

УДК 616.36-006.6-076.5-072-073.43

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПУНКЦИОННОЙ ЦИТОБИОПСИИ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ ПРИ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

*А.К. Тойгонбеков, К.Э. Абилов, Р.А. Рамалданов, А.И. Кадырова,
М.Д. Джекшенов, Д.К. Айдаралиева*

Представлены результаты пункционной цитобиопсии при очаговых образованиях печени.

Ключевые слова: очаговые патологии печени; малоинвазивные методы диагностики; морфологическое исследование.

DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF ULTRASOUND-GUIDED NEEDLE CYTO-BIOPSY IN FOCAL LIVER FORMATIONS

*A.K. Toygonbekov, K.E. Abirov, R.A. Ramaldanov, A.I. Kadyrova,
M.D. Dzhekshenov, D.K. Aydaraliev*

The article presents the results of needle cytobiopsy in focal liver lesion.

Key words: focal liver disease; minimally invasive methods of diagnosis; morphological study.

В современной клинической онкологии первичные злокачественные новообразования печени остаются наименее изученными. По статистическим данным НЦО, в Республике ежегодно с впервые выявленным диагнозом «рак печени» регистрируются около 220 пациентов, из них 50–70 % больных составляют III–IV ст., и всего около 12 % получают специализированное лечение, остальные из-за отсутствия морфологического подтверждения диагноза не получают адекватного лечения [1].

Понятие очаговой патологии печени введено в практику на основании принципа визуализации и объединяет большое количество разнородных по генезу и внутренней структуре новообразований. Из всех образований печени чаще всего встречаются метастатические опухоли печени, гепатоцеллюлярная карцинома, кисты печени, гемангиомы, дегенеративные и цирротические очаговые изменения паренхимы, абсцессы печени, очаговые паразитарные очаги, доброкачественные опухоли. Частота выявления вышеуказанной патологии зависит от категории больных, которые находились на обследовании, а так же от природно-географических и социальных факторов, возраста и национальности [2]. Основная масса злокачественных опухолей печени носит вторичный метастатичес-

кий характер, это связано с поздней диагностикой первичной опухоли. Если посмотреть данные различных авторов, то у больных с первично выявленной опухолью желудочно-кишечного тракта частота метастазирования составляет до 23–40 % [2; 3–5]. В печень чаще метастазируют опухоли органов бассейна воротной вены (толстая и тонкая кишка, желудок, поджелудочная железа). Для постановки стадии опухолевого процесса и, соответственно, выбора лечения ранняя диагностика метастазов имеет принципиальное значение. Если посмотреть картину метастатических и первичных опухолей, то она неспецифична, УЗИ, КТ и МРТ проявления метастазов в печени отличаются значительным разнообразием и не имеют корреляции с гистологическим типом строения первичной опухоли. Учитывая рост оперативного лечения при очаговой патологии печени, возрастает необходимость морфологической верификации. С этой целью используют методики тонкоигольной пункции под контролем УЗИ, КТ и МРТ и методика tru-cut с забором материала для гистологического исследования. Для наиболее точной диагностики очаговой патологии печени важную роль показала диагностическая пункция под контролем УЗИ. Однако среди многих исследователей имеются раз-

ногласия как в оценке перспектив метода, так и в информативности с широким диапазоном чувствительности и специфичности [6; 7].

Цель работы. Определить диагностическую значимость пункционной цитобиопсии под контролем УЗИ при очаговых образованиях печени.
Материалы и методы исследования. Исследования проводились на базе НЦО МЗ КР. Под наблюдением находилось 40 больных с очаговыми образованиями в печени, которым под контролем УЗИ произведена тонкоигольная пункционная цитобиопсия. Из них мужчин было – 24 (60 %), женщин – 16 (40 %) в возрасте от 34 до 65 лет. Манипуляции проводились хирургом и специалистом ультразвуковой диагностики. Непрерывный ультразвуковой контроль на протяжении всего вмешательства обеспечивает его результативность и безопасность. Всем пациентам перед биопсией пользовались лабораторно-инструментальными методами обследования (ССК., ОАК., печеночные, почечные тесты). Перед пункцией производилась тщательное позиционирование с выбором безопасного акустического окна. Под акустическим окном подразумевается эхографически выбранный ограниченный участок тканей и паренхимы от датчика до образования в печени, через который проводилась диагностическая пункционная биопсия. Следует отметить, что, как правило, диаметр иглы не определяет качество и успех эховизуализации. Пункцирование проводилось методом «свободной руки» под визуальным контролем с использованием линейного датчика с частотой 3,5 МГц. Для пункции применяли иглы 20-22 G, аспирация клеточным материалом проводилась путем создания отрицательного давления в игле, так же осуществлялась движение иглы вперед-назад в пределах опухоли для получения биоптата из разных участков опухоли (рисунок 1).



Рисунок 1 – Методика проведения пункционной цитобиопсии печени (визуализируется проекция пункционной иглы)

Диагноз гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) подтвержден морфологически (цитологически) у 13 (32,5 %) пациентов. Вторичное поражение печени (mts) у 21 (52,5 %) пациентов. У четырех (10 %) больных выявлена нодулярная гиперплазия. У двоих пациентов (5 %) диагноз не был верифицирован. Следует отметить, что некоторым пациентам биопсия проводилась дважды или даже трижды. Биопсия очаговых образований печени проводилась строго по показаниям, с целью морфологической верификации, когда решение диагностической задачи неинвазивным способом не представлялось возможным.

Выводы. Цитобиопсия печени на этапе диагностического исследования получила широкое распространение в клинической практике, что объясняется диагностической ценностью метода, редкостью осложнений и сравнительно простой техникой его выполнения. Биопсия печени, в отличие от имеющихся методов функциональной диагностики, позволяет подтвердить диагноз и дать морфологическое подтверждение образования. Это очень важно при принятии решения в выборе наиболее оптимального метода лечения, и дает возможность реально прогнозировать течение и исход заболевания.

Литература

1. Тойгонбеков А.К. Заболеваемость раком печени в Кыргызстане / А.К. Тойгонбеков, Р.А. Рамалданов, Ф.Ш. Абдышев, К.Э. Абилов // Вестник онкологии в Кыргызстане. 2013. Т. 2. С. 34–37.
2. Авакян В.Н. Малоинвазивные методики в диагностике и лечении непаразитарных кист печени: дис. ... канд. мед. наук / В.Н. Авакян. М., 1997. С. 27.
3. Gabata T. Dynamic CT of hepatic abscesses: significance of transient segmental enhancement / T. Gabata, M. Kadoya, O. Matsui // AJR. Am. J. Roentgenol. 2001. V. 176. № 3. P. 675–679.
4. Liew K.V. Pyogenic liver abscess – a tropical centre's experience in management with review of current literature / K.V. Liew, T.C. Lau, C.H. Ho // Singapore. Med. J. 2000. V. 41. № 10. P. 489–492.
5. Gaibatov S.P. Sochetannoe porazhenie pecheni amebiazom i ekliinokokkozom / S.P. Gaibatov, R.S. Gaibatov // Khirurgiia (Mosk). 2000. № 8. S. 33–34.
6. Готье С.В. Вариант классификации очаговых поражений печени с использованием принципов ТЫМ / С.В. Готье // Материалы четвертой конф. хирургов-гепатологов. Современные проблемы хирургической гепатологии. Тула, 1996. С. 212–213.
7. Ло Ван Цянь. Ультразвуковая диагностика полостных образований печени // Дисс. ... канд. мед. наук / Цянь Ван Ло. 1996. С. 145.