

ПРИМЕНЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКОГО

Т.Е. РУДЫК, И.Г. ФРОЛОВА, С.А. САМЦОВ, С.А. ВЕЛИЧКО

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Проблема дифференциальной диагностики округлых образований легких, несмотря на кажущуюся простоту, является сложной задачей не только для молодых врачей, но и для опытных специалистов. Синдром «округлого образования в легочной ткани» объединяет в себе обширную группу совершенно разных по гистогенезу заболеваний. Рак легкого составляет до 70 % всех первично выявленных округлых образований легких. Несмотря на периферическую локализацию, у 50 % пациентов диагностика заболевания запаздывает на 6–24 мес. Широкое внедрение в клиническую практику компьютерной томографии привело к значительному увеличению получаемой диагностической информации о внутренней структуре образования. Несмотря на расширившиеся возможности, компьютерная томография не внесла существенных изменений в алгоритм дифференциальной диагностики шаровидных образований легких, который базируется на «классических» рентгенологических критериях и имеет ограничения в дифференциальной диагностике.

Материал и методы. Для повышения эффективности дифференциальной диагностики предложена методика динамической компьютерной томографии с контрастным веществом по стандартной методике и с мочегонным веществом. Методика динамической компьютерной томографии с лазиксом заключается в пероральном введении 160 мг препарата накануне обследования (по 40 мг через 4 ч) под прикрытием препаратов кальция и калия. В область исследования было включено изображение периферического образования и область перифокальных изменений. Для упрощения анализа мы ввели условное понятие – коэффициент злокачественности, который отражал отношение площади плотных участков интересующего нас объекта (30–120ед. Н) к площади перифокальных изменений.

Результаты. Динамическая компьютерная томография проведена 137 пациентам с периферическими образованиями в легком. Получены статистически достоверные различия между группами больных с опухолевыми и воспалительными заболеваниями. При новообразованиях при исследовании в нативном режиме коэффициент составлял в среднем 2,09, при воспалительных процессах – 0,74. При компьютерной томографии с контрастным веществом в группе опухолей отмечалось увеличение зоны перифокальных изменений, что приводило к снижению коэффициента до 1,2. В группе воспалительных заболеваний наблюдалось уменьшение перифокальных изменений, что обуславливало увеличение коэффициента до 0,9. При исследовании с лазиксом в группе опухолевых заболеваний отмечалось выраженное уменьшение перифокальных изменений, что приводило к резкому возрастанию коэффициента до 2,9. В группе воспалительных заболеваний также наблюдалось снижение перифокального воспаления, но в меньшей степени, и возрастание коэффициента до 0,8. Необходимо отметить, что в группе воспалительных заболеваний коэффициент злокачественности ни в одном случае не превышал 1.

Выводы. Динамическая компьютерная томография и определение коэффициента злокачественности, отражающего соотношение тканей опухоли к зоне перифокальных изменений, расширяет возможности дифференциальной диагностики и позволяет в 89 % случаев правильно интерпретировать сканированную картину периферического образования легкого. Определение коэффициента злокачественности при динамической КТ может использоваться как дифференциально-диагностический тест при невозможности проведения трансторакальной биопсии. Динамическая КТ с лазиксом при одинаковых диагностических возможностях с

динамической КТ с контрастным веществом является более дешевым и легко переносимым пациентами методом исследования, что позво-

ляет использовать ее для дифференциальной диагностики при непереносимости препаратов йода.

РОЛЬ ПИСТОЛЕТНОЙ БИОПСИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

Т.Е. РУДЫК, И.Г. ФРОЛОВА, С.А. САМЦОВ, С.А. ТУЗИКОВ, Ю.В. РУДЫК

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. В настоящее время общепризнанным методом морфологического подтверждения диагноза периферического рака легкого является трансторакальная тонкоигольная аспирационная биопсия (ТТАБ) под контролем компьютерной томографии. Диагностическая ценность ТТАБ, по данным различных авторов, колеблется от 75 до 87,6 %. В 13,7–25 % случаев наблюдаются расхождения между дооперационным и окончательным гистологическим диагнозами. Причиной этого являются ошибки при заборе материала, скудность полученного материала, обилие форменных элементов крови, мозаичный рост опухоли, дистрофические изменения или недостаточные проявления степени дифференцировки. Это создает необходимость повторных, иногда многократных пункций до получения полноценного материала. Проблема гистологической верификации на предоперационном этапе актуальна для большинства локализаций опухолей. В настоящее время широкое распространение получила пистолетная (режущая, гильотинная) биопсия, позволяющая получать количество материала, достаточное для проведения гистологического исследования. Общепринятой тактикой лечения немелкоклеточного рака легкого III стадии является комбинированное, включающее неоадьювантную химиотерапию, для проведения которой требуется знание гистологической принадлежности опухоли. Кроме того, проводимые программы по лечению немелкоклеточного рака легкого требуют оценки эффективности лекарственной терапии. В случаях, когда рентгенологически трудно оценить динамику процесса после проведенной терапии и необходимо решить вопрос о дальнейшей тактике, изучение лекарственного патоморфоза позволило бы оценить эффектив-

ность и целесообразность дальнейшего неоадьювантного лечения более точно. В литературе появились единичные сообщения о применении пистолетной биопсии под ультразвуковым контролем для верификации опухолей средостения и пристеночных крупных опухолей легкого.

Материал и методы. В настоящий момент мы имеем опыт применения пистолетной биопсии опухолей легкого разного диаметра, расположенных как в плащевой, так и в прикорневой зоне. Пункции выполняются под компьютернотомографическим контролем, после предварительного рутинного исследования, при котором определялись точная локализация образования по зонам легкого, кратчайшее расстояние от кожи, угол наклона иглы, топография крупных сосудистых ветвей и бронхов. Компьютернотомографический контроль осуществлялся поэтапно: при прохождении иглы через паренхиму легкого и после забора материала.

Результаты. Пункция проведена 23 пациентам. В 21 случае получено достаточное количество материала для проведения гистологического исследования и была получена гистологическая верификация. В 2 случаях из-за размера опухоли менее 2 см объем материала был недостаточен для плановой гистологической проводки. Получен мазок для цитологического исследования. По локализации опухоли распределялись следующим образом: в плащевой зоне – в 8, толще паренхимы – в 10, в прикорневой зоне – в 5 случаях. В 8 случаях биопсия проводилась по поводу подозрения на солитарный метастаз в легкое опухолей мягких тканей и почки, из них в 6 – плановая гистологическая проводка операционного материала соответствовала результатам биопсии. В 2 случаях из-за малого количества выполнялось только