

доброкачественных опухолях и фиброаденомах с признаками малигнизации, наибольшие различия определялись при характеристике контуров образования. В 28 ± 11 % наблюдений с малигнизированной фиброаденомой встречается плохо определяемый контур образований, в то время как в группе с доброкачественными опухолями, данный признак имел место в $9 \pm 2,6$ % случаев. Другим характерным признаком была неоднородная внутренняя структура опухоли. Этот симптом был отмечен в $89 \pm 7,6$ % при установленном раке молочной железы. Вероятно, этот факт был обусловлен наличием гипоехогенных участков в опухолевом узле, которые наблюдались более чем у половины пациенток – 56 ± 12 %). При фиброаденомах такие проявления ультразвуковой картины встречались значительно реже. Так, в $4 \pm 1,8$ % наблюдений гипоехогенные участки определялись в узле, а неоднородная внутренняя структура была отмечена в $24 \pm 3,9$ %. Из вторичных феноменов при малигнизированных фиброаденомах наиболее часто встречалось центральное акустическое ослабление – в $17 \pm 9,1$ %.

Уровень этих значений оказался на порядок выше, чем при доброкачественной патологии – $1,7 \pm 1,1$ %. Специфичными ультразвуковыми критериями для малигнизированной фиброаденомы явились неровный контур опухоли – в 72 %, неоднородная внутренняя структура – в 89 % и центральное акустическое ослабление – в 17 % наблюдений. Для рака в кисте – наличие синдрома внутреннего эхо (87 %) и ослабление акустического сигнала позади образования (66,7%). Чувствительность сонографии в выявлении малигнизированных фиброаденом оказалась невысокой и составила 61 %. Рак в кисте был выявлен при ультразвуковом исследовании в 93,3% случаев, при рентгеновской маммографии – в 40 %. Аспирационную биопсию кист в ткани молочной железы целесообразно проводить под контролем ультразвукового исследования.

Выводы. Обоснована целесообразность расширения возрастного ценза для применения сонографии как первичного метода обследования женщин при диагностике заболеваний молочной железы, а именно до 50 лет.

ТРАНСТОРАКАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКОГО

С.А. ВЕЛИЧКО, И.Г. ФРОЛОВА, В.В. ОКУНЕВ

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Несмотря на совершенствование диагностических методов исследования, в ряде случаев все еще отмечаются трудности дифференциальной диагностики так называемых округлых образований легких, среди которых высокий удельный вес занимает периферический рак. Верификация диагноза рака легкого, знание морфологической структуры опухоли имеют большое значение для выбора лечебной тактики и определения прогноза заболевания. Располагая значительным материалом трансторакальных пункций (ТПП) периферических образований легких, нам хотелось сравнить результаты пункций под контролем рентгенотелевидения и компьютерной томографии.

Материал и методы. Трансторакальные аспирационные пункции объемных образований

легких выполнены у 192 больных, под контролем рентгенотелевидения ($n=86$) и компьютерной томографии ($n=106$). Периферический рак легкого диагностирован у 169 больных, метастазы опухолей из других органов – у 9, доброкачественные образования – у 14. В зависимости от размеров и локализации патологического образования пункции выполнялись специальными иглами N 18 G – 20 G с диаметром 1–1,2 мм и N 22 G – 25 G с диаметром 0,5–0,7 мм. Длина игл варьировала от 8 до 18 см. У 31,2 % пациентов трансторакальные пункции проводили повторно. По размерам периферические образования составили три группы: мелкие – от 0,5 до 2,0 см; средние – от 2,0 до 5,0 см; крупные – больше 5,0 см. Отдельную группу составили больные периферическими образованиями легких с наличием

полостей распада и неоднородной структурой, обусловленной начальными проявлениями некроза.

Результаты. Верификация образований размером до 2 см при трансторакальной пункции под контролем рентгенотелевидения (РТ) достигалась почти в 2 раза чаще, чем под контролем КТ – 85,3 % и 51,4 % соответственно. Это объяснялось тем, что под контролем рентгенотелевидения возможно осуществлять постоянный визуальный контроль за иглой, проводить коррекцию ее хода, а также фиксировать внедрение в опухоль. Пункции же под контролем компьютерной томографии менее результативны из-за невозможности зафиксировать опухоль и иглу на одном и том же срезе. Это обстоятельство затрудняет прицельное введение пункционной иглы и требует проведения повторного сканирования для внесения коррекции в положение иглы. Результативность пункций у больных с образованиями размерами 2–5 см примерно одинаковая и составила под контролем РТ – 81,7 %, под КТ – 89,3 %. У больных с периферическими опухолями размерами больше 5 см результативность составила под контролем РТ – 70 %, под контролем КТ – 85,7 %. В этой группе выявились преимущества КТ над РТ в изучении денситометрической структуры опухолей, а также в оценке их взаимоотношения с окружающими тканями и крупными сосудами. У больных с периферическими полостными образованиями легких результативность пункций составила 61,1 % под контролем РТ и 89,3% – под контролем КТ. Необходимо отметить, что в этих случаях компьютерная томография дает возможность оценить толщину стенок на разных уровнях, точное расстояние от кожи до стенки опухоли, и, таким образом, прицельно ввести пункционную иглу в стенку опухоли, и произвести забор материала, избегая забора некротизи-

рованной ткани. Особое значение приобретают эти преимущества компьютерной томографии, когда имеется некроз ткани опухоли без отчетливо определяемой полости. Анализ полученных результатов пункций показал, что каждый из методов контроля имеет определённые положительные и отрицательные стороны. Наибольшее количество негативных черт при использовании обоих методов выявляется при опухолях диаметром до 2 см, при которых верификация процесса наиболее необходима. Следует отметить, что при неотчетливой визуализации опухоли на рентгенограммах единственным методом контроля расположения иглы при ТТП следует признать компьютерную томографию. С другой стороны, локализация опухоли в области костального синуса или у заднего ската диафрагмы исключает использование КТ во время пункции, так как выраженная амплитуда дыхательных движений этого отдела легкого препятствует применению данного вида контроля при трансторакальной пункции.

Выводы. Трансторакальные аспирационные пункции являются высокоэффективным методом диагностики периферических опухолей легких, позволяя верифицировать диагноз в 85,7 % случаев. Результативность пункций под контролем компьютерной томографии возрастает с увеличением размеров опухоли. Локализация образований средних и крупных размеров существенно не влияла на результативность трансторакальных пункций. Определенные трудности возникали при пункции мелких образований с наличием распада или полости. Пункции периферических опухолей легких небольших размеров (до 2 см в диаметре) более информативны под контролем рентгенотелевидения. При пункциях периферических опухолей легких средних и крупных размеров наилучшим методом контроля является компьютерная томография.