

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ ЗА ГОДОВОЙ ПЕРИОД (СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

Куценко Е.Ю.¹, Касьянова Т.Р.², Липчанская Е.М.³, Вотяков А.М.³, Горovenko В.Н.³,
Кенесариева Ж.М.³, Мухамбетова Г.Н.³

¹ГБУЗ СК «Ессентукская городская поликлиника», Ессентуки, e-mail: mail@esspol.ru;

²ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Астрахань, e-mail: agma@astranet.ru;

³ГБУЗ АО «Александрo-Мариинская областная клиническая больница», Астрахань, e-mail: guzamokb@gmail.com

Цель исследования заключается в анализе анамнестических и клинико-лабораторных данных у пациентов при направлении на фибробронхоскопию (ФБС) и сравнении с результатами обследования в условиях областной клинической больницы г. Астрахани за 2022 год. В исследование были включены 43 пациента в возрасте от 44 до 78 лет, из них 30 мужчин (69,8%) и 13 женщин (30,2%). Пациенты направлялись на обследование в основном в плановом порядке (69,8%), в 90% случаев исследование проводилось первично. С диагностической целью применялись щипцовая и тонкоигольная биопсия. Выявлены различия между клиническими диагнозами при направлении и после выполнения биопсии, например злокачественные образования (ЗНО) при поступлении предположительно – у 13 пациентов, после уточнения диагноза – у 28 пациентов. Наиболее часто встречающимися симптомами при направлении на исследование являлись кашель и одышка. У пациентов в возрасте 60–74 года с выявленными после биопсии ЗНО в 65% случаев изначально были диагностированы хронический бронхит (ХБ) и бронхиальная астма (БА). Поводом для направления на ФБС без предварительного лечения являлись изменения на компьютерной томографии ОГК и кровохарканье. Преобладание в клинической картине ЗНО неспецифических респираторных симптомов приводит к ошибочной диагностике ХБ и БА, что говорит о сложности дифференциальной диагностики данных заболеваний у врачей первичного звена и недостаточной онконастороженности, несмотря на возраст обследованных.

Ключевые слова: фибробронхоскопия, трансбронхиальная биопсия, злокачественные новообразования, дифференциальная диагностика болезней легких.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE RESULTS OF DIAGNOSTIC FIBROBRONCHOSCOPY FOR A YEAR PERIOD (OWN OBSERVATIONS)

Kutsenko E.Yu.¹, Kasyanova T.R.², Lipchanskaya E.M.³, Votyakov A.M.³, Gorovenko V.N.³,
Kenesarieva Zh.M.³, Mukhambetova G.N.³

¹Yessentuki City Polyclinic, Yessentuki, e-mail: mail@esspol.ru;

²Astrakhan State Medical University, Health Ministry of Russia, Astrakhan, e-mail: agma@astranet.ru;

³Alexander-Mariinsky Regional Clinical Hospital, Astrakhan, e-mail: guzamokb@gmail.com

The purpose of the study is to analysis of medical documents of the patients with diagnostic fibrobronchoscopy (FBS) with transbronchial biopsy in the Astrakhan Regional Clinical Hospital for 2022. 43 patients aged 44 to 78 years were included in the study, including 30 men (69.8%) and 13 women (30.2%). Patients were examined routinely (69.8%), and in 90% of the research was for the first time. Forceps and fine needle biopsies were used for diagnostic purposes. There have been found some differences between clinical diagnoses while requesting and after biopsy, for example, malignant neoplasms (MN) on admission presumably - among 13 patients, after the clarification of the diagnosis - among 28 patients. Cough and shortness of breath were the most common symptoms while requesting for the research. Patients aged 60–74 years with MN detected after biopsy, were initially diagnosed in 65% of cases with chronic bronchitis and bronchial asthma. The reason for referral to FBS without prior treatment was changes in computed tomography of the thoracic cavity and hemoptysis. The predominance of nonspecific respiratory symptoms in the clinical picture of MN leads to an erroneous diagnosis of chronic bronchitis and bronchial asthma, which indicates the complexity of diagnosing these diseases among the primary care physicians and sufficient oncological alertness, despite the age of the examined people.

Keywords: fibrobronchoscopy, transbronchial biopsy, malignant neoplasms, differential diagnosis of lung diseases.

В настоящее время трудно представить диагностику многих заболеваний легких без морфологической верификации. С каждым годом становится все яснее тот факт, что почти нет

каких-либо специфических симптомов, характерных для тех или иных заболеваний бронхолегочной системы, что усложняет их диагностику. Более того, симптомы или лабораторные маркеры, которые были ранее типичны для ряда заболеваний, например рака легких, на современном этапе встречаются реже, тем самым затрудняя постановку диагноза. С учетом этого расширяется круг показаний для инвазивных вмешательств, в большей мере для фибробронхоскопии (ФБС) с проведением трансbronхиальной биопсии [1, 2, 3, с. 308–309]. Наиболее широкое распространение в медицинской практике получили такие методы эндобронхиальной биопсии, как трансbronхиальная щипцовая биопсия (ТБЩБ), браш-биопсия (ББ), а также трансbronхиальная игловая биопсия (ТБИБ) [2; 3 с. 308–309]. Данные методы являются малоинвазивными, в отличие от трансторакальной пункционной биопсии и биопсии при торакотомии, в то же время позволяют получить необходимый материал для бактериологического, иммунологического, морфологического, иммуногистохимического исследований [1; 3, с. 307; 4].

Диагностическая ценность ТБЩБ является наиболее высокой при ЗНО легких, саркоидозе, гиперчувствительном пневмоните, эозинофильной пневмонии, гистиоцитозе, организуемой пневмонии, лимфогенном канцероматозе, диффузном альвеолярном повреждении и ряде инфекционных, а также более редких поражений легких [2; 3; с. 307; 4]. Во многих трудных диагностических случаях информативным методом биопсии является ТБИБ, которая позволяет получить образец легочной ткани из отдаленно расположенных участков легкого, что дает возможность улучшить диагностику диффузных легочных процессов, являющуюся наиболее сложной в пульмонологии [5, 6].

Рак легкого (РЛ) является ведущей причиной заболеваемости и смертности во всем мире на протяжении нескольких десятилетий [1, 7, 8]; по данным Международного агентства по изучению рака, рост новых случаев РЛ составляет 1 млн [1]. Решающую роль в диагностике РЛ играет морфологическая диагностика при выполнении ФБС с биопсией, благодаря которой выявляемость РЛ в России составляет 62–88% [7]. Анализ морфологических исследований свидетельствует о наибольшей встречаемости случаев немелкоклеточного рака (85%), к которому относятся аденокарцинома, плоскоклеточный рак, крупноклеточная карцинома, и значительно реже мелкоклеточного рака (15%) [9].

За последние годы в центральных российских клиниках все чаще стали проводить ФБС с криобиопсией, т.е. методом, при котором при заборе образца легочной ткани применяют заморозку низкими температурами оксидом азота, жидким азотом или диоксидом углерода [10]. Метод был предложен для получения биоптата легкого относительно недавно (в 2009 году) и позволяет получить при биопсии максимально сохраненную ткань для

морфологического исследования, что особенно ценно в диагностике диффузных паренхиматозных заболеваний легких [10].

При наличии перечисленных диагностических возможностей для уточнения диагноза перед практическим врачом всегда стоит вопрос о знании показаний и своевременности направления пациента на ФБС.

Цель исследования заключается в анализе анамнестических и клинико-лабораторных данных у пациентов при направлении на ФБС и сравнении с результатами обследования в условиях областной клинической больницы г. Астрахани.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 43 пациента в возрасте от 44 до 78 лет, из них 30 мужчин (69,8%) и 13 женщин (30,2%). Обследование пациентов проводилось на базе пульмонологического и торакального отделений ГБУЗ АО Александрo-Мариинской областной клинической больницы г. Астрахани в течение 2022 года, при этом во всех случаях были определены показания к проведению ФБС и биопсии легких. Пациенты в основном были госпитализированы в плановом порядке (69,8%), реже – в экстренном (30,2%). У всех больных, поступивших экстренно, ФБС проводилась первично, и только у трех пациентов (10%), поступивших в плановом порядке, – повторно.

При поступлении в стационар направительные диагнозы от врачей первичного звена были следующими: хронический бронхит (n=14), бронхиальная астма (БА) (n=12), пневмония (n=11), из них в 2 случаях после перенесенного COVID-19, образование в легких (n=13), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) (n=6), плеврит (n=3), аспергиллез (n=1) (рис. 1).

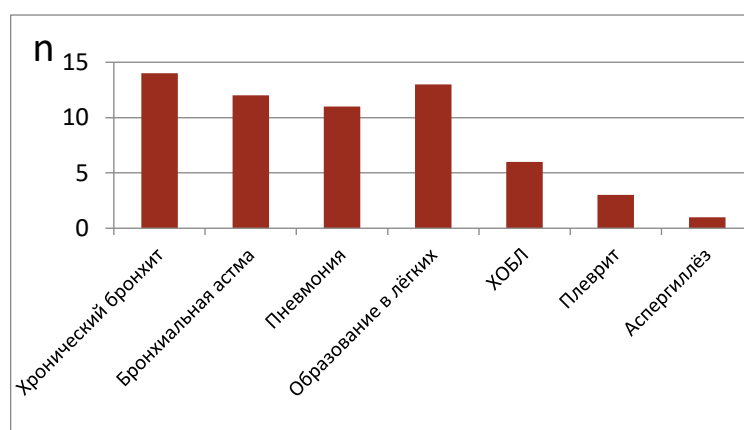


Рис. 1. Диагнозы пациентов при направлении на ФБ (где n – количество человек)

Всем пациентам проведено полное инструментально-лабораторное исследование, включающее общеклинические анализы крови, мокроты при наличии, КТ ОГК, спирометрию,

ЭКГ, по показаниям – УЗИ брюшной и плевральной полостей. У 34 пациентов проводилась ФБС с ТБЦБ и у 9 с применением ТБИБ.

Для статистической обработки полученных данных использовали количественные переменные, представленные в виде среднего значения \pm стандартной ошибки среднего значения ($M \pm m$).

Результаты исследования и обсуждение. Анализ клинико-anamнестических данных показал, что жалобы у пациентов при госпитализации в стационары в основном носили неспецифический характер – кашель (76,7 %) и одышка (65,1%). Реже отмечались такие симптомы, как тяжесть в грудной клетке (30,2%), приступы удушья (23,3%), хрипы в груди (23,3%), повышение температуры тела (14%), кровохарканье (11,6%), снижение веса на 6–20 кг (4,6%), и всего 1 человек не предъявлял жалоб (2,3%) (рис. 2).

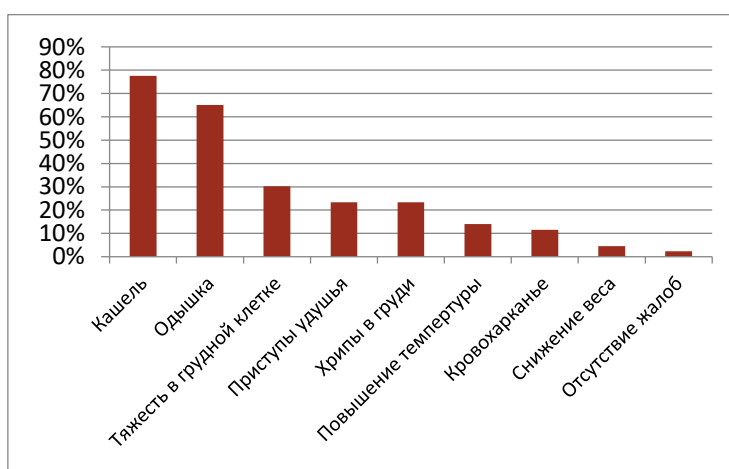


Рис. 2. Жалобы пациентов при направлении на ФБС

Отмечено, что длительность симптомов у пациентов составила от нескольких дней до нескольких недель. В одном случае пациент наблюдался у терапевта в поликлинике с респираторными симптомами в течение 6 лет. До госпитализации большее количество пациентов (79,1%) обращались в поликлиники за медицинской помощью, из них 11,7% были направлены на бронхоскопию при первом обращении в поликлинику. Длительность наблюдения за течением заболевания на амбулаторном этапе врачами первичного звена была различной, так, например в 23,5% случаев – 2–3 недели, в 26,4% случаев – 1–3 месяца, в 14,5% – 4–6 месяца, и по 1 человеку (2,9%) – 10 месяцев и 6 лет.

Чаще всего поводом для направления на КТ ОГК являлись изменения в легких, которые были интерпретированы как подозрение на ЗНО – у 53,4% (n=23). Следует отметить, что спирометрия проводилась только в половине случаев, в основном у пациентов с БА (n=11), реже с ХОБЛ (n=4) и подозрением на ЗНО (n=3).

После проведения бронхоскопии и биопсии у 28 человек (65,1%) диагностировано ЗНО, из них у 75% плоскоклеточный рак, у 3,6% – мелкоклеточный рак, у 17,8% – аденокарцинома и у 3,6% – низкодифференцированный железистый рак с участками плоскоклеточной дифференцировки. У 2 пациентов диагностирован рак легкого с распадом и еще у 2 – метастазы в региональные лимфоузлы. Возрастной диапазон находился в пределах $65 \pm 6,4$ лет, только один пациент молодого возраста – 34 лет, у которого морфологически подтвержден центральный рак левого легкого.

Из 6 пациентов с кровохарканьем в 5 случаях подтвержден РЛ и в одном – туберкулез сегментарного бронха, что еще раз подтверждает диагностическую ценность данного симптома. Несмотря на то что кровохарканье является оченьстораживающим симптомом, тем не менее, пациенты откладывают визиты к специалистам, так, например 2 из них не обращались за медицинской помощью, а остальные – в среднем до 2 недель откладывали посещение врача. В целом из 28 случаев с диагностированными ЗНО легких в 9 случаях установлен факт отсутствия обращения за помощью к врачам первичного звена, но изменения в легких выявлены по данным рентгенологического исследования или КТ ОГК на профосмотрах, хотя жалобы различного характера длились от 2 недель до 3 месяцев.

Выявлено, что у 16 пациентов (57%) с подтвержденным злокачественным процессом индекс курильщика составлял от 20 до 50 пачко/лет, при этом диагноз ХОБЛ в направительных диагнозах отмечен только у 3 пациентов. Данный факт свидетельствует о том, что у курильщиков с большим стажем курения необходимо не только ежегодно проводить спирографическое исследование для исключения ХОБЛ, но и выполнять КТ ОГК, особенно при наличии респираторных симптомов и возраста старше 60 лет.

Обращает на себя внимание факт, что из 10 пациентов, направленных на ФБС с затяжным течением пневмонии в среднем от 1 до 3 месяцев, в 6 случаях верифицирован РЛ. Об этом не следует забывать, поскольку в настоящее время на фоне коронавирусной инфекции увеличилось число больных с остаточными явлениями в легких после вирусной пневмонии, формированием пневмофиброза, который может маскировать ЗНО.

Выраженных изменений в рутинных анализах крови и мокроты не выявлено. При проведении лабораторных исследований у пациентов с верифицированными ЗНО легких умеренно выраженный анемический синдром выявлен у 35,7% (гемоглобин $110 \pm 5,3$ г/л, эритроциты $3,8 \pm 0,9 \times 10^{12}$), лейкоцитоз – у 53,5%, повышение СОЭ и СРБ – у 57,1% обследуемых. Значимость повышения СОЭ остается важной и в настоящее время, так, например, из всех обследованных 43 пациентов только в 10 случаях отмечено повышение данного показателя в пределах 40–50 мм/ч, при этом у всех диагностирован РЛ. В анализе мокроты клетки с признаками атипии были выявлены у 32,1%, эритроциты – у 14,2%.

У большинства пациентов с РЛ диагностированы осложнения (таблица).

Осложнения у пациентов с диагностированным раком легкого

Осложнения РЛ	%
дыхательная недостаточность (острая и хроническая)	32,1
ателектаз легкого	14,3
кровохарканье	14,3
гидроторакс	10,7
плеврит	10,7
пневмония	7,2
отсутствие осложнений	10,7

Кроме ЗНО в 34,9% случаев диагностированы другие заболевания легких: у 9 пациентов (20,9%) – хронический бронхит, у 2 (4,7%) – доброкачественное образование легких, у 2 (4,7%) – саркоидоз легких и внутригрудных лимфатических узлов II степени, и по 1 случаю (по 2,3%) – ларинготрахеит и туберкулез легких (рис. 3).

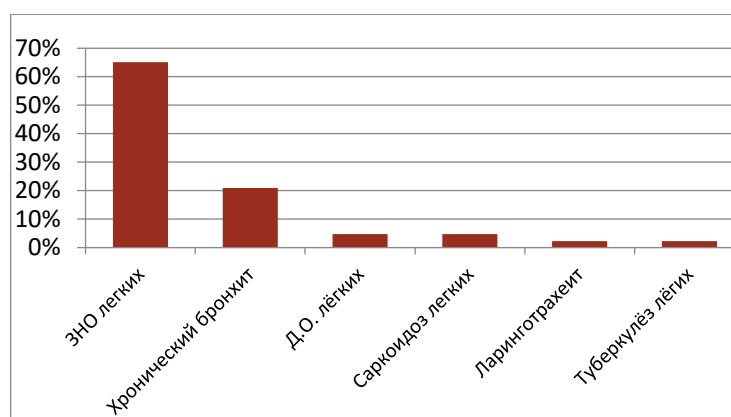


Рис. 3. Диагнозы пациентов после морфологического исследования биоптата, взятого при ФБС (где Д.О. – доброкачественное образование)

Таким образом, даже при исключении РЛ выявление таких заболеваний, как доброкачественное образование легких, туберкулез и саркоидоз, является важным шагом для определения дальнейшей тактики ведения больного. Следует отметить, что диагнозы «туберкулез» и «саркоидоз» в направительных диагнозах отсутствовали, а симптомы в обоих случаях саркоидоза были интерпретированы как проявления БА и хронического бронхита.

Как видно из рисунков 1 и 3, отмечается существенная разница между направительными и окончательными диагнозами, где окончательным этапом в постановке диагноза является морфологическое исследование биоптата. Из сопутствующих заболеваний преобладали болезни сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность.

Исследование показало, что 15 пациентов из общей группы (35%) перед направлением на ФБС не получали никакого лечения, поскольку в основном были сразу направлены на эндоскопическое исследование для уточнения диагноза после изменений, выявленных при

анализе рентгенограмм при прохождении профосмотров или при рецидивирующем кровохарканье. Из них морфологически в 13 случаях подтвержден РЛ, в 1 случае – эндобронхит и в 1 случае – туберкулез легкого. Остальным 28 пациентам перед госпитализацией назначались в основном антибактериальная терапия, отхаркивающие препараты и, при наличии БА и ХОБЛ, ингаляционные топические стероиды и бронхорасширяющие препараты.

Заключение

Как показывают полученные данные, длительно сохраняющиеся респираторные симптомы у людей пожилого возраста, такие как кашель и одышка, в 65,1% случаев являлись проявлениями ЗНО легких (в 75% случаев морфологически плоскоклеточный рак). При наличии дополнительных анамнестических данных такие симптомы должны не только вызывать онконастороженность и интерпретироваться в пользу БА и ХОБЛ, даже у больных с высоким индексом курильщика, но в первую очередь наводить на мысль о ЗНО.

Поводом для более детального обследования, включающего ФБС с биопсией, являлись в основном рецидивирующее кровохарканье и выявленные на КТ ОГК изменения, поскольку жалобы у таких пациентов в основном носили неспецифичный характер. Другие клинико-лабораторные показатели не являлись для врачей первичного звена часто встречающимися и наиболее информативными для срочного направления на бронхологическое исследование. В связи с этим важна роль медицинских осмотров; требуется обращение более пристального внимания на рентгенологическую картину. У большинства пациентов с учетом их возрастной категории отмечены заболевания сердечно-сосудистой системы, которые могут маскировать заболевания легких и увести терапевта от диагностики бронхолегочной патологии, поскольку одышка, тяжесть в грудной клетке, кашель, хрипы в груди, снижение толерантности к физическим нагрузкам часто отмечаются и у пациентов с кардиологической патологией.

Таким образом, врачам первичного звена необходимо учитывать часто встречающиеся неспецифические симптомы, не задерживая пациента на догоспитальном этапе, часто с диагнозом «хронический бронхит», а направлять на эндоскопическое дообследование с изучением биопсийного материала.

Список литературы

1. Перепелевский А.Н., Киселев И.Л., Никулин А.И., Перепелевская Ю.Е., Фролова Е.Ю. Возможности трансторакальной трепанобиопсии под контролем компьютерной томографии в диагностике новообразований грудной полости // Современная Онкология. 2019. Т. 21. № 1. С. 40-44. DOI: 10.26442/18151434.2019.1.190202.

2. Данилевская О.В. Современные возможности методов эндобронхиальной визуализации в диагностике легочной патологии // Эндоскопическая хирургия. 2014. Т. 20. № 2. С. 56-61.
3. Респираторная медицина: руководство: в 3 т./ под ред. А.Г. Чучалина. 2-е изд. М.: Литтерра. 2017. Т. 1. С. 307-309.
4. Мотус И.Я., Баженов А.В., Раевская Н.В. Цвиренко А.С., Басыров Р.Т. Хирургическая диагностика диффузных поражений легких и внутригрудных лимфаденопатий // Состояние вопроса. РМЖ. 2017. № 3. С. 214-217.
5. Leslie K.O., Gruden J.F., Parish J.M., Scholand M.B. Transbronchial biopsy interpretation in the patient with diffuse parenchymal lung disease // Archives of Pathology & Laboratory Medicine. 2007. Vol. 131. no. 3. P. 407-423.
6. Giannatiempo S., Carpino G., Petitti T., Zobel B.B., Grasso R.F., Guglielmelli E. Efficacy and economic impact evaluation of a navigation system for assisted lung biopsy // Healthc Technol Lett. 2018. Vol. 5. no. 2. P. 49-53. DOI: 10.1049/htl.2017.0015.
7. Комаров И. Г., Белова О. С. Современная онкология // Диагностическая тактика при метастатическом поражении легких: обзор. 2018. Т. 20. № 4. С. 23-26. DOI: 10.26442/18151434.2018.4.180115.
8. Каприн А.Д., Волченко Н.Н., Соколов В.В., Соколов Д.В., Пирогов С.С., Телегина Л.В., Кудрявцева Ю.Л., Струнина А.А., Рябов А.Б., Пикин О.В. Современные возможности бронхоскопической диагностики скрытых форм раннего центрального рака легкого с использованием эндомикроскопии // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2017. Т. 6. № 3. С. 61-66. DOI: 10.17116/onkolog20176361-66.
9. Duréndez-Sáez E., Azkárate A., Meri M., Calabuig-Fariñas S., Aguilar-Gallardo C., Blasco A., Jantus-Lewintre E., Camps C. New insights in non-small-cell lung cancer: circulating tumor cells and cell-free DNA // J. Thorac Dis. 2017. Vol. 9 (13). P. S1332-S1345. DOI: 10.21037/jtd.2017.06.112.
10. Самсонова М.В., Черняев А.Л., Данилевская О.В., Аверьянов А.В. Криотехнологии в эндоскопической диагностике и лечении заболеваний дыхательных путей. Что нужно, чтобы начать? // Эндоскопическая хирургия. 2021. Т. 27. № 6. С. 23-29. DOI: 10.17116/endoskop20212706123.