

Тамашакина Г.Н., Кривонос П.С., Лантухов А.В
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ
ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКОГО
В УСЛОВИЯХ ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО
СТАЦИОНАРА//Медицинская панорама, 2012, № 9, с.47-52

УЗ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии»,
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Резюме

Проведена оценка клинико-рентгенологического, бронхологического и морфологического исследований у 36 больных с впервые диагностированным периферическим раком легкого во фтизиопульмонологическом стационаре. Установлено, что основными причинами поздней диагностики периферического рака легкого были ошибочная интерпретация рентгенологических изменений, длительное наблюдение и проведение противовоспалительного и/или противотуберкулезного лечения. Своевременное проведение компьютерной томографии и повторных бронхоскопий с трансбронхиальной биопсией легкого повышает возможности ранней диагностики периферического рака легкого в условиях фтизиопульмонологического стационара.

Ключевые слова: периферический рак легкого, туберкулез, клинико-рентгенологическое исследование, компьютерная томография, бронхоскопия с трансбронхиальной биопсией, морфологическое исследование.

G.Tamashakina, P.Krivosnos, A.Lantuchov

**Modern possibilities of peripheral lung cancer early diagnostics in
phthisiopulmonary hospital conditions**

Abstract

We evaluated results of complex clinical, X-ray, bronchologic and morphological studies of 36 patients with new detected peripheral lung cancer in phthisiopulmonary hospital. It was established the main causes of late peripheral lung cancer diagnostics were mistaken interpretation of X-ray changes, long observation and anti-inflammatory and/or antituberculosis therapy. Timely computerized topography and repeated bronchoscopes with transbronchial biopsy of lung increases possibilities of peripheral lung cancer early diagnostics in phthisiopulmonary hospital conditions.

Key words: peripheral lung cancer, tuberculosis, clinical and X-ray examination, computed tomography, bronchoscopy with transbronchial biopsy, morphological investigation.

Введение

По сводным данным клиницистов, периферический рак легкого встречается в среднем в 28,2%, центральный рак - в 71,8% [1]. Периферический рак легкого (ПРЛ) возникает из эпителия пневмоцитов или ветвей субсегментарных бронхов и растет в легочную ткань в виде узла.

Трудности диагностики опухоли во многом обусловлены схожестью рентгенологических симптомов ПРЛ с проявлениями других заболеваний. На разных стадиях развития опухоль имеет неодинаковую рентгенологическую картину и, следовательно, дифференциально-диагностический ряд болезней, в каждом случае иной, но, как правило, включает туберкулез [1-4]. В онкологических учреждениях ошибки диагностики рака легкого встречаются достаточно редко. Это объясняется тем, что в такие учреждения поступают больные, у которых на предыдущих этапах обследования уже установлен правильный диагноз или опухоль была заподозрена. Основная задача обследования в

онкологическом учреждении – подтвердить или отвергнуть диагноз рака, уточнить степень распространенности, форму роста опухоли и т.д. [5].

Скрининговые рентгенологические исследования органов грудной клетки являются основным методом выявления не только ограниченных форм туберкулеза, но ПРЛ. Однако необходимо учитывать, что на обзорной рентгенограмме редко диагностируют опухоль, имеющую площадь 1см² и меньше. Выявить тень опухоли площадью больше 1 см², несложно, труднее интерпретировать полученные данные. Наибольшие проблемы в диагностике появляются при дифференциации образования с размерами не более 3 см. Одиночное полигональное, округлое, или полостное образование, участок инфильтрации без четких контуров могут иметь как процессы туберкулезного, так и опухолевого генеза [6].

Установлено, что ПРЛ развивается относительно медленно, в среднем 1,7 - 5 лет, до появления клинических признаков, позволяющих заподозрить его наличие. Большую роль в диагностике ПРЛ играет фактор увеличения патологического образования. Время удвоения объема опухоли (ВУО) равно в среднем 110-140 суток, но может достигать и 750 суток. Следовательно, опухоль диаметром 1,5см через 4 месяца достигает диаметра 1,8см, а через 8 мес. – 2,1см. Такой рост опухоли, без специального измерения, может остаться незамеченным. Широкий диапазон значений ВУО, во-первых, исключает возможность использовать усредненные величины, и их применения для всей массы наблюдений, а во-вторых, что самое главное - при подозрении на ПРЛ выжидательная тактика недопустима. Требуется срочная морфологическая верификация процесса [1,2,3].

В настоящее время при верификации опухолей имеются большие возможности для получения тканевого материала хирургическими и эндоскопическими диагностическими методами. Трансбронхиальная биопсия является одним из наиболее безопасных и наименее травматичных видов биопсии паренхимы легких. Результативность биопсии определяется не только навыками и опытом эндоскописта, но прежде всего расположением опухоли по отношению к мелким бронхам. Существуют формы ПРЛ связанные или не связанные с просветом бронха. По мере роста опухоли в процесс могут вовлекаться субсегментарные, сегментарные, долевые bronхи. [3]. Результативность биопсии из бронхов 5 и более порядка составляет от 13 до 60,9% [5,6]. Вместе с тем, во фтизиопульмонологической практике, при наличии округлой тени, врачи большее значение придают исключительно клинико-рентгенологическим признакам и мало используют возможности эндоскопических методов верификации образования.

Цель работы: провести сравнительную оценку различных методов исследования, применяемых во фтизиопульмонологических учреждениях при проведении дифференциальной диагностики ПРЛ и туберкулеза легких.

Материалы и методы

Нами проанализированы результаты клинико-рентгенологического, бронхологического и морфологического исследований у 101 больного с впервые установленным раком легкого, находившихся на обследовании в клинике РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии (РНПЦПиФ) в 2006-2011г.г. В исследуемую группу включены 36 больных (35,7%) с ПРЛ. Возраст пациентов колебался от 34 до 76 лет (58,4±1,9года), в т.ч. 20 чел. были в возрасте до 60 лет. Мужчины составили подавляющее большинство 72,2%, женщины - 28,8%.

При анализе рентгенологических данных за предшествующие годы установлено, что за 1-2 года до госпитализации в РНПЦПиФ, у 23 больных уже визуализировались изменения на флюорограммах или рентгенограммах. Характер изменений был расценен как остаточные посттуберкулезные или поствоспалительные изменения (16чел.), активный туберкулезный процесс (4чел.), острый абсцесс или пневмония (3). У 13 больных отсутствовали данные рентгенологических обследований за предыдущие годы.

Туберкулез легких в разные сроки (от 1,5 до 10 лет) перенесли 7 человек и были сняты с диспансерного учета,

В период манифестации процесса, изменения в легких выявлены у 29 (80,6%) больных при обращении за медицинской помощью с различными жалобами, преимущественно респираторного характера, в том числе у 6 чел. (16,7%) на кровохарканье. У 22 (61,1%) больных отмечалось острое или подострое, а у 7 постепенное начало заболевания. Повторные курсы неспецифической антибактериальной терапии различной длительности (1,5-6 мес.), в условиях стационаров и/или амбулаторно, проводились 19 (52,8%) больным. Положительного клинического и рентгенологического эффекта не наблюдалось. Противотуберкулезное лечение (от 2 до 58 мес.) получали 10 (27,8%) больных в условиях противотуберкулезного стационара и/или диспансера. Только у 7 больных (19,4%) заболевание протекало бессимптомно и патология в легких выявлена при плановом флюорографическом обследовании.

В клинику РНЦЦПиФ 20 (55,6%) больных поступали из противотуберкулезных учреждений, 12 (33,3%) - из терапевтических стационаров, и 4 чел. (11,1%) - из поликлиник.

До поступления в клинику РНЦЦПиФ 12 (33,3%) больным была выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (КТ) и только у 4 человек была заподозрена опухоль легкого, хотя и требовалось проведение дифференциальной диагностики с туберкулезом. В остальных случаях предполагался туберкулез легких (6 чел.), саркоидоз (1), диагностика между абсцессом и туберкулезом (1). Бронхоскопическое исследование (БИ) проведено 8 (22,2%) больным, при этом диагностически значимых изменений в бронхах не было выявлено. Биопсии при БИ не проводились. Консультированы онкологом 12 больных, причем у 9 опухоль легкого была отвергнута, а у 3 чел. необходимо было исключить сначала специфический процесс в легких.

В клинике РНЦЦ всем больным проведено комплексное клинико-рентгенологическое исследование и БИ с биопсией. 29 (80,69%) больным проведена КТ, а остальным – пересмотр результатов предыдущих КТ исследований. В настоящее время КТ является обязательным методом обследования при подозрении на рак легкого, специфичность ее достигает 70%, что значительно выше по сравнению с традиционными рентгенологическими методами исследования [7]. Вследствие этого, многие авторы критически оценивают возможности рентгенографического метода, рассматривая его как метод выявления тени опухоли, а не распознавания истинной природы болезни [2].

При бронхологическом исследовании, в том числе и повторном, у 15 (41,7%) больных визуально не выявлено патологии в бронхах. Для исследования бронхов V-VII порядка, после стандартной бронхоскопии применялся сверхтонкий бронхофиброскоп, диаметром 3,3 мм. Во всех случаях (в том числе при отсутствии видимых изменений в бронхах) проведены различного вида биопсии стенки бронхов или легочной ткани.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного обследования у всех 36 больных ПРЛ был верифицирован по результатам морфологического исследования биоптатов, полученных при бронхоскопии. В гистологической структуре преобладающими формами были аденокарцинома (19 чел. - 52,8%), и плоскоклеточный рак (14 чел. - 38,8%). Карциноидная опухоль выявлена у 1 чел. (2,8%) и недифференцированный рак у 2 чел. (5,6%).

Сроки установления диагноза ПРЛ в клинике РНЦЦ составили: до 10 дней – 17 чел. (47,2%), 15 -25 дн. – 14 (38,9%), 1,5 мес. – 4 чел. (11,1%), 3,3 мес. – 1 чел. (2,8%).

У большинства больных (30 чел.- 83,3%) выявлены 3-4 стадии болезни, и только у 6 больных (16,7%) диагностирована 1 стадия ПРЛ.

Нами проведен ретроспективный анализ рентгенологической документации исследуемой группы больных, на момент поступления в клинику РНЦЦПиФ. В зависимости от характера рентгенологических изменений и их интерпретации, все больные с ПРЛ были разделены на 3 группы. 1-ю группу составили 15 (41,7%) больных, у которых симптомы ПРЛ можно было выявить при стандартном рентгенологическом исследовании. Во 2-й группе (15 чел.) ПРЛ проявлялся признаками, напоминающими

воспалительный процесс (пневмония, абсцесс, туберкулез, плеврит). В третьей группе (6 чел. - 16,6%) основным рентгенологическим проявлением ПРЛ была легочная диссеминация.

В 1 группе при поступлении в РНПЦПиФ чаще всего подозревался туберкулез легкого (6 чел.) или данное заболевание рассматривалось как альтернативный диагноз, наряду с неспецифическим воспалением (3чел.) или опухолью (6 чел.).

До поступления в РНПЦ большинство больных (12 чел.) находились на стационарном обследовании и лечении, в том числе в терапевтических стационарах (6чел.) и в противотуберкулезных диспансерах (6чел.). КТ проведена 6 больным, бронхоскопия - 3, консультированы онкологом 6 чел. Визуально при БИ патология в бронхах не выявлялась, а биопсия не проводилась. Следует отметить, что, несмотря на неоднозначную трактовку рентгенологических изменений, в большинстве случаев, клиницистами выставлялся диагноз туберкулеза легких. Несмотря на отсутствие бактериовыделения, больные получали длительное противотуберкулезное лечение (от 4,5 до 56,0 мес.). После проведенного курса химиотерапии 2 чел., еще в течение двух лет наблюдались в противотуберкулезном диспансере, по поводу клинически излеченного туберкулеза легких.

Почти у всех больных (13чел.) опухолевый узел скialogически визуализировался в виде округлой тени с четкими или нечеткими контурами, однородной или неоднородной структуры, в том числе у 2 чел. с наличием полости распада. У 2 больных выявлялось полостное образование с инфильтрированными стенками. Распространенное мнение о преимущественно шаровидной форме ПРЛ относится к опухолям, диаметр которых превышает 3-4см. Опухоль диаметром 1-2см чаще представляет полигональную тень в легочной паренхиме с неодинаковыми по протяженности сторонами, напоминая звездчатый рубец. Такая тень может существовать на фоне измененной или нормальной легочной ткани. Относительно редко при ПРЛ с самого начала опухоль имеет овальную или округлую форму. На ранних стадиях развития ПРЛ чаще всего похож на очаг воспаления или локальный пневмосклероз и гораздо реже напоминает доброкачественную опухоль или кисту [2,3].

Первичный опухолевый узел находился в правом (10 чел.) и у 5чел. в левом легком. Односторонний процесс имел место у 11, а двусторонний – у 4 больных. Патология корней/корня легкого установлена у 10 больных, причем у 4 из них имелось их двухстороннее поражение. У 8 больных, наряду с опухолевым процессом, выявлялись остаточные посттуберкулезные изменения (ОТИ), которые у 3 чел. визуализировались только по данным КТ. В остальных случаях выявлялись обызвествления в корнях легкого (2 чел.), очаговые фиброзные изменения с кальцинацией (5чел.), и плевропневмоцирроз с полостями и кальцинатами (1чел.). Ранее 3 больных лечились от туберкулеза.

После рентгенологического обследования (в т.ч. КТ) у 12 чел. был заподозрен ПРЛ, как основной или альтернативный диагноз, а у 3 чел. изменения трактовались как абсцесс, туберкулема или ОТИ.

Визуально патология в бронхах при БИ была выявлена только у 6 из 15 больных, в виде пророста опухоли (централизация) в бронхи V порядка (2чел.), IV порядка (2чел.) и III порядка (2чел.). Из 6 у 2 больных также был выявлен в главном и промежуточном бронхах экзофитный пророст опухоли из метастатически пораженных лимфоузлов средостения. Забор материала для морфологической верификации диагноза, у больных с наличием опухоли в бронхах, проводили при прямой щипцовой биопсии. При отсутствии видимых изменений в бронхах при БИ (9 чел.), проводилась внутробронхиальная или трансобронхиальная щипцовая биопсия, с учетом данных КТ.

Следует обратить внимание, что обтурация или сужение бронхов III-V порядка опухолью рентгенологически не проявлялась ателектазом, и соответствующий участок легкого оставался воздушным, за счет наличия коллатеральной вентиляции [2].

В 1 группе только у 5 больных были диагностированы 1-2 ст. рака легкого, а у остальных (10чел.) выявлены прогностически неблагоприятные 3-4 стадии опухоли.

Метастазирование опухоли в то же легкое - у 3 чел., в оба легких - у 4 чел. У 10 больных выявлены метастазы в лимфатические узлы корня/корней легких и/или средостения. Пророст из лимфоузлов корня легкого в крупные бронхи наблюдался у 2 чел., пророст в пищевод у 1 больного.

Примером ошибочной интерпретации клинико-рентгенологических проявлений ПРЛ может служить наше наблюдение. Больной Ж., 48 лет. При выявлении процесса изменения на рентгенограмме (в S6 левого легкого) расценены как инфильтративный туберкулез. Больному проводилась химиотерапия по поводу туберкулеза. Через 2 месяца рентгенографически динамики не отмечено. Проведено КТ. Изменения трактовались рентгенологом как туберкулез (рис.1). Лечение продолжено. При контрольном рентгенологическом исследовании через 4 месяца на месте округлой тени выявляется полость с толстыми стенками. В правом легком появилась очаговая тень (рис.2). Процесс трактуется как неудача в лечении с прогрессированием туберкулеза. Микобактерии туберкулеза в мокроте всеми методами не выявлены. При БИ визуальной патологии не было выявлено. Проведена трансбронхиальная биопсия через бронх 6 сегмента левого легкого. При морфологическом исследовании выявлены клетки низкодифференцированного плоскоклеточного рака легкого. Диагностирован рак левого легкого с метастазами в правое легкое.

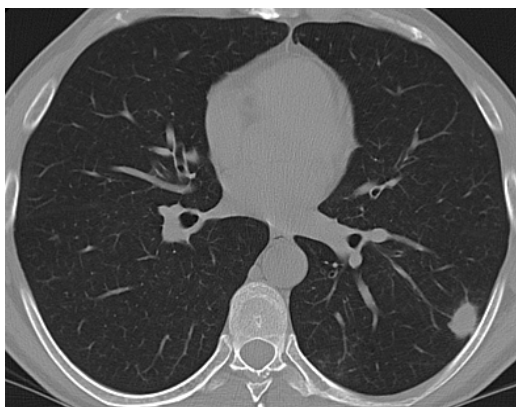


Рис.1. Скан КТ легких.

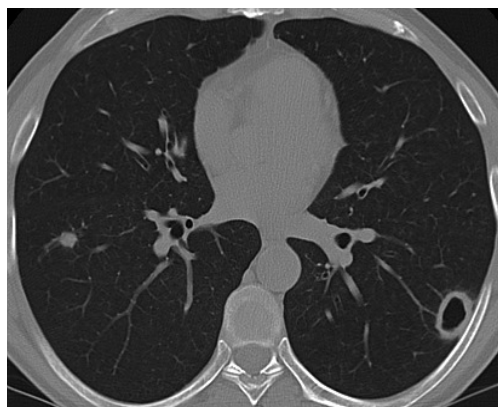


Рис.2. Скан КТ легких

Рис.1. В проекции S6 левого легкого округлая тень с нечеткими, спикурообразными контурами.

Рис.2. На месте округлой тени в S6 левого легкого образовалась полость с утолщенными стенками. В правом легком появилась очаговая тень.

У всех 15 больных 2 группы заболевание начиналось и протекало по типу острого воспалительного процесса.

Больные поступили в РНПЦ с диагнозами туберкулез легких (8 чел.) или дифференциальная диагностика между туберкулезом и неспецифическим воспалением (7 чел). На предыдущих этапах диагностики всем больным проводились курсы неспецифической антибиотикотерапии 1-1,5 мес., и 4 чел. получали противотуберкулезное лечение от 2 до 67 месяцев. КТ было проведено 5 больным и 3 человека консультированы у онколога. Только в одном случае у онколога возникло подозрение на ПРЛ. Бронхоскопия проведена 2 чел. - визуальной патологии не было выявлено.

Основными рентгенологическими проявлениями ПРЛ у больных 2 группы были воспалительные изменения и нарушения вентиляции легкого.

ПРЛ нередко осложняется развитием вторичных неспецифических воспалений в легочной ткани. Эти процессы часто связаны с инфильтрацией мелких бронхов и застоем в них содержимого, а также с прорастанием мелких кровеносных сосудов, нарушением их целостности и пропотеванием жидкости в альвеолы. Все это создает благоприятные условия для развития неспецифического воспаления с характерными для него

клиническими проявлениями, и часто является первыми проявлениями опухоли легкого [2,8].

Рентгенологическая картина ПРЛ у 14 больных сочетала признаки не только первичной опухоли, но и ее осложнений. В зоне опухоли определялось однородное или неоднородное затемнение легочной ткани с нечеткими контурами (8чел.) или разновеликие очаги и фокусы, некоторые сливного характера на фоне фиброзной деформации легочного рисунка (7чел.). У большинства больных (13чел.) одновременно отмечалось расширение и потеря структурности корня легкого за счет метастазирования опухоли. Следует учесть, что размер опухоли мало влияет на возможность ее метастазирования. У 7 больных процесс был односторонний, а у 8 – двусторонний. Опухоль локализовалась в левом легком у 6 больных, в правом – у 9, в т.ч. в 1 или 2 сегменте легкого (5чел.), 3 сегменте (4чел.), 6 сегменте (5чел.) или 4 сегменте (1чел.).

При проросте опухоли в бронхи выявлялись признаки бронхостеноза и нарушения вентиляции легочной ткани (у 12 чел.). Наряду с рентгенологическими проявлениями опухоли, визуализировались изменения, вызванные ее метастазированием в легочную ткань и лимфатические узлы, а также вторичные воспалительные изменения (плевриты, пневмонии, в том числе с абсцедированием). Рентгенологические признаки ПРЛ часто сочетались с остаточными посттуберкулезными и/или поствоспалительными изменениями, в виде очагового фиброза и кальцинатов (4 чел.), пневмоцирроза с полостями и кальцинацией (2чел.). При наличии у больного больших остаточных посттуберкулезных изменений, опухолевые изменения чаще всего трактовались как рецидив или прогрессирование туберкулеза.

В РНЦЦПиФ 12 больным продолжили неспецифическую противовоспалительную терапию (от 14 до 33 дн.), 3 больных - противотуберкулезное лечение (1-3,5мес.). На фоне проводимой терапии у 8 больных отмечалось частичное рассасывание элементов воспаления в зоне периферического узла. Уменьшались размеры тени, контуры ее становились более четкими, и отчетливее выявлялся более плотный участок легкого. Положительная клиничко-рентгенологическая динамика процесса не исключает опухолевого процесса, так может быть обусловлена рассасыванием параканкрозного воспаления [2]. У 6 больных процесс был стабильным. Увеличение тени узла наблюдалось у 1 больной. При КТ органов грудной клетки (14 чел.), уже у 10 чел. изменения в легких трактовались как опухоль или диагностика с опухолью, а у 4 чел. как воспалительный процесс, в том числе у 1 - специфической природы.

У 4 больных при КТ выявлены кальцинаты в корнях легких (на рентгенограммах они не визуализировались).

При бронхологическом исследовании у 12 больных установили прорастание опухоли в нижележащие бронхи: сегментарный бронх/бронхи (10чел.), долевого бронх (2чел.). Из 12 - у 4 больных также наблюдался экзофитный пророст опухоли из метастатически пораженных лимфоузлов корня легкого в крупные бронхи. При БИ у 3 больных патологии в бронхах I-VII порядка не было выявлено. Из них - у 2 больных рентгенологические изменения, возможно, были вызваны сужением или обтурацией опухолью бронхов выше VII порядка (недоступных осмотру). У больного с субтотальным поражением легкого диагностирована пневмониеподобная форма бронхоальвеолярного рака легких.

В результате проведенных обследований, в том числе повторных КТ и БИ, у больных 2 группы была диагностирована 1 ст. ПРЛ (1 чел.) и 3-4 стадии опухоли (14 чел.). Метастазирование процесса в то же легкое, где имела первичная опухоль, наблюдалось у 1чел., в другое легкое - у 6 чел., отдаленные метастазы (головной мозг, позвоночник, пищевод) установлены у 3 больных. Практически у всех больных (14 чел.) выявлены метастазы в лимфатические узлы корня/корней легких и/или средостения, и у 6 из них в сочетании с остаточными посттуберкулезными изменениями. Необходимо иметь в виду, что ПРЛ может длительное время протекать бессимптомно и очень рано метастазировать.

Некоторые пациенты, из-за раннего метастазирования, сразу оказываются неоперабельными, несмотря на сравнительно небольшую первичную опухоль. Однако таких случаев сравнительно немного. Обычно поздний диагноз является следствием или невнимательного отношения к себе больного или неправильной трактовки симптомов со стороны врачей. [8]. В качестве иллюстрации приводим наше клиническое наблюдение. Пациент З., 54 г. В ноябре 2009 г. выявлены изменения во 2 сегменте левого легкого, которые трактовались как пневмония. В дальнейшем отмечается медленная регрессия процесса, уменьшение тени в размере. В январе 2011 года характер изменений в легких расценен как поствоспалительный пневмофиброз. Через 8 месяцев отмечается некоторое увеличение в размере патологического образования (рис 3,4,5). Одновременно выявлены изменения и в правом легком: уменьшение в размерах нижней доли, ее уплотнение, значительное увеличение лимфатических узлов средостения (рис.6,7). При БИ: на медиальной стенке главного, промежуточного, нижнедолевого бронхов правого легкого обнаружены бугристые разрастания опухоли. В биоптатах щипцовой биопсии морфологически установлена аденокарцинома. У больного имело место медленное прогрессирование первичной опухоли, с положительной рентгенологической динамикой процесса и одновременным метастазированием в лимфатические узлы с прорастанием в крупные бронхи другого легкого.

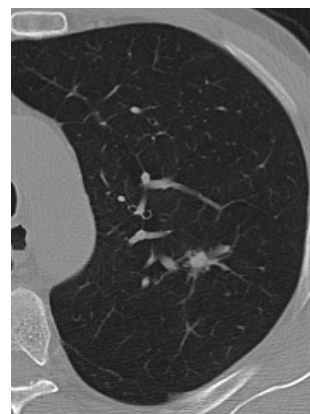
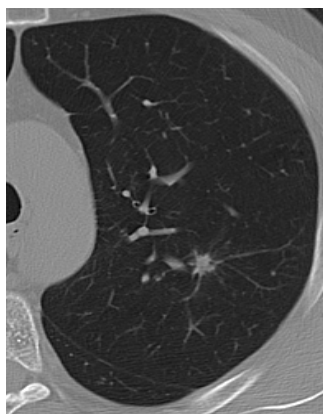
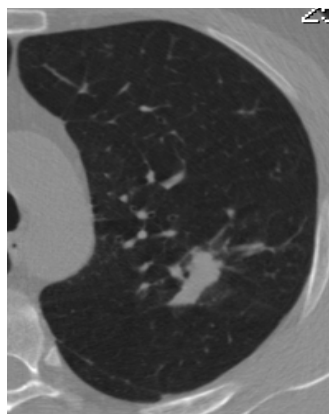


Рис.3. Скан КТ 17.11.2009г.

Рис.4. Скан КТ 05.01.2011г.

Рис. 5. Скан КТ

13.09.2011г.

Рис.3. В проекции S2 левого легкого определяется участок затенения неправильной формы, расположенный по ходу бронха, имеющий четкие, ровные контуры, усилен легочной рисунок в прилежащих отделах. Заключение: пневмония

Рис.4. Отмечается уменьшение в размерах тени левого легкого. Заключение: постпневмонический пневмофиброз.

Рис.5. Отмечается увеличение размера тени в левом легком.

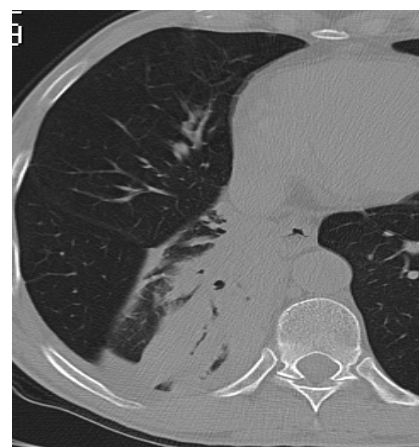


Рис. 6. Скан КТ органов средостения 13.09.2011 г. Рис.7. Скан КТ легких 13.09.2011 г.

Рис. 6. Выявляется конгломерат увеличенных бифуркационных лимфатических узлов. Рис.7. Нижняя доля уменьшена в размерах за счет инфильтративного уплотнения легочной ткани, при сохранении пневмотизации бронхиального дерева. Бронхи не равномерно деформированы, расширены.

В 3 группе (6 чел.) основным рентгенологическим проявлением ПРЛ являлся диссеминированный процесс. Больные поступили в РНПЦ с диагнозами милиарный туберкулез (1), саркоидоз легочно-медиастинальная форма (1чел.), обострение ХОБЛ (3чел.), диагностика туберкулеза и саркоидоза (1)

У всех больных отмечено постепенное начало заболевания, с развитием интоксикационного и бронхолегочного синдромов. До направления в РНПЦ ПиФ больным проводились повторные курсы противовоспалительного лечения, сначала неспецифического, сроком от 1 до 6 месяцев (5чел.), затем противотуберкулезного - в течение 2 мес. (1чел.). КТ выполнена 1 больному и 3 больным проведена бронхоскопия (патологии в бронхах не выявлено). Консультированы онкологом 3 чел. и опухолевая природа образования в легких не была заподозрена.

При анализе рентгенологических данных у всех больных: выявляли очаговую или очагово-фокусную диссеминацию на фоне усиленного легочного рисунка с мелкоячеистой структурой. Двусторонний процесс имелся у 5 больных, поражение одного легкого - у 1чел. Расширение и/или потеря структурности корня/корней легкого отмечено у 4 больных, а у 2 чел.- выпот в плевральной полости. КТ выполнено 3 больным. Особенности течения патологического процесса и обусловили первоначальную неправильную трактовку рентгенологических изменений.

БИ проведено всем больным. При БИ экзофитный пророст опухоли в бронхи установлен только у 3 больных: из метастатически измененных лимфоузлов корня легкого в долевого бронх (1чел.), периэндобронхиальный рост в сегментарном бронхе (2 чел.).

В результате обследования, с учетом данных БИ и КТ, у всех больных установлена 3-4ст. рака, в т.ч. БАР с поражением обоих легких - у 4 чел. У 2 больных имелся ПРЛ 2 или 3 сегмента правого легкого с метастазированием в легкие, и оба корня легкого.

Заключение Основными причинами, затрудняющими выявление ПРЛ, на этапах диагностики являются:

- ошибочная интерпретация рентгенологических изменений, недооценка характерных симптомов ПРЛ и переоценка данных, которые могут встречаться при других заболеваниях, в том числе и при туберкулезе легких. Так, выявление инфильтрата, неоднородная его структура или наличие полости распада, локализация тени в 1-2, 6 сегментах чаще всего трактуется в пользу специфического процесса;

- наличие остаточных посттуберкулезных изменений в легких, особенно в зоне опухолевого процесса, расценивается как реактивация туберкулеза;

- при наличии остаточных посттуберкулезных изменений и увеличенных лимфатических узлов корня/корней легких, опухолевый процесс также часто оценивается как реактивация аденогенного туберкулеза;

- при внутригрудной аденопатии и легочной диссеминации (метастатическое поражение) подозреваются саркоидоз или диссеминированный туберкулез;

- при остром начале болезни, наличии синдрома интоксикации длительное время проводится дифференциальная диагностика воспалительного процесса неспецифической и специфической природы;

- при наличии заключения онколога об исключении опухоли легкого, при отрицательной динамике процесса диагностика с опухолевым процессом не проводится;

- неправильная трактовка рентгенологических изменений в процессе лечения. Положительная рентгенологическая динамика изменений в легких (уменьшение размеров образования, исчезновение полости), на фоне проводимого лечения, не подтвержденная результатами других исследований, не может считаться аргументом для исключения опухоли легкого;

- неправильной рентгенологической трактовке также способствовало увеличение очага с нечеткими контурами или появление очагов-отсевов вокруг очага или в другом легком;

- неполноценное обследование, в частности недостаточное применение КТ, инструментальных методов исследования, особенно бронхоскопии с внутрибронхиальной или трансбронхиальной щипцевой биопсией.

Результативность бронхоскопии находится в прямой зависимости от размеров ПРЛ, его отношения к бронхам и степени вовлечения в опухолевой процесс крупных бронхов. Возможности БИ в выявлении прямых признаков опухолевого поражения бронхов при ПРЛ ограничены, т.к. бронхи 5 и выше порядка недоступны непосредственному осмотру бронхоскопами с диаметром тубуса больше 3,3мм [1,3]. При отсутствии прямых признаков опухолевого поражения бронхов необходимо проводить внутрибронхиальную или трансбронхиальную щипцевые биопсии. Верифицировать диагноз удастся, как правило, при многократном исследовании, важна методика получения материала для морфологического исследования. В подавляющем большинстве случаев, когда не удастся морфологически подтвердить диагноз, целесообразно повторить бронхологическое исследование для получения достаточного количества полноценного тканевого материала.

Литература

1. Трахтенберг, А.Х. Рак легкого / А.Х. Трахтенберг, В.И. Чисов – М.,2009. – 656 с.
2. Розенштраух, Л.С., Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания / Л.С. Розенштраух, Н.И. Рыбакова, М.Г. Винер – М., 1987. – 640 с.
3. Тюрин, И.Е. Компьютерная томография органов грудной полости / И.Е. Тюрин. – СПб., 2003. – 371 с.
4. Власов, П.В. Рентгенодиагностика рака легкого / П.В. Власов // Медицинская визуализация. – 2005. – № 2. – С. 49-59.
5. Трахтенберг, А.Х. Ошибки клинической онкологии / А.Х. Трахтенберг, В.И. Чисов – М.,2010. – 548 с.
6. Залуцкий, И.В. Онкология / И.В. Залуцкий – Мн., 2007. – С. 330–375
7. Витько Н.К. Диагностика рака легкого / Н.К.Витько, Ю.В.Буковская, К.Ю.Васильев [и др.] // Лечащий врач. – 2007. – № 3 – С.46-54.
8. Углов, Ф.Г. Рак легкого / Ф.Г. Углов. – Л., 1962. – 540 с.