

КОМПЛЕКСНА РЕНТГЕН-ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА БРОНХОПУЛЬМОНАЛЬНОГО КАРЦИНОЇДУ

Спузяк Р.М.¹, Панов О.В.¹,
Шаповалова В.В.², Спузяк А.Р.²

¹Кафедра радіології та радіаційної медицини
ХНМУ, м. Харків, Україна

²Кафедра променевої діагностики ХМАПО,
м. Харків, Україна

Вступ. Нейроендокринні пухлини (НЕП) об'єднують групу рідкісних епітеліальних новоутворень із клітин дифузної нейроендокринної APUD (Amine Precursor Uptake and Decarboxylation) системи і утворюють важливу категорію первинних злоякісних пухлин. У всьому спектрі НЕП різних анатомічних локалізацій перше місце посідає травна система (до 90% припадає на апендикс, шлунок, тонку та товсту кишки). Бронхопультмональний НЕП становлять до 27% усіх різновидів нейроендокринних новоутворень та приблизно 20–25% від загальної кількості новоутворень легень (Делекторская В.В., 2015).

Відповідно до класифікації ВООЗ пухлин легень, плеври, тимуса і серця (4-та редакція 2015 р.) виділено 4 основні підтипи НЕП легень: типовий карциноід, атипичний карциноід, крупноклітинний нейроендокринний рак і дрібноклітинний рак.

Типовий і атипичний карциноїди утворюють групу вискодиференційованих НЕП низького і проміжного ступеня злоякісності відповідно. Інші два підтипи — крупноклітинний нейроендокринний рак і дрібноклітинний рак — складають чітко визначену групу низкодиференційованих карцином високого ступеня злоякісності.

Бронхопультмональний карциноід (БПК) становить 1-2% серед всіх новоутворень легень, причому в групі карциноїдних пухлин на частку атипового карциноїда припадає близько 10% (Travis W.D. at all., 2011).

Як і рак легені, карциноід може локалізуватися в легеневій паренхімі і в бронхах, тому виділяють центральну і периферичну клініко-анатомічну форми. Стосовно до стінки бронха виділяють карциноід із екзобронхіальним, ендобронхіальним або змішаним типом росту.

Основними методами діагностики БПК є рентгенологічне, бронхологічне і морфологічне дослідження. Підходи до визначення локалізації і стадії пухлинного процесу принципово не відрізняються від інших злоякісних пухлин легенів.

Необхідність морфологічної верифікації діагнозу, зумовлений тим, що прогноз ефективності лікування та вибір методу терапії залежать від гістологічного підтипу БПК (Чекини А.К., 2012, Travis W.D., at all, 2015).

Тому принципову роль у виявленні карциноїду легенів відіграє комплексне рентген-ендоскопічне дослідження з обов'язковим отриманням морфологічного матеріалу.

Мета роботи — визначення рентген-ендоскопічних ознак бронхопультмонального карциноїду.

Матеріали та методи. У дослідження включені 1630 пацієнтів у віці від 35 до 75 років (чоловіків — 58,0%, жінок — 42,0%) з виявленою при рентгенологічному обстеженні патологією. Всім пацієнтам була

проведена рентгенографія органів грудної клітки (ОГК), мультиспіральна комп'ютерна томографія (МСКТ) ОГК, бронхоскопія з трансbronхіальною біопсією (ТББ) і морфологічне дослідження біоптату із зони ураження. Карциноід легень діагностовано у 21 (1,3%) хворого у віці 48±7,8 року (чоловіків — 42,9%, жінок — 57,1%).

Результати. Центральну форму БПК діагностовано у 5 (23,8%) пацієнтів, периферичну — у 16 (76,2%). При центральній формі ателектаз верхньої частки визначався у 4 (80,0%) пацієнтів, гіповентиляція частки у 1 (20,0%). При бронхоскопії центральний карциноід локалізувався поблизу біфуркації часткових бронхів, мав чіткі рівні контури, виражену судинну мережу, гладку поверхню за рахунок неушкодженого епітеліального шару слизової. Периферичний карциноід при рентгенологічному дослідженні проявлявся фокусною тінню розміром 25±12 мм. Чіткий контур визначався у 87,5% випадків, нечіткий, променистий контур, з рідкісними тяжами в бік кореня легені було виявлено в 12,5% спостережень. Структура БПК була однорідною в 81,2% спостережень, у 18,8% — неоднорідною за рахунок дрібних включень вапна. Навколишня легенева тканина залишалася інтактною. Внутрішньогрудні лімфатичні вузли не були збільшені.

При морфологічному дослідженні типовий (доброякісний) карциноід виявлено у 14 (66,7%), злоякісний — у 7 (33,3%) осіб. Усі випадки злоякісного карциноїда були представлені периферичною формою. Всі пацієнти з БПК були прооперовані: лобектомію виконано в 33,3% випадках, сегментарні резекції — у 66,7%. Усім пацієнтам із злоякісним карциноїдом (33,3%) проводилася поліхіміотерапія.

Висновки. Повне уявлення про розміри і поширеність пухлинного процесу в легені, було отримано при рентгенологічному дослідженні. Однак БПК, як периферичний, так і центральний, не має специфічних рентгенологічних ознак.

Бронхоскопія під рентгенологічним контролем із ТББ (з обов'язковим морфологічним дослідженням), на нашу думку, є методом вибору в діагностиці та диференційній діагностиці бронхопультмонального карциноїду. Морфологічне дослідження (цитологічне та гістологічне) дозволяє не тільки провести диференційну діагностику з доброякісними пухлинами та раком легенів, а й визначити варіант БПК, що впливатиме на вибір лікувальної тактики та, відповідно, прогноз перебігу захворювання.

МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ЗА ДАНИМИ УЛЬТРАЗВУКОВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Сорочан О.П., Закревський А.М., Вороньжев І.О.,
Шаповалова В.В., Закревська А.А.
Харківська медична академія післядипломної
освіти, м. Харків, Україна

Вступ. Ультразвукове дослідження (УЗД) широко використовується в неонатологічній практиці для діагностики патології багатьох органів і систем, окрім легень. В останніх дослідженнях закордонних авторів зустрічаються дані, що УЗД органів грудної клітки