

С. А. ОГАНЕСЯН, М. А. СЕДГАРЯН

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕКОТОРЫХ ФОРМ РАКА ЛЕГКОГО

Многообразие проявлений бронхогенного рака и трудности его дифференциальной диагностики общеизвестны. Особое место в дифференциальной диагностике бронхогенного рака занимает периферический рак отличающийся отсутствием клинико-рентгенологической симптоматиологии, связанной с различной степени сужениями крупных бронхов.

Проявляющийся в рентгенологической картине тенью, часто приближающейся к округлой форме, периферический рак легкого вызывает необходимость проводить дифференциальную диагностику с десятками внутригрудных образований с аналогичной скиалогической картиной и неопределенной клинической симптоматологией.

Периферический раковый узел в легком наиболее часто приходится дифференцировать с паразитарными и непаразитарными кистами, туберкуломами, солитарными метастазами, доброкачественными опухолями относительно реже—с целым рядом других заболеваний (первичная саркома легкого, аневризма аорты, перикардальная целомическая киста, нейрогенные опухоли и др.).

Наш материал состоит из 164 исследований шаровидных образований в легких, из которых 42 составляют периферический рак легкого.

Литературные данные, относящиеся к оценке отдельных симптомов для распознавания патологического субстрата округлых образований легких, в том числе и периферического рака, разноречивы, а сама клиника скудна и не патогномонична.

Клиническими симптомами периферического рака легкого являются боль в груди, одышка, а в дальнейшем кашель и в части случаев кровохарканье. Эти симптомы могут сопровождать целый ряд других заболеваний легких. Следует отметить, что единственным убедительным признаком, позволяющим отдифференцировать доброкачественные образования от периферического рака, являются, к сожалению, не часто встречающиеся известковые включения в рентгенологической картине доброкачественных образований (гамартомы, туберкуломы, эхинококк и др.).

В настоящей работе мы коснемся только некоторых особенностей периферического рака.

Что касается терминологии, то в литературе принято считать, что шаровидный, круглый, внутридолевой и периферический рак являются синонимами.

Периферический рак, возникающий в основном из базального эпителия слизистой мелких бронхов, действительно чаще всего прибли

жается к округлой форме. Однако, как показывают наши наблюдения в ряде случаев, как в начальных фазах его выявления, так и при дальнейшем течении он может иметь и другую форму. В одних случаях, будучи неправильной формы, иногда формы трилистника, он остается таким до самой смерти больного, в других он при дальнейшем течении принимает округлую форму иногда с волнистыми контурами. Наконец, будучи в начальных фазах выявления округлой формы, периферический рак при дальнейшем росте может распространиться на сегмент или долю легкого, симулируя сегментарный или долевого рак. Помимо этого, к периферическому раку также относятся раковые поражения, ползущие по основанию доли, а также вершечный рак, округлая форма которых часто не регистрируется и в своем клиническом течении имеет ряд особенностей. Учитывая столь большое многообразие проявлений морфологической картины данной формы рака, надо считать, что название «периферический рак» является здесь наиболее соответствующим.

В качестве примера морфологической картины периферического рака, не имеющего округлой формы, приведем следующее наблюдение.

Больной К. Т., 60 лет. Поступил с жалобами на кровохарканье и боли в груди. Температура нормальная, картина крови обычная. БК в мокроте не найдено. В левой подключичной области определяется неправильной формы с нечеткими контурами затемнение, связанное «дорожкой» с корнем легкого (рис. 1). Можно было думать об изменениях, связанных с подключичным туберкулезным инфильтратом. Однако на основании клинико-рентгенологических данных был установлен рак легкого, который подтвердился в дальнейшем. Через 1 месяц на том же месте была обнаружена округлая тень с неровными контурами в диаметре около 6 см (рис. 2), а в дальнейшем — генерализация процесса.

Мы имеем три подобных наблюдения, и в одном из них рост и генерализация процесса наступили через 4 года (рис. 3, 4).

Разноречивы литературные данные и о значении бронхографии в диагностике периферического рака [16, 20, 21].

На основании своих исследований мы должны отметить, что в ранних стадиях заболевания периферический рак так же оттесняет бронхи, как и доброкачественные образования, и обуславливает картину, вовсе не характерную только для периферического рака. Не выявила бронхография характерных признаков рака в начале заболевания и в вышеуказанных наблюдениях. Диагностическое значение бронхографии проявляется после прорастания опухолью бронхов III или хотя бы IV порядка.

Известно, что периферический рак определенный период времени может расти по экспансивному типу, не вызывая каких-либо клинических симптомов. Однако не только в этих случаях, но и в тех наблюдениях, где имеются те или иные клинико-рентгенологические проявления его, распознавание периферического рака остается затруднительным. Это особенно относится к тем местностям, где эхинококк легкого является краевой патологией. Мы могли бы продемонстрировать целый ряд оперативно доказанных наблюдений эхинококка легкого, в рентгенологической кар-

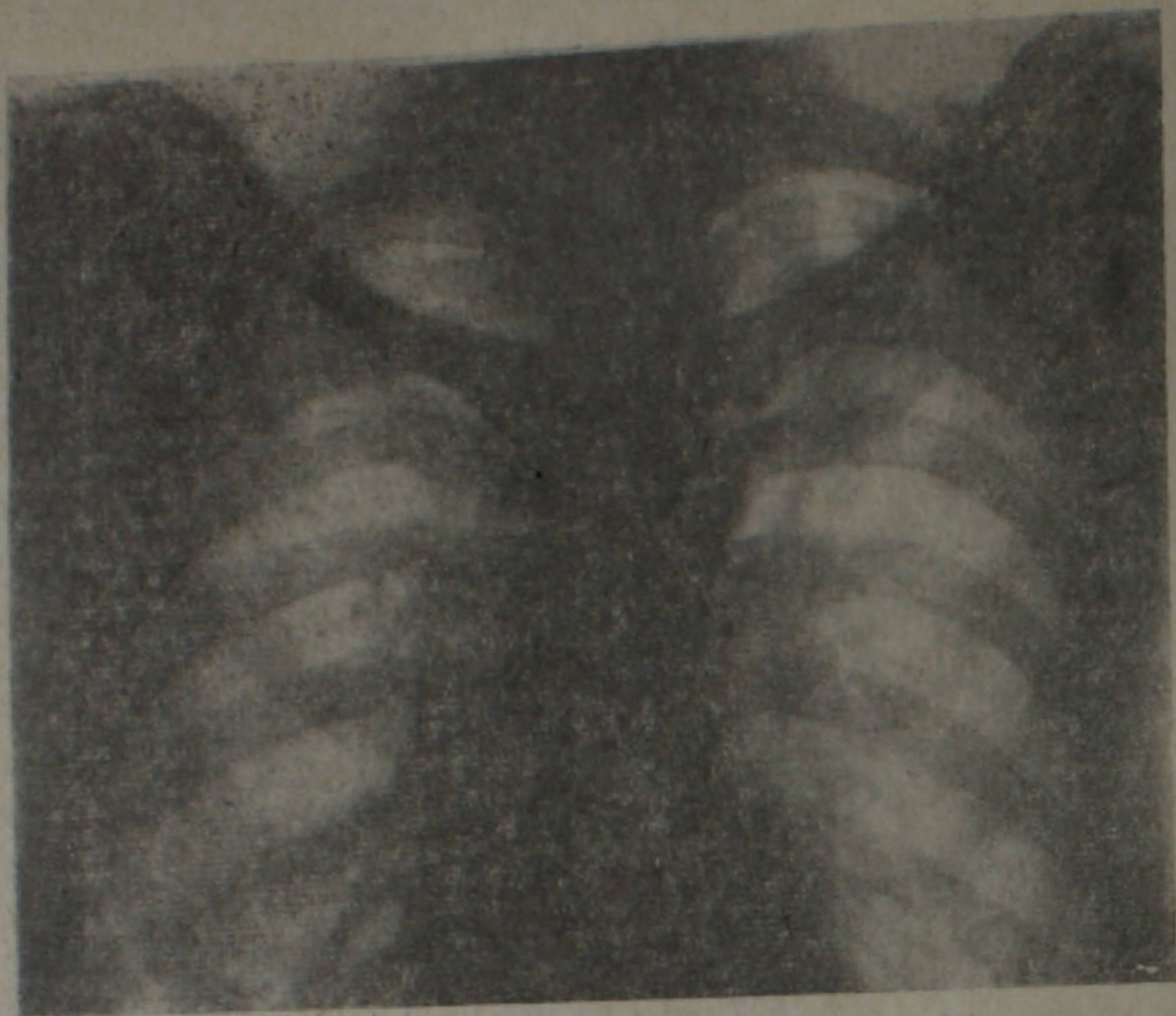


Рис. 1. В левой подключичной области неправильной формы с нечеткими контурами неинтенсивное затемнение, связанное „дорожкой“ с корнем легкого. Периферический рак.

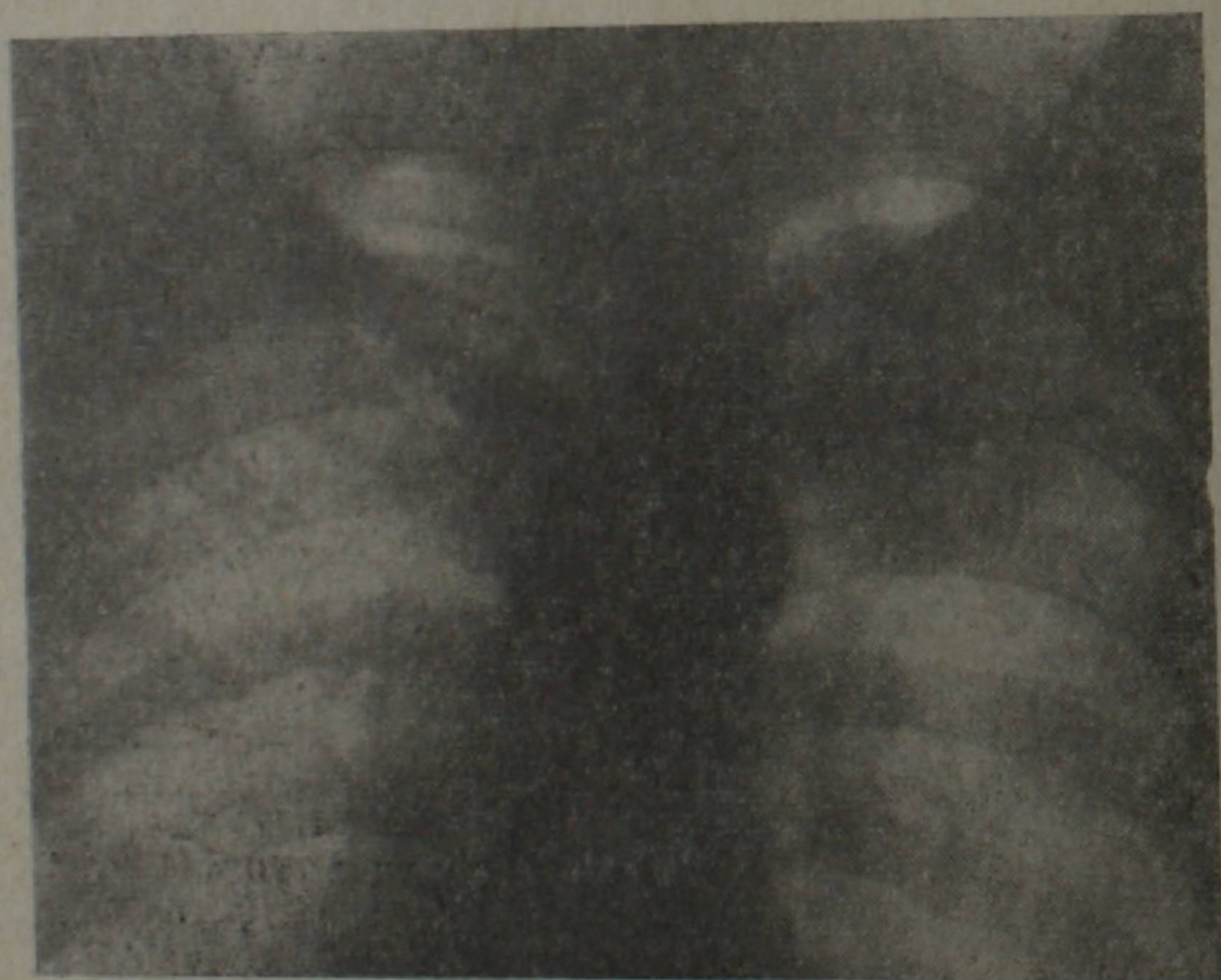


Рис. 2. Тот же случай через 1 мес. Затемнение в подключичной области значительно увеличилось и приняло округлую форму.

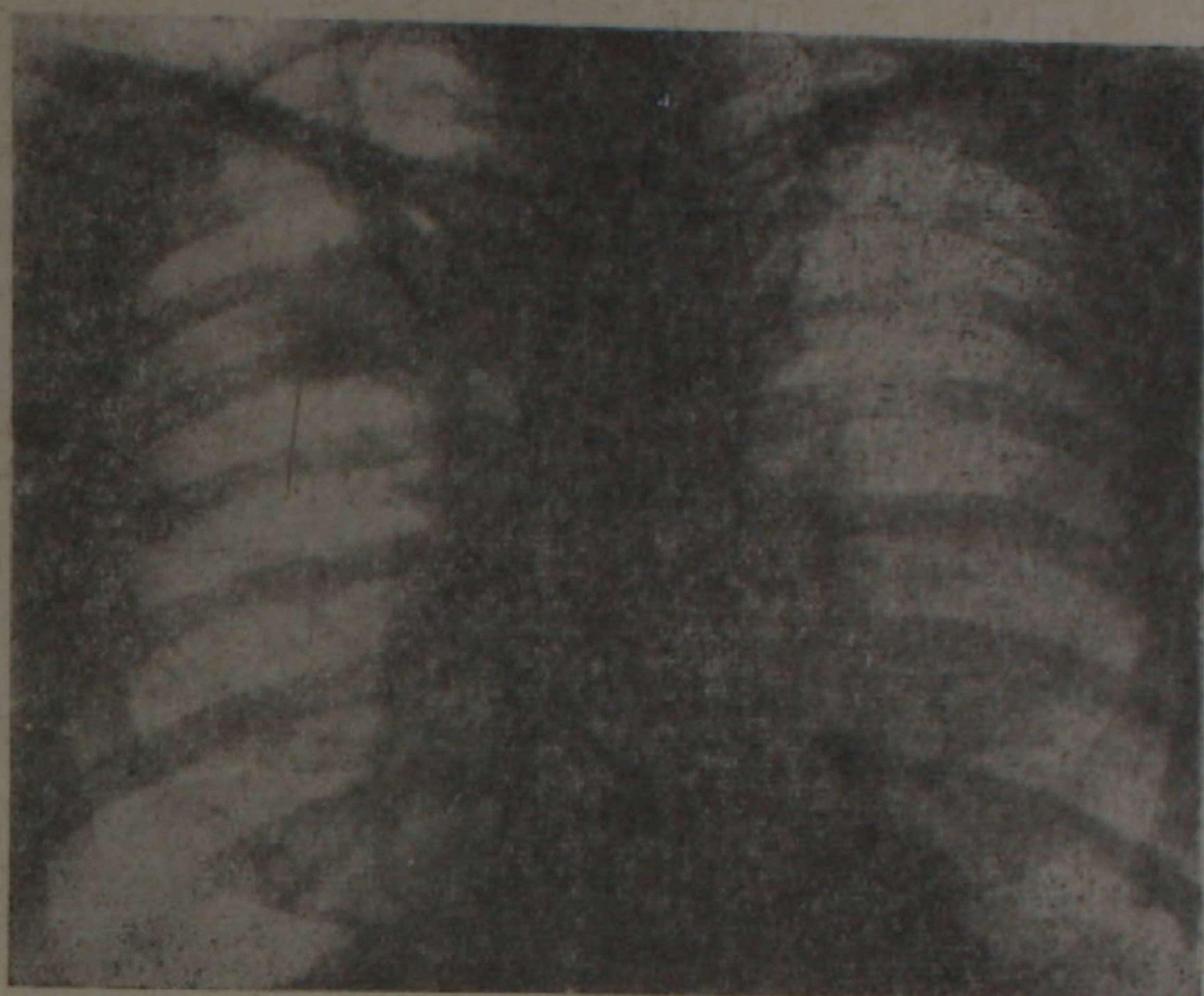


Рис. 3. Затемнение неправильной формы на уровне медиального отдела 1 межреберья справа, обусловленное наличием ракового узла.



Рис. 4. Тот же случай через 4 года. Ателектаз верхней доли.

тине которых контуры округлого образования были нечеткими или бугристыми. Наоборот, при периферическом раке, достигающем в диаметре даже 15 см, мы наблюдали иногда четкие контуры. Поэтому мы вопреки данным некоторых авторов и в полном согласии с В. И. Стручковым, Г. Л. Воль-Эпштейном, А. В. Григоряном [22], А. Г. Барановой [2] и др. считаем, что наружные очертания тени не могут служить критерием для распознавания периферического рака. Для иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больной С. М., 35 лет. Поступил с жалобами на одышку, кровохарканье и боли в груди. В правом легком определяется округлой формы небольшое затемнение в диаметре 2 см с неровными и нечеткими контурами. Вокруг затемнения обрывки линейных теней, образующие неравномерную сетку и небольшие «отростки», отходящие от наружного и нижнего контуров тени. В центре затемнения еле намечающееся просветление (рис. 5). Реакция Казони отрицательная. Остальные лабораторные данные без особых изменений. Рентгенологическое заключение: периферический рак. На операции выявлен нагноившийся эхинококк. Гистологически обнаружены явления перикистозного воспаления и наличие узкой ателектатической зоны.

Значительно большее значение в диагностике периферического рака придается темпу роста опухоли. Действительно, появление тени узла у больного в пожилом возрасте или увеличение этой тени через небольшой промежуток времени указывает на злокачественный процесс (рис. 6, 7). Но и здесь надо оговориться. Небольшой величины периферический рак, как указывалось выше, может в отдельных случаях не только в течение нескольких недель, но и большего промежутка времени не давать заметного роста. Для областей и республик, где эхинококкоз является краевой патологией, большое значение приобретает то обстоятельство, что иногда темп роста эхинококка легкого также может быть быстрым. На подобные наблюдения, приведшие к диагностической ошибке, указывает и Н. В. Антелава [11]. На затруднения в диагностике эхинококка легкого указывают также А. А. Штусс [28] и В. Н. Штерн [27]. Быстрый темп роста эхинококка и мы наблюдали несколько раз. Так, выявленное у 2,5-летнего ребенка округлое образование в правом легком за 3 месяца увеличилось почти в три раза. Несмотря на отрицательную реакцию Казони установленный нами на основании клинико-рентгенологических данных, в том числе малых клинических признаков, диагноз эхинококка подтвердился на операции. Необходимо отметить, что в установлении диагноза реакция Казони не раз оказывалась ошибочной и нам иногда приходилось диагностировать вопреки данным этой реакции. Не дает спорных пунктов для раннего распознавания периферического рака и картина крови, в том числе лейкоцитарная и тромбоцитарная формулы.

Значительные трудности иногда встречаются при диагностике так называемых полостных форм рака легкого, образовавшихся в результате распада ракового узла. Обычно принято их дифференцировать с опорожнившейся кистой или абсцессом легкого. В этих случаях, помимо воз-

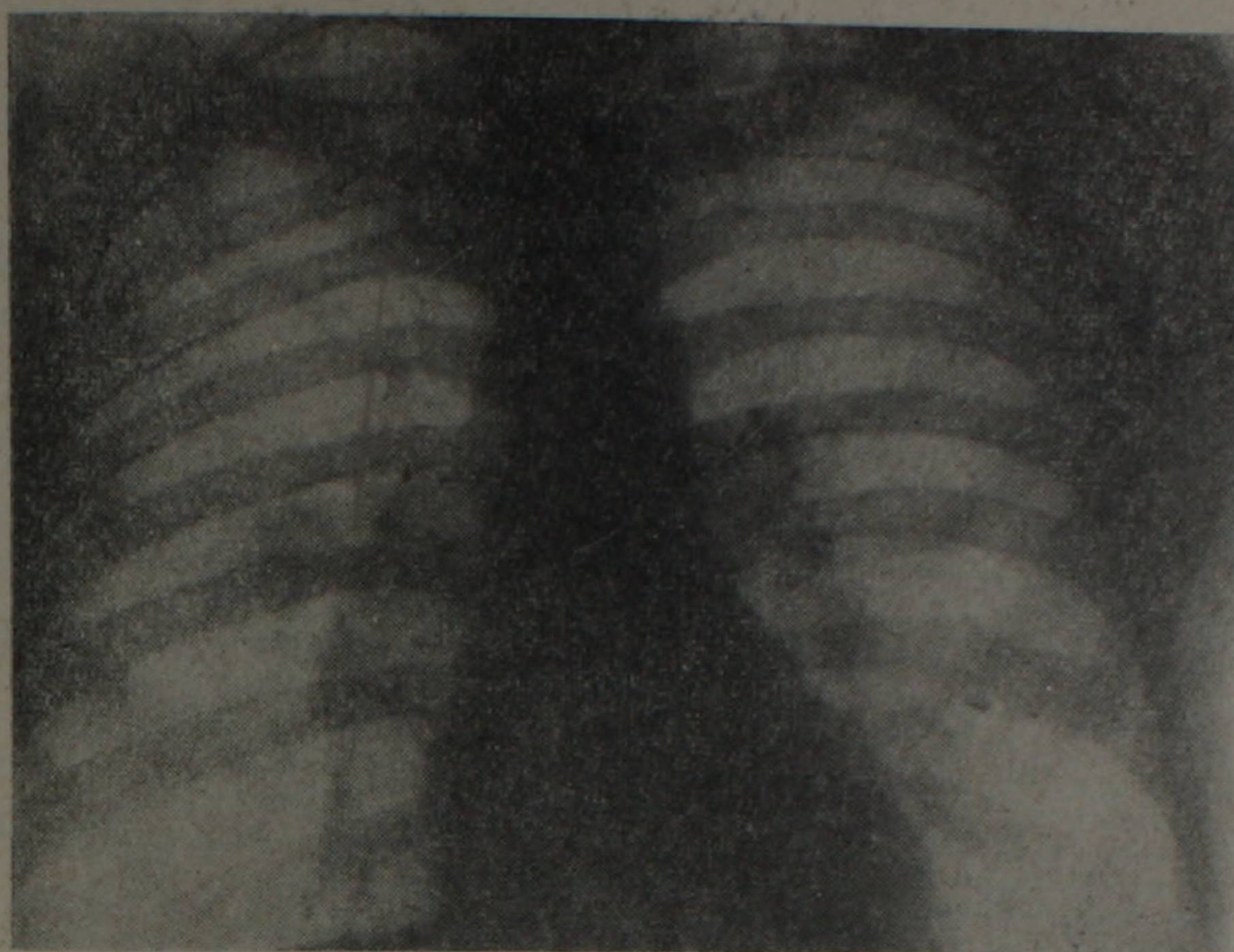


Рис. 5. В правом легком затемнение в диаметре 2 см с неровными контурами. Вокруг затемнения обрывки линейных теней, образующие сетку. „Отростки“, отходящие от наружного и нижнего контуров тени. Нагноившийся эхинококк.

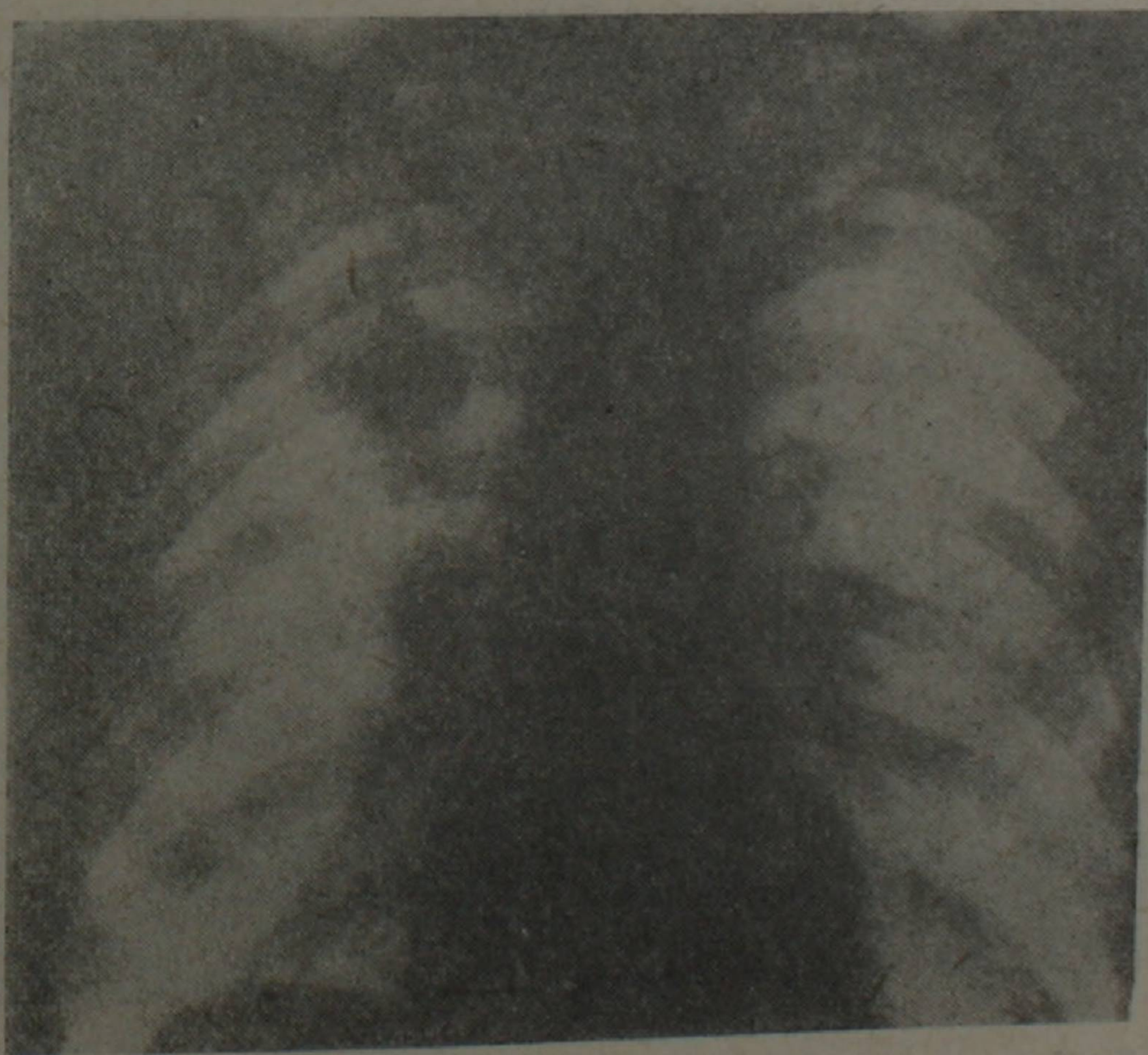


Рис. 6. Справа в верхнем легочном поле небольших размеров с неровными контурами приближающееся к округлой форме затемнение. Периферический рак.

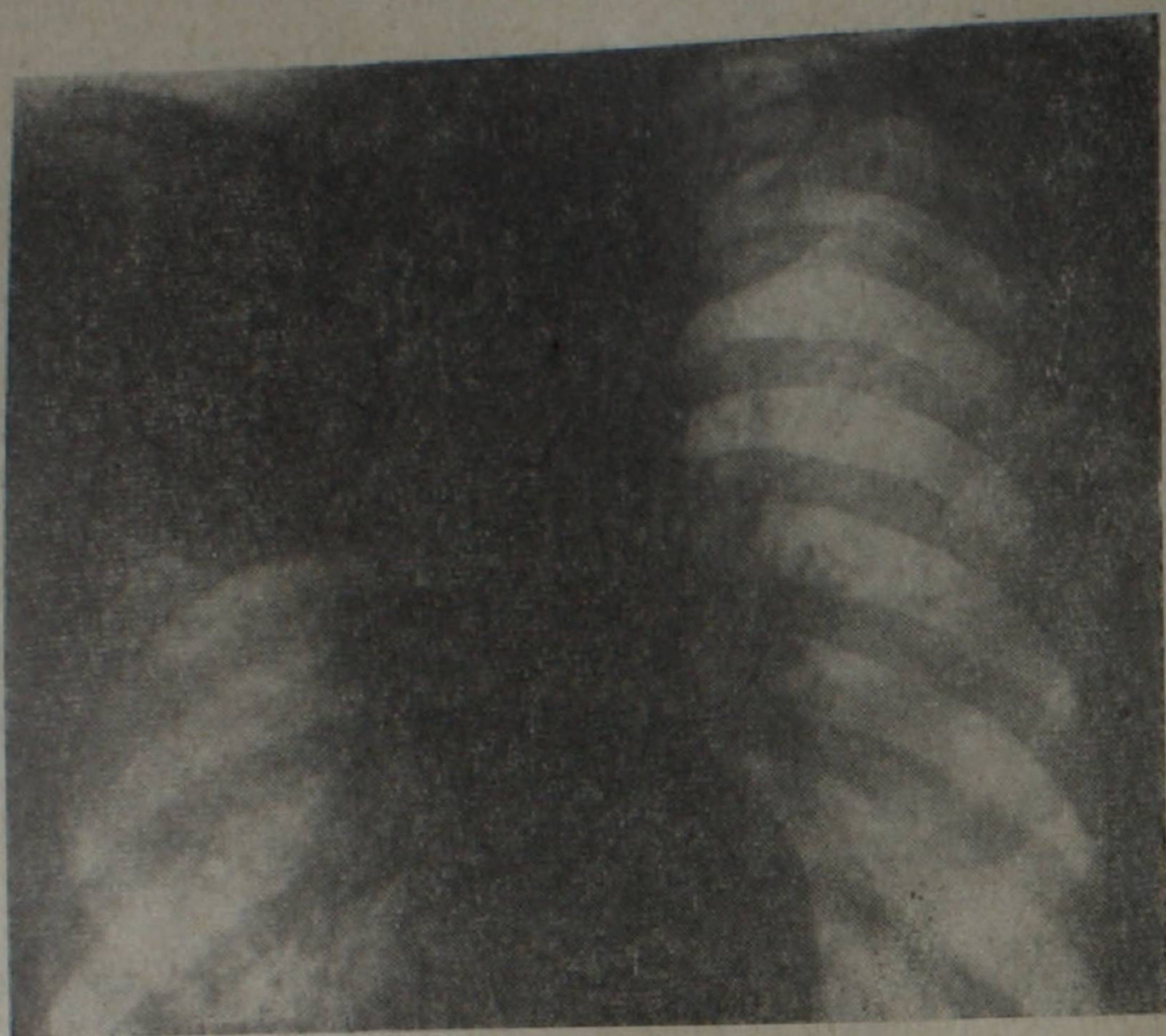


Рис. 7. Тот же случай через 6 мес.

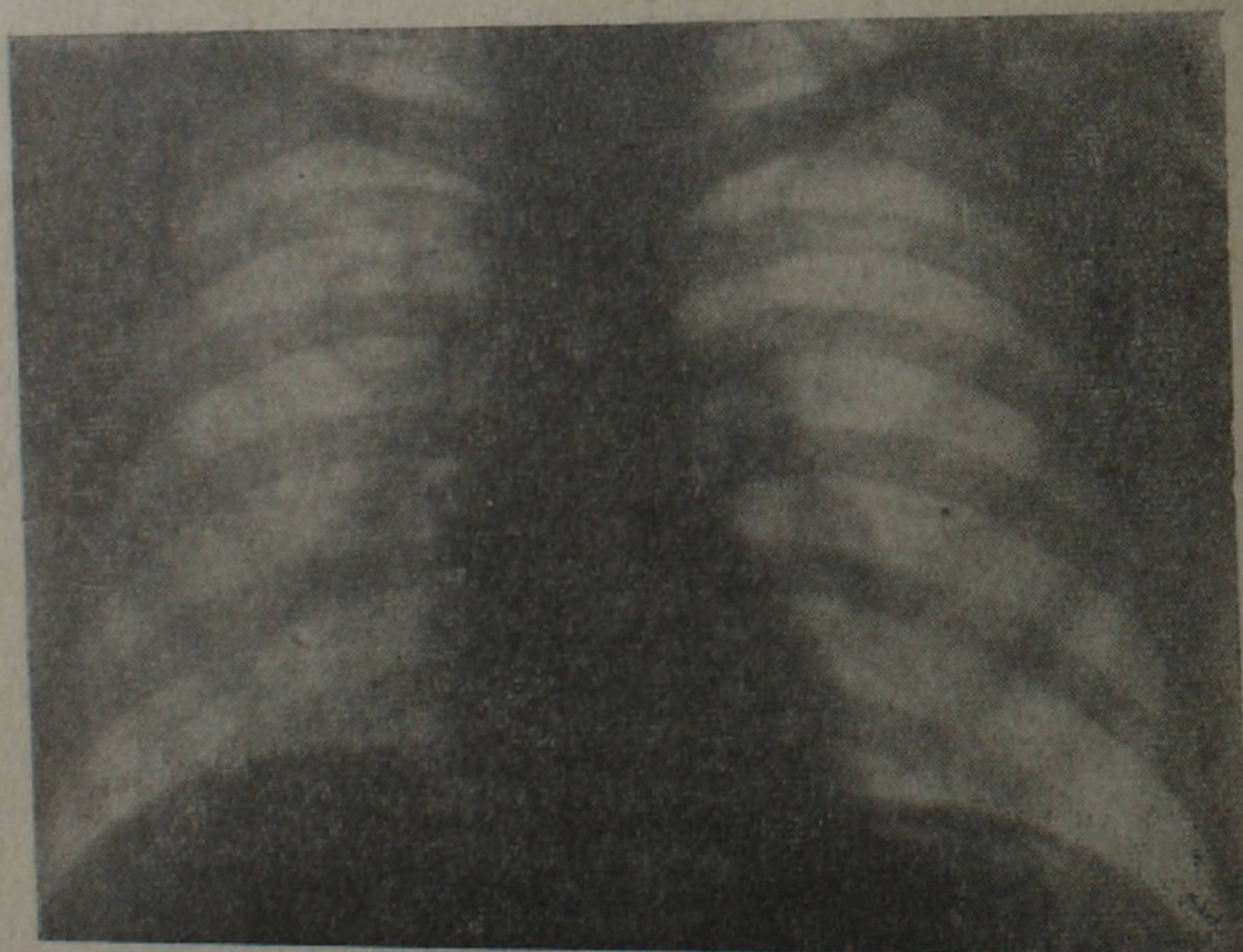


Рис. 8. Справа полость в диаметре 3,5 см на уровне переднего конца II ребра, длительно симулировавшая туберкулезную каверну. Полостная форма рака.

раста и тщательно собранного анамнеза, большое значение приобретает квалифицированно проведенное исследование мокроты с целью обнаружения злокачественных клеток. В одном нашем наблюдении больной — молодой, атлетического сложения мужчина по профессии тракторист длительно лечился по поводу кавернозного туберкулеза.

Больной А. Л., 34 лет, болеет в течение 15 месяцев. Жалуется на кашель с мокротой и иногда кровохарканье, температура нормальная. Картина крови без каких-либо отклонений от нормы. Начало заболевания постепенное. С первых месяцев заболевания и вплоть до поступления к нам лечился медикаментами по поводу имеющейся каверны в правом легком. Действительно, сама полость в первые месяцы заболевания напоминает туберкулезную каверну, хотя и БК в мокроте не обнаружено. На основании данных анамнеза и безуспешного противотуберкулезного лечения антибиотиками нами была установлена полостная форма рака (рис. 9). Цитологическое исследование мокроты подтвердило диагноз.

Хотя периферический рак считается относительно благоприятной формой для оперативного лечения, однако наши наблюдения показали, что 62% этих больных поступают на исследование уже с изменениями в корнях легких и средостении. Безусловно, эта цифра меньше реальной за счет неопределяющихся рентгенологически метастазов, но она подтверждает длительное бессимптомное течение периферического рака. И, по-видимому, этим надо объяснить данные, приводимые А. Н. Новиковым и В. В. Радионовым [12], о том, что отдаленные результаты 5-летней выживаемости пневмонэктомий при периферическом раке в три раза хуже, чем при центральном раке. Поэтому мы считаем, что в тех случаях, когда диагноз уточнить не удастся, больные должны быть подвергнуты торакотомии без потери времени на динамическое наблюдение.

В ы в о д ы

1. Диагностика периферического рака, особенно в ранних фазах развития, затруднена, а подчас невозможна.

2. Распознавание периферического рака должно проводиться комплексно клинико-рентгено-лабораторными методами с учетом «синдрома малых признаков».

3. В случаях, когда уточненная диагностика затруднена, больные должны быть подвергнуты хирургическому вмешательству без потери времени на наблюдение в динамике.

Ս. Ա. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ, Մ. Հ. ՍԵԴԳԱՐՅԱՆ

ԹՈՔԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ՄԻ ՔԱՆԻ ՁԵՎԵՐԻ ԴԻՖԵՐԵՆՑԻԱԼ ԴԻԱԳՆՈՍՏԻԿԱՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Բրոնխոգեն քաղցկեղի դիֆերենցիալ դիագնոստիկայում պերիֆերիկ քաղցկեղն իր ուրույն տեղն ունի: Նա անհրաժեշտություն է հարուցում դիֆերենցիալ դիագնոստիկա անց կացնել նման սկիզբով պատեր և անորոշ կլինիկական ախտանիշներ ունեցող տասնյակ ներթոքային գոյացությունների հետ:

Հեղինակների նյութը ընդգրկում է թոքերի գնդաձև գոյացությունների 164 ուսումնասիրություններ, որոնցից 42-ը կազմում է պերիֆերիկ քաղցկեղը: Նկատի ունենալով մորֆոլոգիական պատկերի բազմազանությունը «Պերիֆերիկ քաղցկեղ» անվանումը հեղինակները տվյալ ձևին առավել համապատասխանող են համարում:

Դիտարկումներ են մեջ բերվում պերիֆերիկ քաղցկեղի առիպիկ ձևերի և տեղակայման վերաբերյալ: Առանձին ցուցադրական օրինակներով ապացուցվում են քաղցկեղի տվյալ ձևի, այդ թվում նաև խոռոչային ձևի կլինիկո-ռենտգենաբանական դիֆերենցիալ դիագնոստիկայի դժվարությունները: Հեղինակներն ախտորոշման դժվարություններով են բացատրում պնևմոնեկտոմիաների 5-ամյա կենդանի մնալու ավելի վատ հետևանքները պերիֆերիկ քաղցկեղի դեպքում, կենտրոնականի համեմատությամբ:

Պերիֆերիկ քաղցկեղի ճանաչումը պետք է կատարվի կոմպլեքսային ձևով, կլինիկո-ռենտգենո-լաբորատոր մեթոդներով, հաշվի առնելով «փոքր նշանների սինդրոմը»: Դիագնոստիկայի ճշտման դժվարությունների դեպքում հիվանդները պետք է ենթարկվեն վիրաբուժական միջամտության, առանց ժամանակ կորցնելու դինամիկ ուսումնասիրության վրա:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Антелава Н. В. Хирургия, 1953 11, стр. 6.
2. Баранова А. Г. Диагностика интраторакальных опухолей. Л., 1959.
3. Богуш Л. К. Проблемы туберкулеза, 1954, 6, стр. 15.
4. Брюм Б. И. Клиническая медицина, 1940, 10, стр. 117.
5. Вележнев И. С. Рентгенодиагностика бронхостенозов. В кн.: Вопросы онкологии и рентгенологии. Харьков, 1948, 1—2, стр. 213.
6. Гринчар Н. Н. Клиника и диагностика первичного рака легких. М., 1947.
7. Дейнека И. Я. Эхинококк легких. Киев, 1955.
8. Диллон Я. Г. Первичный рак легкого. М., 1947.
9. Ефремов А. П. Диагностика бронхолегочного рака. Киев, 1950.
10. Ефремов А. П. Врачебное дело, 1952, 1, стр. 25.
11. Кайцакян А. Г. Журнал экспериментальной и клинической медицины АН Арм. ССР. Ереван, 1962, 2, стр. 47.
12. Линберг Б. Э. Саркома легких. В кн.: Злокачественные опухоли. Л., 1952, т. 2, стр. 768.
13. Марморштейн С. Я. Вопросы онкологии, 1956, 5, стр. 562.
14. Новиков А. Н., Родионов В. В. Результаты хирургического лечения рака легкого. М., 1962.

15. Помельцов К. В. Вестник рентгенологии и радиологии, 1955, 4, стр. 38.
16. Подольская Е. Я. и Мarmorштейн С. Я. Вопросы онкологии, 1957, 4, стр. 423.
17. Рейнберг С. А. и Брюм Б. И. Терапевтический архив, 1951, т. 23, 3, стр. 85.
18. Рейнберг С. А. Клиническая медицина, 1954, 3, стр. 17.
19. Савицкий А. И. Рак легкого. М., 1957.
20. Соколов Ю. Н. и Розенштраух Л. С. Бронхография. М., 1958.
21. Стручков В. И. и Григорян А. В. Опухоли легких. М., 1964.
22. Стручков В. И., Воль-Эпштейн Г. Л., Григорян А. В. Вестник хирургии, 1957, т. 79, 9, стр. 45.
23. Тагер И. Л. Рентгенодиагностика рака легкого. М., 1951.
24. Углов Ф. Г. Рак легкого. Л., 1958.
25. Фанарджян В. А. О трудностях и ошибках рентгенодиагностики первичного рака легких. В кн.: Вопросы рентгенологии и онкологии. Ереван, 1957, т. 2, стр. 3.
26. Фанарджян В. А. Рентгенодиагностика заболеваний органов грудной клетки. Ереван, 1958.
27. Штерн В. Н. Рентгенодиагностика однокамерного эхинококка легких. Труды Саратовского госуд. мед. института, т. 36, 1962, стр. 3.
28. Штусс А. А. Азербайджанский медицинский журнал, 1957, стр. 71.