

Государственное автономное образовательное учреждение
среднего профессионального образования Республики Крым
«Керченский медицинский колледж имени Г.К.Петровой»

ЛЕКЦИЯ

«Рак легкого и верхних дыхательных путей»

План лекции

1. Рак легкого, как социальное заболевание
2. Эпидемиология. Классификация.
3. Группы повышенного риска. Клинические проявления.
4. Диагностика. Роль ФГ в ранней диагностике. Лечение рака легкого.
5. Рак верхних дыхательных путей. Клиника, диагностика, лечение.

РАК ЛЕГКОГО И ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Рак легкого в структуре заболеваемости злокачественными опухолями, особенно в индустриальных странах, стоит на первом месте. В последние десятилетия среди заболевших раком легкого возрос удельный вес сельских жителей, также возросла частота заболеваний среди женщин. Как и другие виды опухолей, рак легкого стал чаще выявляться в молодом возрасте. Средний возраст заболевших 60 лет, при этом мужчины болеют в пять раз чаще женщин. Смертность от рака легких, практически во всех странах, стоит на первом месте (среди смертности от злокачественных новообразований).

Курение является основным этиологическим фактором в возникновении рака легкого. Канцерогенный эффект курения обусловлен содержанием в табачном дыме продуктов сгорания табака – полициклических ароматических гидрокарбонатов и производных никотина – нитрозаминов. По данным ВОЗ курение увеличивает риск развития рака у курящих мужчин в 22 раза и у курящих женщин в 12 раз. Доказано увеличение риска рака легкого у пассивных курильщиков. Большое значение имеет количество выкуриваемых сигарет, срок давности курения и качество табака.

Кроме табака известны и другие канцерогены: асбест, соединения мышьяка, бериллий, хром, никель, углеводороды, серебро, сталь, кобальт, селениум, хлорметил.

Различают следующие формы рака легкого:

- центральный (эндобронхиальный, перибронхиальный узловой и разветвленный);
- периферический (круглая тень, пневмониеподобный, верхушки легкого – Пенкоста)
- атипичные формы (медиастинальный, милиарный канцероматоз).

Центральный рак развивается в крупных бронхах (главный, долевой, промежуточный, начало сегментарного).

Периферический рак исходит из сегментарных бронхов и их ветвей. При далеко зашедшем процессе говорят о смешанном или массивном раке.

По характеру роста опухоль может быть экзофитная (растет в просвет бронха) и эндофитная (инфильтрирует стенку бронха), но чаще встречается смешанный тип роста опухоли.

Существует 4 основных типа карцином легкого: плоскоклеточный рак, мелкоклеточный рак, аденокарцинома и крупноклеточный рак.

Плоскоклеточный рак легкого – наиболее распространенный подтип карцином легкого. Характеризуется центральным расположением, т.к. исходит из эпителия бронхов.

Аденокарцинома чаще локализуется на периферии в верхних долях легкого. Склонна к раннему метастазированию (лимфогенно и гематогенно) в легкие, печень, почки и ЦНС. Чаще встречается у лиц молодого возраста.

Крупноклеточная карцинома может иметь любую локализацию. Метастазирует, также как и аденокарцинома в медиастинальные лимфоузлы, плевру, надпочечники, ЦНС и кости.

Мелкоклеточная карцинома чаще бывает центральной. Диагностируется, как правило, на этапе диссеминации. Это наиболее злокачественная и быстрорастущая опухоль (время удвоения объема опухоли – месяц). Быстро метастазирует в регионарные лимфоузлы, легкие, брюшные лимфоузлы, печень, надпочечники, кости, костный мозг и ЦНС.

Международная классификация рака легкого по системе TNM

T1 - опухоль не более 3 см в наибольшем измерении, окруженная легочной тканью или висцеральной плеврой, без видимой при бронхоскопии инвазии проксимальнее долевого бронха.

T2 - опухоль более 3 см в наибольшем измерении, или вовлечение главного бронха, или опухоль прорастает висцеральную плевру, или опухоль сопровождающаяся ателектазом, обструктивной пневмонией, распространяющейся на корень легкого, но не вовлекающая все легкое.

T3 - опухоль любого размера, непосредственно переходящая на грудную стенку, диафрагму, медиастинальную плевру, сосуды корня легкого, перикард, или опухоль с сопутствующим ателектазом или обструктивной пневмонией всего легкого, или опухоль с плевральным выпотом, вызванным осложнениями рака легкого.

T4 - опухоль любого размера непосредственно переходящая на сердце, крупные сосуды, карину бифуркации трахеи, пищевод, тела позвонков, или опухоль со злокачественным плевральным выпотом, или опухоль с метастазами в той же доле.

N0 - нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 - поражение сегментарных, долевых корневых лимфатических узлов.

N2 - поражение лимфатических узлов средостения на стороне поражения и/или бифуркационных лимфоузлов.

N3 - поражение лимфатических узлов средостения или корня легкого на противоположной стороне или надключичных лимфоузлов, узлов шеи и т.д. на той же или противоположной стороне.

M0 - нет признаков отдаленных метастазов;

M1 - отдаленные метастазы, в то числе отдельные опухолевые узлы в других долях легкого (той же или другой стороны).

Клиника рака легкого не имеет специфических симптомов.

Отмечается даже бессимптомное течение заболевания при значительном распространении опухоли.

Общие симптомы рака легкого: продуктивный кашель (сухой надсадный кашель с выделением слизистой или слизисто-гнойной мокроты), одышка, боль в груди, лихорадка, кровохарканье (наблюдается у половины больных в виде прожилок крови в мокроте либо мокрота окрашена диффузно – типа «малинового желе»), снижение аппетита, похудание. Прекращение отхождения мокроты свидетельствует о полном нарушении проходимости бронха (ателектазе).

По мере роста опухоли с вовлечением в процесс окружающих тканей и органов появляются локальные осложнения:

- синдром верхней полой вены (расширение яремных вен и вен верхней половины грудной клетки, отечность лица и шеи, цианоз);

- боль в плече, руке, обусловленная плекситом плечевого сплетения, вовлеченного опухолью;

- постоянное накопление жидкости в плевральной полости, пневмонит;

- повреждение сердца, аритмии;
- дисфагия, приступы кашля во время еды, аспирационная пневмония при прорастании пищевода;
- осиплость голоса, вследствие вовлечения возвратного гортанного нерва.

Первым проявлением рака легкого может быть метастаз в головной мозг, также часто отмечаются метастазы в печень и кости.

Опухоль Пенкоста – рак верхней доли легкого – может вызывать симптомы, обусловленные поражением плечевого сплетения, возможно разрушение позвонков в результате прорастания опухоли. Возникают боли и слабость в руке, ее отек, симптом Горнера (птоз, миоз, экзофтальм).

Основным методом диагностики рака легкого является рентгенологический (рентгенография ОГК, рентгеновская компьютерная томография, рентгеноскопия, бронхоскопия и бронхография и т.д.). Для определения распространения опухоли за пределы грудной клетки используют методы ультразвукового исследования печени, почек, надпочечников, забрюшинных лимфоузлов.

Фибробронхоскопия позволяет осмотреть бронхиальное дерево, произвести мазки и биопсию опухоли или подозрительных участков слизистой оболочки бронха.

Гистопатологическую верификацию опухоли следует приводить посредством бронхоскопии и биопсии. Определенной информативностью обладает цитологическое исследование смывов бронхов. При периферических формах рака производят трансторакальную аспирационно-пункционную биопсию опухоли тонкой иглой под контролем рентген-экрана.

В случае невозможности установить диагноз и получить его гистологическое подтверждение прибегают к диагностической торакотомии.

Дифференциальная диагностика рака легкого проводится с неспецифической пневмонией, хроническими гнойными заболеваниями легких, туберкулезом и доброкачественными опухолями.

Для лечение рака легкого применяется хирургический, лучевой и химиотерапевтический методы. Выбор метода определяется стадией заболевания, гистологической структурой опухоли, сопутствующими заболеваниями.

Хирургическое лечение является основным методом лечения больных раком легкого в стадиях I и II. При более распространенных стадиях хирургическое лечение сочетается с химиотерапией или лучевой терапией.

Объем операции определяется степенью распространения опухоли: лобэктомия (удаление одной доли), билобэктомия (удаление двух долей) или пульмоноэктомия (удаление легкого).

РАК ГОРТАНИ

Рак гортани занимает первое место среди ЗНО верхних дыхательных путей и составляет 4 - 7% от всех злокачественных новообразований. Чаще возникает у мужчин 35 - 65 лет.

К предраковым заболеваниям относятся папилломатоз гортани, пахидермия, дискератозы – лейкоплакия и лейкокератоз.

98% опухолей гортани – это плоскоклеточный рак.

Клиническая картина зависит от отдела поражения. Больные жалуются на парестезию, чувство инородного тела в горле, ощущение неудобства при глотании. Потом присоединяются боли при глотании, охриплость и поперхивание.

Диагноз ставится на основании сбора анамнеза, осмотра, рентгенологических методов, эндоскопии с биопсией.

Хирургический метод лечения, как самостоятельный, применяется только при начальных стадиях рака.

Возможно проведение самостоятельной лучевой терапии. Комбинированное лечение (лучевое + операция) планируется при опухолях нижнего отдела гортани, при эндофитных, изъязвляющихся, распространенных опухолях.

5-летняя выживаемость при I-II стадии после лучевого и хирургического лечения составляет 75-90%.