

EBUS-TBNA EUS-FNA СОЧЕТАННАЯ ТРАНСБРОНХИАЛЬНАЯ И ТРАНСЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ

Филиппова Т.В., Степанович Д.И.

ГУ “ РНПЦ ОМР им.Н.Н.Александрова”, Минск, Республика Беларусь

Введение. История успеха методики EBUS-TBNA начинается с 2003 года – первой публикации датских авторов Марка Красника и Питера Вильманна в журнале *Thorax*, где впервые было дано описание принципов EBUS-TBNA. Первый в мире конвексный эхобронхоскоп был выпущен на рынок компанией Olympus в 2004 году. Этому предшествовало свыше 5 лет разработки устройства, более миниатюрного, чем существовавшие на то время эндоскопы для EUS-FNA, чтобы иметь возможность выполнить эндосонографическое исследование через стенку бронха. Причиной тому послужила необходимость улучшить классическое медиастеноскопическое стадирование рака легкого. В 2006 году была сформирована международная рабочая группа по развитию методики EBUS-TBNA, которой была определена методология с детальным описанием позиций л/узлов средостения и ориентации между ними, а также исследования у 502 пациентов.

Цель. Показать эффективность методов EBUS-TBNA, EUS-FNA для верификации и стадирования рака легкого, диагностики аденопатии средостения.

Материалы и методы. Наш опыт ведется с 2017 года, когда было закуплено самое современное оборудование экспертного уровня.

У наших пациентов с раком легкого часто требуется выполнение биопсии внутригрудных лимфоузлов с целью стадирования болезни. Эндобронхиальная ультрасонография с трансbronхиальной игловой аспирационной биопсией EBUS-TBNA позволяет выполнять биопсию под контролем ультразвука в реальном времени для ПТ, БФ и прикорневых лимфоузлов. Доступ через бронх/трахею предпочтителен для правосторонней аденопатии. Эндоскопическая эндосонография с тонкоигольной пункцией EUS-FNA позволяет выполнять биопсию лимфоузлов средостения 5,8,9 групп, прилежащих к пищеводу. На слайде представлена схема лимфоузлов, которые доступны УЗИ визуализации с трансbronхиальной и трансэзофагиальной пункцией. Комбинация обоих доступов позволяет получить результаты, сопоставимые с медиастиноскопией. Две независимые процедуры нами выполняются последовательно с помощью эхобросхоскопа для эндобронхиальной ультрасонографии одним оператором. Методики взаимно дополняют друг друга, совместно обеспечивают большую общую эффективность в сравнении с каждым из них в отдельности. Комбинация методов позволяет заменить более инвазивные методы при первичном стадировании рака легкого, как результат меньшее число торакотомий.

Результаты и обсуждения. Как правило, приоритет для биопсии имеют озлокачествленные лимфоузлы, то есть размером свыше 1 см, округлой формы, гипоехогенной структуры с четкими границами.

Нами у 257 пациентов (из них 206 мужчин), среднего возраста 59 лет были пропунктированы 285 лимфоузлов и 253 оказались диагностически значимыми (с помощью EBUS-TBNA 130 а EUS-FNA 155 биопсий). Образцы для биопсии забирались из узлов групп ПТ, БФ, БП 10 и 11 групп. Диапазон колебаний диаметра лимфоузлов составил 0.8 -3.2 см.

У 260 пациентов EBUS выполнялась нами без игловой аспирационной биопсии. Многие заболевания дыхательных путей, как доброкачественные, так и злокачественные, вовлекают стенку бронха и перибронхиальные структуры. При рутинной бронхоскопии, область осмотра ограничена просветом и внутренней поверхностью бронхиального дерева. Следовательно, возможность «заглянуть» за стенку бронха на сегодняшний день является ключевым аспектом в повышении качества диагностики.

Выводы. На современном этапе EBUS является достоверной методикой при оценке таких поражений, в особенности при принятии решения о эндобронхиальной терапии, в рамках предоперационного стадирования, позволяет провести детальное описание внутрипросветного, подслизистого и интрамурального распространения опухоли, что играет важную роль в определении уровня резекции, а также EBUS оказался эффективным методом диагностики опухолевого поражения средостения, такого как инвазия в крупные сосуды или стенку пищевода.