

**РАК ЛЕГКОГО  
В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ФТИЗИАТРА И  
ПУЛЬМОНОЛОГА**

**Тамашакина Г.Н.,**

**Березин М.Ю., Панасюк В.К., Кривонос П.С.**

**Лантухов А.В., Тарасов О.В., Якубеня О.Н.**

**УЗ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии»,**

**Минск**

## Материалы и методы

- Проведен ретроспективный анализ 81 медицинской карты стационарных пациентов клиники ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» г. Минска. Пациентам был впервые установлен диагноз Рак легкого (РЛ) и морфологически подтвержден в биоптатах ФБС.
- Возраст пациентов: колебался от 34 до 80 лет ( $60,9 \pm 1,9$  года), в т.ч. лиц старше 70 лет – 20 чел. (24,7%). Мужчины составили подавляющее большинство 82,2%, женщины - 17,8%.
- Исследование выборочное

**В 2020г. в РБ у 4168 человек выявлен РЛ**

**Динамика стандартизированных показателей заболеваемости и смертности от РЛ (на 100000) в РБ**

**\* 1990г. женщины- 5,3 мужчины- 62,1 всего- 27,5  
2019г. женщины- 6,4 мужчины- 54,6 всего - 25,6**

**III - IV стадии РЛ диагностируются более чем у 60% выявленных пациентов.**

**\* 1990г. женщины- 3,6 мужчины- 53,6 всего- 23,0  
2019г. женщины- 3,7 мужчины- 40,7 всего - 18,3**

Курченков А.Н., Курчин В.П. 2022г.

**\* - Для диагностики патологии легких не использовали КТ ОГК**

# Комплексные эффективные методы диагностики рака легких

- Рентгенологические исследования и КТ ОГК
- Бронхологическое исследование\*
- Хирургические методы\*

\* - с обязательным забором материала для морфологической верификации диагноза

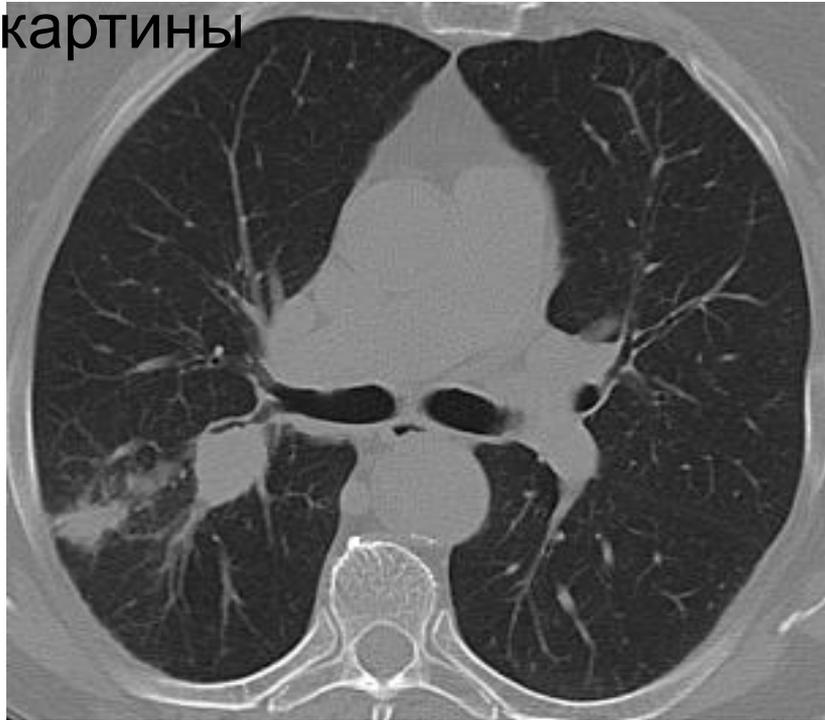
Часто приоритет отдается только рентгенологическим методам (в т.ч. КТ ОГК), полученные данные которых не всегда правильно трактуются из-за сложности процесса и опыта специалиста

**По данным  
Российского научного центра  
рентгенорадиологии  
Министерства здравоохранения РФ**

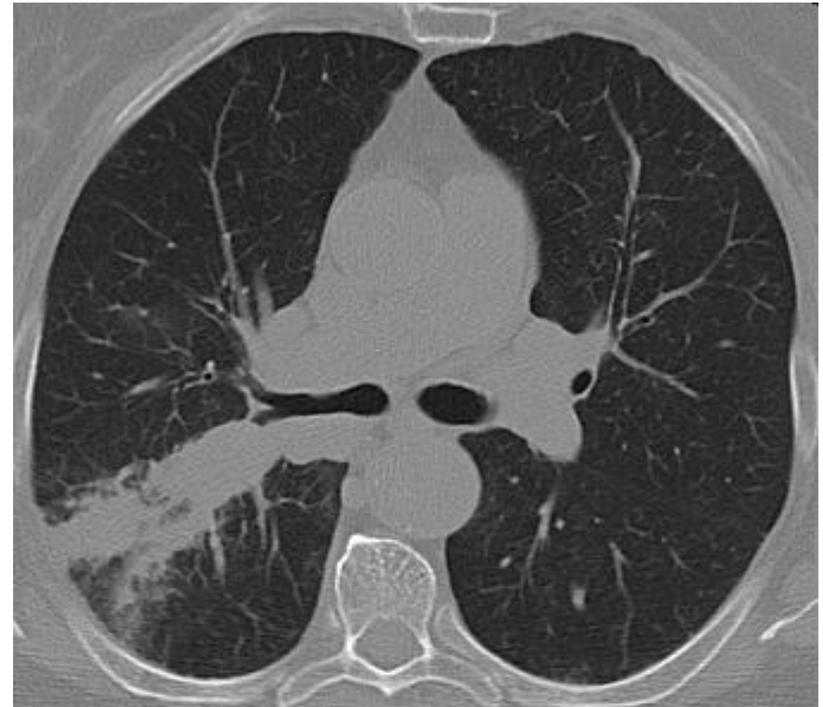
**- из-за рентгенологических ошибок  
диагноз рака легкого  
был установлен  
с опозданием более чем на 6 месяцев  
- у 40% больных**

Основные трудности  
при *дифференциальной* диагностике  
рака и туберкулеза легких  
обусловлены  
клиническим патоморфозом  
обоих заболеваний  
и *сходством их*  
*клинико-рентгенологических*  
*проявлений*

# Трудности диагностики. Неправильная трактовка КТ картины



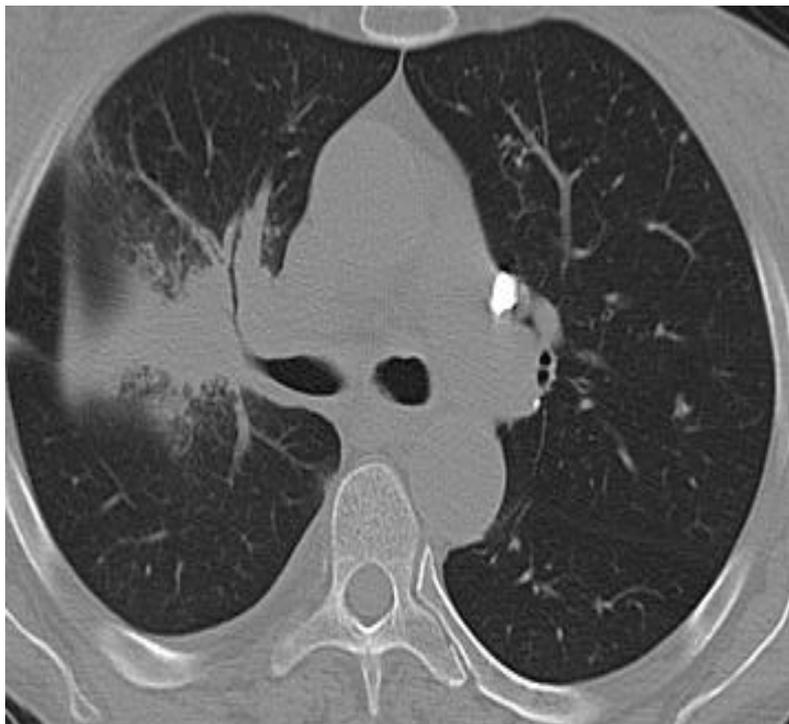
09.02.2007г. Скан КТ№1



24.04.2007 Скан КТ№2

Пациент П., 63г. Скан КТ№1. Опухолевый узел (Опу) сдавил и сузил просвет бронха ПС2. В зоне легкого с нарушенной вентиляцией - развилась обструктивная пневмония. Легочные изменения трактовались как ИТЛ; Опу - как увеличенные ЛУ корня, сдавливающие просвет бронха. Пациент 2 месяца получал ПТТ. На КТ№2- отрицательная динамика –подозрение на рак бронха.

## Трудности диагностики



Скан КТ 1



Скан КТ 2



Скан КТ 3

Больная К. 61 г. Скан КТ 1,2. Выраженное, нитевидное сужение бронха PS3, обтурация бронха PS1-2, перибронхиальная инфильтрация. В PS1,2 инфильтративно - ателектатическое уплотнение легочной ткани.

Крупный кальцинат в области левого корня.

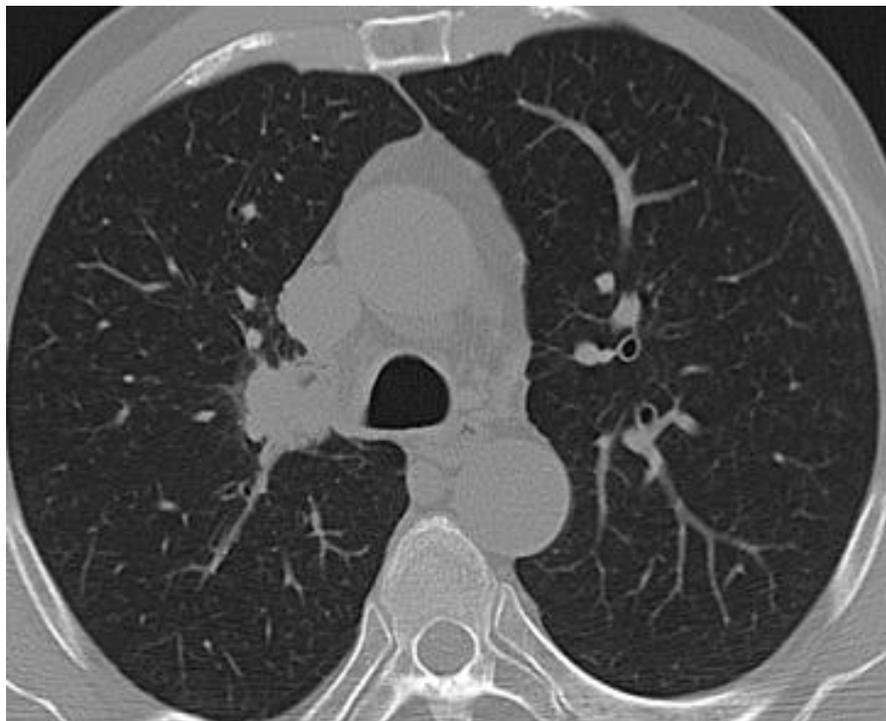
Скан КТ 3 Признаки кальцинации в толще инфильтрации в PS1,2.

На ФБС: трифуркация устья ПВДБ расширена за счет давления из вне, оно же вызывает сужение 2ст. в бронхах ПС 1,2,3 Гистология: аденокарцинома.

Окончательный диагноз: ЦР 1ст. (Получала ПТП в течении 2,4м.)

# Трудности диагностики РЛ

Изменения на прямой и боковой рентгенограммах трактовались как плевропневмофиброз после клинически излеченного ТЛ. При КТ ОГК выявлены опухолевый узел и ателектаз ПСЗ. ФБС: устье бронха ПСЗ заблокировано опухолью.

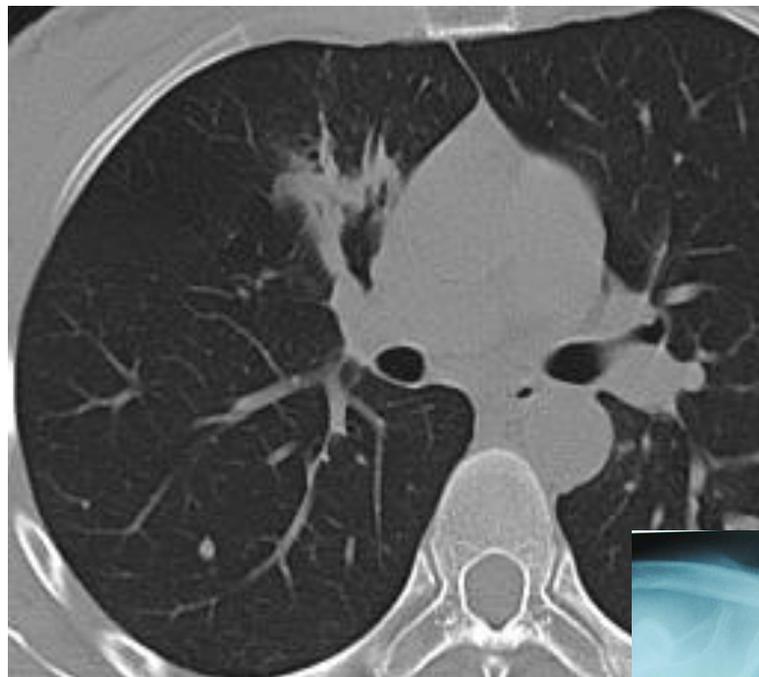


Больной К. 51год



По результатам обследования установлен ЦР ПВДБ 4 ст.  
Гистология: аденокарцинома.  
10 месяцев наблюдения пульмонологами и фтизиатрами.

# Проявления опухолевого бронхостеноза



**Скан КТ**

**Гиповентиля-  
ционные  
изменения в  
ПСЗ**

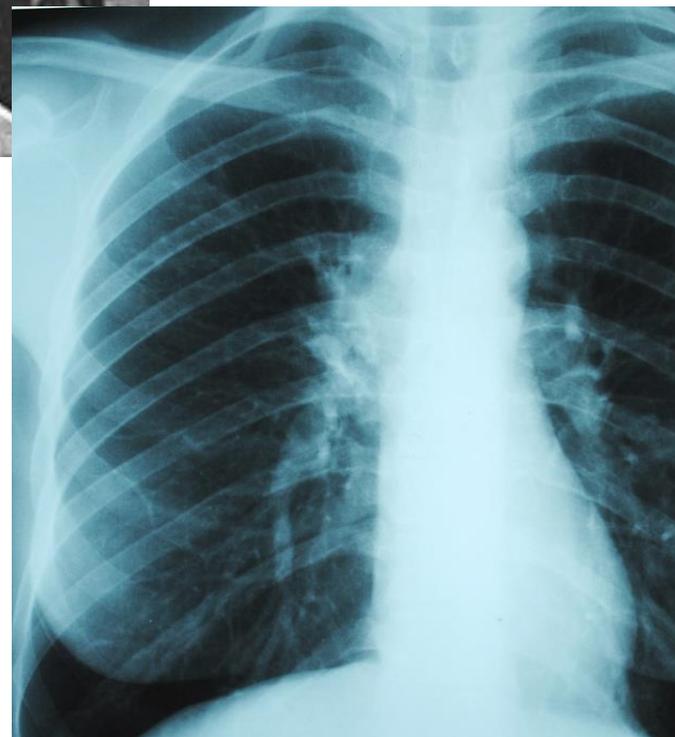
**Эндоскопия ФБС:**

**опухоль  
обтурировала  
устье ПВДБ**

**Рентгенограмма**

**ПКЛ неструктурен, расширен.**

**Легкие- без видимой патологии**



Центральный рак легкого (ЦРЛ) - 60 - 80% от числа всех случаев злокачественного поражения бронхолегочной системы  
- у 70% больных выявляется в III-IV стадии,  
- при первичном обращении, устанавливается в 10,5% случаев, остальных - предполагаются другие заболевания легких, в 29% - туберкулез.

**Основной метод диагностики – ФБС**

**От начала первых рентгенологических проявлений РЛ до установления диагноза путем операции или на секции проходит несколько лет.**

# Рентгенологические синдромы ЦРЛ

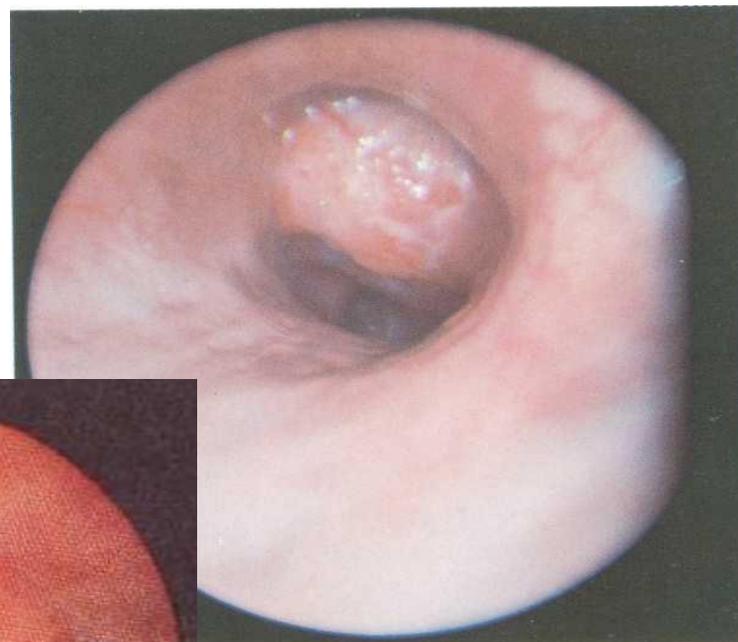
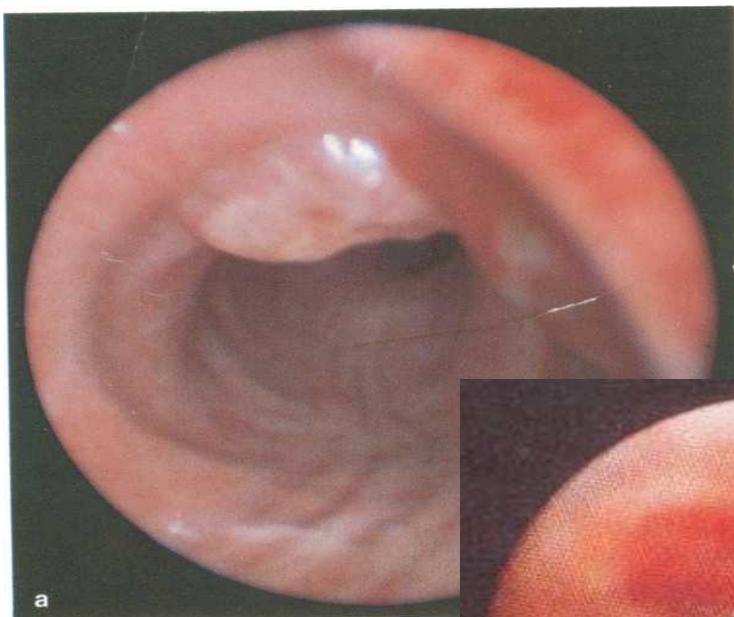
- Синдром узлового образования в корне легкого
- Синдром нарушения просвета бронха
- Синдром нарушения вентиляции в зоне, дренируемой пораженным бронхом – стадии и их, возможная, длительность :

-рецидивирующий пневмонит	8 – 10 мес.
- экспираторная эмфизема	1 – 2 мес.
- гиповентиляция	6 – 8 мес. *
- ателектаз	4 – 6 мес. *

Часто присоединяются осложнения в зоне гиповентиляции и ателектаза: обтурационный пневмонит, воспалительные и деструктивные изменения.

\* - длительность процесса является частой причиной диагностических ошибок

# Рентгенологические синдромы ЦРЛ минимально выражены – при частичном сужении бронха



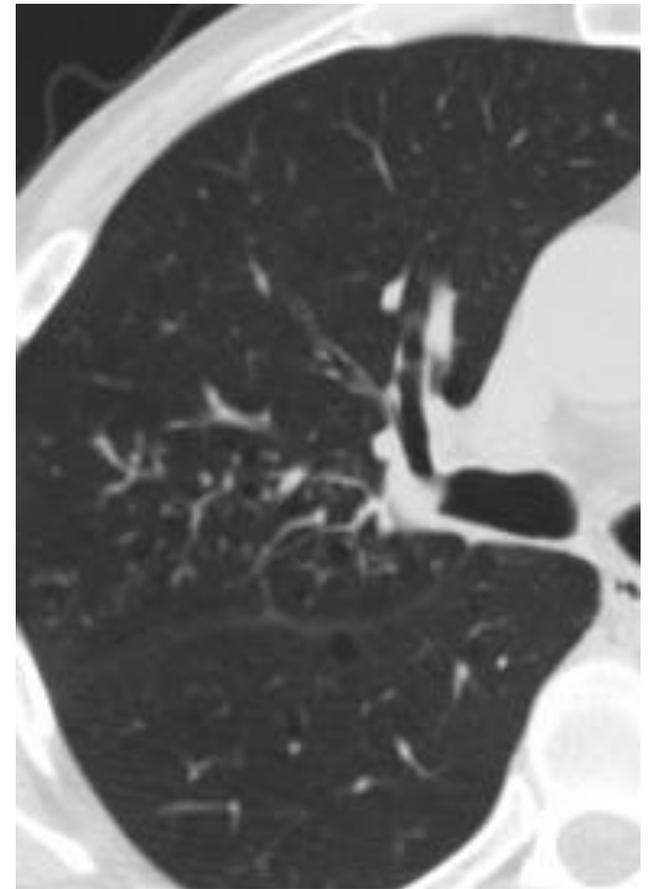
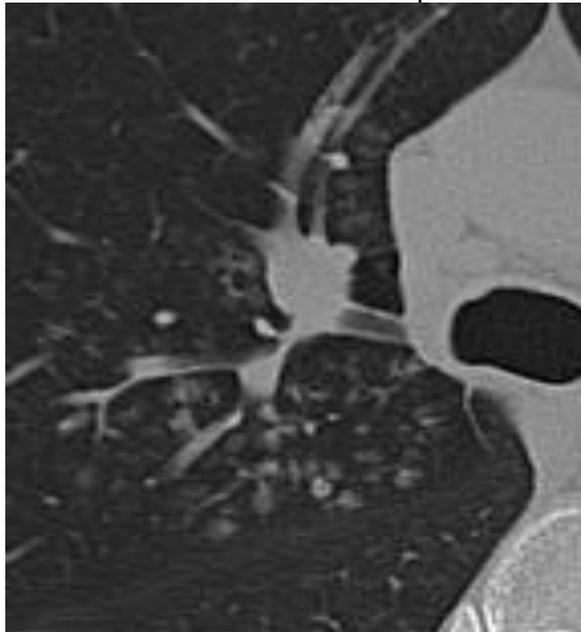
Эндобронхиальная опухоль: сужение и обтурация устья бронха

# Трудности диагностики ЦРЛ

Пациент П. 51г. На сканах КТ: опухоль бронха ПСЗ, частично суживает просвет.

В легочной ткани:

- *компенсаторная эмфизема,*
- *субсегментарные ателектазы* (деформация в виде узких полосок),
- *дольковые ателектазы* (очагово-подобные изменения)



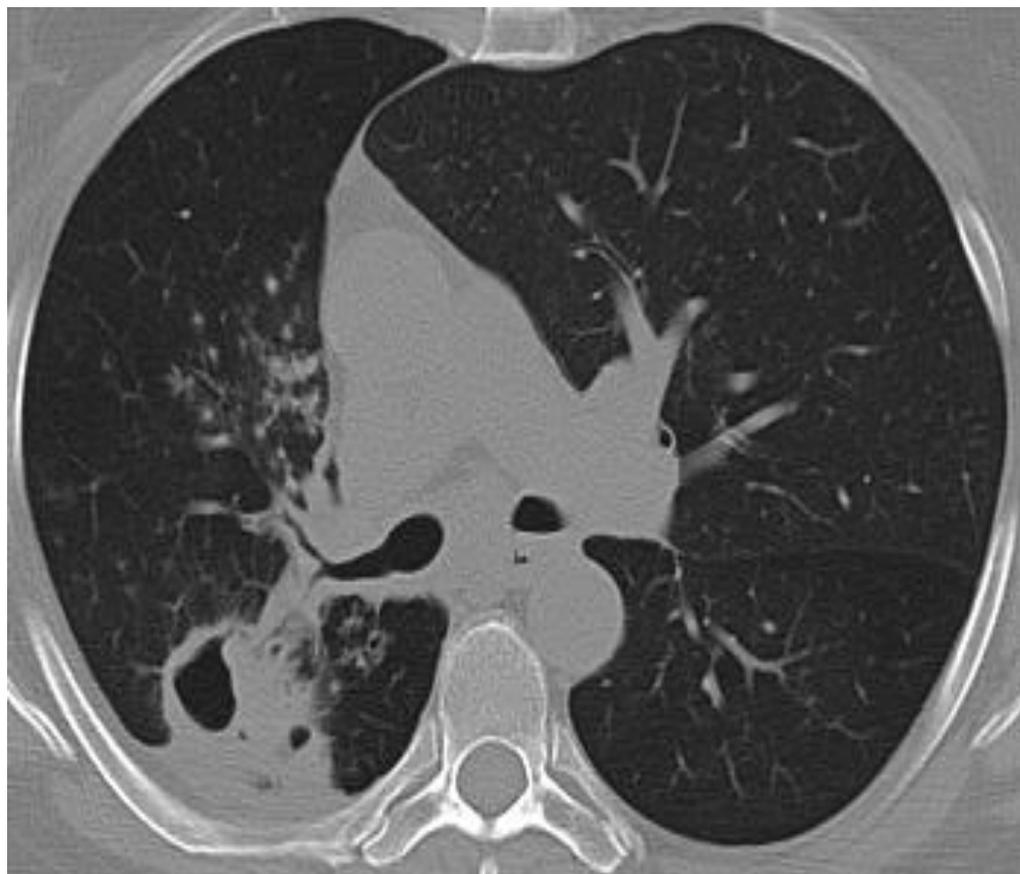
При ФБС у пациента: в устье ПВДБ опухолеподобное образование белого цвета, с бугристой поверхностью, хорошо фрагментируется.

Окончательный диагноз: ЦР ПВДБ 4 ст.

## Трудность диагностики

Разветвленный рак бронха с перибронхиальным ростом.

Может приниматься эндоскопистами за эндобронхит.



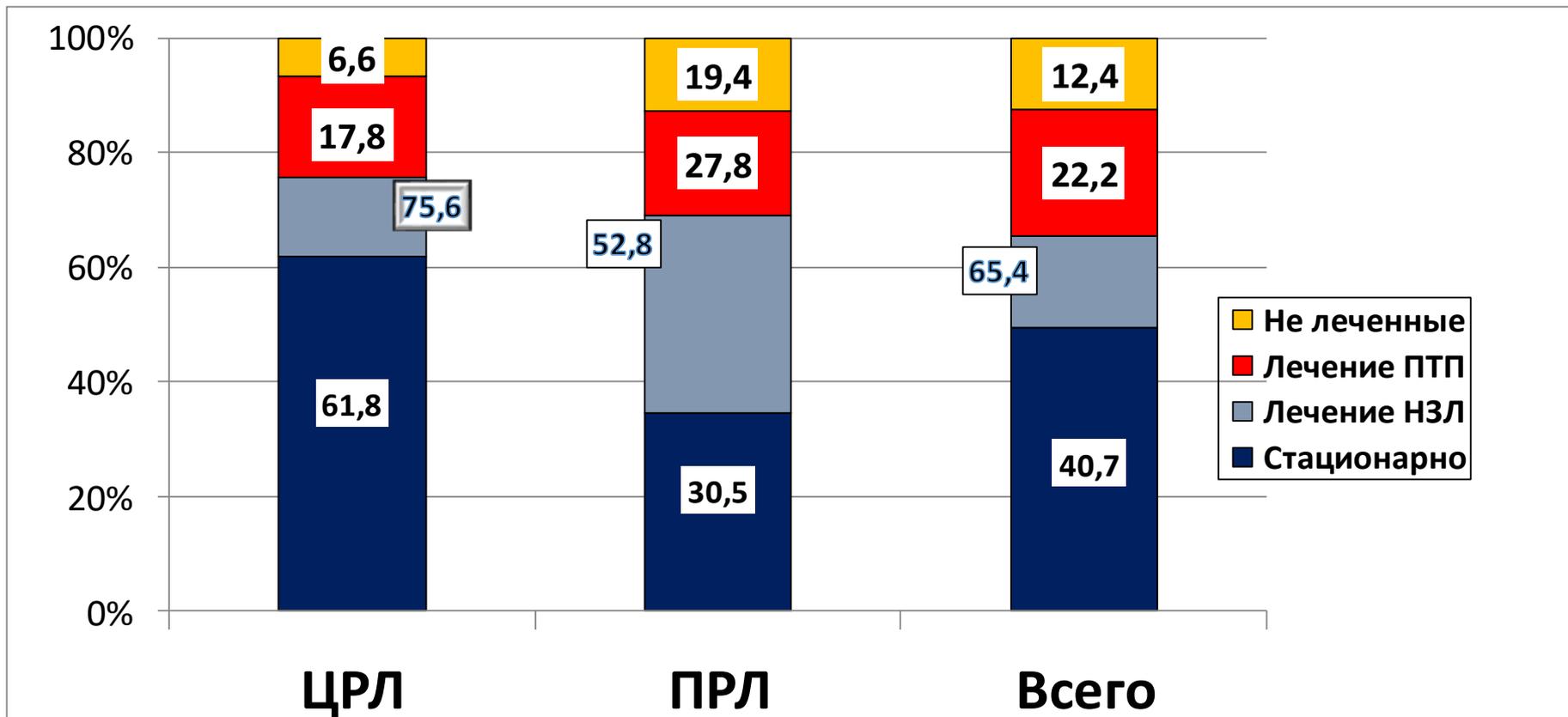
Медленное, постепенное сужение бронха приводит к развитию осложнённого ателектаза

# Для периферического рака время удвоения объема

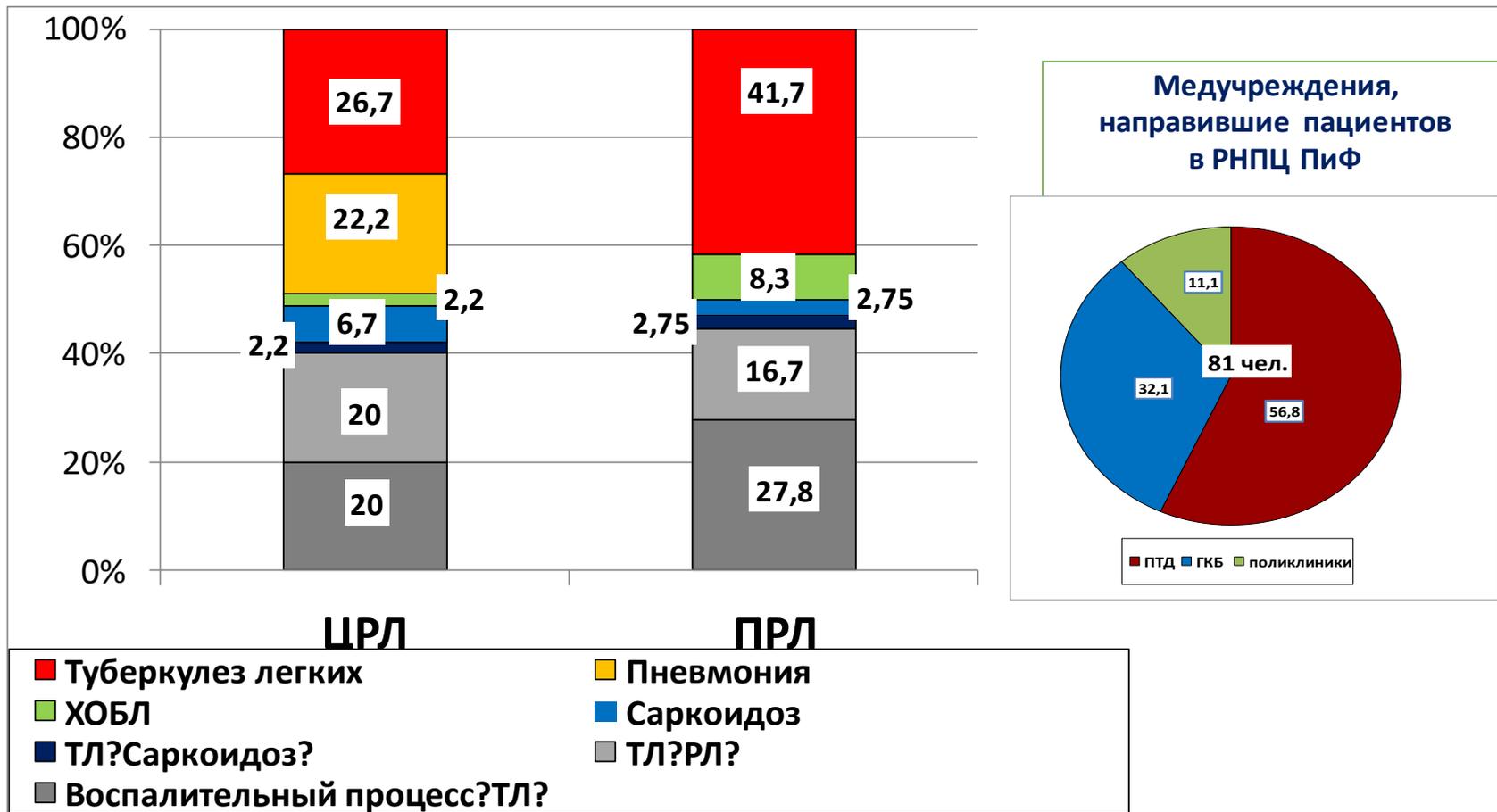
в среднем составляет **110-140** суток,  
может колебаться от **140-750** суток

- Стабильность рентгенологической картины на протяжении менее 2 лет не является абсолютно убедительным основанием для исключения РЛ.

# Антибиотикотерапия до стационара РНПЦ Пиф у больных раком легкого



# Диагнозы пациентов при поступлении в РНПЦ Пиф



**Локализация и распространенность  
опухоли в бронхах у пациентов с ЦРЛ (по данным ФБС)**

<b>Локализация и распространенность опухоли в бронхах (по данным ФБС)</b>	<b>Всего n= 45 чел. (100%)</b>	
	<b>абс.</b>	<b>абс.</b>
<b>Опухоль 1 сегментарного бронха</b>	5	11,1
<b>Опухоль не выходит за пределы долевого бронха</b>	17	37,8
<b>Опухоль распространяется на долевого бронх, соседний долевого, промежуточный и/или главный бронх</b>	18	40,0
<b>Опухоль распространяется на трахею, главный бронх второго легкого</b>	5	11,1

ПРЛ. Локализация и распространенность пророста опухоли в бронхи (по данным ФБС)		Итого n =36чел (100%)	
		абс.	%
1. Пророст опухоли в крупный бронх из легочного очага	Всего из них:	<b>21</b>	<b>58,3</b>
- в один субсегментарный бронх		2	5,5
- в 1 или 2 сегментарных бронха		14	38,9
- в долевого бронх и не выходит за его пределы		5	13,9
2. в т.ч. пророст опухоли из метастатически пораженных ЛУ корней легких, средостения в главный и\или долевого бронхи того же или другого легкого		<b>9</b>	<b>25,0</b>
3. Опухоли в крупных бронхах не выявлено. Патология легких (по КТ) биоптирована при ФБС. Подтверждена морфологически. У пациентов в дальнейшем установлен:		<b>15</b>	<b>41,7</b>
ПРЛ 1 – 2 стадии		<b>6</b>	<b>16,7</b>
ПРЛ 3 - 4 стадии. МТС в ЛУ корней легких, средостения и др.		<b>9</b>	<b>25,0</b>

Использование только рентгенологических исследований, как основного метода, для диагностики патологии легких неоправданно: рентгензаключение является более или менее обоснованным предположением. За одним и тем же рентгенпризнаком может скрываться целый ряд болезней, в нем отсутствует конечный аргумент – морфологическая верификация диагноза, что позволяют осуществить бронхологические и хирургические методы.

**БЛАГОДАРЮ**

**ЗА**

**ВНИМАНИЕ**

