

Одиночные округлые образования в легком, тактика ведения

*Миллер С.В.¹, Фролова И.Г.¹, Величко С.А., Тузиков С.А.^{1,2}, Байдала П.Г.²,
Полищук Т.В.¹, Родионов Е.О.², Манибадаров Ж.Н.¹*

Single round lung formations, management

*Miller S.V., Frolova I.G., Velichko S.A., Tuzikov S.A., Baidala P.G.,
Polischuk T.V., Rodionov Ye.O., Manibadarov Zh.N.*

¹ НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

² Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Миллер С.В., Фролова И.Г., Величко С.А. и др.

Рак легкого (РЛ) остается одним из наиболее распространенных в мировой популяции злокачественных новообразований и одной из значимых медицинских и социальных проблем. В России ежегодно регистрируется более 52 тыс. новых случаев РЛ. При этом во время профилактических осмотров РЛ выявляется в I—II стадиях заболевания лишь в 26,5%. Удельный вес морфологической верификации диагноза при опухолях трахеи, бронхов, легкого составляет 61,5%, и этот показатель является самым низким по сравнению со злокачественными новообразованиями других локализаций. Улучшение результатов лечения данного заболевания связано с выявлением ранних форм этой патологии и их хирургическом лечении.

Одной из самых обсуждаемых проблем в современной онкологии является скрининг РЛ, основанный в основном на лучевых методах диагностики. Причины неудач рентгенологического исследования обусловлены низкой информативностью, так, одиночные очаги размером от 1 см обнаруживаются лишь в 0,2—1,0% всех исследований грудной клетки, при использовании компьютерной томографии очаги размером от 1 мм выявляет в 2—4 раза чаще.

При анализе скрининговых исследований с помощью компьютерной томографии (КТ) отмечено повышение выявляемости РЛ и резектабельности, но отсутствие снижения смертности. В 2010 г. были доложены результаты успешного исследования Национального института рака США по применению низко-

дозной спиральной компьютерной томографии для скрининга рака легкого. Анализ результатов программы National Lung Cancer Trial (NLST) выявил снижение смертности от рака легкого на 20% по сравнению с рентгенографией грудной клетки.

Актуальными в современной онкологии являются вопросы диагностики и алгоритма действия врача при подозрении на опухолевый процесс, когда даже при совокупности результатов различных методов исследований нельзя исключить злокачественную опухоль. Однако в повседневной клинической практике вряд ли может существовать единый алгоритм дифференциальной диагностики для всех пациентов.

Цель исследования — изучить соответствие рентгенологических данных и результатов морфологического исследования у пациентов с одиночными округлыми образованиями в легких для последующего определения лечебной тактики.

Были проанализированы амбулаторные карты областного противотуберкулезного диспансера (ОПТД) г. Томска и поликлинические карты НИИ онкологии СО РАМН 134 пациентов из Томской, Кемеровской, Камчатской областей, Красноярского края и Республики Тыва. Из них мужчин было 89 (66,4%), женщин — 45 (33,6%). Средний возраст обследованных составил 53,4 года (мужчин — 55 лет, женщин — 50,2 года).

Все больные имели, по данным флюорографического исследования, рентгенографии и компьютерной томографии, одиночное округлое образование в лег-

ком. Следует отметить, что только 16 из 57 больных ОПТД была проведена КТ, тогда как в клиниках НИИ онкологии КТ проводилась всем 77 пациентам. Средний срок наблюдения составил 25,3 мес (максимум 10 лет, минимум 1 мес).

Рентгенологическое исследование выполняли в прямой и боковой проекциях на стороне поражения на стационарном рентгеновском аппарате Comrast Diagnost. Компьютерно-томографическое исследование проводилось на компьютерном томографе S-Emotion 6 фирмы Siemens в режиме спирального сканирования с толщиной среза 1—2,5 мм, pitch — 1,5. Для более четкой визуализации изображения сосудистых структур легкого исследование выполнялось в условиях болюсного контрастного усиления изображения путем внутривенного введения 100 мл омнипака-350 со скоростью 3 мл/с.

У 70 из 134 пациентов диагноз был подтвержден морфологически: рак выявлен у 48 (68,6%) пациентов, доброкачественное новообразование — у 16 (22,9%), туберкулезный процесс — у 5 (7,1%) и MPNST — у 1 (1,4%).

По результатам исследования все пациенты были разделены на группы соответственно диагнозу: рак легкого — 51 (38,1%) больной; туберкулема — 26 (19,4%); с неуточненным диагнозом — 25 (18,7%); 21 (15,7%) больной с доброкачественной опухолью (у 11 пациентов верифицирована гамартома); по 3 (2,2%) пациента с очаговым и инфильтративным туберкулезом; по 1 (0,7%) больному со злокачественной опухолью из оболочек периферических нервов (MPNST), кальцинатом, кистой, пневмофиброзом, воспалительной псевдоопухолью.

У 83 (61,9%) больных очаг располагался в правом легком, у 51 (38,1%) — в левом. Патологический процесс поражал верхнюю долю в 57,1%, нижнюю долю — в 36,6%, среднюю долю — в 6,3%. Локализация очага в легочной ткани не имела принципиального значения, хотя известно, что более 70% первичных злокачественных образований располагаются в верхних долях, причем в правом чаще, чем в левом.

Средний размер всех образований составил 25,96 мм (максимум 60 мм, минимум 3 мм). Средний размер злокачественных новообразований —

26,04 мм, доброкачественных новообразований — 26,93 мм, туберкулем — 17,96 мм. Различие между размерами злокачественных новообразований и туберкулем, доброкачественных новообразований и туберкулем статистически значимо ($p = 0,01$). Статистически значимых различий между средними размерами злокачественных и доброкачественных новообразований не выявлено ($p = 0,38$). Следовательно, при размере образования, близком к 30 мм, следует в первую очередь предполагать наличие опухолевого образования, нежели туберкулезного процесса.

Очаги в легочной ткани имели различные контуры, в том числе ровные (22,9%) или неровные (волнистые, бугристые — 77,1%), а также четкие и нечеткие (лучистые или размытые за счет зоны «матового стекла» по периферии. Чаще всего неровные и нечеткие контуры были характерны для злокачественных новообразований.

Плотность ООЛ, которая определялась при КТ, позволила выделить очаги солидного типа в 30,2% случаев, которые имели типичную структуру локального уплотнения округлой формы мягкотканной плотности. Среди них в 45% случаев морфологически было верифицировано злокачественное заболевание. Очаги смешанного или частично солидного типа характеризовались участком уплотнения в центре, окруженном зоной низкой плотности по типу матового стекла. Очаги по типу матового стекла наблюдались как при воспалительных процессах, так и при аденокарциномах. При рентгенологическом исследовании очаги этого типа практически не были визуализированы.

При КТ часто выявлялась неоднородность структуры образования, обусловленная участками обызвествления различной формы (слоистые, по окружности, диффузные, очаговые). При гамартомах в структуре образования визуализировались включения жира различной формы и размеров.

Удельный вес верификации составил при трансторакальной пункции 38,6% (27 больных), а при оперативном вмешательстве — 61,4% (43 больных). При этом при торакотомии выполнялась пункция опухоли или атипичная экономная сублобарная резекция по типу тотальной биопсии. Окончательный объем операции (лобэктомия, билобэктомия) зависел от резуль-

Миллер С.В., Фролова И.Г., Величко С.А. и др.

татов срочного интраоперационного гистологического исследования полученного материала, а также ревизии и уточнения состояния пульмональных, бронхо-пульмональных, лимфатических узлов корня легкого и средостения. Таким образом, диагностическая торакотомия явилась завершающим методом комплексного обследования больных с округлыми образованиями легких небольших размеров, обеспечивая действительно раннюю диагностику и своевременное хирургическое лечение. Следовательно, радикальное хирургическое вмешательство, предпринятое у лиц с округлым образованием в легком, генез которого неясен, является методом, позволяющим провести морфологическую диагностику истинно ранней стадии злокачественной опухоли и выполнить органосохраняющую операцию.

Практически все случаи с неуточненным диагнозом (22 из 25) наблюдались в ОПТД, что связано, по-

Одиночные округлые образования в легком, тактика ведения

видимому, с малым сроком наблюдения или отказом от диагностики и лечения.

Таким образом, на основании проведенного анализа пациенты были распределены на две группы по наиболее важным факторам, свидетельствующим в пользу злокачественного процесса. При наличии таких факторов, как размеры очага более 21 мм, неровные и нечеткие контуры очага при КТ, плотность очага солидного типа или по типу матового стекла, больные были отнесены к группе высокого риска злокачественного процесса в легком. Также большое значение в данной группе имели факторы длительного курения, профессиональные вредности, злокачественные опухоли в анамнезе, возраст старше 70 лет. Пациенты, у которых отсутствовали данные факторы риска, относятся к группе с более благоприятным клиническим прогнозом по развитию рака легкого.

Поступила в редакцию 24.05.2012 г.

Утверждена к печати 27.06.2012 г.

Для корреспонденции

Фролова И.Г. — д-р мед. наук, профессор, руководитель отделения лучевой диагностики НИИ онкологии СО РАМН (г. Томск);
e-mail: FrolovaIG@oncology.tomsk.ru