

Б.А. Болюх
С.М. Притуляк
С.А. Лисенко

Вінницький національний
медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Вінницький обласний клінічний
онкологічний диспансер,
Вінниця, Україна

Ключові слова: рак легені,
метастази, прескаленна біопсія,
діагностична медіастинотомія.

МОРФОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА МЕТАСТАЗІВ У ЛІМФОВУЗЛАХ ШИЇ ТА СЕРЕДОСТІННЯ У ХВОРИХ З ПІДОЗРОЮ НА РАК ЛЕГЕНІ

Резюме. Проаналізовані результати гістологічного дослідження у 129 хворих з підозрою на рак легені (РЛ) та інші захворювання після прескаленної біопсії та у 18 — після парастеральної медіастинотомії, які проводили після мало- або неінформативної пункційної біопсії. Показаннями до біопсії була наявність збільшених лімфатичних вузлів (ЛВ) та необхідність у морфологічній верифікації пухлини. У 31 (21,1%) пацієнта злоякісна пухлина не виявлена, в тому числі у 2 (1,4%) діагностований туберкульоз легень, у 2 — запальний процес і у 4 (2,7%) — саркоїдоз Бекка. У решти 116 (78,9%) хворих у ЛВ або фрагментах пухлинної тканини виявлено злоякісний процес: 1 (0,7%) — гемангіосаркома, 1 (0,7%) — тімома, 1 (0,7%) — карциносаркома; 3 (2,0%) — неходжкінська лімфома, 6 (4,7%) — лімфома Ходжкіна, у 104 (70,1%) верифіковані метастази РЛ. У 23 (15,6%) пацієнтів з РЛ у ЛВ метастазів не виявлено і їм призначили лікування за радикальною програмою. Решта хворих на РЛ за наявності метастазів N_{2-3} отримали паліативне або симптоматичне лікування.

Метастазування рака легені (РЛ) в регіонарні та надключичні лімфатичні вузли (ЛВ) відбувається відносно рано й активно. Для адекватного лікування важливо визначити як розповсюдженість, так і гістологічну форму злоякісного новоутворення [1, 2]. Метастази (М) злоякісних пухлин можна діагностувати термографією, лімфоскануванням, ультразвуковою діагностикою і комп'ютерною томографією. Але такі методи не високоточні і не завжди визначають розповсюдженість процесу [3, 4]. Пункційна тонкоіголова біопсія дозволяє морфологічно верифікувати М, і частка верифікації з її допомогою досягає 95–98%, але частота діагностики гістологічної форми пухлини цим методом невелика [5]. Тому поставлена мета з допомогою прескаленної біопсії та парастеральної медіастинотомії в сумнівних випадках діагностики удосконалити визначення гістологічних форм пухлини, уточнити розповсюдженість новоутворення і покращити ефективність подальшої лікарської тактики.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовано результати гістологічного дослідження матеріалу прескаленної біопсії у 129 пацієнтів та парастеральної медіастинотомії — у 18 хворих з підозрою на РЛ, яких лікували в торакальній клініці Вінницького онкологічного диспансеру за період з 1998 по 2007 р. Серед них чоловіків було 121 (82,3%), жінок — 26 (17,7%). За віком розподілені так: 30–49 років — 32 (21,8%) особи, 50–69 років — 106 (72,1%), 70 років і старше — 9 (6,1%).

Основну кількість таких оперативних втручань виконували у хворих, яким уже проводили пункційну біопсію, але вона була не інформативною, не задовольняла лікарів, і потрібно було отримати точну морфологічну інформацію. Показанням до ви-

конання діагностичної прескаленної лімфодисекції була наявність збільшених надключичних ЛВ підозрілих на ураження М. Прескаленну біопсію виконували за стандартною методикою під місцевим знеболенням або під загальним внутрішньовенним наркозом. Нерідко за наявності достатньо великих розмірів ЛВ видаляли лише 1–2 із них. Найбільший ЛВ розрізали, робили відбиток на предметне скло та відправляли в цитологічну лабораторію, а макропрепарат вузла — на гістологічне дослідження.

Показанням до проведення діагностичної парастеральної медіастинотомії були потреба в морфологічній верифікації пухлини; діагностика розповсюдженості пухлини інфільтративним ростом на магістральні судини та органи; необхідність визначення ступеня зрілості клітин злоякісної пухлини. Медіастинотомію проводили за відомою технікою операції [6]. Брали на дослідження 1 чи кілька ЛВ або фрагмент пухлини. Плевральну порожнину дренивали через контрапертуру в 2-му міжребер'ї. Під час оперативного втручання біопсія середостінних або прикореневих ЛВ (в кількості 1–3) була виконана у 10 хворих. Фрагменти новоутворення (1–2 шматочки) взяті у 8 випадках.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Гістологічним дослідженням біопсійного матеріалу надключичних ЛВ була визначена мікроскопічна структура у всіх 129 хворих. У 25 (19,4%) з них пухлинного процесу у вузлах не виявлено; в тому числі в 1 випадку поставлено діагноз хронічний абсцес легені, ще в 1 — туберкульозний процес. В обох випадках в ЛВ відзначали явища гіперплазії лімфоїдної тканини. У решти 104 хворих (80,6%) діагностовано злоякісний процес, у тому числі в 1 (0,8%) випадку ви-

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

явлено гемангіосаркому, у 2 (1,6%) — неходжкінську лімфому, у 101 (78,3%) — РЛ. За наявності злоякісної пухлини в легені у 23 осіб (17,8%) М у надключичних ЛВ не виявлені. З них радикальна операція з подальшим хіміопроменевим лікуванням виконана у 17 пацієнтів, 2 призначена променева терапія, 2 — тільки хіміотерапія, 1 хворий відмовився від будь-якого лікування. У 1 пацієнта біопсію проводили при підозрі на появу М через 2 роки після радикальної операції з приводу РЛ. У нього М в ЛВ ший теж не виявлено і тому спеціальне лікування йому не проводили. За наявності шийних М злоякісного новоутворення легені (N₃) хворим призначено відповідне паліативне або симптоматичне лікування.

У більшості хворих до біопсії не була визначена гістологічна форма пухлини. На основі отриманих результатів прескаленної біопсії встановили мікроскопічну структуру РЛ. При цьому виявлено плоскоклітинний рак — у 41 (39,46%); аденокарциному — у 25 (24,0%); дрібноклітинний рак — у 26 (25,0%); крупноклітинний рак — у 3 (2,9%); бронхіолоальвеолярний рак — у 1 (0,97%); змішаний рак — у 5 (4,8%) хворих.

Гістологічні дослідження матеріалу, отриманого парастеральною медіастинотомією у 18 хворих, показали, що у 6 (33,3%) хворих виявлена лімфома Ходжкіна, в 1 (5,6%) — неходжкінська лімфома, саркоїдоз Бенє — Бекка — Шаумана виявлений у 4 (22,2%) осіб. М РЛ діагностовано у 3 (16,6%) випадках: аденокарцинома — 1, плоскоклітинний рак — 1, дрібноклітинний рак — 1 випадок. Веретенноклітинну тімому відзначено в 1 хворого. Ще в 1 випадку гістологічно спостерігали атипові клітини посмугованого м'язу з явищами клітинного атипізму, інфільтративного росту та елементи залозистого рака середнього і низького ступеня диференціації клітин. У цьому випадку до операції, крім РЛ, у хворого підозрювали остеосаркому і під час біопсії взято фрагмент новоутворення із середостіння. У 2 (11,1%) випадках злоякісного новоутворення не виявили, а було встановлено: в одному — запальний процес (верхньочасткова пневмонія), в другому — специфічний фібротичний процес у ЛВ (наслідок перенесеного туберкульозного лімфаденіту). Таким чином, проведена парастеральна медіастинотомія дозволила нам діагностувати і верифікувати такі захворювання: РЛ — у 3 хворих (16,6%); лімфому Ходжкіна — у 6 (33,3%); неходжкінську лімфому — в 1 (5,6%); тімому — в 1 (5,6%); карциносаркому — в 1 (5,6%); саркоїдоз — у 4 (22,2%); простий запальний та туберкульозний процеси — у 2 (11,1%). Відповідно до визначених діагнозів для хворих була підібрана спеціальна лікарська тактика залежно від розповсюдженості процесу.

ВИСНОВКИ

1. Прескаленна та парастеральна біопсії є високоточними методами діагностики розповсюдженості РЛ на ЛВ ший та середостіння. Вони дозволяють визначити наявність пухлинного процесу і віддиференціювати його від інших непухлинних захворю-

вань; дають можливість уточнити гістологічну форму злоякісних новоутворень і цим сприяють призначенню більш ефективного лікування.

2. Прескаленну та медіастинальну біопсії як оперативні втручання слід проводити хворим за відповідними показаннями після неефективної або малоінформативної пункційної біопсії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Трахтенберг АХ, Чиссов ВИ. Клиническая онкопуть-монология. Москва: Медицина, 2001. 597 с.
2. Стариков ВГ, Трунов ГВ. Рак легкого. Харьков, 2002. 212 с.
3. Ганул ВЛ, Ганул АВ, Борисюк БО. Оптимизация диагностики и комбинированого лечения злокачественных опухолей средостения. Матеріали ХІ з'їзду онкологів України. Київ, 2006: 107.
4. Блинов НН. Прогностические факторы в онкологии. Вопр онкологии 2001; 47 (3): 369–71.
5. Паламарчук ИД, Нерянов ВМ. Состояние регионарных лимфатических узлов при раке легкого. Матеріали ХІ з'їзду онкологів України. Київ, 2006: 116–7.
6. Петерсон БЕ, Чиссов ВИ, Пачес АИ. Атлас онкологических операций. Москва: Медицина, 1987. 535 с.

MORPHOLOGICALLY DIAGNOSTIC OF METASTASIS IN LYMPHATIC NODES OF NECK AND MEDIASTINUM IN PATIENTS' WITH SUSPICION OF THE LUNG CANCER

B.A. Boluych, S.M. Prytulyak, S.A. Lysenko

Summary. *The results of prescalen's biopsy in 129 patients and diagnostic's mediastinotomy in 18 with suspicion of lung cancer and other diseases have been analyzed, which made to patients after small- or non-informative puncture biopsy. The increasing lymphatic nodes were evidence. In 31 (21.1%) patients' tumor processes have not been showed; 2 (1.4%) patients' has been tuberculosis of lung, 2 — inflammation processes and 4 (2.7%) — sarcoidosis Bekka. In other 116 (78.9%) patients in lymphatic nodes or fragments' of tumor were showed malignant process. In 1 (0.7%) case was gemangiosarcoma, timoma in other and in 1 (0.7%) patient — carcinosarcoma; in 3 (2.0%) case's — non-Hodgkin's lymphoma, in 6 (4.7%) — Hodgkin's lymphoma, in 104 (70.1%) — lung cancer. In 23 (15.6%) patients with lung cancer in lymphatic nodes have not been metastasis and him were designated the treatment of the radical program. Available of the metastasis N₂₋₃ have been confirmed in others patients with lung cancer and they were treated of palliative or symptomatic methods.*

Key Words: lung cancer, metastasis, prescalen's byopsia, diagnostic's mediastinotomy.

Адреса для листування:

Болюх Б.А.

21018, Вінниця, вул. Пирогова, 56

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова