

## **Клинико-анатомическая классификация рака легкого (Савицкий).**

Рак легкого развивается из метаплазированного эпителия слизистой бронхов и бронхиальных желез, а также из альвеол и альвеолярных ходов. Он примерно с одинаковой частотой возникает в правом и левом легком. Если опухоль развивается из главного, промежуточного, долевого и сегментарного бронхов, то их называют центральным раком, если из субсегментарных бронхов, бронхиол и альвеол-периферическим. Соотношение центрального и периферического рака составляет 2:1. Опухоль чаще локализуется в верхних долях обеих легких, чаще в переднем, т.е. третьем сегменте. В нижней доле - чаще в верхушечном (шестом) сегменте.

**Савицкий** предложил следующую *клинико-анатомическую классификацию* рака легкого, которая широко используется в клинической практике.

**А. Центральный рак:** 1. Эндобронхиальный; 2. Перебронхиально-узловой; 3. Перебронхиально-разветвленный.

**Б. Периферический рак:** 1. Шаровидный; 2. Пневмониеподобный; 3. Рак верхушки легкого (Пенкоста).

**В. Атипические формы:** (в зависимости от особенностей метастазирования, т.е. когда вся клиническая картина обусловлена местом локализации отдаленных метастазов рака легкого, а первичный очаг в легком либо доступными диагностическими методами не удается выявить). Разновидностями **атипических форм** рака легкого являются: • **медиастинальная форма**, которая характеризуется метастазами в лимфатических узлах средостения при невыявленном первичном очаге. В таких случаях лимфогенные метастазы растут значительно быстрее первичной опухоли. Чаще всего это бывает при мелкоклеточном раке легкого; • **милиарный карциноматоз** - это двусторонний первично-множественный рак легких. Легочная ткань обычно инфильтрирована узлами различных размеров. Искать среди них первичные или вторичные очаги поражения бессмысленно; • раньше к атипическим формам относили **костную, мозговую, печеночную** формы рака легкого в зависимости от выявленных метастазов в отдаленных органах при бессимптомном первичном очаге. Эти формы в практике крайне редко встречаются.

**Гистологическая классификация рака легкого:** **1. Плоскоклеточной** (эпидермоидный) рак, который развивается из покровного эпителия слизистой оболочки бронхов: а) высокодифференцированный (плоскоклеточный рак с ороговением); б) умереннодифференцированный (плоскоклеточный рак без ороговения); в) низкодифференцированный. **2. Аденокарцинома** (железистый рак), которая развивается из эпителия бронхиальных желез: а) высокодифференцированная (папиллярная, ацинозная); б) умереннодифференцированная (железисто-солидная); в) низкодифференцированная (солидный рак с образованием слизи); г) бронхо-альвеолярная ("аденоматоз"). **3. Мелкоклеточный рак**, где опухоль состоит из одних мелких клеток, тканевую структуру происхождения определить не удастся: а) веретенчатый; б) овсяноклеточный; в) лимфоцитоподобный; г) плеоморфный. **4. Крупноклеточный рак:** а) гигантоклеточный; б) светлоклеточный. **5. Смешанный рак** (плоскоклеточный и аденокарцинома, аденокарцинома и мелкоклеточный рак и т.д.).

**Международная классификация TNM – классификация: Т-первичная опухоль.** Тх - опухоль не определена; Тis - опухоль не распространена в соседние ткани; Т1 - опухоль имеет размер до 30 мм; Т2 - опухоль имеет размер свыше 30 мм до области разветвления трахеи; Т3 - опухоль любого размера, которая переходит на грудную стенку, диафрагму, плевру; Т4 - опухоль любого размера, которая переходит на средостение, сердце, крупные сосуды, трахею; **Н-регионарные лимф узлы N0** — отсутствуют признаки поражения регионарных лимфоузлов; **N1** — присутствуют признаки поражения перибронхиальных и/или гомолатеральных лимфоузлов корня; **N2** — поражены лимфоузлы средостения на стороне поражения; **N3** — поражены лимфоузлы средостения, или корня лёгкого; **М-отдал метастазы M0** — не выявлено отдаленных метастаз; **M1** — присутствует по крайней мере один отдаленный метастаз. **G-гистопатологическая градация GX**-степень диф-ки клеток не может быть оценена, **G1**-высокая степень д-ки, **G2**-умеренная **G3**-низкодифференцированная, **G4**-недифференцированная

## **2. Классификация опухолей средостения.**

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

**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 Бенье-Бека-Шаумана). **5. Мезенхимольные опухоли:** ■ доброкачественная (липома, лимфангиома, гемангиома, лейомиома, солитарная фиброзная опухоль); ■ промежуточные между доброкачественной и злокачественной опухолью (гемангиэндателиома, гемангиперицитома); ■ злокачественные (ангиосаркома, липосаркома, фибросаркома, лейомиосаркома, рабдомиосаркома, злокачественная мезенхимома). **6. Мезателома 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).

## **3. Роль наследственных факторов в возникновении злокачественных опухолей.**

Понятие наследственная предрасположенность имеет предельно широкое значение. По существу, можно говорить о наличии наследственной

предрасположенности к любому известному патологическому процессу. Важно другое — насколько эта предрасположенность выражена, каков риск её реализации. Поэтому необходимо различать высокую и низкую степень наследственной предрасположенности к различным патологическим процессам, в том числе и к развитию злокачественных новообразований.

### **Степень наследственной предрасположенности**[\[править | править исходный текст\]](#)

В зависимости от степени наследственной предрасположенности к развитию злокачественных опухолей среди онкоэпидемиологов принята следующая классификационная схема, согласно которой всё население планеты подразделяется на три категории (Дж. Пито, 1980):

1. Лица с риском развития злокачественной опухоли в 1000 и более раз превышающим среднепопуляционный (больные пигментной ксеродермой, синдромом Гарднера, наследственной формой ретинобластомы).
2. Лица с риском, превышающим средний в 10—100 раз (именно у этих людей развивается основная масса наиболее распространённых новообразований).
3. Лица с минимальной предрасположенностью к злокачественным новообразованиям (таких людей абсолютное большинство).

Практически все **хромосомные болезни и синдромы** отличаются более частым развитием злокачественных опухолей. При *болезни Дауна* часто встречаются лейкемии (примерно в 10 раз чаще), при *синдроме Шерешевского—Тёрнера* — лейкемии и рак матки, при *синдроме Клайнфелтера* — лейкемии и рак молочной железы (рак молочной железы развивается в 65 раз чаще, чем у мужчин, не страдающих этой болезнью), при *синдроме Швееера* (наличие Y-хромосомы при женском фенотипе) — рак яичников.