

цинской помощи малообеспеченным слоям населения в связи с необходимостью значительных финансовых расходов на обследование и лечение; вред самолечения или обращения за помощью к различного рода представителям «нетрадиционной медицины»; недостатки в организации медицинской помощи, приводящие к многократным, растянутым по времени обследованиям.

Значительно сократились в последние годы профилактические флюорографические исследования, приведшие к тому, что, в большинстве случаев, больные, направленные в ООД, не могут представить требующийся для уточнения рентгенологической картины 3-х летний ФОГ архив.

Анализ причин поздней диагностики рака легкого, по материалам ООД, свидетельствует о недостаточной «онкологической настороженности» врачей общей лечебной сети – врачей «первого контакта». Они являются виновниками запущенности более чем в 50% случаях. Это проявляется недооценкой жалоб, данных анамнеза (частое обострение бронхита, пневмонии без очевидных причин; низкая эффективность лечения). Несвоевременно и неэффективно используются информативные рентгенологические методики исследования (томография легких). Более 70% первичных больных, обратившихся в ООД с подозрением на рак легкого, требуют повторных рентгенологических исследований в связи с низким качеством имеющихся рентгенограмм либо отсутствием необходимых для уточнения местной распространенности процесса томограмм легких.

Недостаточно используются эндоскопические методы исследования, особенно фибробронхоскопия – чрезвычайно важный метод диагностики центрального рака легкого. Только чуть более 20% больным, обратившимся в ООД, проводилась ФБС в лечебных учреждениях области с целью уточнения диагноза и лишь в редких случаях она проводилась с целью верификации процесса. Это связано с отсутствием квалифицированных специалистов, отсутствием или крайней изношенностью аппаратуры в лечебно-профилактических учреждениях на местах.

Довольно распространенным термином среди врачей общей лечебной сети в качестве причин запущенности рака легкого совершенно необоснованно является термин «скрытое течение болезни». Он является как бы “прикрытием” в случаях незнания основ клинической симптоматики, методов ранней диагностики рака легкого.

В связи с этим имеется острая необходимость повышения квалификации врачей общелечебной сети по вопросам профилактики и раннего выявления онкопатологии с одновременным формированием в сознании врача принципа «онкологической настороженности».

Эти задачи призвана решать кафедра онкологии и радиологии на базе института дополнительного образования.

ДИАГНОСТИКА ЛИМФОМ СРЕДОСТЕНИЯ

И.Я. Мотус, Л.М. Гринберг, Л.М. Сипейко, Д.Г. Болдогоев, Н.Д. Сорокина

Уральский НИИ фтизиопульмонологии,
Противотуберкулезный диспансер, г. Екатеринбург

Основанием для установления диагноза и выбора метода терапии при лимфопролиферативных новообразованиях является, как известно, морфологическая верификация процесса, которая обеспечивается биопсией, для чего применяют пункционные, а также хирургические эндоскопические методы, в частности, медиастиноскопию и торакоскопию.

Цель данной работы: разработать оптимальную диагностическую тактику при изолированных лимфомах средостения, то-есть там, где отсутствует поражение периферических лимфатических узлов (ЛУ).

За период с 1977 по 2000 г.г. включительно мы наблюдали 220 больных с изолированными лимфомами средостения, среди которых было 132 (60,9%) женщины и 88 мужчин в возрасте от 12 до 62 лет.

Лимфатические узлы переднего средостения были поражены у 205 (94,2%) больных, у 40 из которых процесс переходил также и на ЛУ центрального средостения. Лишь у 15 пациентов отмечалось изолированное поражение ЛУ центрального средостения.

Выбор метода биопсии определяется рентгенологической и бронхологической симптоматикой. Трансторакальная игловая биопсия проводилась при поражении ЛУ переднего средостения. К чрестрахеобронхиальной игловой биопсии прибегали при наличии эндоскопических симптомов поражения центральных медиастинальных лимфоузлов. Хирургические эндоскопические методы диагностики (ХЭМД) предпринимаются при неинформативности пункционных методов. Материал, получаемый путем пункционных биопсий, подвергался цитологическому исследованию. При хирургических биопсиях биоптат подвергался цитологическому и гистологическому исследованию. Во всех случаях проводились сопоставления данных, полученных при обоих указанных методах исследования биоптатов.

Пункционные методы были применены у 128 пациентов и оказались информативными у 72 из них (56,2%). Результативность медиастиноскопии и торакоскопии составляет 96-98%. Наибольшую сложность представляет мофрологическое исследование при вариантах лимфогранулематоза (ЛГМ) с лимфоидным истощением, которые наиболее часто встречаются при медиастинальном ЛГМ, составляя, по нашим данным, 65,2%. В препаратах преобладает фиброзная ткань, патогномичные клетки Reed-Sternberg крайне малочисленны.

Сопоставив результаты цитологического и гистологического исследования, мы отметили, что при типах ЛГМ с лимфоидным преобладанием цитологический диагноз совпал с гистологическим в 95,0% наблюдений, включая определение подтипа ЛГМ. В то же время, при вариантах ЛГМ с лимфоидным истощением эффективность цитологической диагностики составила 26,2%. Следовательно, при наличии в пункционном биоптате информативного клеточного материала, где при цитологическом исследовании обнаружены патогномичные клетки Reed-Sternberg такой биоптат можно считать адекватным и достаточным для установления диагноза. В остальных случаях была применена эксцизионная биопсия с помощью той или иной хирургической процедуры. Объем получаемого при этом биоптата позволяет проводить не только гистологическое, но также иммуногистохимическое исследование. В случаях неходжскинских лимфом (НХЛ) как при цитологическом, так и при гистологическом исследовании диагноз лимфомы был поставлен, однако, для уточнения варианта лимфомы требовалось иммунофенотипирование.

Из исследовавшихся 220 больных у 132 (65,4%) был диагностирован вариант ЛГМ с лимфоидным истощением (нодулярный или диффузный склероз), у 48 (23,8%) – смешанноклеточный тип ЛГМ, у 12 (5,9%) – лимфогистиоцитарный, в 10 случаях (4,9%) тип ЛГМ установить не удалось; у 18 пациентов выявлены различные варианты неходжскинских лимфом.

У 43 человек с ЛГМ и у 4 – с НХЛ отмечался синдром верхней полой вены (СВПВ). В 7 случаях ЛГМ удалось подтвердить при пункции. У 16 больных мы прибегли к хирургическим методам диагностики, после чего потребовалось проведение искусственной вентилиации легких (ИВЛ) до 6-10 часов вследствие неизбежного в таких случаях нарастания СВПВ. У 4 пациентов пришлось применить ургентное введение цитостатика на фоне ИВЛ; экстубация стала возможной на 2-3 сутки после регрессии СВПВ. Подчеркнем, что в этих случаях до операции при трахеобронхоскопии был обнаружен компрессионный стеноз трахеи и (или) главных бронхов, что заставляет с особой осторожностью ставить показания к ХЭМД и быть готовым к развитию подобных осложнений. Летальных исходов не было.

В 9 случаях декомпенсированного СВПВ ургентная полихимиотерапия проводилась без верификации. Проведение диагностической операции стало возможным после регрессии СВПВ. При осмотре средостения обращало внимание утолщение, сморщивание медиастинальной плевры, отсутствие четко видимой опухоли, на месте которой определялся остаточный инфильтрат. При биопсии получен материал, в котором у 8 из 9 человек опухоль с тру-

дом удалось идентифицировать, отмечен выраженный лекарственный патоморфоз, четко определить тип ЛГМ не представлялось возможным.

На основании нашего опыта мы считаем, что биопсийную диагностику при лимфомах средостения следует начинать с пункционных методов биопсии. Выбор метода пункции определяется рентгенологической и бронхоскопической симптоматикой. Пункционный биоптат при наличии в нем информативного цитологического материала можно считать адекватным и достаточным для диагноза. При неинформативности пункционных методов показаны хирургические методы диагностики. Оптимальными в данной сфере следует считать малоинвазивные эндоскопические хирургические вмешательства с видеоподдержкой.

Подчеркнем очевидные преимущества этих операций в диагностике медиастинальных лимфом: 1. Малая травматичность. 2. Обеспечение адекватного биоптата. 3. Точная визуальная, подтверждаемая биопсией оценка распространенности процесса в средостении и грудной полости. 4. Возможность прицельной биопсии из нескольких участков опухоли. 5. Возможность выполнения вмешательства в условиях синдрома верхней полой вены.

ХИРУРГИЯ РАКА ЛЕГКОГО. СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА

И.Я. Мотус, М.Л. Шулутко, С.Н. Скорняков, А.В. Неретин, А.В. Денисов

Уральский НИИ фтизиопульмонологии,
Противотуберкулезный диспансер, г. Екатеринбург

Общеизвестные события в экологической, экономической и социальной сферах, происходящие в последние годы, оказали отрицательное влияние на заболеваемость, а также на состояние с диагностикой и лечением рака легкого (РЛ). Значительно снизилась эффективность профилактической флюорографии, труднодоступным для многих людей, увы, стало обычное обращение в поликлинику, где можно было бы обеспечить элементарное обследование. Заболеваемость РЛ возросла до 51,5 на 100 тыс. населения. В то же время, резектабельность не превышает 3% к числу больных РЛ, регистрируемых по Екатеринбургу и области.

За последнее пятилетие двадцатого века в Клинике легочной хирургии по поводу РЛ оперировано 1046 больных. Из них радикально – 801 человек, у остальных выполнены пробные торакотомии или хирургические диагностические вмешательства, констатировавшие запущенность опухолевого процесса. Таким образом, резектабельность к числу оперированных составила 76,6%.

Послеоперационные осложнения отмечены у 119 (11,4%) больных. Структура послеоперационных осложнений претерпела за последние годы определенные изменения. Так, преобладающие в 70-80 годы гнойные бронхо-плевральные осложнения снизились с 8,6 до 4,4%. Это явилось результатом комплекса мер, принимавшихся в клинике с целью профилактики данных осложнений. Проведена работа по изучению различных методик ушивания культи главного бронха при пневмонэктомии, и мы пришли к достаточно простому и эффективному варианту ушивания культи «хрящ к хрящу» с обязательной плевризацией культи. Неукоснительно соблюдается бронхоскопический контроль за состоянием культи и при необходимости проводятся лечебные бронхоскопии. Также осуществляется контроль заполнения плевральной полости экссудатом, включающий цитологический анализ клеточных элементов в плевральной жидкости с эвакуацией экссудата при нарастающем нейтрофилезе с подключением санационных процедур. Разумеется, проводится антибактериальная профилактика по соответствующим схемам с применением антибиотиков последних поколений.

Стабильным остается в последние годы процент функциональных осложнений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы – 3,3%. Мы склонны объяснить это двумя причинами. Во-первых, возросло среди оперируемых больных до 67,8% число лиц, обрече-