

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
СВЕРДЛОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

В. Я. ВУБЕРМАН

**КАТЕТЕРИЗАЦИОННАЯ БИОПСИЯ
В ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО
РАКА ЛЕГКОГО**

(777-хирургия)

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

**Свердловск,
1988**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
СВЕРДЛОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи.

В. Я. ВУБЕРМАН

КАТЕТЕРИЗАЦИОННАЯ БИОПСИЯ
В ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО
РАКА ЛЕГКОГО

(777-хирургия)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Свердловск,
1968

Работа выполнена в клинике легочной хирургии Свердловского научно-исследовательского института туберкулеза МЗ РСФСР и на кафедре рентгено-радиологии Свердловского Государственного медицинского института.

Научные руководители:

Доктор медицинских наук профессор **М. Г. Виннер.**

Доктор медицинских наук профессор **М. Л. Шулутко.**

Консультант — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник **А. С. Тарасов.**

Отзыв дан Омским Государственным медицинским институтом.

Официальные оппоненты:

1. Доктор медицинских наук профессор **М. И. Сахаров.**
2. Кандидат медицинских наук доцент **Т. П. Шеломова.**

Автореферат разослан « » 196 г.

Защита состоится « » 196 г. на заседании клинического ученого совета Свердловского Государственного медицинского института (ул. Репина, № 3).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке СГМИ (ул. Ермакова, № 7).

Секретарь ученого совета доцент **З. М. Мельникова.**

Значительный рост заболеваемости раком легкого, констатируемый в последние десятилетия всеми авторами, делает проблему диагностики этого заболевания одной из самых актуальных.

Несмотря на большие успехи в распознавании рака легкого, особенно центральной его формы, достигнутые за последние годы и связанные с бурным развитием рентгенологии и бронхоскопии с биопсией, остаются большие трудности в диагностике периферического рака, в частности, при его дифференциальной диагностике с доброкачественными поражениями. Это подтверждают низкие цифры операбельности и резектабельности больных раком легкого, опубликованные большим числом исследователей — А. И. Савицкий (1957), Ф. Г. Углов (1958), А. Н. Новиков и В. В. Родионов (1962) и др.

В настоящее время основным в выявлении и диагностике периферического рака легкого является рентгенологический метод — И. А. Шехтер (1954), А. Г. Баранова (1959), Е. Я. Подольская (1962), Л. А. Гуревич (1966, 1967), Boyd (1954), Victor (1955) и др. Однако в большом проценте случаев у рентгенолога остаются неуверенность и сомнения в диагнозе — С. А. Рейнберг (1954), Lodge (1955). Ошибки в диагнозе при периферическом раке, по данным литературы, соображениям В. А. Климанским с соавторами (1967), составляют от 13 до 60%. Поэтому рентгенологический диагноз периферического рака нуждается в уточнении и подтверждении, прежде всего, морфологическом.

Следует учесть также, что определение морфологической структуры злокачественного новообразования играет большую роль в выборе метода лечения. С гистологической формой опухоли связаны особенности метастазирования и прогноз, выбор метода лечения (подбор химиопрепаратов, показания к хирургическому лечению и его объем, назначение лучевой терапии или комбинированного лечения). В связи с прогрессом химиотерапии и возлагаемыми на нее надеждами в свете создания препаратов для лечения каждой из гистологи-

ческих форм рака, необходимость определения морфологической структуры опухоли еще более возрастает.

Возможности бронхоскопии и цитологических исследований мокроты, бронхиального секрета, промывных вод бронхов, вселявшие определенные надежды на улучшение диагностики периферического рака, оказались значительно меньшими, чем при центральном раке. Определение же гистологической формы периферической опухоли с помощью этих методов явилось практически невыполнимым.

Разработанный в 1958 году Friedel (1961) метод катетеризации периферических бронхов с аспирационной биопсией позволил получить материал (аспират) для цитологического исследования непосредственно из очага поражения. За последние 2—3 года этот метод получил признание в ряде стран мира (США, Англии, Франции, Швеции, Италии, Японии, ФРГ и особенно в ГДР).

В Советском Союзе этот метод нашел применение в 4—5 специализированных учреждениях и, хотя в конце 1967 года вышла первая монография В. А. Климанского, Р. С. Саркисяна, Ф. Ц. Фельдмана и Э. П. Николаевой, посвященная данному вопросу, материал, анализируемый исследователями, весьма невелик, а многие вопросы, в том числе и наиболее целесообразная методика катетеризационной биопсии, оставались не до конца изученными. До сих пор остается также открытым вопрос о том, можно ли считать отрицательные данные катетеризационной биопсии достоверными, особенно в диагностике периферического рака легкого.

Не удивительно, что в доступной литературе мы не нашли и дифференцированных показаний к диагностической катетеризации периферических бронхов. Большинство авторов лишь указывает, что любой больной с подозрением на периферический рак легкого нуждается в подтверждении диагноза с помощью этого метода.

Диагностическая катетеризация периферических бронхов при доброкачественных поражениях легких почти не применялась.

Работая в специализированной легочно-хирургической клинике, мы особенно интересовались вопросами достоверности методики как при периферическом раке легкого, так и при некоторых других заболеваниях (фокусы хронической неспецифической пневмонии, туберкуломы, доброкачественные опухоли и заполненные кисты), часто требующих дифференциальной диагностики с ним, а также зависимостью частоты

положительных результатов от величины и удаленности патологического образования от корня легкого.

Исходя из этого, мы ставили перед собой следующие задачи:

1) Выработать наиболее рациональную методику зондирования периферических бронхов, лучшим образом обеспечивающую получение материала для исследования.

2) Уточнить диагностическую ценность этого метода при диагностике периферического рака легкого и при дифференциальной диагностике его с доброкачественными образованиями.

3) Выяснить пределы и возможности метода катетеризационной биопсии с учетом размеров образования, его удаленности от корня легкого, локализации, морфологической природы и т. д.

4) Сравнить полученные данные с результатами гистологического исследования удаленных участков легких.

С этой целью нами была проведена катетеризационная биопсия 160 больным с периферическими образованиями легких, большинство которых составляли, так называемые, шаровидные образования. У 75 больных из 160 имел место периферический рак легкого.

Автор работы — бронхолог. Поэтому в работе не приведено детального разбора ни клинической, ни рентгенологической, ни цитологической картины разбираемых нозологических форм и все внимание сосредоточено на вопросах методики исследования, ее возможностей, пределов и достоверности, осложнений и т. д.

МЕТОДИКА КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ БРОНХОВ

Прежде чем приступить к катетеризации бронхов, нами были проведены эксперименты на прозрачном муляже бронхиального дерева человека в натуральную величину. Это оказало существенную помощь в освоении метода и внедрении его в клиническую практику. Однако полностью перенести в клинику технику катетеризации, выработанную на муляже, нельзя, т. к. при бронхоскопии врач изменяет с помощью тубуса бронхоскопа ось трахен, главного и долевого бронхов, в связи с чем положение катетера в некоторых бронхах не соответствует положению его на муляже.

Мы производили исследование в рентгеновском кабинете на универсальном штативе рентгеновского аппарата ТУР-Д-1000-2, в положении трохоскопии. Катетеризацию осу-

шествовали с помощью набора для зондирования мелких бронхов. Он состоит из жестких управляемых катетеров различного диаметра, гибких управляемых кусачек и сердечных зондов. Катетеры представляют собой металлические трубки с внутренним сечением 0,2—0,4 см, к концу которых прикреплена проволочная эластичная спираль того же диаметра. Длина трубки 55 см, спирали 8—12 см. Для сохранения герметичности, необходимой при аспирации, спираль покрыта тонкой пленкой из полиэтилена. Нужное направление катетеру придавали путем тракции за нить из монолитного капрона, прикрепленную к концу спирали. Катетерами диаметром 0,2 см пользовались при зондировании бронхов III—V порядка, а катетеры диаметром 0,4 см применяли как направители для сердечного зонда при катетеризации более дистальных ветвей. В один из катетеров вмонтированы кусачки, позволяющие произвести биопсию на уровне устьев бронхов V порядка.

Мы производим диагностическую катетеризацию периферических бронхов по следующим показаниям:

1) у всех больных с периферически расположенными патологическими образованиями в легких, у которых диагноз рака не может быть отвергнут с высокой степенью достоверности;

2) у больных с подозрением на периферический рак легкого;

3) у больных с центральным раком легкого при сомнительных или отрицательных данных бронхоскопии с прямой биопсией (в основном это опухоли с преимущественно перибронхиальным ростом);

4) при шаровидных образованиях легких, в случаях, где нет точного диагноза;

5) при ателектазах неясной этиологии;

6) для дифференциальной диагностики одиночных полостных образований легких (абсцесс, каверна, распавшийся рак, киста).

Следует отметить, что конечной целью диагностической катетеризации бронхов является установление диагноза с выявлением морфологической структуры патологического образования в легком. Поэтому она показана и при рентгенологически доказанном периферическом раке для установления его гистологической формы.

При неспецифических воспалительных процессах и туберкулезе диагностическая катетеризация часто сочетается с проведением лечебных мероприятий и бактериологическим исследованием.

Поскольку показания к катетеризационной биопсии весьма широки, большее значение приобретает вопрос о противопоказаниях. Естественно, что заболевания, исключающие применение наркоза, относятся к ним в первую очередь, не исключая, однако, полностью выполнения катетеризации под местной анестезией. Противопоказания к бронхоскопии (интубации) ограничиваются острыми заболеваниями гортани и общим тяжелым состоянием больного. Кроме того, следует воздерживаться от зондирования после недавнего легочного кровотечения.

Для исключения противопоказаний бронхолог вместе с анестезиологом должны осмотреть больного накануне исследования. Затем совместно с рентгенологом уточняются характер и локализация процесса.

За 30—40 минут до исследования вводим подкожно 0,5—1,0 мг атропина и 20 мг эстасина или промедола, ограничивая этим премедикацию. Наркоз — барбитуровый внутривенный (2% раствор тиопентал-натрия или гексенала) с мышечными релаксантами короткого действия (дитилин, листенон, миорелаксин). В течение всего исследования проводится искусственная вентиляция легких. Такой наркоз наиболее полно отвечает требованиям, предъявляемым к обезболиванию при подобного рода исследованиях. Осложнений, связанных с наркозом, мы не наблюдали.

Контроль за положением катетера (зонда) относительно патологического очага в легком осуществляется с помощью рентгеноскопии обязательно в двух проекциях. К рентгенографии с этой целью мы прибегаем крайне редко. Дозиметрия, проведенная во время катетеризации бронхов, показала, что дозы рентгеновского облучения не превышают предельно допустимых для всех, принимающих участие в исследовании.

Исследование начинается с обычной бронхоскопии. Мы пользуемся дыхательным бронхоскопом Friedel. Пределами видимости его с применением телескопов являются устья субсегментарных бронхов.

Осмотр начинаем со здоровой стороны. Осматривая бронхи на стороне поражения, особое внимание уделяем бронху того сегмента, в котором локализуется патологический процесс. После чего вводим в этот бронх катетер нужного диаметра. На наш взгляд, нецелесообразно стремление во что бы то ни стало ввести катетер в сегментарный бронх под контролем эндоскопии. При зондировании сегментарных бронхов верхних долей, особенно слева, такое стремление не оправданно, так как оно затягивает исследование и вызывает ненужную

травматизацию бронхов. Используя управляемые катетеры, легче в этих случаях ввести их в долевой или зональный бронх, а дальнейшее продвижение осуществлять под контролем рентгеновского экрана. При использовании сердечного зонда его концу придаем нужный изгиб после нагревания в горячей воде. Затем зонд проводим через катетер-направитель, введенный в сегментарный бронх.

После того, как конец катетера или зонда подведен к патологическому очагу, его положение проверяем рентгеноскопически в двух проекциях и приступаем к забору диагностического материала. Для этого производим несколько маятникообразных и вращательных движений с целью скарификации. Два последних витка спирали катетера свободны от полиэтилена и хорошо скарифицируют патологическое образование. При применении сердечного зонда скарификацию осуществляем мандреном (струной). Затем к катетеру (зонду) присоединяем электроотсос с ловушкой для диагностического материала или шприц и производим отсасывание (аспирацию). Исследование заканчиваем осмотром бронхов с отсасыванием мокроты, слизи, введением антибиотиков, антиспастической и анестезирующей смеси (Euphyllini—0,3, Ac. ascorbinici—1,0, Ephedrini—0,2, Novocaini—0,25, Aq. destillata—25,0).

Управляемые катетеры значительно облегчили технику катетеризации и лишь невозможность кустарного изготовления катетеров с меньшим наружным диаметром заставила нас в некоторых случаях использовать сердечный зонд.

По описанной методике выполнено 203 катетеризации периферических бронхов (в том числе 20 с лечебной целью).

У 10 больных, то есть в 4,9%, наблюдались различные осложнения. У 4 из них во время исследования возникли гипоктаз или агектаз зондируемого участка легкого, которые были устранены после извлечения катетера и туалета бронхиального дерева. Это осложнение нельзя отнести к разряду тяжелых, так как, возникая во время бронхоскопии, оно всегда может быть тотчас же устранено, что и было осуществлено у всех наших больных. У 1 больного развилась аспирационная пневмония, разрешившаяся под влиянием противовоспалительной терапии. У 2 больных после катетеризации произошел распад фокуса хронической неспецифической пневмонии с образованием абсцесса, что потребовало интенсивного противовоспалительного лечения. У этих больных были применены лечебные катетеризации. Такое лечение позволило у 1 больного санировать полость абсцесса и успешно его оперировать, у второго — добиться заживления и отказаться от

операции. У 1 больного зондирование осложнилось параканкротической пневмонией, а у 2 — развился ограниченный травматический пневмоторакс. Эти больные были оперированы на следующий же день, что позволило избежать развития эмпиемы. Предупредить такого рода осложнения можно, постоянно помня о возможности травмы легкого, пользуясь мягкой техникой зондирования и не применяя усилий при продвижении зонда (катетера). При остальных 193 исследованиях (95,1%) осложнений не было и больные не требовали какого-либо особого наблюдения. Однако, помня о возможных осложнениях, мы на следующий день всегда проводили контрольную рентгеноскопию.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Катетеризация периферических бронхов с диагностической целью была произведена 160 больным 183 раза (у 23 повторно). Среди них было 130 мужчин (81,1%) и 30 женщин (18,9%) в возрасте от 18 до 70 лет.

Периферический рак легкого имел место у 75 больных (46,9%), хронический неспецифический воспалительный процесс — у 40 (25%), различные формы туберкулеза легких — у 34 (21,2%), доброкачественные образования (доброкачественные опухоли, ретенционные кисты и др.) у 11 больных (6,9%).

Средняя продолжительность от момента обнаружения заболевания до поступления в клинику составила от 3 месяцев при туберкулезе и до 5 месяцев при раке легкого. У 73 больных (45,6%) заболевание протекало бессимптомно и выявлено во время профилактического осмотра. С правильным диагнозом направлено в клинику только 20% больных.

Оперирован 81 больной. Таким образом, в 50,6% случаев результаты катетеризационной биопсии проверены и подтверждены данными гистологического исследования удаленной части легкого. У остальных 79 больных, подвергшихся катетеризации, достоверность диагноза подтверждена медиастиноскопией с биопсией внутригрудных лимфатических узлов (у 3), биопсией библими управляемыми кусачками (у 11), пункцией патологического образования через грудную стенку (у 2), динамическим клинико-рентгенологическим наблюдением (у 60) и аутопсией (у 3).

Несомненное практическое значение при оценке метода представляют локализация и размеры патологических очагов. Поэтому, кроме сегментарной локализации патологиче-

ского процесса, мы в каждом случае определяли его размеры и удаленность от корня легкого.

75 больным периферическим раком легкого произведено 84 катетеризационные биопсии.

При однократном исследовании положительные результаты получены у 56 больных. 9 повторных зондирований дали дополнительно 5 положительных результатов, а исследование мокроты после катетеризации еще 3.

Таким образом, из 75 больных у 64, то есть в 85,3% катетеризационная биопсия с последующим цитологическим исследованием аспирата и мокроты позволила установить диагноз рака. У 52 из них (69,3%) диагноз был точным, а у 12 (16%) — предположительным.

Гистологическая форма опухоли установлена у 51 больного, что составило 79,6% к числу положительных диагнозов. 27 из этих больных оперировано. Совпадение результатов цитологического исследования с гистологическим исследованием удаленного препарата имело место у 21 больного. Еще у 2 результат цитологического исследования подтвержден на аутопсии, у 2 — при медиастиноскопии с биопсией внутригрудных лимфоузлов и у 5 — данными биопсии гибкими кусачками.

Итак, из 36 больных, у которых мы имели возможность сопоставить результаты гистологического и цитологического исследований у 30 (83,3%) они полностью совпали. Это говорит о высокой степени достоверности метода катетеризационной биопсии.

Из 14 больных, у которых результаты исследования аспирата оказались отрицательными, у 8 — опухоль была расположена в верхних долях, а у 5 — в VI сегменте, что подтверждает трудность катетеризации патологических образований данной локализации.

Результаты исследования аспирата чаще оказывались отрицательными при расположении опухоли в зоне наибольшего удаления от корня легкого. Так, из 28 больных, у которых опухоль находилась в этой зоне, у 8, цитологически исследуя аспират, подтвердить диагноз периферического рака не удалось.

Выраженной зависимости между величиной опухоли и частотой отрицательных результатов катетеризационной биопсии мы не отметили. Однако совершенно ясно что при маленьких опухолях (менее 2 см в диаметре) техника исследования усложняется, в основном, за счет грудности рентгенологического контроля за положением катетера.

Вывод о том, что, чем дистальнее расположена опухоль и чем она меньше, тем менее надежны результаты исследования, представляется обоснованным. Однако и в этой, казалось бы, наиболее трудной для диагностики группе больных с помощью катетеризационной биопсии можно поставить правильный диагноз. Так, в 5 случаях из 7 при опухолях, расположенных в зоне наибольшего удаления от корня легкого и имевших размер менее 2 см, нами получены положительные результаты (в 4 из них с указанием гистологической формы опухоли).

Анализ неудач показал, что результаты катетеризационной биопсии с последующим цитологическим исследованием аспирата оказывались сомнительными или отрицательными чаще всего (у 16 из 23 больных) при опухолях, имевших на томограммах значительную четкость медиального контура, то есть находившихся преимущественно в экспансивной фазе роста. Даже повторная катетеризация у 4 из них оказалась безрезультатной.

Из 11 больных, у которых катетеризация бронхов с последующим цитологическим исследованием аспирата и мокроты оказалась безрезультатной, у 3 из-за малого размера опухоли и расположения ее в верхушке легкого мы не были уверены в том, что катетер был подведен непосредственно к патологическому образованию, так как при рентгеноскопии в боковой проекции эти опухоли не были видны. Еще в одном случае причиной неудачи было осложнение (ателектаз легкого) и связанное с ним преждевременное прекращение исследования. У остальных 7 больных катетер легко удалось подвести вплотную к опухоли и можно было с уверенностью сказать, что исследование проведено методически правильно.

Основываясь на этих данных, мы считаем, что отсутствие атипических клеток в материале, полученном при катетеризационной биопсии у больных с подозрением на рак легкого, даже при абсолютной уверенности в том, что исследование проведено правильно, полностью не исключает этого диагноза.

По-видимому, усовершенствование методики зондирования и инструментария увеличит частоту правильных диагнозов. Но и при этих условиях последование может не дать положительного результата у ряда больных раком легкого — катетеризационная биопсия, как и любой другой метод диагностики, имеет свои пределы и возможности.

В то же время необходимо подчеркнуть, что в ряде случаев (мы наблюдали 5 таких больных), когда использование всего комплекса диагностических методов не позволяло даже

заподозрить рак легкого, катетеризационная биопсия позволила установить правильный диагноз.

Из 40 больных с хроническими воспалительными процессами в легких у 21 цитологическое заключение носило описательный характер с указанием на отсутствие атипических клеток. У 2 больных установлен диагноз хронического воспаления при цитологическом исследовании аспирата, еще у 6 диагноз установлен на основании гистологического исследования материала, полученного с помощью биопсии, взятой управляемыми кусачками, в сочетании с цитологическим исследованием аспирата. У 9 больных цитологом высказано предположение (подозрение) на наличие неспецифического воспаления. Непосредственно само зондирование помогло установить правильный диагноз у 3 больных. У 2 из них произошел распад фокуса хронической пневмонии с образованием абсцесса и типичной для этого заболевания клинико-рентгенологической картиной, а у одного во время катетеризации за счет восстановления дренажа опорожнился абсцесс (отошло большое количество зловонного гноя).

У больных этой группы при катетеризации зонд часто проходил через зону затемнения. В этих случаях мы заканчивали исследование селективной бронхографией, которая в 7 случаях позволила выявить изменения, патогномоничные для хронического воспалительного процесса.

Таким образом, катетеризация периферических бронхов при хронических неспецифических воспалительных процессах с последующей аспирационной биопсией, биопсией гибкими кусачками и бронхографией у 27 из 40 больных позволила нам установить правильный диагноз, не ограничиваясь заключением об отсутствии атипических клеток.

Дегенерация лейкоцитов и метаплазия бронхиального эпителия в многослойный плоский, наблюдающиеся при воспалительных процессах, настолько изменяют структуру клеток, что иногда ведут к ложноположительным диагнозам рака бронха. Мы наблюдали 2 таких случая. Однако возможность гипердиагностики рака не умаляет достоинств метода, особенно если учесть надежность данных биопсии управляемыми кусачками и, несомненно, постепенно повышающуюся достоверность критериев цитодиагностики.

Из 34 больных туберкулезом легких только у 3 катетеризационная биопсия с последующим цитологическим исследованием позволила установить точный диагноз. Еще у 7 больных при посеве аспирата или в мазках найдены микробактерии туберкулеза. Ранее у этих больных микробактерий тубер-

кулеза не находили ни разу. Одному больному при исследовании аспирата был поставлен положительный диагноз неспецифического воспаления, а 23 — дан описательный ответ с указанием на отсутствие атипических клеток.

Таким образом, 10 больным из 34 с помощью катетеризационной биопсии установлен правильный диагноз. Обнаружение микробактерий туберкулеза при одиночных очагах шаровидной формы и отсутствии специфических изменений в легких оказывается существенным фактором при установлении правильного диагноза туберкулеза. Трудности катетеризации и цитологического исследования в этой группе больных обусловлены предшествующим антибактериальным лечением и наличием посттуберкулезных рубцовых изменений бронхов (рубцовые стенозы, деформация). Эти данные подтверждены патогистологическими исследованиями удаленных препаратов у 12 из 15 оперированных больных.

Из 11 больных с доброкачественными образованиями легких ни у одного катетеризационная биопсия не помогла в установлении правильного диагноза. В эту группу вошло 4 больных с ретенционными кистами, 3 — с гамартохондромами, 1 — с мягкой фибромой, 1 — с аспергилломой, 1 — с периферической аденомой и у 1 имела место гемангиома.

У 9 из них не удалось с помощью катетеризационной биопсии получить достаточного количества диагностического материала. Это связано с плотной структурой большинства доброкачественных опухолей и наличием капсулы при ретенционных кистах. У 2 больных мы не смогли классифицировать полученные клетки.

Совершенствование методики забора диагностического материала и установление критериев дифференциации доброкачественных опухолей позволяет, вероятно, и в этой группе больных получать морфологическое подтверждение диагноза. Первый опыт применения гибких управляемых кусачек и наконечника к катетеру типа геологического бура, а также данные Ф. А. Астраханцева и Т. И. Нечаевой (1967) подтверждают это предположение.

Оценивая результаты катетеризационной биопсии, следует отметить, что этот метод, обладая высокой степенью достоверности при периферическом раке легкого, все же не может претендовать на роль единственно достоверного метода диагностики этого заболевания.

Приведенные данные и особенно разбор причин неудач позволяют определить пределы и возможности катетеризационной биопсии при периферическом раке легкого и при доб-

рокачественных поражениях, требующих дифференциальной диагностики.

Положительные данные катетеризационной биопсии в большом проценте случаев позволяют не только установить злокачественную природу заболевания, но и определить его морфологическую структуру (гистологическую форму опухоли). Эта особенность, присущая данному методу диагностики, позволяет осуществить дифференцированный подход в лечении каждого больного периферическим раком легкого.

Хотя результаты исследования у больных с доброкачественными поражениями значительно скромнее, чем при раке, однако они позволили в 43,5% случаев не ограничиться указанием на отсутствие атипических клеток, а установить точный диагноз.

Несмотря на то, что разбираемый метод еще далеко не исчерпал свои возможности, уже в настоящее время катетеризационная биопсия становится одной из важнейших диагностических методик, применяемых в специализированных учреждениях.

ВЫВОДЫ

1. Трудности диагностики и дифференциальной диагностики так называемых периферических образований легких, в первую очередь рака легкого, а также зависимость тактики лечения от знания гистологической структуры опухоли побудили к поискам новых методов распознавания этих образований. Одним из таких методов является катетеризация бронхов со взятием материала для цитологического и гистологического исследований.

2. Методика катетеризации периферических бронхов, применяемая нами, позволяет зондировать любой бронх 3—5 порядка. Она относительно безопасна (число осложнений не превышает 4,9%) и может быть рекомендована для широкого применения.

3. При периферическом раке легкого катетеризация бронхов с последующим цитологическим исследованием позволила в 85,3% случаев подтвердить диагноз, а в 79,6% из них установить гистологическую форму опухоли.

4. Установлено, что число положительных диагнозов при периферическом раке зависит, в основном, от удаленности патологического образования от корня легкого, от его размеров и направления роста.

5. При доброкачественных поражениях легких результаты цитологических исследований аспирата менее достовер-

ны. Правильный диагноз установлен нами только у 43,5% больных этой группы, что объясняется отсутствием надежных критериев цитодиагностики неспецифических воспалений и туберкулеза, а также трудностями получения материала при доброкачественных опухолях и заполненных кистах легких.

6. Метод катетеризационной биопсии должен занять ведущее место при комплексном исследовании больных с так называемыми шаровидными образованиями легких и субсегментарными затемнениями. Вместе с рентгенологическим исследованием этот метод дает возможность получить наиболее достоверные сведения, особенно при распознавании периферического рака легкого.

7. Своевременное применение катетеризационной биопсии позволит значительно уменьшить сроки обследования больного и тем самым снизить число запущенных случаев рака легкого.

8. Накопление опыта, совершенствование методики катетеризации и инструментария будут способствовать повышению диагностических возможностей и достоверности этого метода.

Список работ, отражающих основные положения диссертации:

1. Трансбронхиальная биопсия при периферическом раке легкого (совместно с А. С. Тарасовым и Р. В. Блиновой). Материалы научно-практической конференции медико-санитарной части Уралмашзавода, посвященной 50-летию Великой Октябрьской социалистической революции. Свердловск, 1967, стр. 87—88.

2. К методике катетеризации бронхов при периферических образованиях легких (совместно с А. С. Тарасовым). Вопросы пульмонологии. Свердловск, 1968, стр. 47—55.

3. Сравнительная оценка рентгено-бронхологических методов в диагностике периферического рака легкого (совместно с В. И. Коробовым и А. С. Тарасовым). Вопросы пульмонологии. Свердловск, 1968, стр. 63—74.

4. Комплексные рентгено-бронхологические исследования в диагностике периферического рака легкого (совместно с В. И. Коробовым и А. С. Тарасовым). Материалы межобластной конференции рентгенологов и радиологов. Челябинск, 1968, стр. 8—10.

5. Рентгено-бронхологические параллели в диагностике периферического рака легкого (совместно с В. И. Коробовым). Принята к печати журналом «Вопросы онкологии».

Материалы диссертации доложены на межобластной конференции рентгенологов и радиологов (Челябинск, 1968), на годичных сессиях СГМИ и Свердловского института туберкулеза, на заседаниях Свердловских областных научно-практических обществ хирургов, рентгенологов и фтизиатров.