

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

цитологическое исследование. В 15 случаях после плановой проводки полученного материала при пункции был установлен гистологический вариант опухоли: низкодифференцированный плоскоклеточный рак легкого – у 4, аденокарцинома различной степени дифференцировки – у 7, крупноклеточный рак легкого – у 1, мелкоклеточный рак легкого – у 3 больных. Осложнения в виде частичного пневмоторакса, не требующего дренирования плевральной полости, зафиксированы в 4 случаях, кровохаркание – в 1.

У 8 больных с немелкоклеточным раком легкого после верификации диагноза, согласно запланированной схеме I этапа комбинированного лечения, проведено не менее двух курсов неoadьювантной химиотерапии при условии наличия объективного эффекта. Перед каждым вторым курсом лечения больным проводили радиологическую визуализацию для оценки статуса заболевания. Объективный ответ опухоли оценивался с помощью стандартных критериев ВОЗ. Всем больным основной группы в последующем проведена радикальная операция с ИОЛТ в дозе 15 Гр на ложе удаленной опухоли и пути регионарного метастазирования. Лекарственный патоморфоз оценивался по результатам планового гистологического исследования операционного материала и его сопоставления с материалом, полученным при режущей биоп-

сии. Однако у ряда больных, у которых было начато лечение с неoadьювантной химиотерапии, не удалось выполнить оперативное лечение в силу функциональной непереносимости. Таким пациентам было проведено только химиолучевое лечение. Оценка эффективности химиотерапии проводилась стандартно после 2 курсов химиотерапии с помощью лучевых и эндоскопического метода обследования и по шкале ВОЗ. У 3 больных с периферическими опухолями, у которых по данным контрольного обследования была зафиксирована стабилизация процесса, и у 2 пациентов с зафиксированным прогрессирующим вопросом о схеме дальнейшего химиотерапевтического лечения решался после оценки лекарственного патоморфоза. Для этого была использована pistolетная биопсия повторно, после 2 курсов химиотерапии. После исследования лекарственного патоморфоза у 3 пациентов режим химиотерапии был изменен.

Выводы. Применение pistolетной биопсии позволяет на долечебном этапе определить гистологическую принадлежность опухоли легкого, а также проводить изучение лекарственного патоморфоза в процессе лечения, что дает возможность оценить эффективность и целесообразность дальнейшего химиотерапевтического лечения более точно и в случае необходимости изменить тактику.

МЕТОДЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ МОНИТОРИНГЕ ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ

И.О. РУТКИН, О.А. КРОВА, М.С. ТЛОСТАНОВА, В.Н. ПОЛЫСАЛОВ

ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий», г. Санкт-Петербург

Актуальность. Применение радиочастотной абляции (РЧА) при комбинированном лечении злокачественных опухолей печени значительно расширило возможности лечения онкологических больных, имеющих соматические противопоказания к открытым хирургическим вмешательствам, позволило выполнять сочетанные операции пациентам с метастатическим поражением печени, оказывать комбинированное

циторедуктивное влияние на опухоль в неоперабельных случаях. Динамический контроль за эффективностью лечения чаще осуществляется с помощью МСКТ, МРТ, ПЭТ. Несмотря на то, что методика РЧА достаточно давно вошла в клиническую практику, разработка четкого алгоритма послеоперационного мониторинга и критерии эффективности воздействия остаются поводом для дискуссии.