

ВЕРХУШЕЧНЫЙ РАК ЛЕГКОГО С СИНДРОМОМ ПАНКОСТА, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

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

Рак легкого – опухоль эпителиального происхождения, развивающаяся в слизистой оболочке бронхов различного калибра (от главного до мелких бронхиол).

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.

Периферический 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.

Одним из частных случаев рака легкого является верхушечный рак легкого с синдромом Панкоста (опухоль Панкоста, опухоль верхней борозды легкого).

Опухоль верхней борозды легкого – довольно редкое заболевание, и встречается не чаще, чем в 1% от всех случаев рака легкого.

Патоморфологически чаще всего опухоль Панкоста представлена плоскоклеточным раком (до

4/5 от всех случаев), гораздо реже – крупноклеточным, мелкоклеточным, железистым, бронхогенным раком, аденокарциномой.

Опухоль Панкоста может сдавливать, прорастать в плечеголовную вену, подключичную артерию, диафрагмальный, возвратный гортанный, блуждающий нервы. Наиболее типичным для опухоли является прорастание звездчатого ганглия, что обуславливает неврологическую симптоматику синдрома Горнера.

При прорастании/сдавливании опухолью звездчатого ганглия у пациента прослеживается следующая симптоматика, собственно синдром Горнера: птоз верхнего века, сужение зрачка, западение глазного яблока, прекращение потоотделения на половине лица и конечности соответствующей опухоли стороне.

Из других симптомов, не связанных с синдромом Горнера и общей симптоматикой рака легкого, следует отметить боли в плече и кисти, парестезии и онемение пальцев кисти, редко – атрофия мышц конечностей (вся симптоматика на пораженной опухолью стороне). Боль может иррадиировать под лопатку, в подмышечную область, в грудную клетку.

Клинический случай:

Пациент А., 48 лет, курит с 17 лет, 31 пачка-лет. Обратился к врачу участковому-терапевту с жалобами на опущение верхнего века справа, западение правого глазного яблока, сухость кожи правой половины лица. Участковым терапевтом был направлен к неврологу.

Неврологом было принято решение на основании длительного стажа курения направить пациента на рентгенографию органов грудной полости в двух проекциях.

Заключение рентгенографии: объемное образование верхушки правого легкого.

Далее выполнена компьютерная томография (КТ) грудной клетки, заключение: объемное образование верхушки правого легкого 37×43×47 мм с вдавлением в грудную стенку, лимфатические узлы интактны.

Выполнена трансторакальная трепан-биопсия, дальнейшее иммуногистохимическое исследование, заключение: плоскоклеточный рак (II стадия).

Пациент отказался от оперативного лечения. Было принято решение о химио- и лучевой терапии.

Лучевая терапия: разовая очаговая доза – 2,0 Грей, суммарная очаговая доза – 50,0 Грей.

Химиотерапия: еженедельного введения паклитаксела и карбоплатина (4 цикла).

Результатом лечения стали регресс опухоли по данным КТ, улучшение клинической картины.

Через полгода на контрольном КТ-исследовании выявлен рост опухоли. Пациент согласился на операцию.

Было принято решение об оперативном доступе – видеоторакоскопическая расширенная верхняя лобэктомия справа с экстирпацией I, II, III ребер и торакопластикой.

Через 4 месяца после операции отмечается удовлетворительный косметический и функциональный результат. По данным МСКТ грудной клетки признаков рецидива заболевания не выявлено.

В связи с тем, что опухоль пациента лишь сдавливала структуры грудной полости, но не врастала в них, был высокий шанс на благоприятный прогноз касательно восстановления неврологического дефицита.

Таким образом, своевременные диагностика и лечение (хоть и не в полной мере) способны

значительно улучшить качество жизни пациента, а также значительно продлить срок его жизни.

Список литературы:

1. Висилашко, В.И., Современные возможности дифференциальной диагностики периферического рака легкого / В.И. Висилашко, Ю.А. Аблицов [и другие] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова - 2013. - № 2. - С. 10-14.
2. Клинические рекомендации: Рак легкого / Российское общество клинической онкологии - 2018.
3. Кругляков, С.В., Еще раз о трудностях ранней диагностики рака Панкоста (случаи из практики) / С.В. Кругляков, В.П. Гордиенко [и другие] // Бюллетень физиологии и патологии дыхания - 2019. - № 73. - С. 69-75.
4. Пикин, О.В., Хирургические доступы при опухолях верхней грудной апертуры / О.В. Пикин, В.А. Глушко [и другие] // Поволжский онкологический вестник - 2014. - № 1 - С. 45-53.
5. International Agency for Research on Cancer: Iarc monographs on the identification of carcinogenic hazards to humans (Last update: 26 March 2021)