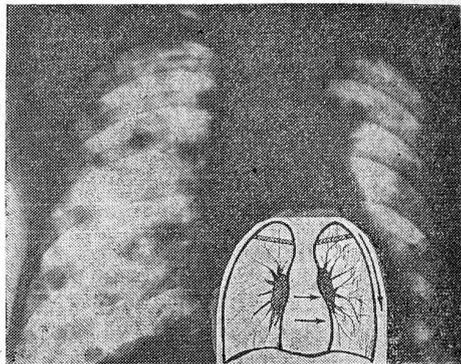


Рис. 6. На рентгенограмме легких того же больного через год выявлены множественные округлые тени диаметром до 2,5 см на всем протяжении обих легких.

Рентгенологическая картина характерна для множественных метастазов опухоли, первичная локализация которой при дальнейшем исследовании была обнаружена в кишечнике.

Мелкие метастазы рака выглядели (особенно на томограммах) как довольно четко контурированные очаги диаметром в 5—10 мм, часто правильно круглой формы. Можно отметить как довольно характерный признак их примерно одинаковую величину, что, по-видимому, свойственно начальному этапу развития множественных метастазов. В этих случаях, особенно при асимметричной, групповой локализации, их иногда приходится дифференцировать с туберкулезными очагами бронхогенного генеза, когда первичной опухолью является центральная верхнедолевая бронхокарцинома с деструктивными изменениями в зоне гиповентиляции, симулирующая инфильтративный туберкулез в фазе распада. Сомнения в этих случаях разрешаются бронхоскопическим исследованием.

Крупные множественные метастазы, создающие картину, известную как симптом «разменной монеты», выявляются на более поздних этапах развития. Величина их, в отличие от мелких метастазов, часто бывает различной, что может зависеть от неравномерности роста метастазов, связанной, вероятно, с неодинаковыми условиями местной трофики, а также от нескольких волн метастазирования. Крупные множественные метастазы имели, как правило, ту же характеристику контуров, что и мелкие, были гомогенными и не имели связи с корнем. Распад множественных метастазов мы наблюдали лишь у 2 больных.

Симптом «разменной монеты» не типичен для туберкулеза. Множественные туберкулемы встречаются нередко, однако, в отличие от множественных метастазов, число их обычно не превышает 2—3; располагаются они чаще в апикодорсальной зоне группами, в пределах одного сегмента или доли, нередко имеют включения извести и очаги в окружающей легочной ткани, а более крупные из них часто распадаются.

Группу больных с множественными метастазами в наших наблюдениях составили 5 человек с диффузным аденоматозом, рентгенологическая картина которого характеризовалась хлопьевидными тенями, типа пневмонических фокусов.

3. Солитарные метастазы злокачественных новообразований в легкие мы наблюдали лишь у 2 больных, что подтверждает мнение об их сравнительной редкости. При солитарных метастазах, в отличие от туберкулема, как правило, отсутствует распад, дорожка к корню, очаговый фон, располагаются они в любых (в том числе и передних) сегментах легких. Солитарные метастазы при регистрации роста тени пришлось дифференцировать и с первичным периферическим раком, для которого характерны менее четкие тяжистые и бугристые контуры с вырезками, нередко распад и связь с корнем.

В дифференциальной диагностике различных форм метастатического рака и туберкулеза следует придавать определенное значение петрификатам первичного периода. В настоящее время туберкулезом заболевают в основном рентгеноположительные контингенты взрослого населения. Риск заболеть у них в 20, 40 и даже 80 раз выше, чем у рентгеноотрицательных. По нашим данным, петрификаты в лимфатиче-

ских узлах корня или в паренхиме легкого предшествовали впервые выявленному туберкулезу в 57,8%, а у лиц старше 50 лет, у которых особенно часто приходится дифференцировать туберкулез со злокачественными новообразованиями, они наблюдались в 88%. В то же время у здоровых пожилых людей петрификаты встречаются в 22%.

Среди наблюдавшихся нами больных метастатическим раком легких петрификаты первичного периода были обнаружены у 22%, в том числе у 3 пациентов он сочетался с активным (бациллярным) и у 2 с неактивным туберкулезом легких. Следовательно, наличие петрификатов и даже активного туберкулеза ни в коей мере не исключает карциноматоза, но отсутствие их, особенно у лиц старшего возраста, должно в спорных случаях дать основание для сомнений в диагнозе туберкулеза. Положительное это приемлемо для дифференциальной диагностики туберкулеза со всеми неспецифическими заболеваниями легких.

По нашим наблюдениям, клиническая картина и течение карциноматоза зависят не столько от локализации первичной опухоли, сколько от характера раковой диссеминации. У больных с милиарным или тотальным мелкоочаговым высыпанием, а также у лиц, у которых преобладал раковый лимфангоит, общая и легочная симптоматика проявлялась сравнительно рано. Постоянным и наиболее ранним признаком болезни была одышка, которая быстро становилась доминирующим симптомом. Почти все больные отмечали слабость, в части случаев сухой кашель, боли в груди, потливость. Повышение температуры часто наблюдалось тогда, когда карциноматоз сопровождался выпотом в плевральную полость (10 больных). Таким образом, интоксикация, изменения в гемограмме и лихорадка не могут иметь решающего значения в дифференциальной диагностике карциноматоза и диссеминированного туберкулеза, тем более что последний в настоящее время часто протекает бессимптомно или со стертыми клиническими проявлениями.

При динамическом наблюдении у больных карциноматозом определялась тенденция симптомов болезни к относительно быстрому нарастанию, и явное клиническое и рентгенологическое ухудшение обычно наступало в течение 4—6 недель.

Иная клиническая картина была при множественных метастазах, как в период, когда их размеры не превышали 1 см в диаметре, так и на более поздних этапах, когда изменения в легких имели вид «разменной монеты». У таких больных легочная симптоматика длительное время отсутствовала или была мало выраженной. Даже при тотальном поражении всех легочных полей одышка не всегда была ведущим симптомом и, как правило, не достигала той степени тяжести, которая отмечалась при милиарном или очаговом карциноматозе. Исключением составляли больные диффузным аденоматозом с множественным поражением легких в виде хлопьевидных теней: у них признаки дыхательной недостаточности появлялись рано и быстро нарастали, иногда сопровождались повышением температуры, что усугубляло сходство с многофокусной пневмонией.

При солитарных метастазах клинические признаки болезни легких отсутствовали. В этих, как и во многих других, случаях подозрение на возможность метастатического процесса подкреплялось данными анамнеза. 11 больных указали на перенесенную в прошлом операцию (часть из них была неправильно информирована о причинах операции). Сроки между удалением первичной опухоли и появлением метастатического процесса в легких составляли от нескольких месяцев до 8 лет. Наибольшие интервалы наблюдались после мастэктомий. У 13 больных в картине болезни преобладала симптоматика, связанная с первичной опухолью различной локализации, которая была выявлена одновременно с легочными метастазами или раньше. У 6 больных наряду с доминирующей клиникой легочного процесса были и другие проявления, связанные с первичной внелегочной опухолью, которая и была обнаружена в результате целенаправленного обследования.

У 3 пациентов первые клинические симптомы, заставившие обратиться к врачу, были связаны с внелегочными метастазами.

Наконец, у 20 больных метастазы в легкие были единственной манифестацией раковой болезни. В этих случаях предположительный диагноз карциноматоза основывался на клинико-рентгенологических данных или был поставлен после безуспешной противотуберкулезной терапии.

ВЫВОДЫ

1. Клинико-рентгенологическая картина вторичного рака легких многообразна. В целях дифференциальной диагностики целесообразно выделять 3 основных рентгенологических синдрома: карциноматоз (милиарный, мелкоочаговый, крупноочаговый и лимфангоитический), множественные метастазы и солитарные метастазы.

2. При дифференциальной диагностике карциноматоза и туберкулеза оценка локализации очагов должна основываться на данных томографии, которая более объективно, чем рентгенограмма, выявляет нарастание очаговых теней в верхних отделах при туберкулезе.

3. Для диссеминированного туберкулеза характерно также увеличение количества очагов в передне-заднем направлении, что хорошо регистрируется на серии фронтальных томограмм.