

Г.Н. Тамашакина,¹ П.С. Кривонос,² М.И. Дюсьмикеева¹

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ БИОПСИЙ
В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ** // 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.248-250

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

Актуальность. В клинической практике диагностика бронхолегочных заболеваний часто базируется исключительно на клинико-рентгенологических данных, хотя известно, что они неспецифичны и могут быть характерными сразу для нескольких заболеваний. Развитие и применение эндоскопической техники, в частности бронхофиброскопии (БС) способствовало значительному повышению роли бронхологических методов исследования в дифференциальной диагностике заболеваний легких. Стали доступными для визуализации и эндобронхиальных биопсий субсегментарные бронхи IV, V и большая часть бронхов VI, VII порядка. Однако, трансbronхиальная биопсия, как один из наиболее безопасных и наименее травматичных видов биопсии не только стенки бронхов, но и паренхимы легких, применяется редко во фтизиопульмонологических стационарах.

Материалы и методы. Проанализированы результаты бронхологического и морфологического исследований биоптатов у 587 пациентов, находившихся на обследовании в клинике РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии в 2010-2014г.г. Пациенты были в возрасте от 22 до 88 лет, большинство из них старше 40 лет - 84,7% (497 чел.)

Бронхологическое исследование выполняли бронхофиброскопами под местной анестезией после комплексного клинико-рентгенологического обследования, включая КТ легких. Для морфологической верификации процесса в легких и бронхах выполняли прямую щипцовую биопсию (ПЩБ), внутриbronхиальную (ВББ) или трансbronхиальную (ТББ) щипцовые биопсии.

Результаты и обсуждение. Патологические изменения в бронхах I - III, реже IV порядка выявлены у 244 чел. (41,6%) при проведении БС бронхоскопом обычного диаметра (5,0 - 6,0 мм), при этом выполнялась ПЩБ. У 343 чел. (58,4%) после стандартной БС проводили исследование бронхофиброскопом уменьшенного диаметра (3,0 мм), при этом у 229 чел. (39,0%) дополнительно диагностировали патологию в бронхах IV-VII порядка. Из них у 23 человека с наличием признаков опухоли проводилась ВББ. У 114 пациентов (19,4%) требующих проведения дифференциальной диагностики при БС изменений не была выявлено и для получения биопсийного материала им проведены ВББ или ТББ.

Из обследованных пациентов в 41,6% (244 чел.) проводилась ВББ и ПЩБ, в 16,8% (99 чел.) – ТББ. Гистологический и цитологический материал был получен в 89,2% случаев при ВББ и только цитологический – в 10,8%. При прямой биопсии – соответственно в 93,0% и 7,0%. У 31 (5,3%) пациента были выполнены два вида биопсий при одной бронхоскопии.

В результате проведенного обследования морфологически верифицирован диагноз у 190 чел. (32,4%), при этом были диагностированы: опухоли злокачественные (19,1%), доброкачественные (1,2%), туберкулез (9,9%), саркоидоз (2,2%). У 133 чел. результаты биопсии расценены как не информативные, при этом в 21,9% морфологически определялась неизменная ткань слизистой бронхов, легких или разрушенные клетки (0,7%) (табл.1.) Не информативные результаты отмечены при всех видах биопсий: ПЩБ в 16,8%, ВББ в 32,9% и ТББ в 12,1%.

Таблица 1. Результаты бронхологического обследования

Патология	Всего		прямая	ВББ	ТББ
	ПЩБ	ВББ			
Доброкачественные опухоли	19,1	7	7	0	0
Злокачественные опухоли	1,2	112	68	39	5
Туберкулез	9,9	58	35	20	3
Саркоидоз	2,2	13	0	4	9
Доброкачественные образования*	2,0	12	11	1	0
Фиброзные изменения **	25,0	147	32	57	58
Воспалительные изменения	17,9	105	48	45	12
Неизменная ткань слизистой	22,0	129	41	76	12
Разрушенные клетки	0,7	4	2	2	0
Итого	100	587	244	244	99

Примечание: * - остеохондропатия, папилломатозные разрастания, полипы
 ** - с / без воспалительных изменений

Наиболее часто проводились ВББ или ТББ, которые позволили морфологически установить генез заболевания в 42,1%. Из них в 39,3% были верифицированы злокачественные опухоли, в 39,7% – туберкулез, в 100% (13 чел.) – саркоидоз. Неспецифические воспалительные процессы подтверждены в 54,3%, а в 78,2% – фиброзные изменения. Энобронхиальные биопсии в ряде случаев были информативны и у пациентов (114 чел.) без изменений в бронхах, но при наличии процессов в легких, требующих морфологической верификации. У данных пациентов по результатам морфологического исследования биоптатов у 6 чел. был диагностирован рак легкого, у 7 – туберкулез и у 8 чел. – саркоидоз. Биопсии проводили без рентгенологического контроля, однако предварительно тщательно анализировались данные КТ органов грудной клетки.

Важно учесть, что результативность биопсии при раке бронха определяется формой роста опухоли по отношению к просвету бронха. Биопсия была наиболее результативна при эндобронхиальной и смешанных формах роста опухоли, в отличие от экзо- и перибронхиального роста. Результативность биопсии при периферическом раке легких определялась не только навыками и опытом эндоскописта, но и расположением опухоли по

отношению к мелким бронхам. По мере роста опухоли в процесс могут вовлекаться мелкие, затем крупные бронхи, что требует проведения повторных БС. Если диагноз не был верифицирован по данным морфологического исследования биоптатов первичной бронхоскопии, то БС с биопсией повторяли для получения достаточного количества полноценного тканевого материала.

Повторная БС с биопсией была проведена у 105 чел. (17,9%), в т.ч. у 30 пациентов (5,1%) биопсия выполнялась дважды. Это касалось пациентов с отрицательной клинико-рентгенологической динамикой процесса или при получении не информативных результатов биопсии при первичной БС. Из 30 человек при повторной БС с биопсией у 13 были диагностированы опухоли. При первичной БС в биоптате у данных пациентов были выявлены: неизменная слизистая или папиллома (2 чел.), неспецифическое воспаление (4 чел.), фиброзные изменения с/без воспалительного процесса (8 чел), в т.ч. у 3 пациентов – хронический воспалительный процесс. Выявление фиброза в биопсийном материале является настораживающим признаком в отношении опухолей, поскольку последние не только часто развивается в области рубцов, но и сами способны вызывать формирование рубцовой ткани. У 9 чел. диагностирован туберкулез бронха. При этом в биоптатах первичной БС выявлялись: неизменная слизистая (2 чел.), папилломатозное разрастание (1 чел.), неспецифическое воспаление с/без фиброзных изменений (6 чел.), в т.ч. – хроническое воспаление – (3 чел.). У 8 пациентов при повторной БС данные биопсии расценены как фиброзные изменения. При первичной БС в биоптатах определялись: ткань легких или бронхов (2 чел.), папилломатозное разрастание стенки бронха (2 чел.), неспецифическое воспаление (4 чел.).

Основными причинами не достаточной информативности эндобронхиальных биопсий явились: неправильный выбор места для забора материала (рядом с образованием, а не на границе с окружающей здоровой тканью; из некротизированной, а не из жизнеспособной ткани и др.); недостаточное количество материала (1-2 кусочка вместо 3-6); дефекты обработки биоптатов и подготовки мазков; пределы возможности морфологических методов исследования (не применялся иммуноцитохимический метод для диагностики опухолей).

Осложнения при биопсиях наблюдались у 28 чел (4,8%), в виде кровотечения I степени (22 чел.) и спонтанного пневмоторакса (6 чел).

Наименее информативным из щипцовых биопсий является браш-биопсия. Из 294 браш-биопсий выполненных без сочетания с ПЩБ, патологические изменения в биоптатах выявлены только в 27,2% случаев, в том числе неспецифический воспалительный процесс (78 чел.) и опухоль бронха (2 чел.). Ретроспективно установлено, что у 3 чел. с блокадой бронха V-VI порядка первичная БС с браш-биопсией была не информативна. При повторной ФБС с ВББ во всех случаях верифицирована опухоль легкого, причем у 1 пациента определялся прост опухоль в бронх IV порядка.

Заключение. Бронхоскопия при диагностике бронхолегочных процессов обязательно должна дополняться щипцовыми биопсиями и предшествовать хирургическим методам диагностики. Трансбронхиальная биопсия является

одним из наиболее информативных и безопасных методов биопсии паренхимы легких. В первую очередь она показана лицам с тяжелым общим состоянием, у пожилых пациентов, у лиц отказывающихся от хирургических методов диагностики. Браш-биопсию целесообразно применять только в качестве вспомогательного метода биопсии при БС у пациентов с бронхолегочной патологией. При подозрении на опухоль легкого, необходимо отрицательные результаты исследования биоптатов считать как ложноотрицательные, и повторять БС с биопсией.