

Рак лёгкого

Экзаменационные вопросы

- Рак лёгкого, этиология, патогенез, пути метастазирования, классификация, клиника. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.
- Доброкачественные опухоли лёгких, клиника, диагностика, лечение (резекция лёгкого, резекция бронха, эндоскопическое удаление опухоли).

ЭТИОЛОГИЯ

- Табакокурение – 80%
- Загрязнение воздуха
- Асбестоз
- Кобальтовые, никелевые рудники
- Сгорание нефти и нефтепродуктов

Патогенез

- Хроническое воспаление в лёгких является основной почвой к развитию гиперплазии, дисплазии и метаплазии эпителия, способствующие образованию рака (предраковые состояния).
- Морфогенез центрального рака: связан с предраковыми изменениями эпителия крупных бронхов – базально-клеточной гиперплазией, дисплазией и мелкоклеточной метаплазией.
- Морфогенез периферического рака: связан с очагами пневмосклероза на фоне перенесённых заболеваний – туберкулёза, пневмонии, инфаркта – «рак в рубце». При этом появляются условия для мадигнизации – гипоксия, местная иммуносупрессия, депонирование канцерогенов.

Ключевой момент патогенеза рака лёгкого – ***повреждение генома эпителиальной клетки.***

Пути метастазирования

- Как лимфогенные, так и гематогенные, метастазы наблюдаются у 70% больных. Первые лимфогенные метастазы возникают в перибронхиальных и бифуркационных л/у, затем в шейных. Гематогенные – в печени, гм, костях, надпочечниках.
- Прикорневой рак метастазирует лимфогенно, периферический – гематогенно.

Клиника

Длительное время протекает бессимптомно или маскируется. Различают 2 периода – доклинический и период клинических проявлений. Общий симптом для большинства пациентов – кашель с/без мокроты, появления прожилок крови в мокроте, одышка, боли в грудной клетки на стороне поражения. Сочетается с общевоспалительным симптомом.

Классификация

Клинико-анатомически:

■ ***По локализации:***

- Прикорневой (центральный)
- Периферический
- Смешанный

■ ***По характеру роста:***

- Экзофитный
- Эндофитный

■ ***По макроскопической форме:***

- Полипозный
- Бляшковидный
- Узловатый
- Диффузный
- Разветвлённый
- Узловато-разветвлённый

■ ***По гистологическому виду:***

- Плоскоклеточный
- Анапластический: крупно- и мелкоклеточный
- Железисто-плоскоклеточный
- Аденокарцинома
- Карцинома желёз: аденоидно-кистозная, мукоэпидермоидная

РАК ЛЕГКОГО

TNM группировка по стадиям

Стадия 0	Tis	NO	MO
Стадия I	T1	NO	MO
	T2	NO	MO
Стадия II	T1	N1	MO
	T2	N1	MO
Стадия III A	T1	N2	MO
	T2	N2	MO
	T3	NO	MO
	T3	N1	MO
	T3	N2	MO
Стадия III B	Любая T	N3	MO
	T4	Любая N	MO
Стадия IV	Любая T	Любая N	M1

Хирургическое лечение

Лобэктомия нецелесообразна при:

- Трансфиссуральном росте.
- Сосудистой инвазии.
- Вовлечении верхне-долевого и нижне-долевого бронхов.
- Возраст 75+
- Отдалённое метастазирование и карциноматоз плевры
- Тяжёлое общее состояние



Краевая резекция

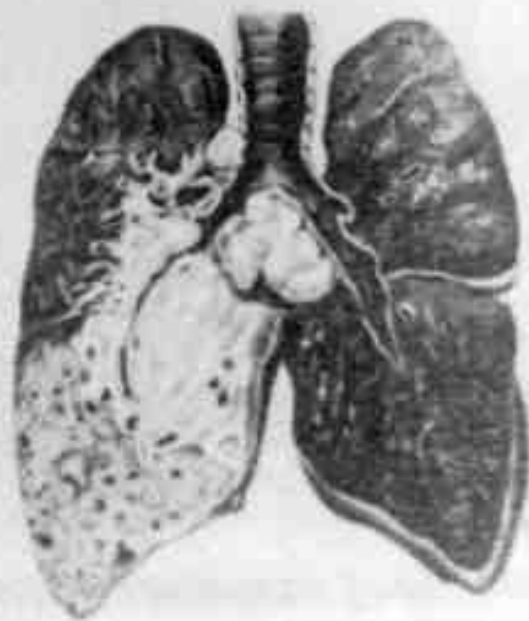
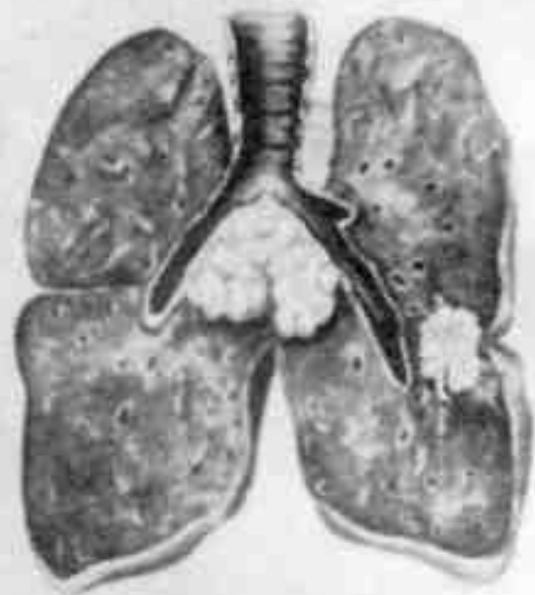


Лобэктомия



Пулмонэктомия





Доброкачественные опухоли лёгких

- Чаще всего из стенок бронхов:
- 1) из эпителия (аденомы, карциноид. Папилломы, полипы)
- 2) Из мезодермы (фибромы, лейомиомы, хондромы)
- 3) из нейроэктодермы (нейриномы, нейрофибромы)
- 4) врожденные опухоли (гамартромы, тератомы)

Центральные и периферические

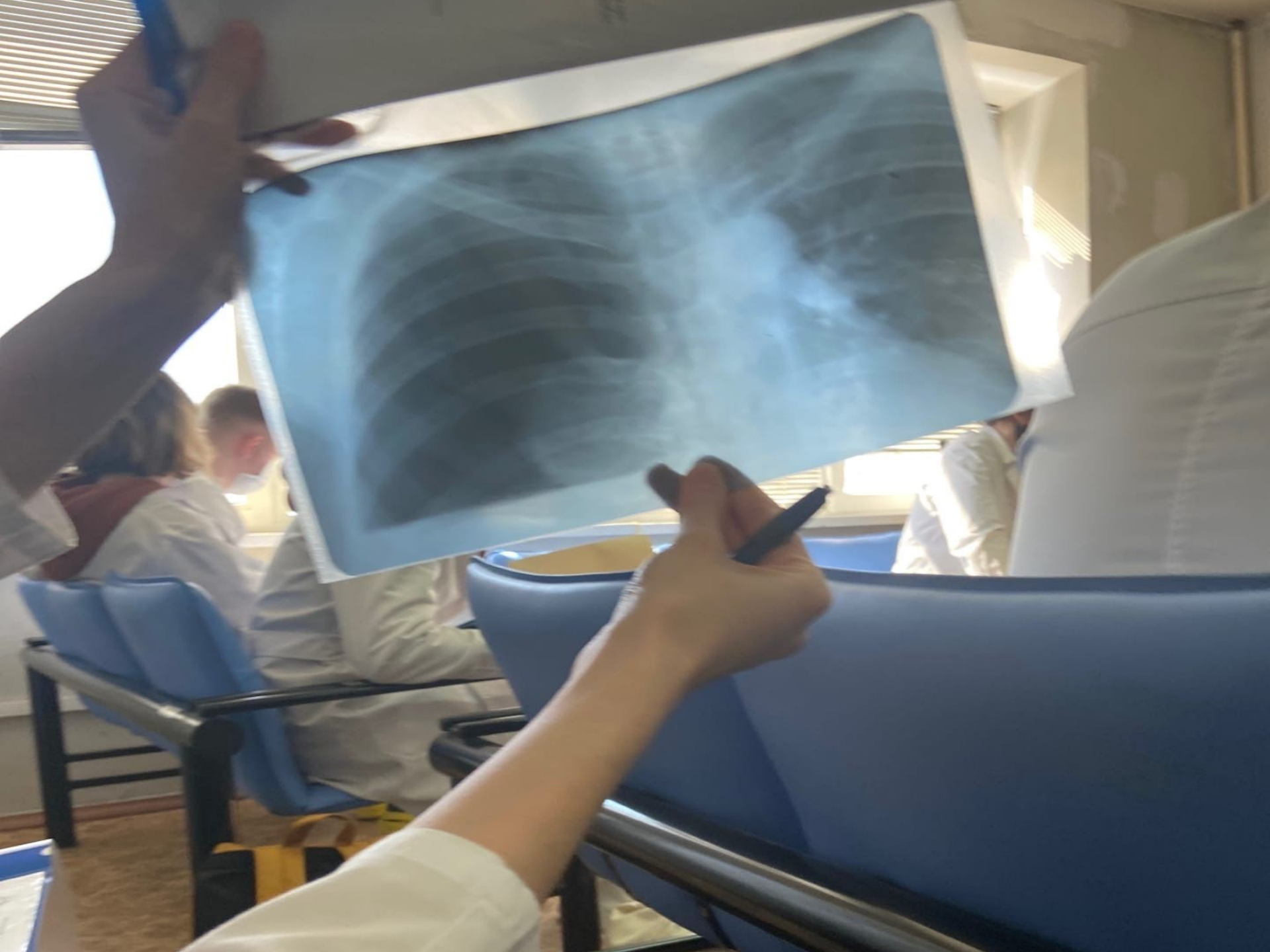
Осложнения:

- 1) Ателектаз
- 2) Пневмония
- 3) Абсцессы
- 4) Бронхоэктазы
- 5) Малигнизация и метастазирование
- 6) Экспираторная эмфизема

Лечение: хирургическое (экономная резекция бронха при центральном, при запущенных – пневмонэктомия).

Лечение

- В ранней стадии развития центральной опухоли, заведомо доброкачественной, на тонкой ножке возможно её удаление через бронхоскоп.
- Периферические опухоли в зависимости от глубины и расположения их в толще лёгкого удаляют путём энуклеации, краевой или сегментарной резекции, при запущенных формах – лобэктомия.



Практика



Задача №1

Больной 60 лет обратился с жалобами на боли в левой половине груди, сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. Болен 3 месяца. За это время нарастает слабость, похудание. Температура не была повышенной. В легких везикулярное дыхание, несколько жестче слева в нижних отделах. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивная тень треугольной формы, соответствующая нижней доле левого легкого.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какой план обследования?
3. Что могут доказать дополнительные исследования?
4. Что такое опухоль Панкоста?
5. При какой форме рака легкого встречаются аталектазы легкого?



Задача №2

Больной 48 лет, курильщик, обратился к врачу с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, сухой кашель, одышку при физической нагрузке. Считает себя больным 4 месяца. Перкуторно определяется притупление, а аускультативно - ослабленное дыхание в задне-нижних отделах грудной клетки слева. На прямой и боковой рентгенограммах грудной клетки выявлено: слева с периферических отделов 6, 10 сегментов нижней доли имеется участок затемнения округлой формы с неровными, тяжистыми контурами, связанный “дорожкой” с корнем легкого. В левой плевральной полости определяется жидкость до VI ребра. При плевральной пункции получено 300,0 геморрагического прозрачного экссудата.

Вопросы:

- 1. О каком заболевании можно думать?
- 2. Что необходимо для уточнения диагноза?
- 3. Какое лечение показано больному?
- 4. Какой рак чаще встречается при гистологическом исследовании?
- 5. Что такое периферический рак легкого?

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ РАК ЛЕГКОГО

Рентгенологическая семиотика:

- При наличие узла, превышающего 3 – 4 см в диаметре – шаровидная тень.
- При размерах узла 1 – 1,5 см – полигональная тень.
- Имеет нечеткие контуры, которые представлены короткими тяжами – «усиками», «щеточкой», «спикулами» – уходящими в окружающую легочную ткань.

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ РАК ЛЕГКОГО

Рентгенологическая семиотика:

- Структура чаще неоднородная.
- Легочный рисунок в окружности опухоли редко бывает нормальным.
- Дорожка к корню легкого, обусловленная либо лимфангитом, либо перибронхиальным и периваскулярным ростом опухоли.





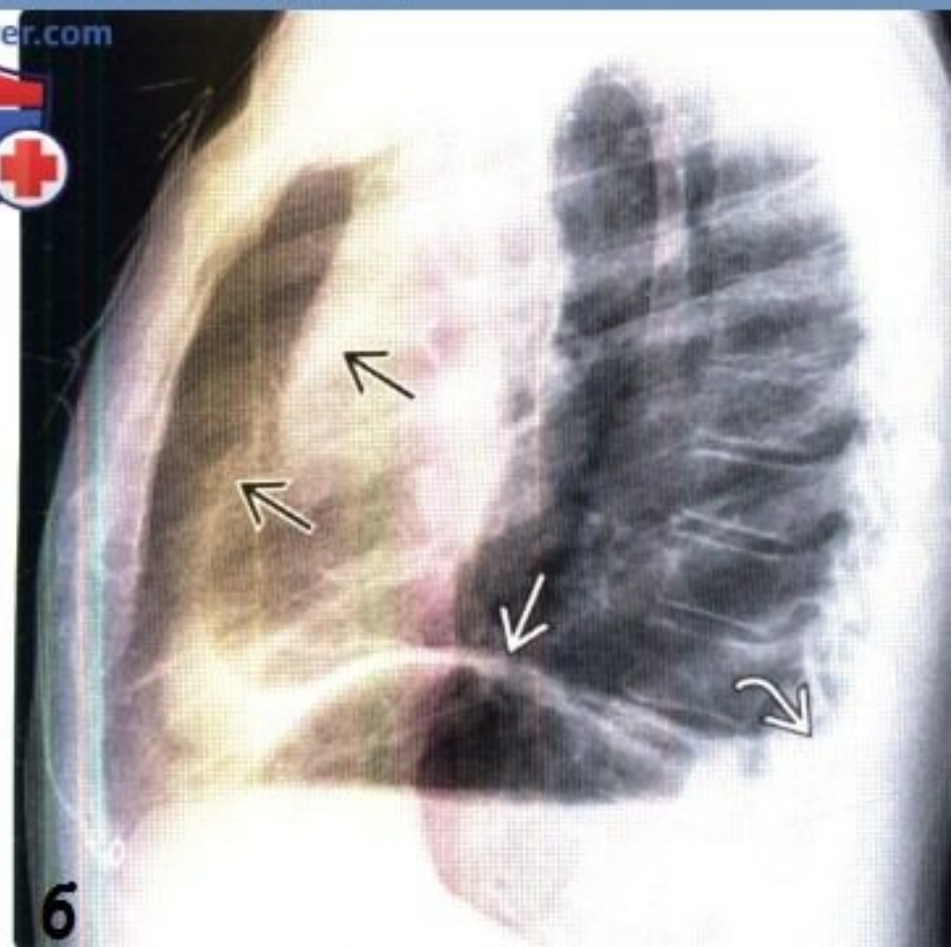
Задача №3

У больного 73 лет, предъявляющий жалобы на нарастающее похудание, одышку, мучительный кашель с прожилками крови, при бронхоскопии обнаружено концентрическое сужение левого главного бронха до 0,4 см, слизистая гиперемирована, бугриста, легко кровоточит, взята биопсия. Левая стенка трахеи в дистальном отделе ригидна, смещаемость бифуркации трахеи плохая. На рентгенограмме грудной клетки определяется ателектаз верхней доли левого легкого.

Вопросы:

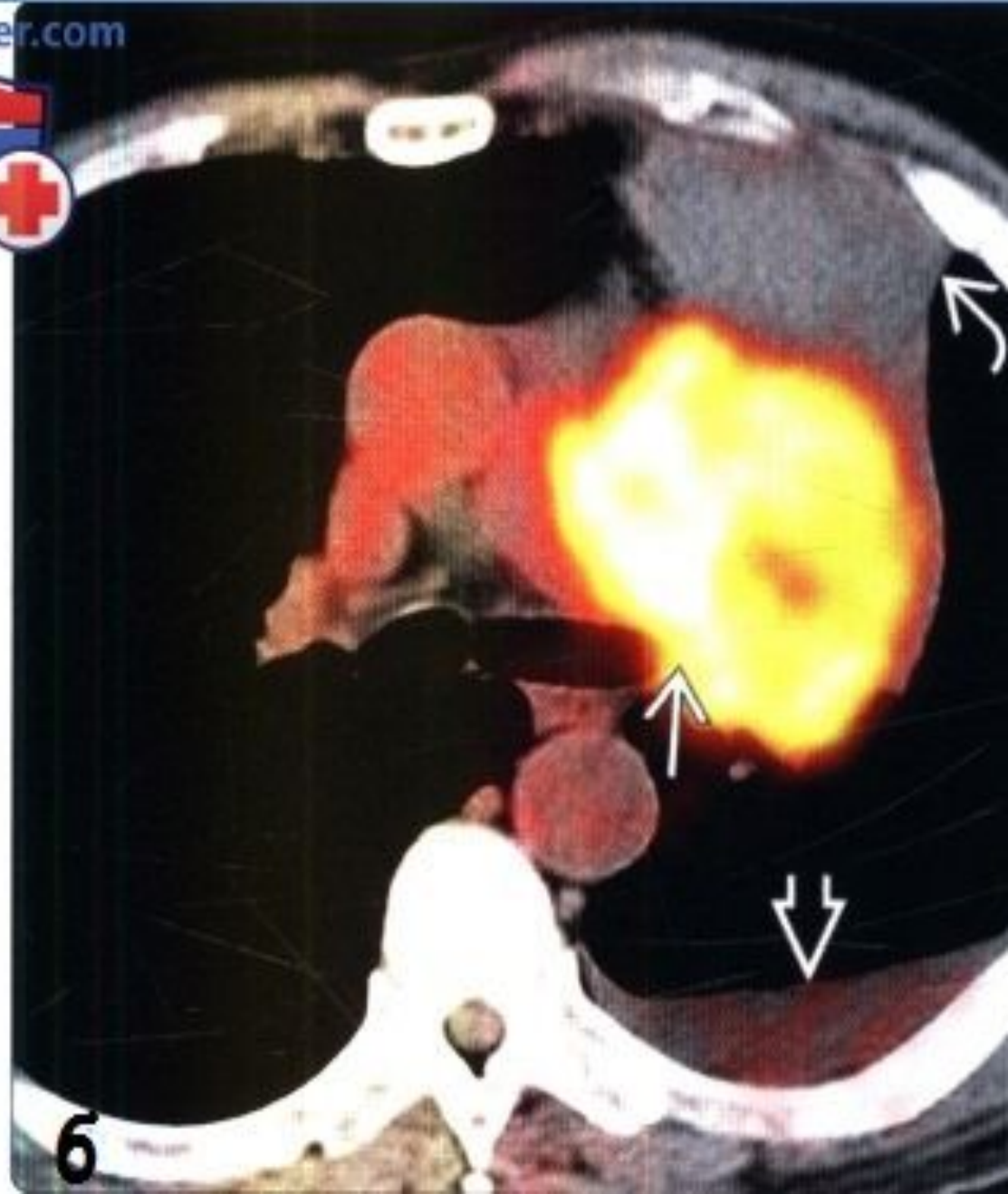
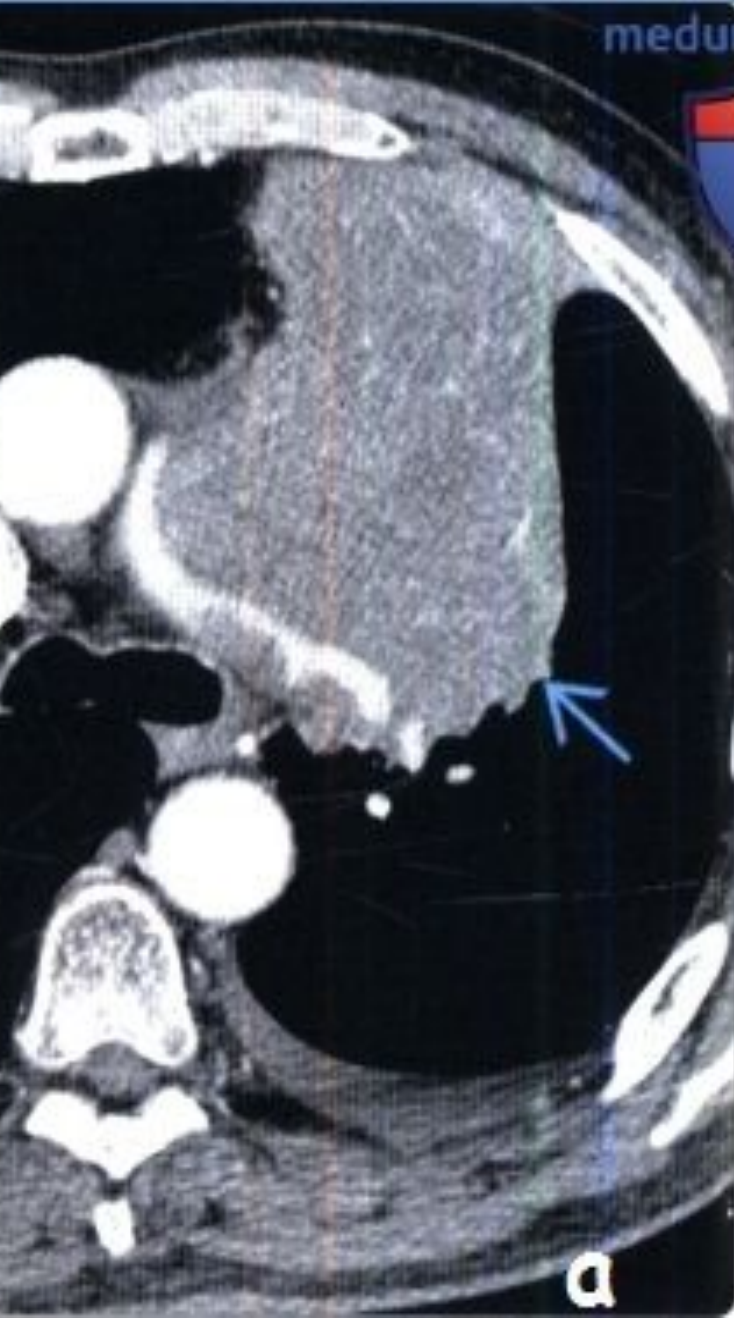
1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Какое лечение показано больному?
4. Перечислите формы периферического рака?
5. Перечислите этиологические факторы, обуславливающие развитие рака легкого?

Визуализация рака легкого



Визуализация рака легкого

meduniver.com

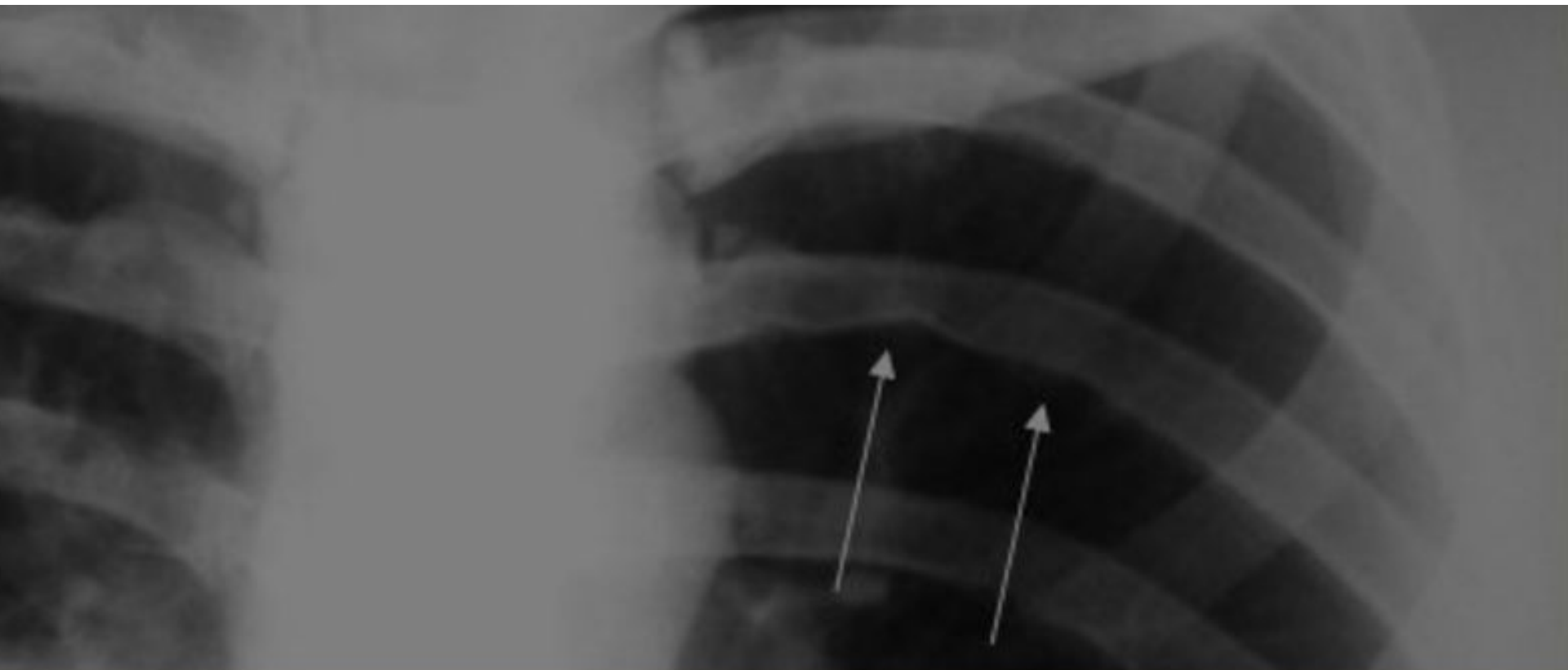


Задача №4

Больной, 58 лет, предъявляет жалобы на появившуюся слабость в правой руке, боли в правом плечевом суставе. При осмотре выявлен правосторонний птоз, а также атрофия мышц дистальных отделов правой руки. При рентгенографии определяется затемнение в области верхушки правого легкого, узурация I и II ребер.

Вопросы:

- 1. Ваш диагноз?
- 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
- 3. Ваш план лечения?
- 4. Какие морфологические виды рака легкого различают по данным ВОЗ?
- 5. Что отнесено к 1У стадии рака легкого?



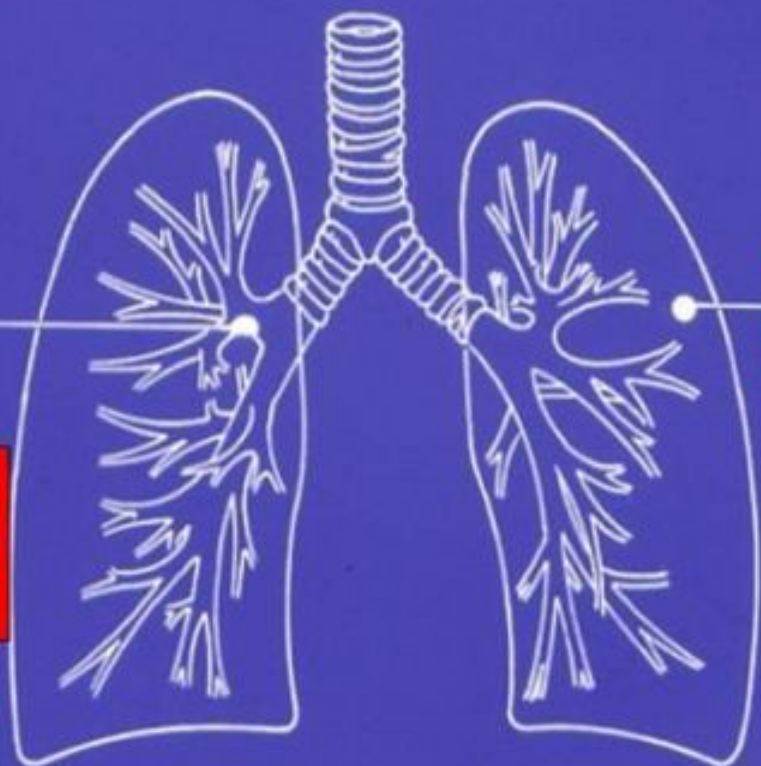


CoA

Notch



Центральный и периферический рак легкого



Центральный

Периферический

Сегментарный и более проксимальный бронхи

亜区域支から末梢の肺

Опухоль не выходит за пределы хряща

Опухоль диаметром не более 20 мм

Спасибо за внимание

