

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
"КУРГАНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР"

***Особенности рентгенологического обследования  
пациентов с хроническими заболеваниями легких с целью  
ранней диагностики новообразований легких***

(Информационное письмо)

Курган

2016

*Составил:*

Заведующий первым хирургическим отделением Государственного бюджетного учреждения "Курганский областной онкологический диспансер"  
Д.м.н. Балаев Иван Иванович

*Рецензент:*

Главный врач Государственного бюджетного учреждения "Курганский областной онкологический диспансер"  
Сепиашвили Гиви Гиоргиевич

Ежегодно регистрируют более 1 000000 новых случаев рака легких по всему миру, из них 60 000 в России, прирост заболеваемости при этом составляет 5-8%.

В настоящее время в Курганской области, Российской Федерации и большинстве развитых стран рак легкого является наиболее распространенной формой опухоли и остается одной из важнейших медицинских и социально-экономических проблем..

Динамика заболеваемости раком легкого по Курганской области за последние годы не имеет тенденции к снижению, а остается на стабильно высоком уровне: 2013г – 533 (60,5 на 100 тыс. населения); 2014г – 539 (61,7 на 100 тыс. населения); 2015г – 567 (65,2 на 100 тыс. населения). Среднегодовой темп прироста составил 3,85%. В структуре заболеваемости за 7 месяцев 2016 года рак легкого находится на втором месте после новообразований кожи, а в структуре смертности на первом.

Нарастающая волна заболеваемости, не объясненная ни улучшением диагностики, ни более точной регистрацией больных, естественно, породила большое количество исследований, направленных на выяснение причин возникновения и учащения рака легкого. Как можно судить по данным литературы, рассматриваются две основные и несколько дополнительных причин возникновения рака легкого. К числу первых относятся загрязнение атмосферного воздуха и курение.

Употребление табака является самым значительным фактором риска развития рака, который приводит почти к 20% глобальных случаев смерти от рака и примерно 70% глобальных случаев смерти от рака легких.

Своевременная диагностика рака легкого на стадии, когда возможно радикальное излечение, представляет определенные трудности в связи со скудностью клинических проявлений и объективных данных. Для раннего периферического рака легкого нет специфических симптомов, у большинства пациентов он вообще бессимптомен. Развернутая клиническая симптоматика зачастую свидетельствует о наличии распространенного процесса.

Наиболее частым симптомом при центральном раке легкого является кашель, обусловленный обструкцией (закупоркой) бронха первичной опухолью, что может приводить к развитию пневмонита, манифестирующегося повышением температуры. Кровохарканье в виде прожилок крови в мокроте наблюдается при достаточно больших размерах опухоли. Боль появляется при распространении опухоли на плевру. Осиплость (голоса) – поздний симптом, свидетельствует о вовлечении в метастатический процесс лимфатических узлов средостения и возвратного нерва.

Опухолевые клетки могут вырабатывать различные биологически активные вещества: гормоны и антигены, способные вызвать соответствующие гормональные или аутоиммунные реакции и синдромы, паранеопластические заболевания, маскирующие процесс. Так больных безрезультатно лечат от артритов, нейропатии, болезней крови и пр.

Рак верхушки легкого (Панкоста). Характерно постоянная боль в верхней конечности за счет прорастания опухоли висцеральной и париетальной плевры, сдавление шейного сплетения и ствола симпатического нерва. В этом случае клиника сопровождается синдромом Бернара-Горнера: сужение зрачка и глазной щели западение глазного яблока. Обычно больные обращаются к невропатологу.

Большинство симптомов рака легкого отмечаются и при хронических заболеваниях легких. Все курящие рано или поздно заболевают хроническим бронхитом «курильщика», характеризующимся кашлем, одышкой, поэтому от дифференцировать утренний кашель и одышку от таковых при опухолях практически не возможно. Только обследование в специализированных учреждениях позволяет выявить и морфологически подтвердить рак легкого в самой ранней стадии заболевания. У курильщиков риск заболеть раком в 29 раз выше. Один из семи выкуривающих 2 пачки сигарет в сутки заболевает раком легкого.

К сожалению, выявляется заболевание в IV стадии (у 45,8%) или III стадии (у 32,8%), (по статистическим данным Росстата за 2015 год), и не только в Курганской области, но и в Российской Федерации ( IV стадия – 40,0%; III стадия – 30,3%).

**РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ** рака легкого - основная медицинская задача , позволяющая улучшить результаты лечения должна проводится по трем направлениям:

1. Организация диспансеризации больных с хроническими «фоновыми заболеваниями».

2. Формирование повышенной онкологической группы риска:

- мужской пол старше 50 лет
- контакт с производственными вредностями.
- злоупотребление табаком
- наличие хронических заболеваний легких.

3. Флюорографические осмотры здорового населения, преимущественно мужчин 50 лет и старше.

4. При наличии рентгенологических изменений – компьютерная томография.

## **ДИАГНОСТИКА РАКА ЛЕГКОГО**

Признаками подозрительными на рак легкого являются:

1. Упорный кашель, сухой или с мокротой, продолжительностью более 3-х недель.
2. Повторные быстро купирующиеся острые респираторные заболевания, протекающие с кашлем, лихорадкой.
3. Появление крови в мокроте.
4. Ускоренное СОЭ, анемия, лейкоцитоз.
5. Изменение тембра голоса.
6. Недомогание, лихорадка, потеря массы тела и усталость.
7. Сочетание этих симптомов с впервые выявленной при рентгенологическом исследовании деформацией корней легких, гиповентиляцией, с диффузным и очаговым пневмосклерозом или эмфиземой легких.

Одним из основных методов диагностики рака легкого является

### **РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

(рентгенография грудной клетки в двух проекциях, рентгеноскопия, томография и по показаниям).

Варианты рентгенологической картины разнообразны.

Рентгенодиагностика начального центрального рака легкого практически невозможна, т.к. опухолевой процесс в большинстве случаев является рентгено-негативным, хотя нередко при этой форме имеются вторичные изменения в легочной ткани, позволяющие заподозрить заболевания.

Особенно велики дифференциально-диагностические трудности при периферическом раке I стадии. При небольших размерах опухоли тень ее чаще имеет вид инфильтрата; состоящего как бы из нескольких облаковидных затемнений, отмечается малой интенсивностью и расплывчатостью очертаний. В ряде случаев небольшая опухоль может представлять полигональную тень звездчатой формы, напоминающую локальный участок фиброза. Лишь по мере роста опухоль, когда она приобретает характерный вид узла, устанавливают правильный диагноз.

Неоспоримо значение рентгенологического метода в выявлении пораженных в/грудных лимфатических узлов, что является существенным фактором прогноза и критерием выбора адекватного лечения.

Наиболее часто при раке легкого, особенно при центральной форме, выявляются увеличение бронхопальмональных лимфоузлов, что проявляется расширением и

уплотнением корня легкого. Увеличение паратрахеальных лимфатических узлов вызывает расширение тени средостения с неровностью контуров.

Рутинное рентгенологическое исследование позволяет в большинстве случаев выявить увеличение практически всех групп внутригрудных лимфоузлов. Увеличение лимфоузлов у больных раком легкого еще не свидетельствует в пользу метастазов. Задачей рентгенологического исследования является констатация факта увеличения лимфоузлов, что требует дальнейшего обследования больного. Таким образом, рентгенологическое исследование в комплексе методов ранней и уточняющей диагностики рака легкого должно быть первым в выборе дальнейшей тактики обследования больных.

Дальнейшее бронхологическое обследование больных (бронхоскопия, трансторакальная пункция, КТ-графия) проводится в специализированных отделениях. Медицина пока не научилась предупреждать рак. Сегодня даже квалифицированное проведенное лечение с использованием самых современных методов не гарантирует полного выздоровления от этой болезни и может давать тяжелые побочные эффекты. Поэтому если обращаться к цифрам, которые приведены выше и которые говорят сами за себя, то становится очевидным, что по состоянию на сегодняшний день наиважнейшее условие для эффективного лечения любого рака, включая и рак легкого - его своевременная, как можно более ранняя диагностика.

### **ЧТО НУЖНО ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ЭТО УСЛОВИЕ ВЫПОЛНЯЛОСЬ ?**

Скрининг - стратегия в здравоохранении, обследование населения, направленное на выявление заболеваний у клинически бессимптомных лиц в популяции, а также риска заболеваний.

Проведение скрининга ранней диагностики рака легкого является государственной задачей. Раннее выявление рака легкого – основная медицинская и социальная мера, позволяющая улучшить результаты лечения. Эффективность ранней диагностики можно оценивать по увеличению показателя резектабельности, а социально-экономический эффект – по величине предупрежденного ущерба в результате снижения уровня заболеваемости, инвалидности и смертности.

Скрининг ранней диагностики рака легкого является частью государственной программы по улучшению помощи онкологическим больным. Успех выполнения этой программы зависит как от самих больных, от которых требуется своевременное

обращение за медицинской помощью и прохождение медосмотров, так и от государственной системы здравоохранения.

Сюда входит:

- активизация терапевтической службы поликлиник по онконастороженности в отношении больных, составляющих группу риска,
- целенаправленное (а не рутинное) проведение диспансеризации пациентов из группы риска,
- организация и улучшение первичного скрининга (рентгенологическое исследование, анализ мокроты, использование серологических маркеров и бронхоскопии),
- мониторинг исследований с компьютерным накоплением базы данных и ее анализом,
- своевременное направление пациентов на уточняющие исследования и решение вопроса оплаты этих исследований страховыми компаниями,
- организация специализированной и квалифицированной онкоторакальной службы.

Профилактическая флюорография не обеспечивает раннего выявления центрального рака легких, если выполняется 1 раз в год в прямой проекции на вдохе. Повышение качества флюорографического исследования заключается не только в том, что врач-рентгенолог должен знать информацию о больном (группа риска), но и в выполнении двухэтапного исследования:

**1 этап** 4 флюорограммы (два снимка прямые передние на максимальном вдохе и выдохе – так называемая рентгенофункциональная проба – и боковые: левая и правая проекции).

**2 этап** дополнительное рентгенологическое исследование (томография прямая и боковая, редко косая).

**3 этап** проведение бронхоскопии.

**4 этап** назначение компьютерного томографического исследования.

Рентгенологическая картина при раке легкого зависит от особенностей опухолевого роста и локализации опухоли. Иногда по рентгенологической картине рак очень трудно или даже невозможно отличить от других заболеваний легких.

Поэтому при флюорографической диагностике рака легкого очень важно уметь получить на флюорограмме один из постоянно встречающихся признаков рака легкого:

- округлая тень в легочной ткани или корне легкого,
- расширение и потеря структуры одного из корней, сегментарное или долевое затемнение.

Эти признаки встречаются и при других заболеваниях, но в городах, особенно крупных, выявление на флюорограмме одного из этих симптомов у мужчин старше 40 лет позволяет высказать предположение о раке с вероятностью около 70% и подвергнуть больного тщательному целенаправленному обследованию.

### **Перспективы:**

В настоящее время низкодозовая спиральная компьютерная томография (НДСКТ) показала достаточную эффективность при раннем выявлении рака легкого, что позволяет рекомендовать эту методику для скрининга рака легких. Рекомендуется проведение НДСКТ в возрастной группе от 50 до 79 лет, у пациентов со стажем курения 20 лет и дополнительными сопутствующими заболеваниями, которые повышают общий риск развития рака.

Согласно Приказу Минздрава РФ от 20 декабря 2012 г. N 1081н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях лёгкого I-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)" *усредненный показатель частоты предоставления такого исследования как компьютерная томография органов грудной полости - составляет 0,8 где 1 означает, что данное мероприятие проводится 100% пациентов.*



