

## **МЕСТНАЯ СИМПТОМАТИКА ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО И ЕЕ СВЯЗЬ С РЕЗУЛЬТАТАМИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И КЛАССИФИКАЦИЕЙ TNM**

**Фомченко Юрий Олегович**

студент, Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

**Шарибзянов Валерий Викторович**

студент, Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Центральный рак легкого – злокачественная опухоль эпителиального происхождения, поражающая крупные бронхи вплоть до субсегментарных.

Ежегодно в мире регистрируется более миллиона случаев новых случаев первичного рака легкого того или иного морфологического происхождения, что составляет более 12% от общего числа выявленных злокачественных новообразований. В России же рак легкого занимает первое место по заболеваемости и смертности среди онкологических заболеваний (более 15% и более 20% соответственно). Процент мужчин, страдающих раком легкого, достигает 85, что, вероятно, связано с большей подверженностью курению среди них, чем среди женщин.

Центральный рак легкого полиэтиологичен, но в большую роль в его развитии курение, т.к. в процессе горения табака выделяются вещества (1,3-бутадиен, 2-аминонафталин, 4-аминобифенил и др.), обладающие высоким классом канцерогенной активностью (19 веществ 1 категории по International Agency for Research on Cancer Carcinogenicity (IARC), т.е. классифицируемые как канцерогены для человека).

В России действует алгоритм, согласно которому осуществляется скрининг по выявлению рака легкого у лиц, имеющих его симптоматику, несмотря на неспецифичность признаков (длительный кашель с различными примесями (кровь, гной), одышка, осиплость голоса, боль в грудной клетке). Также существуют группы высокого риска по развитию рака легкого (курящие более 30 лет, в том числе бросившие курение менее 15 лет назад, лица, работающие в условиях постоянной высокой концентрации пыли, пациенты с хронической обструктивной болезнью легких 3-4 стадии, лица с семейным анамнезом рака легкого). Перечисленные лица направляются на рентгенографию в двух проекциях, в случае сомнительного результата – на компьютерную томографию (КТ) органов грудной полости и, если необходимо, дальнейшие цитологическое и гистологическое исследования при подозрении на малигнизацию очага.

Неспецифичность симптоматики центрального рака легкого, а также отсутствие болевых рецепторов в легочной ткани и ткани бронхов являются причиной несвоевременной диагностики заболевания.

Такие признаки, как кашель, одышка, кровохарканье – неспецифичные признаки для рака легкого, т.к. встречаются при других процессах, но являются показаниями для дальнейшей диагностики. В нашей работе мы оценили связь между этими симптомами (кашель, как проявление нарушения мукоцилиарного клиренса, одышки, как проявления обструктивных явлений, и кровохарканья, как проявления деструктивных явлений) на момент установления диагноза центрального рака легкого и стадии процесса, на котором заболевание было

обнаружено.

Проанализировано 7 пациентов с одинаковым морфологическим типом центрального рака (аденокарцинома), курящих более 20 лет, не имевших профессиональных контактов с канцерогенами. Проведена оценка жалоб пациентов перед соответствующей диагностикой, выявившей центральный рак легкого, и результатов проведенных исследований.

**Пациент А.** 38 лет, 15 пачка-лет, предъявлял жалобы на сухой непродуктивный кашель в течение двух месяцев перед обращением ко врачу. Заключение КТ – признаки объемного образования (32,7×28,9×31,0 мм) верхней доли правого легкого, метастазирования в перибронхиальные лимфоузлы. Без признаков гиповентиляции. Результат бронхоскопии с биопсией подтвердил аденокарциному (как и у всех следующих пациентов). Классификация по TNM: T<sub>2a</sub>N<sub>1</sub>M<sub>x</sub>.

**Пациент Б.** 46 лет, 18 пачка-лет, предъявлял жалобы на сухой непродуктивный кашель в течение полугода перед обращением ко врачу. Заключение КТ – признаки объемного образования (35,8×43,2×37,3 мм) нижней доли правого легкого, метастазирования в перибронхиальные лимфоузлы. Без признаков гиповентиляции. Классификация по TNM: T<sub>2b</sub>N<sub>1</sub>M<sub>x</sub>.

**Пациент В.** 53 года, 16 пачка-лет, предъявлял жалобы на кашель со слизистой мокротой в течение нескольких лет до диагностики. Заключение КТ – признаки объемного образования (33,6×45,1×38,3 мм) нижней доли левого легкого, метастазирования в перибронхиальные лимфоузлы. Без признаков гиповентиляции. Классификация по TNM: T<sub>2b</sub>N<sub>1</sub>M<sub>x</sub>.

**Пациент Г.** 60 лет, 23 пачка-лет, предъявлял жалобы на кашель со слизистой мокротой, одышку в течение нескольких лет до диагностики. Заключение КТ – признаки объемного образования (45,1×43,1×47,2 мм) верхней доли левого легкого, метастазирования в перибронхиальные лимфоузлы, под килем трахеи на стороне поражения. Признаки гиповентиляции. Классификация по TNM: T<sub>2b</sub>N<sub>2</sub>M<sub>x</sub>.

**Пациент Д.** 51 лет, 17 пачка-лет, предъявлял жалобы на кашель со слизистой мокротой, одышку в течение нескольких лет до диагностики. Заключение КТ – признаки объемного образования (41,2×48,1×43,3 мм) нижней доли правого легкого, метастазирования в перибронхиальные лимфоузлы, лимфоузлах средостения. Признаки гиповентиляции. Классификация по TNM: T<sub>2b</sub>N<sub>2</sub>M<sub>x</sub>.

**Пациент Е.** 57 лет, 40 пачка-лет, предъявлял жалобы на кашель со слизистой-гнойной мокротой, одышку в течение нескольких лет до диагностики, кровохарканье за месяц до посещения врача. Заключение КТ – признаки объемного образования (55,3×48,3×51,1 мм) нижней доли правого легкого, метастазирования в перибронхиальные лимфоузлы, лимфоузлах средостения (на противоположной стороне). Признаки гиповентиляции. Классификация по TNM: T<sub>3</sub>N<sub>3</sub>M<sub>x</sub>.

**Пациент Ж.** 56 лет, 33 пачка-лет, предъявлял жалобы на кашель со слизистой-гнойной мокротой, одышку в течение нескольких лет до диагностики, кровохарканье за 3 месяца до посещения врача. Заключение КТ – признаки объемного образования (71,7×62,9×64,0 мм) верхней доли правого легкого, метастазирования в перибронхиальные лимфоузлы, лимфоузлах средостения (на противоположной стороне), узелок (8,2×9,6×6,8 мм) в нижней доле левого легкого. Признаки гиповентиляции. Классификация по TNM: T<sub>4</sub>N<sub>3</sub>M<sub>1a</sub>.

**Таблица 1.**

**Сравнительная таблица между клинической симптоматикой, данными КТ-исследования и стадии по TNM**

Пациент	Кашель	Мокрота		Одышка	Кровохарканье	Размер очага, мм
		Слизистая	Гнойная			
А	+	-	-	-	-	32,7×28,9×31,0
Б	+	-	-	-	-	35,8×43,2×37,3

В	+	+	-	-	-	33,6×45,1	38,3
Г	+	+	-	+	-	45,1×43,1	47,2
Д	+	+	-	+	-	41,2×48,1	43,3
Е	+	+	+	+	+	55,3×48,3	51,1
Ж	+	+	+	+	+	71,7×62,9	64,0

Таким образом, можно увидеть следующую связь: с увеличением размера патологического очага, а также с градацией по классификации TNM усиливаются клинические признаки центрального рака легкого (начиная от непродуктивного кашля и одышки, которые связаны, возможно, не с неопластическим процессом, а с фактом длительного курения, до кровохарканья, который является признаком деструктивного процесса, вызванного малигнизированной тканью).

Установленная связь между выраженностью клинической картины предполагаемого центрального рака легкого и стадированием по TNM помогает оперативнее выстраивать тактику ведения конкретного пациента.

### Список литературы:

1. Клинические рекомендации: Рак легкого / Российское общество клинической онкологии – 2018.
2. Соколов, В.В., Современная бронхоскопическая диагностика раннего центрального рака легкого / В.В. Соколов, Д.В. Соколов [и другие] // Медицинский совет – 2016. – № 15. – С. 62-66.
3. International Agency for Research on Cancer: IARC monographs on the identification of carcinogenic hazards to humans (Last update: 26 March 2021).