

Г.Н. Тамашакина,¹ П.С. Кривонос²

БРОНХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО В УСЛОВИЯХ ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА//

ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ: эпидемиологические, клинические и социальные аспекты. Материалы международной научно-практической конференции «ВИЧ-ассоциированный туберкулез: эпидемиологические, клинические и социальные аспекты (г. Гродно, 29-30 октября 2015 года), Гродно, 2015, С.245-247

¹ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии»,² УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность темы обусловлена трудностью диагностики рака легкого в не онкологических стационарах, ввиду схожести клинико-рентгенологических симптомов опухоли с проявлениями других заболеваний. Большое разнообразие клинических форм и проявлений рака легкого затрудняет его раннее выявление. На разных стадиях развития опухоль имеет неодинаковую рентгенологическую картину и, следовательно, дифференциально-диагностический ряд болезней, в каждом случае иной, но, как правило, включает туберкулез.

К центральному раку (ЦРЛ) относят опухоли из главных, долевого, сегментарных и субсегментарных бронхов, а периферический рак легкого (ПРЛ) развиваются из более дистальных бронхов или из элементов легочной ткани. Основным методом выявления ПРЛ являются скрининговые рентгенологические исследования и он может иметь разнообразные проявления в виде: локального пневмосклероза, инфильтрата, малоинтенсивной тени, состоящей из 2-3 малоинтенсивных участков затенения. Только по мере роста опухоль приобретает вид более однородного узла. Рентгенологические изменения в виде одиночного образования полигональной или округлой формы, полостного образования, участка инфильтрации без четких контуров могут быть как туберкулезного, так и опухолевого генеза. Наличие кальцинатов на фоне периферической тени, наличие «дорожки» к корню легкого не являются основанием для исключения ПРЛ. Обызвествление в опухолевом узле наблюдается в 5-7% случаев рака легких. Симптом «отводящей дорожки к корню» при ПРЛ обусловлен лимфогенным распространением опухоли или ее перибронхиальным ростом.

В рентгенодиагностике ЦРЛ основное значение имеет выявление стеноза сегментарного или долевого бронха, что рентгенологически проявляется рецидивирующим пневмонитом, экспираторной эмфиземой, гиповентиляцией, ателектазом. Однако эти симптомы не являются ранними и строго специфичными для ЦРЛ, и встречаются при различных заболеваниях, сопровождающихся воспалительной инфильтрацией стенки бронха (туберкулез, хронический бронхит и т.д).

Следует учесть, что от начала первых рентгенологических проявлений рака легкого до установления диагноза путем операции или на секции проходит несколько лет. В связи с этим особое значение в диагностике рака легкого и его верификации приобретают малоинвазивные бронхологические методы исследования.

Цель работы. Оценить значение бронхологических методов обследования для диагностики рака легкого в условиях фтизиопульмонологического стационара.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ результатов клиничко-рентгенологического, бронхологического и морфологического исследований у 118 пациентов с впервые установленным раком легких, находившихся на обследовании в клинике РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии (РНПЦ ПиФ) в 2009-2013г.г. В исследуемой группе мужчины составили 61,9%, а женщины – 38,1%, старше 40 лет было 110 (93%) человек.

Результаты и обсуждение. В клинику РНПЦ ПиФ чаще всего пациенты поступали с диагнозами: туберкулез, пневмония, ХОБЛ, абсцесс. У 63 человек (53,4%) требовалось проведения дифференциальной диагностики, причем в 33,9% с раком легкого.

Всем пациентам проведено комплексное клиничко-рентгенологическое обследование, включая КТ высокого разрешения.

Длительность предшествующего обследования и лечения пациентов колебалась от 1,5 месяцев до 5 лет. 74 (62,7%) пациентам в течение 2 лет проводились повторные курсы лечения антибиотиками длительностью от 1,5 до 6 месяцев в условиях стационара и/или поликлиники. Противотуберкулезное лечение получали 30 (25,4%) человек в условиях противотуберкулезного стационара и/или диспансера сроком от 2 до 58 месяцев. Только у 14 пациентов (11,9%) патология в легких выявлена при плановом флюорографическом обследовании и лечение не превышало 2-х недель или совсем не проводилось. При анализе историй болезни установлено, что длительные сроки предшествующего лечения обусловлены были ошибочной трактовкой клиничко-рентгенологических проявлений рака легкого. Нарушение бронхиальной проходимости при ЦРЛ осложнялось присоединением вторичного инфекционного процесса. В зависимости от этиологии он мог проявляться как рецидивирующая пневмония, абсцесс или туберкулезный процесс. Ателектатические, перифокальные воспалительные изменения или полостные образования при раке легкого характеризовались вариабельной рентгенологической картиной. На фоне проводимого лечения они увеличивались или уменьшались в размерах, исчезали или вновь появлялись. Такая изменчивость не только в сторону постоянного прогрессирования процесса, но и в сторону временного обратного развития рентгенологических проявлений создавала особые трудности в дифференциальной диагностике рака, туберкулеза и неспецифических заболеваний легких.

Результаты бронхологического обследования представлены в таблице 1. При ЦРЛ во всех случаях были выявлены изменения в бронхах, при чем в 80%

опухолевый процесс локализовался в главных и долевыми бронхах. Результаты бронхоскопии были информативными и при ПРЛ, при этом изменения визуализировались в сегментарных и субсегментарных бронхах. Только у 15 (27,8%) человек с ПРЛ патологии в бронхах не было выявлено, однако при проведении внутрибронхиальной биопсии во всех случаях получен диагностически значимый материал. Для морфологической верификации диагноза чаще всего применяли прямую щипцовую, внутрибронхиальную или трансбронхиальную щипцовые биопсии.

Таблица 1- Локализация опухоли, выявленной при бронхоскопии

Характеристика калибра бронха	ЦРЛ		ПРЛ		МТС	Всего	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	абс. число	%
Субсубсегментарный	-	-	8	14,8	1	9	7,6
Субсегментарный	2	3,3	16	29,6	-	18	15,3
Сегментарный	10	16,7	15	27,8	-	25	21,2
Долевой	25	41,7	-	-	-	25	21,2
Главный	23	38,3	-	-	-	23	19,4
Без признаков опухоли	-	-	15	27,8	3	18	15,3
Всего	60	100	54	100	4	118	100

В результате проведенного бронхологического обследования ЦРЛ был диагностирован у 60 пациентов (50,8%), ПРЛ - у 54 (45,8%), метастазы опухоли из других органов (МТС) - у 4-х человек (3,4%). Во всех случаях диагноз верифицирован по данным морфологического исследования биоптатов, полученных при бронхоскопии.

У большинства пациентов (104 чел.-88,1%) выявлены 3-4, прогностически не очень благоприятные стадии рака легкого (табл.2). Частота ранней диагностики рака легкого мало зависела от его клинической формы, что обусловлено длительностью обследования и лечения пациентов на предшествующих этапах.

Таблица 2- Стадии рака легкого диагностированного при бронхоскопии

Стадии рака легкого	ЦРЛ		ПРЛ		МТС	Всего	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	абс. число	%
1-2	6	10,0	8	14,8	-	14	11,9
3-4	54	90,0	46	85,2	4	104	88,1
Всего	60		54	100,0	4	118	100,0

Заключение. В настоящее время при диагностике заболеваний бронхолегочной системы традиционно основное значение придается клинико-

рентгенологическим признакам болезни, данным бактериологического исследования, часто переоцениваются результаты терапии антибиотиками. Эндоскопические методы на ранних этапах диагностики применяются редко, хотя они могут значительно повысить эффективность диагностики и морфологической верификации рака легкого, в том числе и во фтизиопульмонологических стационарах.