

О БРОНХОСКОПИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРОЦЕССА ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО

Г. Н. Корнишин, канд. мед. наук В. Н. Шабает

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав.— проф. А. М. Аминев) Куйбышевского медицинского института, Куйбышевский областной онкологический диспансер (главрач — А. И. Смагин)

Ряд авторов отводит бронхоскопии важное место в определении операбельности рака легкого. Среди эндоскопических симптомов большинство хирургов различает абсолютные и относительные признаки. Имеются значительные противоречия в оценке симптомов, выявленных при бронхоскопии,—аналогичные симптомы одни авторы считают абсолютными, другие — относительными признаками неоперабельности.

А. С. Мамонтов (1966), Бенедикт (1960) считали уплощение карины бифуркации трахеи абсолютным противопоказанием к операции и при этом симптоме определяли IV стадию заболевания. В 1971 г. Г. И. Лукомский и М. Л. Шулутко отметили, что этот симптом нельзя считать достоверным, так как он встречается одинаково часто у неоперабельных и радикально оперированных больных. Вызывают сомнения и другие симптомы IV стадии — опухоль долевого бронха при ригидности второго долевого бронха, распространение рака долевого бронха на главный или промежуточный бронх и другие.

При бронхоскопии наиболее обозримы главные, промежуточный и долевы бронхи. Эта локализация опухоли наблюдалась у 85,5% (114) больных, страдавших IV стадией рака легкого. Периферические раки, распространяющиеся на корень легкого и средостение, также доступны исследованию, и бронхоскопия при этом является ценным методом установления операбельности.

Поднаркозную бронхоскопию (тиопентал, 500—700 мг) с применением релаксантов деполяризующего действия (листенон, дитилин, 100—150 мг) мы выполнили у 210 больных, страдавших раком легкого. Использовали дыхательный бронхоскоп Фриделя с оптическими приставками под углом зрения 65°, 90°, 115°. Признаки рака определены у 181 больного (86,1%), из них у 108 опухоль локализовалась в сегментарном, долеом, промежуточном, главном бронхе, то есть были прямые признаки рака, а у 73 (40,3%) выявлены косвенные эндоскопические симптомы: ригидность стенки бронха, гиперемия, уплощение карины и др. Биопсия при бронхоскопии осуществлена у 109 больных, положительные данные получены у 67 (61,4%), морфологически диагноз не был подтвержден у 42.

Осложнения, связанные с бронхоскопией,—кратковременный ларингоспазм, реже тахикардия после дачи кислорода, атропина и других мероприятий — быстро проходили.

Число радикально оперированных больных зависело от локализации опухоли в бронхах. Чем крупнее бронх, пораженный опухолью, тем ниже операбельность и резектабельность.

Резекция легкого по поводу рака главного или промежуточного бронха выполнена у 8 больных. У них при бронхоскопии наблюдались прямые признаки рака без косвенных симптомов (ригидность трахеи, уплощение карины).

У 57 больных с локализацией опухоли на уровне главного или промежуточного бронха данные бронхоскопии указывали на IV стадию заболевания, из них у 18 неоперабельность установлена при торакотомии. При бронхоскопии у этих больных кроме прямых признаков

рака обнаруживались косвенные симптомы (ригидность трахеи в нижних отделах, уплощение карины), которые свидетельствовали об иноперабельности больного.

Резекция легкого по поводу рака долевого бронха произведена у 47 (70,1%) из 67 больных с указанной локализацией рака. У 20 чел. установлена IV стадия рака, в том числе у 8 во время торакотомии. При локализации опухоли в долевого бронхе процент пробных торакотомий составил 14,5, в то время как при раке главного или промежуточного бронха у 18 из 27 оперированных больных вмешательство закончилось пробной торакотомией.

Перибронхиальное распространение рака долевого бронха при бронхоскопии мало доступно определению, что и послужило причиной пробных торакотомий у 8 больных. Для диагностики распространенности процесса возникает необходимость в дополнительных методах исследования.

Рак на уровне сегментарного бронха или бронхов более мелкого порядка мы наблюдали у 59 чел., из них только 5 признаны неоперабельными, причем 2 — при торакотомии.

О распространении периферического рака на корень легкого и средостение свидетельствует ригидность главного бронха и уплощение карины. Из 19 больных с указанной патологией оперированы 5. При торакотомии также определена IV стадия заболевания. Нами выделены абсолютные признаки иноперабельности, которые указывают на IV стадию заболевания: 1) сдавление главного бронха (щелевидный просвет) при уплощении карины и ригидности трахеи в нижних отделах; 2) опухоль долевого или сегментарного бронха, распространяющаяся на главный бронх до трахеи при уплощении карины; 3) перибронхиальное распространение рака из долевого бронха на главный бронх (без сужения просвета) при ригидности трахеи и уплощении карины; 4) рак средней или нижней доли, распространяющийся на промежуточный бронх при неподвижности главного бронха. Относительным признаком иноперабельности по данным бронхоскопии является ригидность главного или промежуточного бронха при перибронхиальном и прикорневом раке.

УДК 616.71—006.6—615.849—07

РАДИОИЗОТОПНАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ

И. А. Гилязутдинов, Ю. Я. Глейзер

Кафедра рентгенологии и радиологии Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина (зав. — проф. Г. И. Володина) и отдел радиоизотопной диагностики Московского научно-исследовательского рентгено-радиологического института (зав. — докт. мед. наук Г. А. Зубовский)

До последнего времени ведущая роль в прижизненном выявлении деструктивных процессов костной системы принадлежала рентгенологическому исследованию. Однако, несмотря на значительные успехи в диагностике первичных и вторичных опухолевых поражений скелета, этот метод нельзя считать совершенным, так как он позволяет выявлять поражения костной ткани при декальцинации в 30—45% [5, 12]. Как отмечают некоторые отечественные и зарубежные исследователи [1, 3], рентгенологически поражение костей удается определить лишь через 3—12 месяцев после появления начальных клинических симптомов. Поэтому разработка и усовершенствование методов раннего распознавания опухолевого поражения костей представляют практический интерес.

Одним из новых методов выявления патологических изменений костной системы является радиоизотопная диагностика. С помощью радиоизотопных способов исследования можно обнаружить участки с перестройкой костной ткани в 7—10% [6].

Как известно, основную массу кости составляет кальций, поэтому было целесообразно вести поиски изотопов, метаболизм которых был бы аналогичен метаболизму кальция.