**БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**РЕФЕРАТ**

**На тему:**

**«Клинические проявления и диагностика центральной и периферической форм бронхогенного рака»**

**МИНСК, 2008**

 Центральная и периферическая формы операбельного рака легкого весьма различны по своим проявлениям и методам ин­струментальной диагностики. Поэтому соответствующие аспек­ты распознавания этих опухолей удобнее рассматривать раздель­но.

***Центральный рак легкого***

Одним из первых симптомом центрального бронхогенного рака является *кашель.* Обычно рак возникает у курильщиков, кото­рые зачастую и до того годами кашляли и выделяли мокроту. Однако кашель, связанный с опухолью, отличается некоторым особенностями. Так, если обычный кашель курильщика наиболее выражен после пробуждения и нередко почти исчезает на весь день после утреннего откашливания мокроты, то кашель при раке с раздражением растущей опухолью противоположной стенки бронха больше беспокоит больного в активном состоянии, глубоком дыхании, когда просвет бронха существенно меняется во время дыхательного цикла. Этот кашель бывает сухим, иногда приступообразным, а после откашливания не приносит больному ожидаемого удовлетворения. Иногда при кашле выделяется скудная слизистая мокрота.

Прожилки крови и мокрота или даже более обильное *кровохаркание* являются важным симптомом, обычно пугающим больногои заставляющим его обратиться к врачу. Интересно, что мокрота в виде «малинового желе», описывавшаяся старыми авторами как классический симптом рака легкого и фигурировавшая в руководствах и монографиях вплоть до 70-х годов, практически никогда не наблюдается. При операбельном центральном раке этот симптом в большинстве случаев отсутствует.

Чаще всего больные центральным раком прибегают к медицинской помощи в связи с *общим недомоганием* и *умеренным повы­шением температуры тела.* Иногда возникают боли в груди на стороне поражения, усиливающиеся при вдохе, а также трудно объяснимая одышка. Сами больные и нередко врач, выдающие им листок нетрудоспособности, связывают это с имевшим место ох­лаждением, «простудой» или респираторной вирусной инфекци­ей. Боли в груди связывают с плевритом, межреберной невралги­ей, а при локализации опухоли в язычковых сегментах даже со стенокардией и инфарктом миокарда. Назначаемое антибактери­альное и симптоматическое лечение во многих случаях дает непос­редственный эффект, что успокаивает и врача и пациента. Меж­ду тем, эти на первый взгляд безобидные симптомы у больного с центральным раком обычно являются проявлением инфекционно­го процесса в части легочной ткани, аэрируемой пораженным брон­хом, и связаны с развитием бактериального воспалительного про­цесса вследствие нарушения мукоцилиарного клиренса, ателектаза или гиповентиляции. Этот процесс, именуемый *параканкрозным пневмонитом,* и обусловливает появление клинического синдро­ма, позволяющего вдумчивому врачу придти к правильному диаг­нозу, направить пациента на флюорографию (рентгенографию), сожалению, однако, рентгеновское исследование осуществляется лишь при упорном, затяжном течении инфекционного процесса или при его рецидивировании через несколько недель или даже месяцев. В то же время классическое физикальное исследование легких ( перкуссия, аускультация) даже при центральной опухоли, сопровождающейся ателектазом доли, чаще всего дает поразительно мало данных. Последние появляются чаще всего лишь при ателектазе всего легкого или появлении плеврального выпота, что обычно свидетельствует о неоперабельности. Иногда при стенозе крупного бронха выслушивается характерное свистящее дыхание, ощущаемое самим больным. Рентгенологически у таких больных чаще всего обнаруживается расширенная тень одного из корней и, что особенно важно, сегментарная или долевая гиповентиляция или даже ателектаз, которые лучше видны на профильных снимках. На дополнительно сделанных томограммах, а иногда и на обзорных снимках, часто удается выявить сужение или обрыв просвета крупного бронха. Такая картина, в особенности при отсутствии прикорневой тени опухолевого узла на томограмме, иногда расценивается как пневмония, а уменьшение интенсивности затенения после антибактериальной терапии дает повод выписать пациента на работу с «остаточными явлениями пневмонии», что может сыграть роковую роль в его судьбе.

Врач должен хорошо представлять себе, что у лиц, находя­щихся в группе риска (курильщики старше 40-45 лет), *вторич­ный пневмонит, связанный с раком, встречается чаще, чем ба­нальная пневмония.* Рентгенологическое выявление у таких больных «пневмонии» должно быть поводом для обязательного и немедленного их направления в бронхоскопический кабинет. Бронхоскопическое исследование, включающее биопсию, позво­ляет в большинстве случаев подтвердить или исключить диагноз центрального рака как причину изменений легочной паренхимы. Иная тактика (консервативное лечение «остаточных явлений пневмонии», лечение так называемых «рецидивов хронической пневмонии», направление больного под наблюдение фтизиатра) приводит к досадной потере времени и ограничению возможнос­тей радикального вмешательства.

***Периферический рак легкого***

*Операбельный периферический рак легкого для больного бессимптомен* и жалобы, заставляющие его обратиться за медицинской помощью, практически отсутствуют, что, естественно, резко уменьшает возможности своевременной диагностики. Обычно диагноз периферического рака удается впервые заподозрить при выявлении периферической тени на флюорограммах или рентгенограммах легких, выполненных по другому поводу (диспансерное обследование, оформление документов при поступлении на некоторые виды работ, оформление санаторно-курортных документов, обследование и лечение в связи с самыми разными заболеваниями как правило, не имеющими отношениями к легким). Поводом для подозрения на периферический рак является неожиданное обнаружение на снимках периферической тени, обычно имеющей округлые контуры: «круглая тень», «шаровидная тень».

Характерными рентгенологическими признаками периферического рака считаются неровные и не вполне четкие контуры тени, отсутствие в ней обызвествлений, «дорожка», идущая от тени по направлению к корню легкого, увеличение прикорневых лим­фоузлов. Однако они далеко не всегда позволяют даже опытно­му рентгенологу четко разграничить круглые тени злокачествен­ного или доброкачественного происхождения.

При полостной форме периферического рака может быть вы­явлена кольцевидная полость с неровным внутренним контуром стенок, причем характерным считается утолщение стенки, направ­ленное к корню легкого. В ряде случаев полостное образование имеет значительные размеры и очень тонкие стенки, напоминая опорожнившуюся кисту легкого. Уровень жидкости на дне по­лости, характерной для кисты или абсцесса легкого, обнаружива­ется крайне редко.

При дифференциальной диагностике следует учитывать, что у курильщиков немолодого возраста большая часть неожиданно выявленных бессимптомных теней в периферических отделах легочной ткани имеют раковое происхождение. Диагностика зна­чительно облегчается, если в распоряжении больного (или вра­ча) имеются снимки легких, делавшиеся по тому или иному по­воду несколько месяцев назад. Отсутствие тени на старых снимках Делает онкологический диагноз почти достоверным. Иногда на ранее выполненных снимках в том же месте выявляется круглая тень меньшего размера, в свое время, к сожалению, просмотренная рентгенологом, что также подтверждает подозрение на пери­ферический рак. Неизменные размеры круглой тени на протяжении нескольких месяцев или лет, напротив, свидетельствуют против онкологической природы выявленных изменений.

Рекомендовавшееся в прошлом многими хирургами проспективное наблюдение за изменением размеров тени в настоящее время считается недопустимым по двум причинам. Во-первых, даже три месяца, рекомендовавшихся для повторного рентгеновского исследования, небезразличны для прогноза растущей опухоли. Во-вторых, опыт показал, что большинство больных из-за недостаточного внимания к своему здоровью, канцерофоби по иным причинам не обследуются повторно в назначенные им сроки и приходят к врачу лишь после появления субъективных расстройств, чаще всего свидетельствующих о запущенности периферического рака. Поэтому перспективное наблюдение допустимо лишь у больных с серьезными противопоказаниями к вмешательству по причине дряхлости или тяжелых сопутствующих заболеваний.

Для уточнения диагноза периферической круглой тени реко­мендуются различные виды биопсий (трансбронхиальная брон­хоскопическая биопсия, трансторакальная игловая биопсия, торакоскопическая биопсия). Однако все эти методы при малых размерах тени (менее 2 см) далеко не всегда оказываются эф­фективными, а неполучение при биопсии опухолевой ткани не позволяет исключить периферический рак. Поэтому при неудаче различного вида периферических биопсий безопаснее для боль­ного прибегнуть к диагностической торакотомии, которая завер­шается радикальным вмешательством по поводу окончательного подтверждения рака или же удалением с целью биопсии другого патологического образования (например, гамартомы или туберкуломы), оставление которого при каждом последующем рентге­нологическом исследовании заставляет обсуждать вопрос о диф­ференциальной диагностике рака и может довести больного до канцерофобии.

**Синдромы, специфичные для некоторых форм рака легкого**

***Синдром Пэнкоста***

Эта своеобразная форма периферического рака легкого ха­рактеризуется симптомокомплексом, связанным с прорастанием новообразования из верхней доли в купол плевры и расположен­ные над ним анатомические образования: плечевое сплетение, пограничный симпатический ствол, задние отделы I—III ребер и соответствующих межреберных нервов, тела верхних грудных позвонков, реже — подключичные сосуды. Как и при любой пе­риферической опухоли легкого, беспокоящие больного симптомы, появляются лишь в результате инвазии новообразования в со­седние ткани. Больные жалуются на интенсивные боли, «стреля­ющие» по ходу, в первую очередь локтевого нерва, корешки кото­рого располагаются к куполу плевры ближе, чем корешки других нервов плечевого сплетения. В дальнейшем присоединяются па­раличи и атрофия мышц, иннервируемых локтевым нервом, в процесс вовлекаются последовательно срединный и лучевой нервы. Из-за поражения нижних шейных ганглиев пограничного ствола возникает глазной синдром, или триада Горнера: сужение глазной щели, западение глазного яблока (энофтальм) и сужение зрачка (миоз) на стороне поражения. Некоторые авторы включают в этот синдром и уменьшение слезоотделения (сухость конъюнктивы). На рентгенограммах определяется неправильной формы затенение в периферических отделах I-II сегментов легкого, деструкция задних отделов I—III ребер, а иногда и тел соответствующих позвонков.

***Синдром верхней полой вены***

Синдром верхней полой вены наблюдается при запущеном раке чаще верхней доли правого легкого и связан со сдавлением или прорастанием внутриперикардиального отдела вены либо самой опухолью, либо ее метастазами, что ведет к венозному зас­тою в области головы, шеи, верхних конечностей и верхней части груди. У больных появляется одутловатость лица, цианоз кожи и слизистой рта, увеличение объема шеи. На шее, на висках, на верхних конечностях, а также в верхней части груди появляются отчетливо напряженные подкожные вены. Диагноз легко под­тверждается с помощью каваграфии, при которой виден обрыв или резкое сужение верхней полой вены и расширение сети ве­нозных коллатералей. Следует упомянуть, что отсутствие клини­чески выраженного синдрома отнюдь не исключает инвазии вер­хней полой вены опухолью, частично закрывающей ее просвет. Поэтому при расположении крупного опухолевого узла над кор­нем правого легкого иди подозрении на наличие метастазов в этом отделе средостения целесообразно выполнять каваграфию для оценки состояния верхней полой вены.

***Синдром пневмониеподобного бронхиолоальвеолярного рака***

Бронхиолоальвеолярный рак может встречаться в несколь­ких клинико-рентгенологических формах. Иногда он представ­ляет собой малосимптомное затенение в периферических отде­лах легочной ткани и по клинико-рентгепологпческим проявле­ниям мало отличается от периферических новообразований другого характера. В других случаях эта форма рака развивается мультицентрически и представляет собой несколько круглых(иногда даже двухсторонних) периферических затенении, дающих повод думать о метастазах опухоли другой локализации. Наиболее своеобразно протекает так называемая пневмониеподобная, или псевдопневмоническая, форма новообразования. Клиническаясимптоматика, действительно, во многом напоминает пневмонию, больные жалуются на недомогание, боли в груди на стороне поражения, повышение температуры, общую слабость и кашель с выделением большого количества (более полулитра и даже 1 л в сутки) характерной слизистой, иногда пенистой мокроты продуцируемой слизеобразующими клетками опухоли, выстилающими альвеолы и бронхиолы, и что особенно удивительно, почти не нарушающими проходимости последних. При рентге­нологическом исследовании чаще в нижних и средней долях выявляется неправильной формы обширное затенение, напоми­нающее пневмонический инфильтрат. Бронхоскопическое иссле­дование патологии, как правило, не выявляет. В случаях, когда выполнялась бронхография, обнаруживали, что контрастом за­полняются неизмененные самые мелкие разветвления бронхи­ального дерева в зоне пневмонической инфильтрации. В отличие от пневмонии, воспалительная реакция белой крови не выраже­на. Обычно отмечается лимфопения. Диагноз может быть уточ­нен с помощью цитологического анализа мокроты, в которой об­наруживают слизесодержащие клетки опухоли, а также с помощью трансбронхиальной или игольной трансторакальной биопсии.

***Паранеопластические синдромы***

Клетки рака легкого различного строения способны выраба­тывать широкой спектр биологически активных веществ, иногда напоминающих по действию различные гормоны, а также антиге­ны, соответствующие различным, в том числе внелегочным ткане­вым структурам (кости, кожа, нервы ), способные вызывать аутоимунные реакции. С этой точки зрения рак легкого превосходит подавляющее число раков других локализаций и уступает лишь раку поджелудочной железы. Бронхогенный рак может сопровождаться изменениями в самых различных органах и тканях, некоторых больных соответствующая симптоматика может появляться даже на ранних стадиях опухолевого процесса, до появления локальных признаков легочного поражения.

Самым известным паранеопластическим симптомом, сопровождающим бронхогенный рак, является гипертрофическая остеоартропатия по типу синдрома (болезни) Мари-Бамбергера: боли в крупных костях и суставах, утолщение и уплотнение надкостницы, а также утолщение концевых фаланг по типу «барабанных» палочек или «пальцев Гиппократа». Иногда возникает миастенический синдром с резкой слабостью преимущественно в проксимальных мышцах конечностей, патогенез которого не вполне ясен.

У больных могут наблюдаться и самые различные эндокринопатические синдромы, например, гиперкортицизм с проявлени­ем синдрома Иценко-Кушинга, синдром эктопической секреции антидиуретического гормона, ведущий к тяжелым нарушениям водно-электролитного баланса (гипонатриемия, гипохлоремия сопровождающиеся тошнотой, рвотой, нарушением цветного зре­ния).

Эпидермоидные раки иногда вырабатывают вещества, подоб­ные паратгормону, вызывая симптомокомплекс вторичного гиперпаратиреоза, сопровождающегося гиперкальциемией, которая может быть выявлена более чем у 5% больных, страдающих этой формой рака.

Выделяемые опухолью инсулиноподобные вещества могут вызвать симптомы гипогликемии (чувство голода, мышечная сла­бость, нервное возбуждение).

Продукция опухолью вазоактивного кишечного полипептида иногда обусловливает синдром «водянистой диареи».

Также крайне редко при карциноидах бронха наблюдается так называемый карциноидный синдром, более характерный для соответствующих опухолей желудочно-кишечного тракта.

**Абсолютные признаки онкологической неоперабельности бронхогенного рака**

1.По современным представлениям не подлежат операции, то есть являются первично неоперабельными подавляющее большинство больных с *верифицированным мелкоклеточ­ным раком легкого,* поскольку доказано, что вмешательство не только не продлевает, но в ряде случаев сокращает срок жизни этих обреченных пациентов. У больных с неболь­шими по размеру ограниченными опухолями, у которых на основании биопсии морфологически был выявлен мелко­клеточный рак, может быть допущена ошибка, иногда свя­занная с плохим качеством и недостаточным объемом биоптата или же недостаточной квалификацией патоморфолога, поскольку иизкодифференцированный карциноид, имеющий близкий к мелкоклеточному раку гистогенез, может харак­теризоваться сходной морфологической картиной. В таких случаях лучше все же произвести резекцию легкого, после которой уточнить окончательный морфологический диагноз. Впрочем, настоящий мелкоклеточный рак к моменту установления диагноза уже сопровождается обширной местной инвазией и отдаленными метастазами. Некоторые онкологи считают возможным оперировать по поводу редко встречающихся (если встречающихся вообще) ограниченных и начальных форм точно верифицированного мелкоклеточного рака, комбинируя вмешательство с химиотерапией.

2.*Отдаленные гематогенные метастазы* считали свидетельством абсолютной неоперабельности рака легкого. В последнее время описаны наблюдения успешного удаления основной опухоли вместе с одиночным гематогенным метастазом, например, в головном мозге.

3.*Карциноматозный плеврит,* верифицированный цитологическим исследованием экссудата или биоптата, полученно­го при торакоскопии, как правило, делает оперативное вме­шательство неоправданным.

4.Несомненным противопоказанием к операции подавляю­щее большинство онкологов считают *лимфогенные мета­стазы на противоположной стороне средостения,* а также метастатическое *поражение внеторакальных* (надключич­ных, прескаленных) *лимфоузлов.*

5*.*Давно известным и пока не опровергнутым противопоказа­нием к операции является *поражение нижнего гортанного нерва* (возвратная ветвь блуждающего нерва), сопровож­дающееся абдукционным парезом голосовой связки и вне­запно возникшей осиплостью голоса, Это осложнение на­блюдается почти исключительно при левосторонних раках, поскольку слева возвратный нерв, проходя под дугой аор­ты, располагается в непосредственной близости от корня легкого, тогда как справа он огибает подключичную арте­рию снизу над куполом плевры и почти никогда не пора­жается опухолью (за исключением правостороннего синд­рома Панкоста).

Другие обстоятельства, связанные с инвазией опухоли, исклю­чающие осуществление радикальной операции, устанавливают уж в ходе пробной торакотомии.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Кузин М.И., Чистова М.А. Опухоли, М: Медицина, 2003г.
2. Литман И. Оперативная хирургия, Будапешт, 1992г.
3. Шалимов А.А., Полупан В.Н., Диагностика и лечение рака, М.: Медицина, 2002г.