

**Исмоилов Асилбек Журабекович**

Студент Термезского филиала Ташкентской медицинской академии

Уроков Шохрух Шухрат уг'ли

Студент Термезского филиала Ташкентской медицинской академии

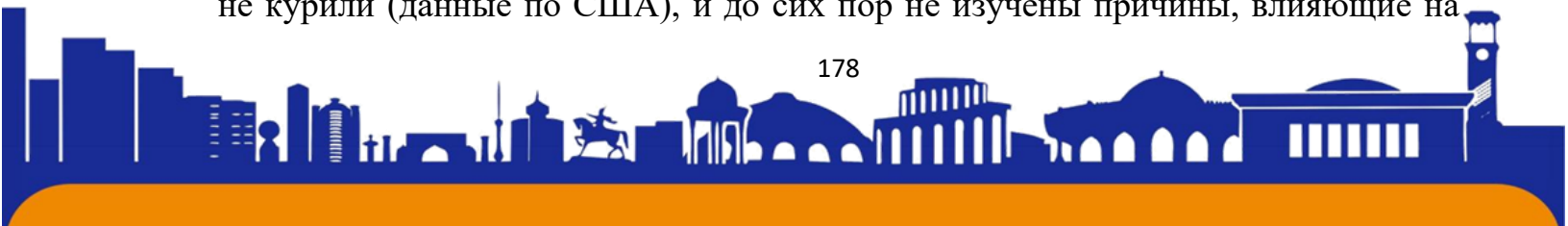
Научный руководитель:**Отамуродов Фуркат Абдукаримович** (т.ф.д.доцент)

Директор Термезского филиала Ташкентской медицинской академии

Рак легкого (РЛ) – наиболее распространенное в мировой популяции злокачественное новообразование. С начала XX века заболеваемость РЛ выросла в несколько десятков раз, и особенно выражен ее рост в индустриально развитых странах, где в структуре онкологической заболеваемости РЛ занимает первое место.

Ни одно из широко распространенных онкологических заболеваний не имеет столь очевидной связи с факторами окружающей среды, условиями производства, вредными привычками и индивидуальным стилем жизни, как РЛ. Канцерогенное действие на легочную ткань оказывают многие химические вещества: полициклические ароматические углеводороды, входящие в состав продуктов термической обработки угля и нефти (смолы, коксы, газы и др.), ряд простых органических веществ (хлорметилловые эфиры, винилхлорид и др.), некоторые металлы и их соединения (мышьяк, хром, кадмий). Повышена заболеваемость РЛ у рабочих сталелитейной, деревообрабатывающей, металлургической промышленности, керамического, асбестоцементного и фосфатного производств, у лиц, подвергающихся воздействию соединений хрома или каменной пыли, у водителей автотранспорта.

Между тем промышленное загрязнение и профессиональные вредности не играли бы столь большой роли в росте заболеваемости РЛ, если бы эти факторы не сочетались с курением. Курящие рабочие урановых рудников и асбестовой промышленности заболевают РЛ гораздо чаще, чем некурящие. Увеличение заболеваемости РЛ во всех странах находится в прямой зависимости от роста потребления сигарет и числа курящих. Между тем около 10% больных РЛ никогда не курили (данные по США), и до сих пор не изучены причины, влияющие на





возникновение различных подтипов РЛ, в частности, максимальную частоту встречаемости аденокарциномы у некурящих, особенно женщин. Совокупные неблагоприятные воздействия внешних факторов и наследственная предрасположен

Активное выявление РЛ

До сих пор основным методом активного выявления РЛ в нашей стране является профилактическая флюорография, эффективность которой при центральной форме РЛ низка. Она позволяет заподозрить бессимптомную, но уже распространенную стадию заболевания. Проведение флюорографического исследования в одной (прямой) проекции снижает ценность метода в диагностике периферических округлых теней в легких.

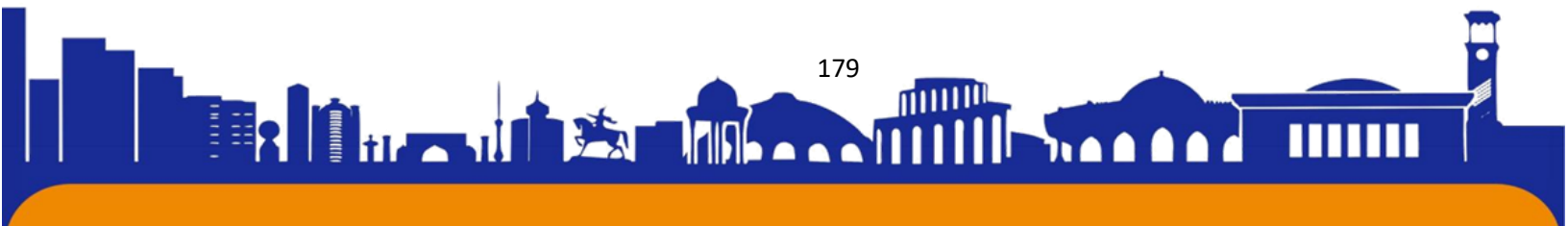
Многочисленные исследования, изучавшие эффективность рентгенографии органов грудной клетки и цитологического исследования мокроты в выявлении ранних форм РЛ, не подтвердили желаемого уровня эффективности подобного скрининга.

Современные программы, направленные на выявление клинически не проявляющихся опухолей легкого, основаны на использовании низкодозной спиральной компьютерной томографии (КТ). Данный метод диагностики по эффективности превышает рентгенографию легких в 4 раза. РЛ, выявленный при профилактической КТ, у 85% пациентов относился к I стадии, благодаря чему выполнено всем больным хирургическое лечение в сроки до 1 мес после установления диагноза позволило добиться высокой 5-летней выживаемости – 92%.

Классификация

РЛ может развиваться из покровного эпителия слизистой оболочки бронхов, бронхиальных слизистых желез, бронхиол и легочных альвеол. По морфологической структуре его подразделяют на плоскоклеточный, аденогенный, включая бронхиолоальвеолярный, крупноклеточный, мелкоклеточный, аденокистозный, мукоэпидермоидный рак.

Часто используется понятие немелкоклеточный РЛ (НМРЛ), объединяющее все подтипы РЛ, за исключением мелкоклеточного. Различают центральный РЛ, возникающий в крупных бронхах (главном, промежуточном, долевым, сегментарном или субсегментарном), и периферический РЛ, исхо





дащий из эпителия более мелких бронхов или локализирующийся в паренхиме легкого.

При центральном РЛ по направлению роста выде ляют: экзофитный (эндобронхиальный) рак, когда опу холь растет в просвет бронха; эндофитный (экзобронхиальный) рак с преимущественным ростом опухоли в толщу легочной паренхимы; разветвленный рак с муфтооб разноперибронхиальным ростом опухоли вокруг брон хов. На практике чаще наблюдается смешанный характер роста опухоли с преобладанием того или иного компо нента.

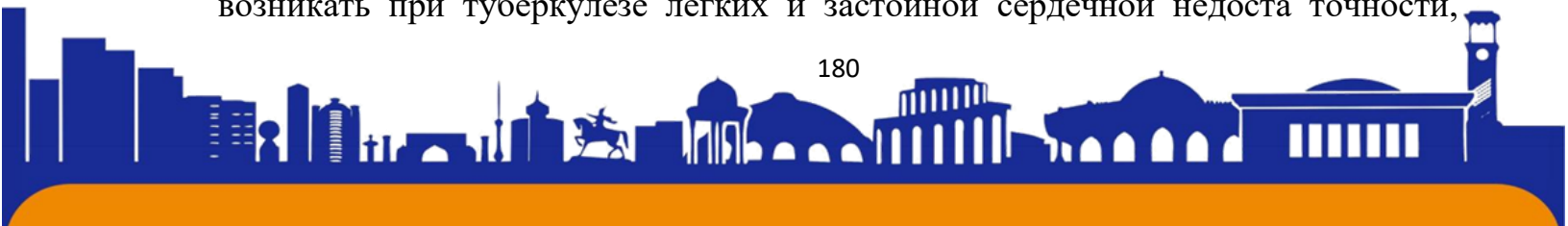
При периферическом РЛ различают узловую округ лую опухоль, пневмониеподобный рак и рак верхушки лег кого с синдромом Панкоста. При диаметре опухоли более 5 см за счет недостаточного кровоснабжения массива опу хольи может наблюдаться некроз и распад в центре узла с образованием полости. Ее внутренняя поверхность бугри стая, стенки имеют различную толщину, и она редко имеет связь с просветом бронха. Данная форма периферическо го РЛ получила название полостной формы.

С целью систематизации распространенности опухо левого процесса принята Международная классифика ция рака легкого по системе TNM , критерии которой пересматриваются каждые 5–6 лет.

Клиническая картина

Клиническая симптоматика РЛ зависит от клинико анатомической формы, локализации, размеров и типа роста опухоли, характера метастазирования, сопутствующих воспалительных изменений в бронхах и легочной ткани. Первичные, или местные, симптомы (кашель, крово харканье, одышка, боль в грудной клетке) обусловлены по явлением в просвете бронха опухолевого узла – эти симп томы, как правило, ранние. Вторичные симптомы связа ны с регионарным или отдаленным метастазированием, вовлечением соседних органов и воспалительными ослож нениями в легочной паренхиме (боль в костях, лихорадка, осиплость голоса, отечность лица). Общие симптомы становятся следствием воздействия на организм развивающейся опухоли и воспалительной интоксикации (слабость, утомляемость, похудание и др.).

Все вышеперечисленные симптомы не патогномич ны для РЛ и наблюдаются при различной легочной и внеле гочной патологии, что затрудняет дифференциальную ди агностику. Так, например, кровохарканье может возникать при туберкулезе легких и застойной сердечной недоста точности,





кашель и одышка – при многочисленных легочных и внелегочных заболеваниях (включая хроническую обструктивную болезнь легких, которая наряду с РЛ часто встречается у курильщиков), боли в грудной клетке – при плевритах и межреберных невралгиях, а симптомы интоксикации присущи большой группе заболеваний.

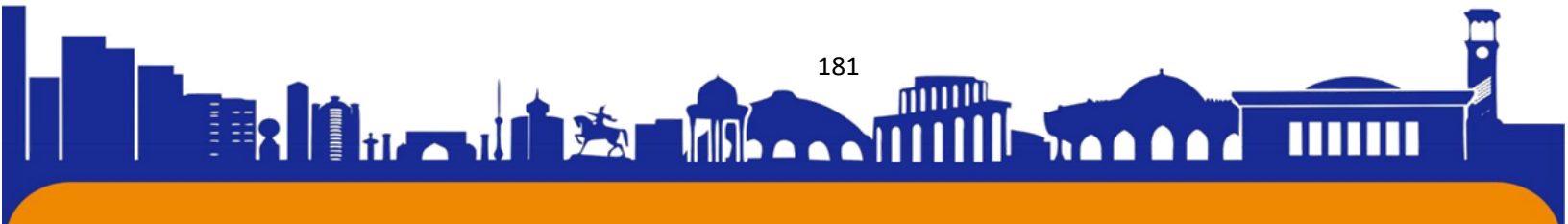
Диагностика

Методы исследования, применяемые при подозрении на РЛ, направлены на установление клиничкоанатомической формы заболевания, стадии опухолевого процесса, определение морфологической структуры новообразования, а также оценку функциональных возможностей жизненно важных органов и систем больного. Полученные данные позволяют выработать адекватную лечебную тактику и определить прогноз лечения.

На сегодняшний день отчетливо прослеживается превосходство КТ органов грудной клетки над рутинным рентгенологическим исследованием при первичной и уточняющей диагностике РЛ. Это обусловлено высокой разрешающей способностью метода, позволяющей на ранних этапах выявить признаки злокачественной опухоли. Современные возможности КТ позволяют не только диагностировать центральный РЛ до появления симптомов гиповентиляции легочной ткани, но и выявлять начальные его формы, включая перибронхиально растущие опухоли. Дополнительные методики обработки цифрового изображения с определением характера кровоснабжения опухолевого узла и построением графиков дисперсии его плотности позволяют выявить дополнительные признаки, характерные для злокачественного процесса, тем самым сужая дифференциально-диагностический ряд.

Неоспорима важность КТ в выявлении дополнительных мелких очагов (метастазов) в легочной ткани и оценке состояния медиастинальных лимфатических узлов, их связей с соседними органами и структурами средостения. Следует учитывать, что выявление увеличенных (более 1 см) лимфатических узлов не всегда означает их метастатическое поражение.

Магнитнорезонансная томография (МРТ) органов грудной клетки не имеет преимуществ перед КТ в диагностике РЛ. Лишь в отдельных случаях полученные с помощью МРТ данные о вращении опухоли в структуры грудной стенки (позвонки) или о распространении рака верхушки легкого на плечевое





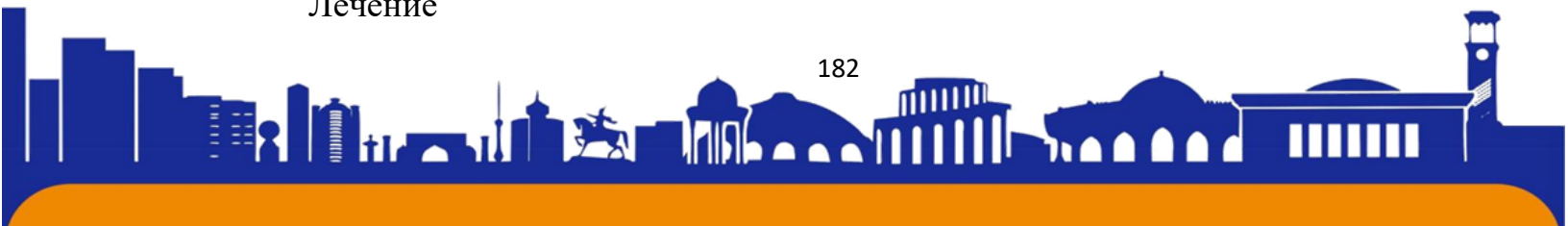
сплетение и подключичные сосуды влияют на выбор плана лечения или объема оперативного вмешательства.

Позитронноэмиссионная томография (ПЭТ) не дает четкого отображения анатомических структур и их пространственных взаимоотношений с выявляемыми изменениями в легком и средостении, что ограничивает ее использование для планирования объема операции или поля дистанционной лучевой терапии. Высока результативность ПЭТ в выявлении метастазов в лимфатических узлах средостения, плеврального выпота и отдаленных метастазов. Сравнительная оценка возможностей КТ, ПЭТ, чреспищеводного ультразвукового исследования и медиа стиноскопии в определении метастатической природы увеличения медиастинальных лимфатических узлов пока зала преимущество ПЭТ, но ПЭТ не в состоянии заметить медиастиноскопию, позволяющую морфологически подтвердить характер их увеличения. В последние годы недостатки в методологии ПЭТ компенсированы ре зультативностью КТ: изображения, полученные с помощью обоих методов, совмещаются и одновременно оцениваются локализация, степень распространенности и характер выявленных изменений.

Фибробронхоскопию относят к обязательным методам диагностики РЛ. Она позволяет визуально изучить гортань, трахею и бронхи, непосредственно определить локализацию опухоли и границы ее распространения, а также косвенно судить об увеличении лимфатических уз лов корня легкого и средостения. Кроме того, бронхоскопия дает возможность получить материал для цитологиче ского изучения (брашбиопсия, мазкиотпечатки, соскоб или смыв из бронхиального дерева) и произвести биопсию для гистологического исследования, т.е. морфологически подтвердить диагноз и уточнить гистологическую структуру опухоли.

В последние годы в первичной и уточняющей диагнос тике центрального РЛ все шире используются бронхоско пические аппараты с возможностями рентгеноэндоскопии, эндосонографии и флюоресцентной эндоскопии. Наиболее перспективным методом выявления скрытых микроочагов рака слизистой оболочки служит флюоресцентная эндо скопия, которая основана на эффекте флюоресценции и регистрации в опухоли концентрации эндогенных фотосен сибиллизаторов.

Лечение





У больных немелкоклеточным РЛ применяют следующие методы лечения: хирургический, лучевой, химиолучевой, лекарственный (полихимиотерапия), комбинированный (операция в сочетании с лучевой или химиотерапией).

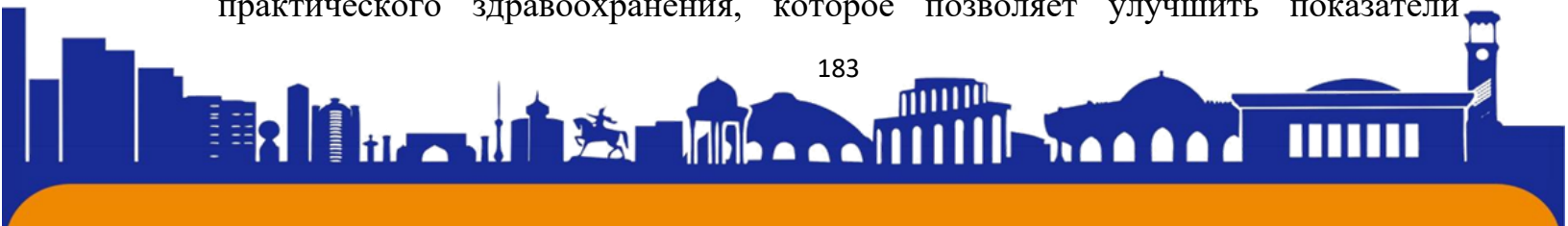
Хирургическое лечение больных с резектабельными формами РЛ является наиболее эффективным методом, дающим реальные перспективы для излечения. При РЛ он кологически оправданы пневмонэктомия, лобэктомия и ее варианты, билобэктомия. Выбор объема и характера операции зависит от локализации и распространенности первичной опухоли, ее отношения к окружающим органам и структурам, состояния внутригрудных лимфатических узлов. При распространении опухоли на устье долевого бронха, когда невозможно выполнить типичную лобэктомию, производят бронхопластическую операцию в объеме лобэктомии с клиновидной или циркулярной резекцией соседних бронхов и формированием межбронхиального анастомоза. Сублобарная резекция (сегментэктомия, не анатомическая атипичная резекция) при РЛ оправдана только как компромиссный вариант у больных с низкими функциональными резервами.

Абсолютными онкологическими противопоказаниями к операции на легком при злокачественных опухолях являются:

- морфологически подтвержденные метастазы в отдаленных лимфатических узлах (шейные, надключичные) или внутренних органах и тканях (плевра, печень, почки и др.);
- обширное прорастание первичной опухоли или метастазов в трахею, аорту, слизистую оболочку пищевода, дистальную треть противоположного главного бронха, верхнюю полую вену с образованием внутрипросветного опухолевого тромба, особенно в ее интраперикардальном фрагменте;
- вовлечение в опухолевый процесс легочного ствола, правой плечеголовной, левой общей сонной и подключичной артерий;
- опухолевая инфильтрация клетчатки средостения;
- специфический плеврит или перикардит.

Заключение

Излечение от НМРЛ I–II стадии возможно с удовлетворительными отдаленными результатами. Поэтому адекватное выявление РЛ на этих стадиях остается основным организационным медицинским мероприятием практического здравоохранения, которое позволяет улучшить показатели





резектабельности и результаты лечения. Выполнение при этих стадиях функциональнощадящего, органосохраняющего хирургического лечения обеспечивает сохранение трудоспособности и позволяет улучшить социальную реабилитацию больных.

Список литературы

1. Pira E. et al. // Cancer. V. 92. № 3. P. 580.
2. Grosche B. et al. // Br. J. Cancer. V. 95. № 9. P. 1280.
3. Subramanian J., Govindan R. // Clin. Oncol. V. 25. № 5. P. 561.
4. Toh C.K. et al. // Lung Cancer. V. 56. № 2. P. 161.
5. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Клиническая онкопульмонология. М.

