

Сестринский уход за пациентами с раком щитовидной железы.

Сестринский уход за пациентами с раком легкого.

Содержание:

1. Факторы риска развития рака щитовидной железы.
2. Клинические проявления (ранние симптомы).
3. Формы онкологических заболеваний, классификация по стадиям.
4. Диагностика и лечение онкологических заболеваний.
5. Принципы профилактики.
6. Факторы риска развития рака легкого.
7. Клинические проявления (ранние симптомы).
8. Формы онкологических заболеваний, классификация по стадиям.
9. Диагностика и лечение онкологических заболеваний.
10. Принципы профилактики.

Рак щитовидной железы – опухоль, развивающаяся из клеток эпителия щитовидной железы. При отсутствии радиационного воздействия частота встречаемости рака щитовидной железы растет с возрастом. Если у детей он встречается крайне редко, то у лиц старше 60 лет в половине случаев можно выявить узловые формы рака. Подъем заболеваемости наступает на 4-м десятилетии как у мужчин, так и у женщин, однако соотношение заболеваемости остается 1:3 соответственно. Возникновение рака щитовидной железы во всех странах имеет два пика: меньший – в возрастной период от 7 до 20 лет, больший – в 40 – 65 лет.

Рак щитовидной железы занимает скромное место в структуре заболеваемости злокачественными опухолями. На его долю приходится 0,4 – 2% всех злокачественных новообразований. Заболеваемость раком щитовидной железы в Российской Федерации (1996 г.) составила 1,1 на 100 тыс. среди мужского населения и 3,8 на 100 тыс. среди женского.

Этиология рака щитовидной железы

Детальное изучение больных с заболеваниями щитовидной железы позволяет высказать определенные суждения о причинах возникновения рака щитовидной железы.

Гормональные воздействия. В эксперименте убедительно показано, что повышенное содержание тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ) в крови является важным этиологическим и патогенетическим фактором развития опухолей щитовидной железы. Вместе с тем подавление секреции ТТГ тиреоидными гормонами вызывает лечебный эффект при дифференцированном раке щитовидной железы. Отмечено, что исходный уровень ТТГ при раке щитовидной железы значительно выше, чем при отсутствии патологии в органе.

Ионизирующее излучение. В последнее время все больше наблюдений указывают на ионизирующее излучение как на причину развития рака в щитовидной железе. В 1978 г. I. Serlethy и соавт. показали, что у лиц, подвергшихся в детстве рентгеновскому облучению области головы и шеи (по поводу лимфаденитов, увеличения миндалин, аденоидов и т.д.), рак щитовидной железы был выявлен в 19,6 % случаев. Среди японцев, подвергшихся облучению при взрыве атомных бомб в Херасиме и Нагасаки, рак щитовидной железы наблюдался в 10 раз чаще, чем среди остального населения Японии. В этой связи следует отметить рост заболеваемости раком щитовидной железы у лиц, попавших под

воздействие ионизирующей радиации после аварии на Чернобыльской АЭС. В России (Брянская, Тульская, Рязанская и Орловская области), по данным В.В. Двойрина и Е.А. Акселя (1993 г.), уровень заболеваемости раком щитовидной железы у детей в возрасте 5 – 9 лет после аварии увеличился в 4,6 – 15,7 раза по сравнению со средним по стране.

Другие факторы, способствующие развитию заболеваний щитовидной железы. Изучение проблемы рака щитовидной железы в последнее время позволило установить ряд факторов, имеющих прямое отношение к развитию заболевания

Отмечено, что у больных папиллярным и фолликулярным раком щитовидной железы предрасполагающие факторы были выявлены в 84 – 86 % случаев, при этом сочетание нескольких факторов имеет место у большинства больных (60,5%). Вопрос взаимосвязи рака и "фоновых" процессов является одним из основных в онкологии, так как он касается причинно-следственных отношений в канцерогенезе. Установлено, что дефицит йода в организме служит основной причиной гиперплазии щитовидной железы. Обычно такая гиперплазия является компенсаторной, но иногда становится необратимой. Этому процессу могут способствовать также факторы, блокирующие синтез тиреоидных гормонов. Таким образом, развитию злокачественных новообразований в железе нередко предшествуют узловой зоб, диффузная и узловатая гиперплазии, доброкачественные опухоли (аденома). Наиболее высокий процент выявления раннего рака отмечен на фоне аденом и аденоматоза щитовидной железы, однако и гиперпластические заболевания могут быть фоновыми для развития рака щитовидной железы в 23,6 % случаев. Это лишний раз доказывает необходимость морфологической верификации любого узлового образования в щитовидной железе.

С учетом имеющихся данных относительно этиопатогенеза рака щитовидной железы следует отметить, что в группу повышенного риска надо относить:

- женщин, длительное время страдающих воспалительными или опухолевыми заболеваниями гениталий и молочных желез;
- лиц, имеющих наследственное предрасположение к опухолям и дисфункции желез внутренней секреции;
- пациентов, страдающих аденомой или аденоматозом щитовидной железы;
- рецидивирующих эутиреоидным зобом в эпидемичных районах;
- лиц, получивших общее или местное воздействие на область головы и шеи ионизирующей радиации, особенно в детском возрасте.

Классификация рака щитовидной железы по стадиям

В нашей стране наибольшее распространение получило распределение злокачественных опухолей по 4 стадиям, каждая из которых характеризуется степенью распространения первичной опухоли, наличием регионарных и отдаленных метастазов.

Распределение рака щитовидной железы по клиническим признакам (стадиям)

I стадия - одиночная опухоль в щитовидной железе без деформации и прорастания капсулы железы и без ограничения смещаемости, при отсутствии регионарных и отдаленных метастазов.

II стадия: а - одиночная или множественные опухоли в щитовидной железе, вызывающие ее деформацию, но без прорастания капсулы железы и без ограничения смещаемости, при отсутствии регионарных и отдаленных метастазов;

б - одиночная или множественные опухоли в щитовидной железе, вызывающие или не вызывающие ее деформацию, без прорастания капсулы железы и без ограничения

смещаемости, но при наличии смещаемых регионарных метастазов на пораженной стороне шеи и при отсутствии отдаленных метастазов.

III стадия: а - опухоль распространена за пределы капсулы щитовидной железы и связана с окружающими тканями или сдавливает соседние органы (парез возвратного нерва, сдавление трахеи, пищевода и пр.) при ограниченной смещаемости железы, но при отсутствии регионарных и отдаленных метастазов;

б - опухоль щитовидной железы I, II и III а стадий, но при наличии двусторонних смещаемых метастазов на шее, или метастазов на шее на стороне, противоположной поражению щитовидной железы, или одно- или двусторонних метастазов на шее, ограниченно смещаемых, но при отсутствии отдаленных метастазов.

IV стадия - опухоль прорастает в окружающие структуры и органы, щитовидная железа не смещается; либо наличие несмещаемых метастазов в лимфатических узлах на шее, либо отдаленные метастазы.

Гистологические типы

Существуют четыре наиболее распространенных гистопатологических типа:

Папиллярная карцинома (включая с фолликулярными фокусами).

Фолликулярная карцинома (включая так называемую Гюрт-ле клеточную) карциному.

Медуллярная карцинома.

Недифференцированная (анapластическая) карцинома.

Клиническая картина

Дифференцированный рак щитовидной железы длительное время не сопровождается какими-то общими расстройствами: нет ни болей, ни лихорадки, не страдает общее состояние и даже работоспособность. Больного беспокоит только сам факт существования узла в проекции щитовидной железы. Нередко больной и не подозревает о существовании у него опухоли, которая является неожиданной находкой при врачебном осмотре. Таким образом, на начальных стадиях клинические проявления дифференцированных карцином имеют много общего с симптомами узлового нетоксического зоба. Исключение составляет метастатический вариант дифференцированного рака.

Карциномы щитовидной железы, даже при больших размерах опухоли, занимающей все отделы железы, не сопровождаются клиническими признаками гипотиреоза.

Ведущая жалоба больных дифференцированными карциномами - наличие опухолевого узла в области шеи. При небольших размерах узел чаще располагается в области одного из полюсов доли, плотно прилежит к поверхности трахеи. Плоский, очень плотный (деревянистый), прилежащий к трахее узел - типичный признак сосочкового рака щитовидной железы. Фолликулярные карциномы обычно не имеют такой деревянистой плотности, поверхность их более гладкая, и, как правило, опухоли больше 1,5 см. Маленькие фолликулярные карциномы наблюдаются заметно реже, чем папиллярные раки, которые, напротив, часто не превышают 1 см.

Одним из характерных симптомов рака щитовидной железы принято считать сдавление трахеи и пищевода. Эти симптомы очень характерны для низкодифференцированных карцином щитовидной железы, которые, обладая быстрым инфильтрирующим ростом, достигают значительных размеров, циркулярно охватывают трахею и пищевод, вызывая стеноз этих органов. Дифференцированные карциномы щитовидной железы, в частности, папиллярные раки, растут в виде одиночного узла, который, достигнув определенных размеров, может вызвать смещение трахеи.

Клинические признаки стеноза трахеи при дифференцированном раке щитовидной железы возникают при загрудинной локализации опухоли, вернее частично загрудинной, когда нижний полюс опухоли спускается за грудину. В остальных случаях трахея смещается в сторону легко податливых мягких тканей шеи и стеноза ее не возникает даже при выраженной девиации.

Одним из первых клинических симптомов дифференцированного рака щитовидной железы может быть осиплость голоса.

В отличие от других новообразований щитовидной железы, в клинической картине дифференцированных карцином ведущую роль нередко играют метастазы в регионарные лимфатические узлы. Регионарные метастазы могут появиться очень рано, когда первичная опухоль настолько мала, что клинически не определяется. В таких случаях регионарные метастазы являются первым и нередко единственным клиническим проявлением заболевания.

Подобные опухоли щитовидной железы получили название «скрытого» рака.

По данным ОНЦ РАМН, «скрытый» рак составил 24,3% всех карцином щитовидной железы. К «скрытому» раку относятся все опухоли, которые клинически не определяются (от микроскопических до 1,5 см) и манифестируются только метастазами, преимущественно регионарными, или случайно обнаруживаются при гистологическом исследовании щитовидных желез, удаленных по поводу предполагаемых доброкачественных образований.

Более удачным представляется термин «маленький» рак.

«Маленькие» карциномы щитовидной железы называют еще «минимальным», или «малым» раком.

В зависимости от размеров первичной опухоли щитовидной железы, N. Kasai предлагает следующие обозначения: «минимальный» рак - опухоли менее 5 мм; «малый» рак - опухоли от 5 до 10 мм; клинический рак - опухоли диаметром более 10 мм.

Чрезвычайно быстрый темп и диффузный, инфильтративный характер роста - это основные клинические отличия анапластических карцином от опухолей дифференцированного строения. Эти особенности определяют характер жалоб больного и объективные проявления заболевания.

К моменту госпитализации все больные, страдающие анапластическим раком щитовидной железы, имели опухоль, вызывающую деформацию шеи. Быстрый рост опухоли сопровождается неизбежным некрозом ее, а всасывание продуктов распада вызывает явления общей интоксикации: лихорадку, слабость, анемию. Такого рода общие проявления заболевания наблюдались у 1/3 больных анапластическим раком и, как было отмечено, совершенно отсутствовали при дифференцированных карциномах щитовидной железы.

Местно недифференцированный рак щитовидной железы определяется как плотная, бугристая опухоль, нередко занимающая все отделы железы и имеющая характер инфильтрата. Регионарные метастазы появляются рано, но в отличие от метастазов дифференцированных карцином они представлены конгломератами спаянных между собой узлов, которые сливаются с первичной опухолью в единый опухолевый инфильтрат, занимающий всю переднюю поверхность шеи. В некоторых случаях регионарные метастазы определяются четко. Бурно растущая опухоль быстро выходит за

пределы щитовидной железы и распространяется на соседние анатомические образования, что проявляется соответствующими клиническими симптомами.

Прежде всего, прорастая в окружающие претрахеальные мышцы, опухоль фиксируется и не смещается при глотании. Достаточно быстро в процесс вовлекается кожа, последняя становится гиперемированной, инфильтрированной, изъязвляется, возникает опасность кровотечения. Клиническая картина нарастает столь быстро, что прогрессирующая гиперемия и присоединяющаяся лихорадка создают ложное впечатление о возможной воспалительной природе процесса

Метастазирование

Для рака щитовидной железы характерны два пути метастазирования: лимфогенный и гематогенный. Основными путями лимфогенного метастазирования являются лимфатические узлы следующих групп: глубокие яремные, бокового треугольника шеи, включая зааксесорную область, околотрахеальные, включая зону передне-верхнего средостения и предгортанные. По данным онкологических клиник более 40-60% больных раком щитовидной железы, поступают на лечение с регионарными метастазами по ходу сосудисто-нервного пучка шеи и/или в околотрахеальную область. Как уже отмечалось выше метастатическое поражение лимфатических узлов шеи может явиться первым клиническим симптомом данного заболевания.

Излюбленными зонами гематогенного метастазирования для рака щитовидной железы являются легкие - от 4,4 до 14% случаев, и кости - от 1 до 8% наблюдений. Более редко, в основном при недифференцированных формах заболевания, наблюдаются метастазы в печени, головном мозгу и других органах. Метастазирование в печень также характерно для генерализованных форм медуллярного рака щитовидной железы.

Диагностика рака щитовидной железы

Клинические методы диагностики имеют важное значение в выявлении узловых образований на шее: в области щитовидной железы и регионарных зонах. Правильно собранный анамнез должен быть направлен на установления порядка и сроков появления узловых образований, связь их с симптомами гипер и гипотиреоза, скорость прогрессирования, методы и результаты проводимого ранее лечения. Если больной был ранее оперирован, то необходимо уточнить объем проведенного вмешательства, данные гистологического исследования удаленного препарата.

Обследование необходимо начинать с внимательного осмотра шеи, при котором следует обратить внимание на наличие деформации, особенно в области расположения органа. Важно выявить изменения в гормональном статусе, отметив клинический проявления гипо или гипертиреоза. Пальпацию щитовидной железы целесообразной производить в положении стоя и лежа. В положении стоя врач находясь за спиной больного 2-4 пальцами обеих рук обследует щитовидную железу, прижимая ее доли при глотательных движениях к трахее. Пальпаторно обследуются и зоны регионарного лимфооттока от щитовидной железы: вдоль сосудисто-нервных пучков шеи, боковые треугольники шеи и околотрахеальная зона. При этом отмечается степень увеличения щитовидной железы и лимфатических узлов, наличие узловых образований их форма, плотность и связь с окружающими тканями. При наличии узлов в щитовидной железе и регионарных зонах, обязательным является обследование ЛОР органов для исключения их опухолевого поражения и установления подвижности голосовых складок.

Несомненна целесообразность современного обследования при раке щитовидной железе органов в которых отмечается наиболее частое развитие первично-множественных опухолей: молочных желез, матки и яичников.

На ранних стадиях развития дифференциальная диагностика этих заболеваний без использования специальных методов обследования практически не возможна. В настоящее время основным методом диагностики, обязательным при подозрении на опухолевое поражение щитовидной железы, является ультразвуковое исследование. Использование современных ультразвуковых аппаратов со специальными датчиками 7,5 и 5 МГц позволяет выявлять очаги опухолевого роста до 0,2-0,5 см в наибольшем измерении. Это обеспечивает возможность обнаружения дополнительных, не определяемых с помощью других методов дооперационного обследования, узловых образований у каждого второго больного, поступившего на оперативное лечение. Чувствительность этого метода в выявлении непальпируемых очагов опухолевого роста достигает 91%.

Кроме этого некоторые ультразвуковые симптомы, достоверно чаще встречаются при злокачественных опухолях щитовидной железы. К таким критериям злокачественности, помимо общеизвестных признаков (выход опухолевого процесса за капсулу щитовидной железы и наличие метастатических узлов), следует относить неровность контура самого опухолевого очага, отсутствие гипоехогенного ободка ("хало") вокруг него и неравномерную структуру узла с преобладанием гипоехогенных солидных участков.

Немаловажное значение имеет ультразвуковой метод и для выявления пальпаторно неопределяемого поражения регионарных лимфатических узлов, особенно в паратрахеальных зонах. Обязательным является ультразвуковое обследование органов брюшной полости для выявления первично-множественных опухолей при медулярной форме рака щитовидной железы.

Рентгенография легких в двух проекциях должны быть произведена у всех больных с подозрением на злокачественную опухоль щитовидной железы. Это связано с высокой вероятностью метастазирования в легкие, чаще проявляющегося в виде множества мелких очагов, которые можно пропустить при флюороорографии и рентгеноскопии. При подозрении на метастатическое поражение лимфатических узлов средостения или загрудинном компоненте первичной опухоли целесообразно выполнить томографии средостения. Компьютерная томография используется только при невозможности уточнить другими методами связь загрудинно расположенных образований с сосудами и органами средостения. По показаниям, при наличии жалоб или клинических симптомов поражения проводится рентгенологическое обследование скелета. Для метастазов рака щитовидной железы чаще характерен остеолитический характер поражения, с излюбленной локализацией в позвоночнике, костях таза, ребрах. При распространенных процессах и наличии симптомов давления на трахею и пищевод возможно рентгенологическое исследование шейных отделов этих органов, включая томографию.

Для исключения опухолевого или травматического (после произведенной операции) поражения возвратных нервов обязательным методом обследования является непрямая ларингоскопия с оценкой подвижности голосовых складок. Другие эндоскопические методы: фиброскопия трахеи и пищевода, используются только при подозрении на прорастание этих органов

Цитологическое исследование пунктатов из очагов опухолевого роста является определяющим для установления правильного диагноза и выбора оптимального варианта лечения. Данный метод наиболее важен для дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных очагов в щитовидной железе. Целесообразно получение материала для цитологического исследования из всех узлов в щитовидной железе, морфологический характер которых может повлиять на выбор метода лечения и объема операции. Этот метод позволяет достоверно дифференцировать метастатическое поражение лимфатических узлов от других, первично множественных опухолей. При получении достаточного для цитологического заключения материала у большинства больных (60%) возможно установление морфологической формы злокачественной опухоли: папиллярный, фолликулярный, медулярный, недифференцированный рак или саркома. При этом по данным пункции метастатического узла возможно определение локализации клинически неопределяемой первичной опухоли.

При отсутствии морфологической верификации диагноза до операции высокой эффективностью обладает метод срочного цитологического исследования соскобов или отпечатков с удаленного опухолевого узла. Он обязательно должен быть применен при сохранении части пораженной доли органа или выявлении лимфатических узлов подозрительных по метастазированию. С аналогичной целью возможно использование срочного гистологического исследования замороженных срезов опухоли. Однако трудность интерпритации морфологических изменений при высокодифференцированных опухолях и высокая частота гипер и гиподиагностических ошибок требуют участия опытного морфолога.

Плановое гистологическое исследование всех удаленных узловых образований щитовидной железы является обязательным условием для выявления рака этого органа. Учитывая частоту т. н. "скрытого рака щитовидной железы", все удаленные образования на шее также должны быть морфологически верифицированы.

Из лабораторных методов, имеющих значение для диагностики рака щитовидной железы следует выделить определение уровня кальцитонина у больных с подозрением на медулярную форму опухоли и их кровных родственников. Повышенное содержание этого гормона является специфическим маркером для выявления опухолей этого вида и раннего обнаружения рецидивов заболевания. Значительное повышение уровня содержания тиреоглобулина в сыворотке больного дифференцированным раком щитовидной железы также в ряде случаев может явиться указанием на возможный рецидив заболевания. У всех больных, особенно оперированных на щитовидной железе, целесообразно изучение уровней содержания тиреоидных (Т3, Т4) и тиреотропного (ТТГ) гормонов. Это важно для своевременной коррекции обнаруженных изменений, имеющей значение в профилактике рецидивов заболевания.

Прочие методы диагностики, включая ранее широко используемые методы сцинтиграфии и термографии в настоящее время не рекомендуются для широкого практического использования. Это связано с отсутствием достаточной их специфичности и меньшей разрешающей способностью по сравнению с современным ультразвуковым исследованием.

Исследование с введением радиоактивного йода имеет значение только для выявления метастазов после тиреоидэктомии и определением их йодконцентрирующей функции.

Лечение

Основным методом лечения дифференцированных форм рака щитовидной железы является хирургический. Однако вопрос адекватного объема оперативного вмешательства вызывает многочисленные споры и дискуссии. В связи с высокой вероятностью внутриорганной первичной множественности в щитовидной железе многими исследователями до настоящего времени операцией выбора при раке этого органа считается тиреоидэктомия. Однако, высокие результаты 10 летней выживаемости при выполнении органосохраняющих операций, включающих тотальное удаление только пораженной доли щитовидной железы и перешейка по поводу нераспространенных высокодифференцированных опухолей этого органа позволяют нередко отказаться от этой, вызывающей наибольшее число послеоперационных осложнений операции, особенно при одиночных очагах. Дискуссионным остается вопрос возможности выполнения органосохраняющих вмешательств при множественных опухолях щитовидной железы. При детальном анализе результатов оперативных вмешательств у 341 больного с множественными очагами в щитовидной железе нами отмечена целесообразность сохранения непораженной части органа у большинства из них. Это обосновано тем, что при гистологическом исследовании у (44, %) обнаружены только очаги доброкачественных опухолей, а у (9,7%) на фоне аденоматоза отмечены явления дисплазии эпителия различной степени выраженности. Очаги доброкачественного и злокачественного роста имелись у 78 (22,9%) больных и только множественные очаги рака у 78 (22,9%). При этом у 54 из 78 больных с первично-множественными доброкачественными и злокачественными опухолями в щитовидной железе был единичный очаг рака. Множественные очаги злокачественного роста имелись у 102 больных (у 78 только рак и у 24 на фоне аденоматоза). При этом у 61 из них (60%) опухоль поражала только одну долю или долю и перешеек. Лишь у 41 больного отмечено злокачественное поражение обеих долей или тотально всего органа.

Профилактика

К мерам предупреждающим развития злокачественных опухолей щитовидной железы следует отнести исключение воздействий способствующих развитию этого заболевания. Это профилактика гормональных нарушений за счет обеспечения йодистого обмена, исключение необоснованных лучевых воздействий на зону щитовидной железы, особенно у детей. К методам вторичной профилактики следует отнести своевременное и адекватное лечение гиперпластических процессов в щитовидной железе. Рациональные оперативные вмешательства по поводу узловых зобов и аденоматоза с последующей гормональной коррекцией обеспечивают своевременное выявление рака этого органа и значительное снижение риска развития запущенных форм этого заболевания.

Прогноз

В первую очередь прогноз при злокачественных опухолях щитовидной железы определяется степенью дифференцировки опухоли, ее первичной распространенностью и адекватностью проведенного лечения. При высокодифференцированных формах опухоли: папиллярном и фолликулярном раке достигается излечение более чем 80-90% больных со сроками наблюдения 10-15 лет. В тоже время при недифференцированном и плоскоклеточном раке этого органа описаны лишь единичные благоприятные исходы. Несмотря на использование современных методов комбинированного и комплексного лечения, большинство больных с этими высокозлокачественными опухолями живут менее одного года от момента установления диагноза. Несомненное прогностическое значение

имеют возраст и пол больного. Так в молодом возрасте встречаются преимущественно высокодифференцированные опухоли с благоприятным прогнозом и медленным прогрессированием. В литературе описаны достоверные случаи излечения папиллярного рака щитовидной железы более чем через 20 лет от момента его выявления.

Сестринский уход при раке легких

Рак легких - это злокачественная опухоль, развивающаяся из слизистой оболочки и желез бронхов и легочной ткани.

Причины рака легких

Причины возникновения рака легкого многообразны, все их можно разделить на зависящие и независящие от человека.

К неизменным, независимым факторам относятся: генетическая предрасположенность - наличие рака легкого у ближайших родственников, три и более случаев рака легкого в семье, а так же наличие у данного пациента нескольких опухолевых заболеваний других органов (множественные формы рака). Кроме того, к неизменным факторам относится общий статус пациента: возраст более 50 лет, наличие хронических легочных заболеваний (хронический бронхит, туберкулез, пневмония - воспаление легких, рубцовые изменения легочной ткани); а так же эндокринные нарушения в организме, особенно у женщин.

Модифицируемые факторы, то есть те, которые человек в состоянии изменить, включают: курение - главная и достоверно подтвержденная причина развития рака легких. Ядовитые канцерогенные (вызывающие рак) вещества, выделяемые при сгорании табака, представляют собой более 4000 видов, наиболее известные и опасные из них следующие: бензпирен, толуидин, нафталин, тяжелые металлы (никель, полоний), нитрозосоединения. Вышеуказанные соединения, попадая с вдыхаемым сигаретным дымом в легкие, оседают на нежной слизистой оболочке бронхов, как бы выжигая её, разрушая живые клетки, приводят к гибели мерцательный эпителий - слизистый слой, всасываются через кровеносные сосуды в кровь и разносятся по организму, попадая во внутренние органы, печень, почки, головной мозг, вызывая аналогичные изменения в них.

Все вредные соединения, вдыхаемые с сигаретным дымом, навсегда оседают в легких, они не рассасываются и не выводятся наружу, а образуют скопления, медленно покрывая легкие черной сажей. Легкие здорового человека имеют нежно - розовый цвет, мягкую пористую структуру, легкие курильщика - это грубая, неэластичная ткань, приобретающая черный или иссиня-черный цвет.

Наиболее опасен бензпирен, он оказывает прямое повреждающее действие на слизистую бронхов, уже в небольших дозах вызывая перерождение нормальных клеток. Не менее опасно и пассивное курение: курильщик забирает на себя лишь небольшую часть дыма, выдыхая все оставшиеся 80% дыма в воздух. Для риска развития рака легких немалую роль играет стаж курения: более 10 лет, число выкуриваемых сигарет. При выкуривании больше 2 пачек в день риск рака легких повышается в 25 раз.

Следующий фактор, повышающий риск развития рака легких - это профессиональные воздействия:

- работа на заводах, связанная с асбестовым производством, шлифовкой металлических изделий и в кузнечном деле (выплавка железа и стали),
- валяльным, хлопчатобумажным и льняным производством,
- профессиональный контакт с тяжелыми металлами, ядохимикатами (мышьяк, хром,

никель, алюминий);

- работа в горнодобывающей промышленности: добыча угля, радоновые шахты, каменноугольные смолы;
- резиновая промышленность.

Еще один фактор - это загрязнение атмосферного воздуха. Ежедневно в крупных городах жители вдыхают тысячи канцерогенов, выбрасываемые в воздух заводами и сгоранием автомобильного топлива. Вдыхание подобных веществ неизменно приводит к перерождению слизистой оболочки дыхательных путей.

Симптомы рака легких

Симптомы, позволяющие заподозрить рак легких, делятся на общие и специфические.

Общие симптомы: слабость, снижение веса, потеря аппетита, потливость, беспричинные подъемы температуры тела.

Специфические симптомы рака легких могут быть следующие:

- кашель - возникновение беспричинного, надсадного, изнурительного кашля сопровождает рак бронхов (центральный рак). Пациент, внимательно наблюдая за своим здоровьем, может самостоятельно заметить изменения характера кашля: становится более частым, надсадным, изменяется характер мокроты. Кашель может быть приступообразным, без причины или связанным с вдыханием холодного воздуха, физической нагрузкой или в положении лежа. Такой кашель возникает при раздражении слизистой бронхиального дерева растущей в просвет его опухолью. При центральном раке легкого появляется мокрота, обычно желтовато - зеленоватого цвета, обусловленного сопутствующими воспалительными явлениями в легочной ткани.

- Одним из наиболее характерных симптомов рака легкого считается кровохарканье (выделение крови с мокротой): кровь может быть пенистой, перемешанной с мокротой, придающей ей розоватый оттенок и яркой - алой, интенсивной, в виде прожилок (активное кровотечение) или в виде темных сгустков(свернувшаяся старая кровь). Кровотечение из дыхательных путей может быть достаточно интенсивным и продолжительным, иногда приводя к гибели пациентов. Но, кровохарканье может быть симптомом и других легочных заболеваний: туберкулеза легких, бронхоэктатической болезни (воздушные полости в легком).

- одышка связана с изменениями в легочной ткани: сопутствующее опухоли воспаление легких, спадение части легкого в связи с закупоркой бронха опухолью (ателектаз), нарушающие газообмен в легочной ткани и ухудшающие условия вентиляции легких, уменьшение дыхательной поверхности. При опухолях, растущих в крупных бронхах может наступить ателектаз всего легкого и полное выключение его из работы.

- боли в грудной клетке - связаны с прорастанием опухоли серозной выстилки легких (плевры), имеющей много болевых окончаний, сопутствующими воспалительными изменениями легких и прорастанием опухоли в кости, крупные нервные сплетения грудной клетки.

На ранней стадии болезни болей не бывает, стойкие интенсивные боли характерны для поздних, запущенных стадий опухоли. Боли могут быть в одном месте или отдавать в шею, плечо, руку, спину или брюшную полость, могут усиливаться при кашле.

Выделяют несколько клинико-рентгенологических форм рака легкого:

1. центральный рак - рак бронхов, растет в просвете крупных бронхов (центрального, долевого, сегментарного). Опухоль растет как в просвет бронха (проявляется раньше), так

и в окружающую бронх легочную ткань. В начальных стадиях никак себя не проявляет, часто не видна на флюорографии и рентгенологических снимках, так как тень опухоли сливается с сердцем и сосудами. Заподозрить наличие опухоли можно по косвенным признакам на рентгенограмме: снижение воздушности участка легкого или воспалительных явлений в одном и том же месте неоднократно (рецидивирующая пневмония). Характерны кашель, одышка, кровохарканье, в запущенных случаях - боли в грудной клетке, высокая температура тела

2. Периферический рак – растет в толще легочной ткани. Симптомов нет, выявляется случайно при обследовании или при развитии осложнений. Опухоль может достигать больших размеров никак себя не проявляя, такие пациенты часто отказываются от лечения, ссылаясь на отсутствие симптомов.

Разновидность периферического рака - рак вершины легкого (Пенкоста), характеризуется прорастанием в сосуды и нервы плечевого пояса. Такие больные длительно лечатся у невропатолога или терапевта с диагнозом остеохондроз, плезит и направляются к онкологу уже с запущенной опухолью. Разновидностью периферического рака так же является полостная форма рака - опухоль с полостью в центре. Полость в опухоли возникает в результате распада центральной части опухоли, которой в процессе роста не хватает питания. Данные опухоли могут достигать больших размеров до 10 и более см, их легко спутать с воспалительными процессами - абсцессами, туберкулезом с распадом, кистами легких, что отдалает постановку правильного диагноза и приводит к прогрессированию болезни без специального лечения.

3. Пневмониеподобный рак, как следует из названия, похож на пневмонию, пациенты лечатся длительно у терапевта, когда эффекта от лечения антибиотиками нет, высказывается предположение о раке. Опухоль характеризуется быстрым ростом, растет диффузно, не в виде узла, занимает одну или несколько долей легкого.

4. Атипичные формы: печеночная, мозговая, костная и другие. Связаны с симптомами не самой опухоли легкого, а её метастазов. Для печеночной формы характерна желтуха, изменения в анализах крови, увеличение печени, тяжесть в правом подреберье. Мозговая - часто манифестирует клиникой инсульта - перестает работать рука и нога на противоположной поражению стороне, нарушение речи, потери сознания, могут быть судороги, головные боли, двоение в глазах. Костная – боли в позвоночнике, костях таза или конечностей, часто возникают спонтанные (не связанные с травмой) переломы.

5. Метастатические опухоли - это отсевы из основной опухоли другого органа (например молочной железы, кишечника, другого легкого, ЛОР-органов, предстательной железы и других), имеющих структуру первоначальной опухоли и способных расти, нарушая функцию органа. В некоторых случаях метастазы могут достигать огромных размеров (более 10 см) и приводить к гибели больных от отравления продуктами жизнедеятельности опухоли и нарушения работы внутренних органов (печеночной и дыхательной недостаточности, повышения внутричерепного давления и так далее). Чаще всего метастазы возникают из опухолей кишечника, молочной железы, второго легкого, что связано со спецификой кровообращения органа: очень мелкая и сильно развитая сосудистая сеть, клетки опухоли оседают в ней из кровотока и начинают расти, образуя колонии - метастазы. В легкие может метастазировать злокачественная опухоль любого органа. Метастазы в легких встречаются часто, бываю очень похожи на самостоятельные опухоли.

Иногда при полном обследовании опухоль - первоисточник метастазов обнаружить не удается.

Диагностика рака легких

Как видно из вышесказанного, диагностика рака легких довольно сложная задача, опухоли часто маскируются под другие легочные заболевания (воспаления легких, абсцессы, туберкулез). Ввиду этого более 50% опухолей легких выявляется на больших, запущенных и неоперабельных стадиях. Начальные стадии опухоли, а иногда и некоторые виды запущенных опухолей ничем себя не проявляют и выявляются лишь случайно или при развитии осложнений.

Чтобы этого избежать, необходимо хотя бы раз в год проходить рентгенологическое обследование легких.

Обследование, при подозрении на рак легких включает:

- флюорография - массовое обследование, проводимое с профилактической целью среди больших групп населения, позволяет выявлять наиболее грубую легочную патологию: туберкулез, опухоли легких и средостения (пространство между легкими, содержащее сердце, крупные сосуды и жировую ткань), воспаление легких. При выявлении патологических изменений на флюорограмме выполняют рентгенологическое исследование легких в 2х проекциях: прямой и боковой.

- рентгенография легких позволяет более точно интерпретировать изменения в легких, обязательно оценивают оба снимка.

- следующий этап: простая послойная рентгеновская томография подозрительного участка легкого: выполняется несколько послойных «срезов», в центре которых, находится патологический очаг.

- компьютерная томография грудной клетки или магнитно - резонансная томография с внутривенным контрастированием (введение рентгеноконтрастного препарата внутривенно) или без него: позволяет выполнить послойные срезы и более детально рассмотреть патологически измененный очаг, отличить опухоли, кисты или туберкулезные изменения друг от друга по характерным признакам.

- бронхоскопия: используется для выявления опухолей бронхиального дерева (центрального рака) или прорастания в бронх крупных периферических опухолей легкого, данное исследование позволяет визуально обнаружить опухоль, определиться с её границами, и, самое главное, выполнить биопсию - взять на исследование кусочек опухоли.

- В некоторых случаях используют так называемые онкомаркеры - исследование крови на белки, вырабатываемые только опухолью и отсутствующие в здоровом организме.

- исследование мокроты - обладает низкой диагностической ценностью, позволяет заподозрить наличие опухоли при выявлении атипичных клеток.

- Бронхография (введение контрастного вещества в бронхиальное дерево): устаревший метод, в настоящее время его вытеснила бронхоскопия.

- торакоскопия (введение в плевральную полость через проколы камеры для осмотра поверхности легких)- позволяет в неясных случаях интерпретировать те или иные изменения в легких визуально и выполнить биопсию.

- биопсия опухоли под контролем компьютерного томографа выполняется в неясных случаях.

К сожалению, нет универсального метода обследования, позволяющего на сто процентов отличить злокачественные опухоли легких от других заболеваний, так как рак может маскироваться под другую патологию, с учетом этого, используется весь комплекс обследования. Но если диагноз до конца неясен, прибегают к диагностической операции, чтобы не пропустить злокачественную опухоль.

Стадии (степени) рака легкого:

1 стадия: опухоль в легком не более 3 см в размере или опухоль бронха распространяющаяся в пределах одной доли, нет метастазов в близлежащих л/узлах;

2 стадия: опухоль в легком более 3 см, прорастает плевру, перекрывает бронх, вызывая ателектаз одной доли;

3 стадия: опухоль переходит на соседние структуры, ателектаз всего легкого, наличие метастазов в близлежащих лимфатических узлах- корня легкого и средостения, надключичные;

4 стадия: опухоль прорастает окружающие органы- сердце, крупные сосуды или присоединяется жидкость в плевральной полости (метастатический плеврит).

Лечение рака легких

В лечении рака легких, как и любого другого рака, ведущим и единственным методом, дающим надежду на выздоровление, является операция.

Существует несколько вариантов операции на легких:

- Удаление доли легкого - отвечает всем принципам лечения рака легких.
- Краевая резекция (удаление только опухолей) - используется у пожилых и пациентов с выраженной сопутствующей патологией, для которых большая операция опасна.
- Удаление всего легкого (пневмонэктомия) - при опухолях 2 стадии для центральных раков, 2-3 стадии для периферических.
- Комбинированные операции - с удалением части близлежащих, вовлеченных в опухоль органов - сердца, сосудов, ребер.

При выявлении мелкоклеточного рака ведущим методом лечения является химиотерапия, так как эта форма опухоли наиболее чувствительна к консервативным методам лечения. Эффективность химиотерапии достаточно высока и позволяет добиться хорошего эффекта на несколько лет.

Для лечения рака легкого используются препараты платины - наиболее эффективные на сегодняшний момент, но и не менее токсичные, чем другие, поэтому вводятся на фоне большого количества жидкости(до 4 литров).

Еще один метод лечения - лучевая терапия: используется при неудаляемых опухолях легких 3-4 стадии, позволяет добиться хороших результатов при мелкоклеточном раке, особенно в сочетании с химиотерапией. Стандартная дозировка при лучевом лечении составляет 60-70 грей .

Лечение рака легких «народными средствами» недопустимо, применение токсических веществ может привести к отравлению и без того ослабленного опухолью организма и усугубить состояние пациента.

Прогноз при раке легких

Прогноз при раке легких зависит от стадии и гистологической структуры легких:

При мелкоклеточном раке прогноз лучше, чем при других формах рака, так как он более чувствителен к химиотерапии и лучевому лечению, чем другие формы рака.

Благоприятный исход возможен при лечении рака начальных стадий: 1-2. При опухолях третьей и четвертой стадий прогноз крайне неблагоприятный и выживаемость не превышает 10%.