

## 1. Клиника и диагностика рака легкого.

Клиническая картина рака легкого сложна и многообразна. Она обусловлена местом исходной локализации опухоли. Каждая клинико-анатомическая форма характеризуется свойственным ей синдромом и играет роль как бы отдельного заболевания. В целом симптомы рака легкого делятся на три группы: 1. **Первичные или местные симптомы** (кашель, прожилки крови в мокроте, кровохарканье, боль в грудной клетке, температура, одышка) обусловлены ростом первичного узла опухоли; 2. **Внелегочные торакальные симптомы** обусловлены прорастанием опухоли в соседние органы и регионарные метастазированием (охриплость, агония, синдром “верхней полой вены”, дисфагия), а также вторичные боли в груди и одышка, которые обусловлены прорастанием грудной стенки органов средостения, наличием жидкости в плевральной полости; 3.

**Внеторакальные симптомы**, которые от патогенеза делятся на следующие подгруппы: • вызванные отдаленным метастазированием (головная боль, гемиплегия, боли в костях, рост вторичных объемных образований); • связанные с взаимодействием опухоли - организмов (общая слабость, утомляемость, снижение трудоспособности, снижение аппетита и т.д.), т.е. то, что А.Н. Савицкий определял как “синдром малых признаков”; • паранеопластические синдромы, связанные с гормональной и метаболической активностью опухоли (полиартриты, нервно-мышечные расстройства, гинекомастия, легочная остеохондропатия).

**Клиника центрального рака легкого** Для центрального рака легкого характерными симптомами являются: кашель несколько позднее кровохарканье, одышка, повышение температуры тела, боли в грудной клетке. Степень выраженности каждого из этих симптомов определяется, с одной стороны, калибром пораженного бронха, с другой стороны, формой роста опухоли. - При **эндобронхиальной форме** опухоль растет из стенки бронха в его просвет в виде папиллом или дольчатых узлов, при которой первым характерным симптомом является кашель. Кашель может быть сухим, вначале переходящим, затем постоянным, доходя до надсадного. Характерно, что кашель, появившийся на почве опухоли, уже не проходит, а продолжается, меняя свой характер. По мере роста опухоль постепенно суживает просвет бронха и, наконец, закупоривает его полностью. Закупорка просвета бронха опухолью приводит к развитию обтурационной пневмонии и ателектазу соответствующего участка (сегменты, доли, всего легкого). Для обтурационной пневмонии характерно острое начало - озноб, повышение температуры до 38-39°C, появление слабости, потливости, кашля, болей в груди, т.е., симптомов, характерных для гриппа или обычной острой пневмонии. Усиление кашля приводит к повышению внутрибронхиального давления, в результате чего постепенно начинается мацерация и деструкция эндобронхиально растущей опухоли, приводящей к появлению сначала прожилок крови в мокроте, затем кровохарканья в виде “малинового желе”. - При **экзобронхиальном** (перибронхиально узловой и перибронхиально-разветвленный) росте опухоли клиническая картина представляется в значительной мере отличной от только что изложенной. Поскольку рост опухоли при этих формах имеет экзобронхиальный характер, направленный не в просвет пораженного бронха, а перибронхиально, то основные начальные симптомы - кашель, кровохарканье, температура, одышка по понятным причинам выражены менее ярко, так как просвет пораженного опухолью бронха долго

остаётся проходимым, рельеф слизистой оболочки ненарушенным. При этом опухоль муфтообразно, охватывая бронх со всех сторон, сдавливает его, постепенно сужая просвет. Одновременно вовлекаются в процесс лимфатические и кровеносные сосуды, лимфатические узлы и нервы, это приводит к возникновению болей в соответствующей половине грудной клетки. У таких больных клиническая картина развивается постепенно по типу клиники хронической интерстициальной пневмонии (появление болей в груди, кашель, субфебрильной температуры, немотивированной общей слабости, недомогания, снижение трудоспособности). **Клиника периферического рака легкого** - Первые клинические симптомы при периферическом раке легкого выявляются лишь тогда, когда опухоль начинает срастаться с соседними анатомическими структурами. В этих случаях наиболее постоянным симптомом является боль в груди, на стороне поражения, обусловленной прорастанием в висцеральную и париетальную плевру, грудную стенку. Боль может быть тупой и острой, в отличие от плеврита не усиливается при дыхании. Локализация боли соответствует расположению опухоли. При распространении опухоли по плевре наряду с болями чаще наблюдается образование выпота, обычно геморрагического характера. По мере увеличения объема выпота появляется одышка.

**Диагностика рака легкого:** 1) жалобы, анамнез, наследственность 2) осмотр, физикальные методы исследования 3) Лабораторные исследования - не резко выраженная анемия, умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренная СОЭ. 4) цитологическое исследование мокроты на наличие в них опухолевых и атипических клеток. 5) Комплексные рентгенологические методы исследования обязательно в двух проекциях - задне-передней и боковой 6) КТ, МРТ 7) бронхоскопия с биопсией. 8) Трансторакальные аспирационные пункции.

## 2. Методы лечения рака прямой кишки

### 1. Радикальные операции.

**Хирургический метод** является ведущим в лечении рака прямой кишки.

Основные виды операций при раке прямой кишки:

#### 1. Радикальные операции:

- ◆ брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки по Кеню—Майлсу — при низкорасположенных раках (до 6-8 см выше ануса) с наложением одноствольной колостомы в левой подвздошной области;
- ◆ брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки и сохранением сфинктера (при локализации опухоли выше 6-8 см от ануса);
- ◆ передняя резекция прямой кишки с восстановлением ее непрерывности путем наложения анастомоза по типу конец в конец при расположении опухоли в ректосигмоидном отделе;
- ◆ резекция прямой кишки без восстановления ее непрерывности по Гар-тману (при поражении раком супраампулярного отдела или ректосигмы), с ушиванием дистального конца кишки и выведением проксимального отдела в виде колостомы.

В связи с трудностями адаптации стомированных больных к изменившимся условиям жизни разработана новая философия хирургического лечения рака нижеампулярного отдела прямой кишки, подразумевающая выбор вида оперативного вмешательства в строгом соответствии со степенью распространения опухолевого процесса (Одарюк Т. С. и др., 1992). При этом выполняются 8 видов оперативных вмешательств при злокачественных новообразованиях нижеампулярного отдела прямой кишки:

' ■

1. *Секторальная резекция прямой кишки и анального жома.* Включает удаление сегмента наружного сфинктера и стенки нижеампулярного отдела прямой кишки с последующим восстановлением их целостности. Выполняется при переходе на анальный канал опухоли, занимающей менее трети окружности, инфильтрирующей волокна внутреннего сфинктера
2. *Трансанальная резекция нижеампулярного отдела прямой кишки с формированием ректо-анального анастомоза.* Выполняется при гигантской ворсинчатой опухоли, малигнизированной ворсинчатой опухоли или злокачественной опухоли нижеампулярного отдела, расположенной выше зубчатой линии, инфильтрирующей подслизистый слой (T1N0).
3. *Типичная брюшно-анальная резекция* прямой кишки с низведением ободочной кишки в анальный канал. Удаляется прямая кишка, но анальный канал и анальные сфинктеры сохраняются. Низводится ободочная кишка в анальный канал и формируется коло-анальный анастомоз. Эта операция выполняется, когда опухоль занимает менее полуокружности кишечной стенки, расположена на расстоянии 5-6 см от края заднего прохода, без прорастания в клетчатку (T1-2N0).
4. *Брюшно-анальная резекция* прямой кишки с удалением внутреннего сфинктера и его моделированием из серозно-мышечного слоя низведенной ободочной кишки и формированием коло-анального анастомоза с оставлением избытка слизистой. В отличие от предыдущей операции производится удаление внутреннего сфинктера и последующее его создание из гладкомышечного лоскута низводимой ободочной кишки. Показана при опухоли нижеампулярного отдела прямой кишки, инфильтрирующей ее внутренний мышечный слой, при отсутствии метастазов в регионарные лимфатические узлы (T1-2N0).
5. *Брюшно-промежностная экстирпация* прямой кишки с низведением ободочной кишки в рану промежности и формированием серозно-мышечной манжетки в области промежностной колостомы. В отличие от типичной операции завершается не формированием абдоминальной колостомы, а низведением ободочной кишки в рану промежности, формированием промежностной колостомы и искусственного гладкомышечного жома. Выполняется при злокачественных новообразованиях нижеампулярного отдела прямой кишки без прорастания в окружающую клетчатку, занимающих не более полуокружности кишечной стенки, без метастазов в регионарные лимфатические узлы (T1-2N0).
6. *Брюшно-промежностная экстирпация* прямой кишки с формированием толстокишечного тазового резервуара и созданием гладкомышечной манжетки в области промежностной колостомы. Отличается от предыдущей операции созданием S- или W-образного резервуара. Показана при раке нижеампулярного отдела прямой кишки, занимающем не более полуокружности кишечной стенки, без прорастания в параректальную клетчатку у лиц трудоспособного возраста и при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний (T1-2N0).

7. *Типичная брюшно-промежностная экстирпация* прямой кишки с формированием колостомы на передней брюшной стенке. Показана при раке нижнеампулярного отдела прямой кишки, прорастающего в клетчатку, с наличием или отсутствием метастазов в регионарных лимфатических узлах (T3\_4N0\_2).

8. *Эвисцерация таза*, включающая удаление прямой кишки, предстательной железы, семенных пузырьков, мочевого пузыря и лимфатических коллекторов. Показана при местно-распространенных опухолях прямой кишки с прорастанием в заднюю стенку мочевого пузыря, семенные пузырьки, предстательную железу (T4N0-2).

## **2. Комбинированные операции**

Сопровождаются резекцией или экстирпацией смежных органов и окружающих тканей при местно-распространенных формах рака прямой кишки.

## **3. Паллиативные операции**

- ◆ Наложение двухствольной колостомы.
- ◆ Комбинированное лечение рака прямой кишки

Химиотерапия рака прямой кишки чаще проводится в послеоперационном периоде, как адьювантная (5-фторурацил, фторафур, адриамицин, митомицин-С в терапевтических дозах по схеме до 3-5 курсов):

1. 5-фторурацил по 500-600 мг/м<sup>2</sup> в/в с 1-го по 5-й дни или через день. Суммарная доза 4 - 5 г или 600 мг/м<sup>2</sup> в/в 1 раз в неделю.

2. Фторафур по 800-1000 мг/м<sup>2</sup> внутрь или в/в ежедневно. Суммарная доза до 30 г.

3. Полихимиотерапия по схеме ФАМ:

— 5-фторурацил — 600 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1, 8, 29 и 36-й дни;

— адриамицин — 30 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й, 29-й дни;

— митомицин-С — 10 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно в 1-й день.

Курс лечения повторяют с 56-го дня.

## **3. Классификация опухолей средостения**

4. **Классификация** (по Б.Е. Полоцкому с соавт., 2004):

5. 1. **Опухоли вилочковой железы:** • доброкачественная тимота, инкапсулированная без имплантационных, лимфогенных или гематогенных метастазов; • злокачественная тимома с инвазивным ростом, имплантатами по перикарду, либо с метастазами в лимфатических узлах, либо с отдаленными метастазами. 2.

**Нейрогенные опухоли:** ■ опухоли симпатической нервной системы (нейробластома, ганглионейробластома, ганглионевринома); ■ опухоли периферических нервов (шваннома, нейрофиброма, нейросаркома); ■ другие нейрогенные опухоли (параганглиома, эпендимома, менингиома). 3.

**Герминогенные опухоли**, которые являются пороком эмбрионального развития и содержат тканевые элементы и органо-подобные структуры, которые в норме при данной локализации не встречаются. К ним относятся: семинома, эмбриональный рак, опухоль желточного мешка, хорионэпителиома, тератома. 4. **Лимфоидные опухоли:** • лимфогранулематоз; ■ ретикулосаркома; ■ лимфосаркома; ■ саркоидоз (болезнь Бенъе-Бека-Шаумана).

5. **Мезенхимольные опухоли:** ■ доброкачественная (липома, лимфангиома, гемангиома, лейомиома, солитарная фиброзная опухоль); ■ промежуточные между доброкачественной и злокачественной опухолью

(гемангиэндалиома, гемангиперицитомы); ■ злокачественные (ангиосаркома, липосаркома, фибросаркома, лейомиосаркома, рабдомиосаркома, злокачественная мезенхимомы).

**6. Мезотелома плевры** (узловая, диффузная).

**7. Метастатические опухоли.**

**8. Опухоли сердца:** (доброкачественные миксома, фиброма, рабдомиома, злокачественные (ангиосаркома, фибросаркома, рабдомиосаркома)).

**9. Опухоли трахеи:** доброкачественные (папиллома, полип).

**10. Опухоли пищевода:** злокачественные (плоскоклеточный рак).