

ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ЛЕГКИХ МАЛОГО ДИАМЕТРА (до 2 см)

А. Черноусов, академик РАН, профессор,
Ю. Павлов, доктор медицинских наук, профессор,
В. Рыбин, кандидат медицинских наук,
Д. Вычужанин, кандидат медицинских наук,
Р. Нурутдинов, кандидат медицинских наук
Первый МГМУ им. И.М.Сеченова
E-mail: vichy@list.ru

Современные методы исследования позволяют выявлять очаговые образования легких самого малого диаметра. При этом возникают значительные трудности в их дифференциальной диагностике. Всем больным, у которых выявлены очаговые патологические образования легких малых размеров (от 0,5 до 2 см), показано их удаление без морфологического подтверждения диагноза до операции.

Ключевые слова: хирургия, очаговые образования легких, рак легкого, мини-инвазивные операции.

Ежегодно в России заболевают раком легкого более 63 тыс. человек, в том числе свыше 53 тыс. мужчин. На стойкое излечение у 60–80% больных периферическим раком легкого можно рассчитывать только после радикальной операции при размерах новообразования до 3 см и отсутствии метастазов в регионарных лимфатических узлах, т.е. при I стадии заболевания. К сожалению, несмотря на применение современных инструментальных, морфологических и лабораторных методов, I стадия рака выявляется только у 5–8% заболевших [6–8, 12].

У >20 тыс. пациентов, или 34,2%, рак легкого выявляется в IV стадии, что делает чрезвычайно актуальной задачу обнаружения злокачественных опухолей легких на наиболее ранних стадиях их развития [6, 12]. Именно поэтому огромное практическое значение вкладывается в понятие «раннее выявление», что подразумевает активную диагностику у людей, не предъявляющих жалоб [7, 10].

Патологические образования легких малого размера (до 2 см) в подавляющем большинстве случаев выявляются при проведении компьютерной томографии (КТ) грудной клетки, выполняемой по различным причинам [7–9, 13–15].

Трудности точной диагностики очаговых образований легких хорошо известны — чаще всего приходится проводить дифференциальную диагностику между периферическим раком, доброкачественными опухолями (гамартохондрома и т.д.), туберкулезом, саркоидозом, метастатическим поражением легкого [1–5, 10, 11].

Угрожающий фактор в диагностике опухолей легких малого диаметра — их бессимптомность. Отсутствие жалоб

со стороны пациента, скудная клиническая картина заболевания, сложности с профилактикой и первичным выявлением очагов делают проблему образований легких <2 см в диаметре актуальной для научных изысканий и практически значимой для сохранения здоровья и нередко — жизни пациентов.

Далее приводятся результаты обследования и лечения в Клинике факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко (1977–2013) 110 больных с патологическими образованиями легких малого диаметра. У них при рентгенологическом исследовании легких, включая КТ, были впервые выявлены очаговые образования легких размером от 0,5 до 2 см.

С момента поступления в клинику у всех больных тщательно собирались жалобы и изучался анамнез заболевания. В большинстве случаев в связи с малыми размерами патологических образований больные предъявляли жалобы общего характера (сухой кашель, одышка при физической нагрузке). Сбору сведений об анамнезе жизни уделялось особое внимание. В связи с большим распространением «вредных» производств сведения о профессиональной занятости имели большое значение для предположения об этиологии заболевания.

Сведения о вредных привычках (в частности, курение и потребление алкоголя) позволяло не только определить статус курильщика конкретного больного, но и его социальную принадлежность, что в дальнейшем может повлиять на поведение пациента в послеоперационном периоде и правильность соблюдения медицинских рекомендаций.

Вопрос о применении трансторакальной аспирационной биопсии для предоперационной диагностики очагов в легочной ткани сложен и неоднозначен. Из-за малого размера патологического образования применение данной методики считается проблематичным. Кроме того, даже если при рентгеноскопии опухоль размерами 2 см визуализируется на экране монитора, то при повороте больного ее тень часто накладывается на ребро, позвоночный столб или тень корня легкого, что многократно затрудняет точное попадание в цель.

Не следует забывать и о человеческом факторе, поскольку такую манипуляцию в силах выполнить только чрезвычайно опытный специалист. В противном случае мы не застрахованы от развития тяжелых осложнений (легочное кровотечение; профузное кровотечение из грудной стенки, например при поражении *a. thoracica interna*; тотальный пневмоторакс; ранение органов средостения, крупных сосудов или печени).

При развитии подобных осложнений требуется экстренная оперативная помощь, что не отражается положительным образом на здоровье пациента. Трансторакальная аспирационная биопсия под контролем КТ тоже рассматривалась нами как интересный, но малоэффективный метод диагностики, так как в отличие от рентгеноскопии он реализуется не в реальном времени, а при определенном шаге томографа. При этом малейшее движение больного при обезболивании места ввода пункционной иглы, прокалывание грудной стенки или дыхательные движения приводят к смещению патологического очага и получению ложноположительного результата.

Всем пациентам были выполнены операции удаления участков легочной ткани с опухолью из разных операционных доступов: у 44 — видеоторакоскопические резекции легкого, у 43 — мини-торакотомии с видеосопровождением, у 23 — мини-торакотомии.

Окончательный диагноз формулировали после планового гистологического исследования удаленного патологического образования. Осложнений в виде летальных исходов не отмечено. Среди пациентов было 63 мужчины и 47 женщин. 1-ю группу составили 14 мужчин и 9 женщин, 2-ю – 31 мужчина и 12 женщин, 3-ю – 26 мужчин и 18 женщин. Возраст обследованных больных находился в пределах от 19 до 74 лет. В 1-й группе (n=23) были больные с диаметром образования от 0,5 до 1,0 см (рис. 1), оперированные из мини-торакотомного доступа. Результаты гистологического исследования удаленных у этих пациентов патологических образований:

- инфаркт – 1;
- туберкулома – 8;
- мезотелиома плевры – 1;
- бронхиолоальвеолярный рак – 2;
- гамартома – 5;
- хронический обструктивный бронхит – 1;
- саркоидоз – 2;
- интерстициальная пневмония – 1;
- фиброз – 2.

В настоящее время вопрос о показаниях и противопоказаниях к оперативному удалению одиночных образований легких размером от 0,5 до 1 см остается нерешенным; алгоритмы диагностики у подобных пациентов также сформулированы нечетко. Мы считаем, что для их успешного лечения необходимо поставить точный диагноз, подтвержденный патогистологическим исследованием.

Злокачественное поражение легких и плевры в этой группе диагностировано у 3 (13%) пациентов, доброкачественные опухоли – у 5 (21,7%).

Во 2-ю группу (n=43) вошли пациенты с размером очага поражения от 1,0 до 2,0 см (рис. 2), им была выполнена мини-торакотомия с видеоподдержкой.

Результаты гистологического исследования удаленных у этих пациентов патологических образований:

- периферический рак – 13;
- туберкулома – 7;
- киста – 1;
- гамартома – 18;
- эхинококковая киста – 1;
- ограниченный пневмосклероз – 3.

У 13 пациентов выявлен рак легкого. Доброкачественные опухоли (гамартумы) легкого имелись у 18 больных, у 7 диагностирована туберкулома. Таким образом, частота злокаче-

ственных и доброкачественных опухолей вместе с туберкуломами составила 88,4%.

Группу 3 составили 44 пациента с множественными мелкоочаговыми образованиями легких (рис. 3), которым выполнялась видеоторакоскопическая биопсия патологического материала ткани легкого.

Результаты планового гистологического исследования удаленной у этих больных легочной ткани:

- метастатическое поражение – 7;
- диссеминированный туберкулез – 10;
- силикоз – 1;
- бронхиолоальвеолярный рак – 2;
- псевдолимфома (диффузная форма) – 1;
- асбестоз – 1;
- саркоидоз – 20;
- гемосидероз – 1;
- фиброз – 1.

У 9 (20,4%) пациентов 3-й группы выявлены злокачественные поражения легких, у 10 (22,7%) – диссеминированный туберкулез, у 20 (45,5%) – саркоидоз, что потребовало незамедлительного лечения в специализированных стационарах.

Таким образом, всем больным, у которых выявлены очаговые патологические образования легких малых размеров (от 0,5 до 2 см), показано их удаление без морфологического подтверждения диагноза до операции.

При множественных очаговых патологических образованиях легких оптимальный метод диагностики и лечения – видеоторакоскопическая операция, при которой можно выполнить полноценную ревизию плевральной полости, резекцию удаленных от места введения торакоскопических портов отделов легкого и лимфатических узлов.

Если единичная опухоль легкого имеет размер от 0,5 до 1,0 см, целесообразна мини-торакотомия, позволяющая оценить состояние легочной ткани визуально и пальпаторно, максимально точно определить интраоперационный диагноз и выполнить хирургическое лечение.

При размере опухоли легкого от 1,0 до 2,0 см операцией выбора является мини-торакотомия с видеоподдержкой, при которой можно эффективно выполнить радикальную операцию на легочной ткани и лимфатических узлах средостения.

При единичной опухоли легкого размером <0,5 см, выявляемой при КТ, наиболее целесообразная тактика – динамическое наблюдение больного и проведение контрольной КТ через 6–12 мес.



Рис. 1. Округлое образование в левом легком

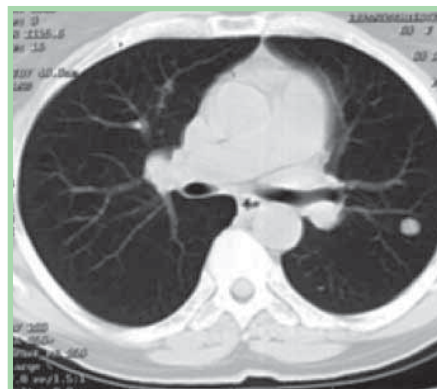


Рис. 2. Образование диаметром около 20 мм в левом легком

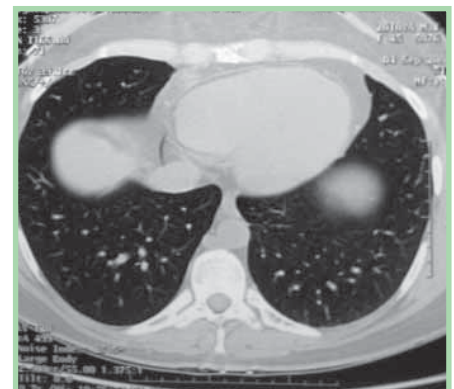


Рис. 3. Множественные мелкоочаговые образования легких

Литература

1. Гиллер Д.Б., Садовникова С.С., Папков А.В. VATC большие резекции в хирургии туберкулеза. Первая международная конференция по торакоабдоминальной хирургии. М., 2008; с. 265.
2. Клименко В.Н., Барчук А.С., Лемехов В.Г. и др. Видеоторакоскопия в лечении одиночных округлых образований легких // Малоинвазивная хирургия. – 2014; 2: 114–7.
3. Мартель И.И., Гиллер Д.Б., Огай И.В. и др. Видеоассистент – торакоскопические (VATC) операции в хирургическом лечении туберкулеза органов дыхания у детей и подростков. I Межд. конф. по торакоабдоминальной хирургии. М., 2008; с. 289.
4. Матвеев В.Ю., Хасанов Р.М., Галков Е.М. Использование видеоторакоскопии в диагностике и лечении больных с заболеваниями легких и плевры. I Межд. конф. по торакоабдоминальной хирургии. М., 2008; с. 288.
5. Мотус И.Я., Неретин А.В. Малоинвазивные оперативные доступы в хирургии легких, средостения и плевры. I Межд. конф. по торакоабдоминальной хирургии. М., 2008; с. 300.
6. Мерабишвили В.М., Дятченко О.Т. Статистика рака легкого (заболеваемость, смертность, выживаемость) // Практическая онкология. – 2000; 3: 1–7.
7. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Клиническая онкопульмонология / М.: Медицина, 2000; с. 136, 142.
8. Трахтенберг А.Х., Пикин О.В., Колбанов К.И. и др. Видеоторакоскопия в диагностике и лечении метастатического поражения легких. I Межд. конф. по торакоабдоминальной хирургии. М., 2008; с. 295.
9. Тюрин И.Е. Одиночные очаги в легких: возможности лучевой диагностики // Пульмонология и аллергология. – 2008; 2: 15–22.
10. Харченко В.П., Кузьмин И.В. Рак легкого / М.: Медицина, 1994: с. 145.
11. Щеткина И.Н., Плаксин С.А., Саблин Е.Е. Малоинвазивные операции при заболеваниях органов грудной полости. I Межд. конф. по торакоабдоминальной хирургии. М., 2008; с. 323.
12. Еремин В.В., Киргинцев А.Г., Федун А.А. Сравнительная характеристика методов взятия материала для верификации диссеминированных заболеваний легких. I Межд. конф. по торакоабдоминальной хирургии. М., 2008; с. 275.
13. Kondo D., Yamada K., Kitayama Y. et al. Peripheral lung adenocarcinomas: 10 mm or less in diameter // Ann. Thorac. Surg. – 2003; 76 (2): 350–5.
14. Mun M., Kohno T. Efficacy of thoracoscopic resection for multifocal bronchioloalveolar carcinoma showing pure ground-glass opacities of 20 mm or less in diameter. Department of Thoracic Surgery, Toranomon Hospital, Tokyo, Japan // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2007; 134 (4): 877–82.
15. Ishikawa H., Koizumi N., Naito M. et al. High-resolution CT findings of pulmonary atypical adenomatous hyperplasia of 5 mm or less in diameter Division of Radiation Oncology, Division of Cellular and Molecular Pathology, Graduate School of Medical and Dental Science, Niigata University. Hospital, Niigata, Japan // Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi. – 2003; 63 (6): 311–5.

MEDICAL TACTICS FOR FIRST DETECTED PULMONARY FOCAL MASSES OF SMALL DIAMETER (LESS THAN 2 CM)

Professor A. Chernousov, Academician of the Russian Academy of Sciences; Professor Yu. Pavlov, MD; V. Rybin, Candidate of Medical Sciences; D. Vychuzhanin, Candidate of Medical Sciences; R. Nurutdinov, Candidate of Medical Sciences
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Current studies can detect pulmonary focal masses of the smallest diameter. At the same time, great problems arise in their differential diagnosis. Removal of pathological pulmonary focal masses of small size (0.5 to 2 cm) is indicated in all patients who are found to have the latter without preoperative morphological verification of the diagnosis.

Key words: pulmonary focal masses, lung cancer, minimally invasive surgery.