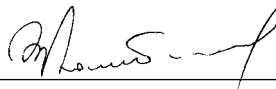


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра



В.В. Колбанов

4 декабря 2002 г.

Регистрационный № 77-0602

**ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНО-
МНОЖЕСТВЕННОГО РАКА ЛЕГКИХ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: ГУ «Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»

Авторы: д-р мед. наук, проф. В.В. Жарков, Ж.А. Стефанович

Согласно статистике, в структуре онкологической заболеваемости и смертности рак легкого у мужчин в Республике Беларусь длительное время устойчиво занимает первое место (57,7–72,6–65,4 и 46,2–56,3–52,9 на 100 тыс. населения с 1987 г. по настоящее время соответственно).

В структуре второго первичного рака у мужчин в Республике Беларусь на долю рака легкого приходится 37,4% случаев; первично-множественный рак легких выявляется у 0,8% больных (по литературным источникам — от 0,8 до 10%) и у 3,4% пациентов, получивших радикальное лечение по поводу первичного бронхогенного рака.

Факторами высокого онкологического риска при первично-множественном раке легких признаны злостное курение, вредные условия труда, неблагоприятная наследственность и, что особенно важно, сочетание этих признаков.

Своевременная диагностика первично-множественного рака легких способствует проведению адекватного радикального лечения и позволяет 37,5% больных, по нашим данным, прожить 5 лет и более.

Специфика методов выявления первично-множественного рака легких заключается в том, что уточняющая диагностика должна быть более тщательной и углубленной.

Обязательный диагностический комплекс:

I. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки:

1. Стандартная рентгенография в двух проекциях (прямой и боковой).

2. Томо(зоно)графия:

а) в прямой проекции в срезе бифуркации трахеи (оценка состояния и просвета трахеи, главных и промежуточного бронхов, а также основных групп внутригрудных лимфатических узлов);

б) в косых проекциях (получение изображения просветов верхнедолевых бронхов и их сегментарных ветвей);

в) в боковых проекциях (получение изображения просвета промежуточного, нижнедолевых и среднедолового бронхов);

г) прицельная в прямой и боковой проекциях (в срезе патологического очага).

II. Цитологическое исследование мокроты (не менее 5 анализов).

III. Бронхоскопия как важное звено в диагностическом комплексе первично-множественного рака легких. Исследуются малейшие изменения слизистой оболочки бронхов вплоть до субсегментарных со взятием материала для морфологического заключения. Вначале изучается бронхиальное дерево здорового легкого и лишь после этого оценивается предполагаемая опухоль. Это позволяет дополнительно выявить очаги рентгенонегативного рака.

IV. Трансторакальная пункция опухоли.

Для уточняющей диагностики по показаниям или при жалобах больного для исключения метастатического поражения тех или иных органов используются дополнительные методы исследования:

1. Компьютерная и/или магнитно-резонансная томография органов грудной клетки, брюшной полости и головного мозга.

2. Ультразвуковое исследование грудной клетки и брюшной полости.

3. Сканирование печени.

4. Хирургические методы (пункция надключичных лимфоузлов или прескаленная биопсия, медиастиноскопия, парастернальная медиастиномия, лапароскопия или диагностическая лапаротомия, торакоскопическое исследование, диагностическая торакотомия). При установленном диагнозе мелкоклеточного рака легкого обязательна пункция или трепанобиопсия костного мозга, сцинтиграфия костей, компьютерная томография головного мозга.

Первично-множественный рак легких по времени выявления опухолей делится на синхронный и метакронный. Речь идет об одновременном или неодновременном выявлении опухолей, но не о моменте их возникновения. Обязательно гистологическое подтверждение диагноза.

К синхронным злокачественным опухолям относятся новообразования, выявленные одновременно или в сроки до 6 мес., к метакронным — второй опухолевый очаг, обнаруживаемый в более поздние сроки.

Интервал до 6 мес., принятый большинством исследователей эмпирически, удобен в практическом отношении.

При решении вопроса о синхронном первично-множественном поражении у нелеченных больных либо о метакронном у пациентов,

ранее успешно подвергшихся легочной резекции, следует проанализировать множество факторов (гистологический тип поражения, локализация каждой опухоли, интервал между выявлением заболеваний, наличие или отсутствие метастатической болезни и др.).

Таким образом, для установления первичной множественности рака легких необходима совокупность клинико-рентгенологических, эндоскопических и морфологических признаков. Важно в каждом конкретном случае, особенно при опухолях одинаковой гистологической структуры, помнить не только о метастатическом процессе, но и о реальной возможности возникновения новой опухоли.

На основании результатов проведенного обследования устанавливают стадию заболевания, гистологическую структуру для каждого первичного рака легких и вырабатывают наиболее рациональную тактику лечения больного. Полнота клинического диагноза определяет лечебную тактику и прогноз.

Если при стандартном обследовании больного обнаружено два легочных поражения, при отсутствии отдаленных метастазов и резектабельности процессов, даже при одинаковой морфологической картине их лечат как отдельные первичные опухоли, не исключая возможности, что одна из них является метастазом.

Во время операции на этапе ревизии и при изучении макропрепарата необходимо иметь в виду возможность обнаружения рентгенологически не диагностированного рака. Выявление второго первичного рака легкого может увеличить объем операции и даже изменить лечебную тактику, например, если по гистологической структуре эта опухоль окажется мелкоклеточным раком.

При диспансерном наблюдении больных, получивших радикальное лечение по поводу рака легкого, в различные сроки могут быть выявлены метакронные первичные опухоли легких. Наблюдение таких больных должно быть пожизненным, так как не представляется возможным установить закономерность и время возникновения второго первичного рака легкого. Для диагностики первично-множественного метакронного рака легких, в частности рентгенонегативного, в обязательный арсенал контрольного обследования, кроме рентгенологического, следует включить цитологическое исследование мокроты (не менее 5 раз) и бронхоскопию.

Во всех случаях этим пациентам необходимо выполнять обследование как при первичном раке легкого и искать возможности проведения радикального хирургического лечения.