**БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**РЕФЕРАТ**

**На тему:**

**«Проблема активной ранней диагностики бронхогенного рака»**

**МИНСК, 2008**

 Ранняя диагностика бронхолегочиого рака, как и злокачествен­ных опухолей других локализаций, представляет собой чрезвы­чайно актуальную и трудноразрешимую проблему. По обобщен­ным отечественным данным к моменту установления диагноза не менее чем у 2/3 больных распространенность опухоли по клини­ческой классификации превышает IIб стадию, и эти больные имеют мало шансов на длительную выживаемость. Операбельность даже в наиболее крупных городах (Москва, С.-Петербург) не превы­шает 20%, а в большинстве регионов страны она значительно ниже. Основными причинами запущенности бронхогенного рака явля­ется недостаточная онкологическая настороженность медицинс­кого персонала (43%), скрытое малосимптомное или бессимптом­ное течение заболевания (33%), позднее обращение больных за медицинской помощью (23%). Среди причин запущенности, за­висящих от качества врачебной помощи, на первом месте стоят ошибки рентгенологов (30%); на втором - ошибки клинической диагностики (29%); на третьем — неполное обследование больных (25%), на четвертом — необоснованно затянувшееся обсле­дование (15%) [Харченко В. П., Кузьмин И. П., 1994]. Общая пятилетняя выживаемость лиц, заболевших раком легкого, не превышает 5-10%.

Столь печальная ситуация давно уже заставила искать пути активного выявления ранних субклинических форм бронхогенног рака путем активного скрининга, главным образом, в группах риска, к которым большинство исследователей относят курильщиков в возрасте старше 40 (45) лет.

Основными диагностическими методами, используемыми для скрининга, являются крупнокадровая флюорография и цитологическое исследование мокроты. Большей разрешающей способностью при скрининге отличаются бронхофиброскопия (применительно к начальным формам центрального рака), а также компьютерная томография, позволяющая выявлять периферические образования диаметром менее 1 см. Разумеется, последние два метода отличаются слишком высокой для скрининга стоимо­стью. Так, для скринингового выявления одного больного бес­симптомной или малосимптомной центральной опухолью прихо­дится по некоторым данным полностью использовать в среднем ресурс одного бронхофиброскопа, а оплата труда персонала и организационные расходы во много раз превышают стоимость инструмента. К тому же бронхофиброскопия, обладающая наи­большей чувствительностью в отношении центральных новооб­разований, практически не в состоянии выявить или исключить незапущенные периферические опухоли.

Вряд ли стоит доказывать, что использование компьютерной томографии в целях скрининга бронхогенного рака обходится непомерно дорого, хотя некоторые авторы, не считаясь с расхода­ми, применяли и этот метод при диспансеризации некоторых привилегированных контингентов населения.

В США было проведено скрининговое исследование с исполь­зованием крупнокадровой флюорографии, причем в значительном числе случаев были выявлены бессимптомные и малосимптомные формы бронхогенного рака, но смертность от этого заболевания в обследованной популяции существенно не уменьшилась. В Фила­дельфии среди 6136 курильщиков и бросивших курить лиц был выявлен 121 больной бронхогенным раком, однако пятилетняя выживаемость активно выявленных больных составила лишь 8% и мало отличалась от таковой у больных, самостоятельно обратившихся по поводу тех или иных жалоб. Значительная часть больных данного контингента начинала предъявлять жалобы, связанные с раком, в периоды между контрольными исследованиям, а многие для повторных исследований не являлись вообще.

В Японии, где скрининг рака легкого производился наиболее широко, к 1987 году было обследовано 1065279 лиц, причем 6ронхогенная карцинома обнаружена у 344 больных — 32 на 100 000 обследованных. При применении для скрининга цитологического исследования мокроты (стоимость исследования 10 долларов) удалось выявить рак легкого у 4 из 6082 обследованных лиц, причем в 2 случаях — рентгенонегативный. О преимуществах цитологического исследования мокроты перед флюорографией писали и многие зарубежные авторы.

В СССР (России) скрининг рака легкого не получил большо­го распространения. Р. И. Вагнер с сотрудниками (1987) отме­тили, что в Ленинграде до 38% рака легкого выявлялось при флюорографических исследованиях, производимых по различ­ным поводам.

О высокой эффективности компьютерной томографии для выявления рака легкого сообщили М. И. Перельман с сотрудни­ками (1993) (речь шла о систематически диспансеризировавшихся клиентах бывшего 4-го управления Минздрава). По соответству­ющим данным операбельность у активно выявленных этим мето­дом бессимптомных или малосимитомных больных доходила почти до 90%, а пятилетняя выживаемость составляла выше 60%.

Так или иначе, активное выявление рака легкого до настоя­щего времени не дало ощутимых результатов с точки зрения улучшения общих исходов лечения больных, как, впрочем, и в большинстве других областей онкологии. Тем не менее, поиски в этом направлении, безусловно, должны продолжаться.

**Лечение рака легкого**

Лечение бронхогенного рака, как и других злокачественных опухолей, может быть оперативным (хирургическим), лучевым и медикаментозным (химиотерапия, иммунотерапия и др.). Пре­имущественное применение этих методов в большой мере опре­деляется характером (гистологической структурой) новообразо­вания. При *немелкоклеточном* раке основным методом лечения, дающим больному шансы на излечение, является хирургический, в том числе применяемый в сочетании с лучевым и/или медика­ментозным воздействием на опухолевой процесс (вспомогатель­ное лечение, адекватная терапия). При *мелкоклеточном раке,* крайне быстро растущем (удвоение массы опухолевой ткани про­исходит в среднем в течение месяца) и, по-видимому, первично диссеминированномм новообразовании, основным методом лече­ния является химиотерапия. Это же относится к любым формам рака легкого, признанными неоперабельными при установлении диагноза или после эксплоративной торакотомии.

**Хирургическое лечение рака легкого**

Показанием к оперативному лечению бронхогенного рака яв­ляется диагностированная немелкоклеточная опухоль без признаков явной неоперабельности, которые были рассмотрены выше. В ситуациях, когда имеющимися диагностическими средствами рак легкого не удается исключить, вмешательство также следует считать показанным (как правило, при небольших периферических новообразованиях).

Если в процессе клинического исследования больного признаки абсолютной неоперабельности не выявлены, но возможность радикального удаления новообразования все же вызывает сомнения, то попытку хирургического лечения немелкоклеточного рака в большинстве случаев также следует считать оправданной.Хорошо известно, что по мере увеличения распространенности процесса шансы больного на продолжительную жизнь после операции закономерно уменьшаются. Однако следует хорошо помнить, что индивидуальный прогноз далеко не всегда соответствует среднестатистическому. Иногда больные, которым с боль­шими техническими трудностями удаляют распространенные опухоли с местной инвазией в соседние органы и ткани и множе­ственными метастазами в средостении, намного переживают тех, V кого опухоль была небольшой и операбелыюсть ее не вызыва­ла сомнений. Применительно к немелкоклеточному раку патогистологическая структура новообразования далеко не всегда ока­зывает отчетливое влияние на индивидуальный прогноз.

В начале широкого развития легочной хирургии (конец 40-х - 50-е годы XX века) операции по поводу бронхогенного рака считались чрезвычайно опасными для жизни. Поэтому при тех или иных, в том числе умеренных нарушениях жизненных фун­кций или пожилом возрасте больных (старше 60 лет), оператив­ное лечение считали противопоказанным. На протяжении после­дующих десятилетий в результате развития анестезиологии, интенсивного лечения больных в раннем послеоперационном пе­риоде, а также совершенствовании техники операций на легких вмешательства стали значительно менее опасными и противопо­казания к ним резко сузились.

Так, возраст больных почти перестал рассматриваться как са­мостоятельный критерий при решении вопроса о возможности вмешательства, было описано успешное оперативное лечение боль­ных раком легкого в возрасте старше 90 лет, в том числе и с помощью пневмонэктомии. В прошлом существовали многочисленные попытки решать вопрос о возможности вмешательства с помощью простых функциональных проб, например, пробы Штанге или Сабразе, а также предельных значений некоторых количественных показателей функции внешнего дыхания и кровообращения. На основании расчетов по формулам или компьютерным программам можно вычислить те или иные индексы, определяющие риск вмешательства в конкретных случаях.

Однако эти весьма современные и совершенные методы *крайне редко* используются в практической работе. И это закономерно. Так, известно, что средняя летальность при операция по поводу рака легкого в последние годы не превышает 5-7%. Допустим, что при комплексной количественной оценке жизненно важных функций больного выясняется, что риск операции превышает этот показатель в 5 или 10 раз и составляет 25 или даже 50%. Можно ли взять на себя смелость уверенно утверждать, что такой риск для больного, имеющего неотвратимую перспек­тиву в течение полутора лет мучительно умирать от рака, недо­пустим?

Большинство торакальных хирургов и онкологов решают воп­рос о функциональной операбельности на основании, главным образом, клинической оценки больных. Так, можно считать про­тивопоказанием к операции старческую дряхлость, старческое слабоумие (маразм), при котором больной не в состоянии себя обслуживать, последствия тяжелых расстройств мозгового кро­вообращения (гемиплегия, энцефалопатия), тяжелые и прогрес­сирующие психические заболевания, требующие стационарного лечения.

Нередко бронхогенный рак сочетается с хронической обструктивной болезнью легких, то есть с распространенной эмфиземой, этиологически, как и рак, связанной с курением табака. Выра­женная (II или III стадия по А. Г. Дембо) дыхательная, а в осо­бенности дыхательно-сердечная недостаточность вследствие ХНЗЛ («легочное сердце») является противопоказанием к опе­рации, в частности к пневмонэктомии. Однако ситуации, в кото­рых пневмонэктомия является непереносимым для больных вме­шательством из-за неполноценности противоположного легкого, встречаются значительно реже, чем об этом думают.

Противопоказанием к операции можно считать сердечную недостаточность с выраженным застоем в малом или большом круге кровообращения. У немолодых курильщиков наиболее частой причиной такой недостаточности является ишемическая болезнь сердца и ее последствия (кардиосклероз, постинфаркт­ный кардиосклероз, аневризма левого желудочка). Сам по себе инфаркт или даже инфаркты в анамнезе абсолютным противопоказанием к операции считаться не могут, если они не ведут к снижению фракции изгнания левого желудочка до уровня ниже 40% или клинически выраженной сердечной недостаточности (III-IV функциональный класс по классификации NYHA).

Операцию следует считать противопоказанной при наличии у больного прочих прогрессирующих хронических соматических заболеваний с плохим прогнозом на ближайшие годы. Вряд ли можно с абсолютной точностью предусмотреть все возможные онкологические и функциональные противопоказания к вмеша­тельствам по поводу рака легкого. В решении вопроса о возмож­ности радикальной операции по поводу рака легкого большую роль, безусловно, играет смелость и темперамент хирурга, кото­рые должны сочетаться с большим личным опытом. К решению вопроса о возможности операции иногда должен привлекаться сам больной и его родственники, которых в ряде случаев целесо­образно предупредить о повышенном риске, основанном на сово­купности относительных противопоказаний или запущенности опухолевого процесса.

*Подготовка к операции больных раком легкого,* не отягощен­ных серьезными сопутствующими заболеваниями или инфекци­онным процессом в ателектазированной при центральной опу­холи части легкого, относительно проста и не отличается от подготовки к другим серьезным операциям. Пациенты инструк­тируются в отношении принципов активного ведения послеоперационного периода (дыхательная гимнастика, активное поведе­ние в постели, раннее вставание, активное откашливание мокроты, специальные упражнения для нижних конечностей, на­правленные на профилактику флеботромбозов). Во многих уч­реждениях у больных за несколько дней до вмешательства про­изводят забор от 350 до 500 мл крови, замещаемой высоко­молекулярными плазмозаменителями. При неосложненном те­чении операции этой крови обычно бывает достаточно для кровозамещения на операционном столе и в раннем послеопе­рационном периоде.

При клинически выраженном параканкрозном пневмоните (температурная реакция, лейкоцитоз, повышенная СОЭ, боли в груди; используются антибактериальные препараты широкого спектра.

Эффективной может быть также эндобронхиальная санация, если удается хотя бы частично восстановить бронхиальный дренаж с помощью бронхоскопической лазерной фотодеструкции стенозирующего новообразования.

При наличии хронических заболеваний (гипертоническая болезнь, диабет) осуществляется интенсивное лечение последних для достижения максимально возможной степени компенсации. Существует рекомендация профилактически назначать больным старческого возраста, а также лицам с инвалидизированным миокардом препараты группы сердечных гликозидов (под строгим ЭКГ-контролем).

*Основным методом анестезии* при операции по поводу ракалегкого является *эндотрахеальный наркоз.* При наличии гной­ного параканкрозного пневмонита в пораженной части легкого целесообразно использовать интубацию двухпросветной трубкой Карленса для предупреждения попадания гноя в противополож­ное легкое (даже при отсутствии гнойной мокроты перед опера­цией гной может выдавливаться через стенозированный бронх при манипуляциях на удаляемом легком или его части). В слу­чаях, когда опухоль располагается вблизи от устья главного бронха и может понадобиться резекция бифуркации трахеи, следует под­готовить аппаратуру для высокочастотной инжекционной венти­ляции оставляемого легкого. Некоторые авторы рекомендуют дополнять общую анестезию новокаиновой блокадой корня лег­кого и средостения. Перед ушиванием торакотомной раны обыч­но осуществляют паравертебральную спирт-новокаиновую бло­каду нескольких межреберных нервов выше и ниже межреберья, использованного для доступа (для купирования болевой импульсации в раннем послеоперационном периоде).

Техника удаления легкого и его частей(пневмонэктомия, лобэктомия, билобэктомия, сегментарная резекция, атипичная ре­зекция) хорошо разработана и описана в многочисленных руко­водствах, и поэтому в настоящем разделе будут кратко рассмот­рены лишь некоторые особенности операций при бронхогенном раке.

Объем операции определяется локализацией и местной распространенностью опухоли.

Типичным вмешательством для незапущенных периферических новообразований является удаление доли легкого — лобэктомия. Операции меньшего объема нельзя считать оправданными с онкологической точки зрения. Атипичные (клиновидные) резекции с помощью сшивающих аппаратов производят лишь с диагностической целью в начале вмешательства, если возникли сомнения в характере имеющегося у больного патологического образования. Если диагноз периферического рака подтверждается, производят лобэктомию, а если очаг оказывается доброкачественным, вмешательство на этом за­канчивают.

**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.