

К вопросам своевременной диагностики рака лёгких

А.МИНГАЛЕЕВ, Р.М.ГАЗИЗОВ, САДЫКОВА А.К.
Кафедра терапии и семейной медицины КГМА

Одной из наиболее сложных и важных задач клинической пульмонологии в настоящее время является рак лёгкого. Это связано с резким нарастанием заболеваемости и летальности от этого заболевания во всех странах мира. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у мужчин он занимает первое место. Актуальность проблемы и в запоздалости диагностики — в 30% случаев впервые выявленные больные были отнесены к 4-ой клинической группе. Основной причиной запоздалости является не только малосимптомное течение заболевания в начальных этапах патологического процесса, но и ошибки в диагностике (в 43% случаев) вследствие слабой начужженности врачей на поликлиническом этапе обслуживания.

По данным нашей клиники, среди больных, госпитализированных за 1996-2002 гг. в терапевтическое отделение с различными заболеваниями внутренних органов, при тщательном обследовании были выявлены онкологические заболевания различных органов у 188 (3,1%), в том числе у 40- бронхолёгочной системы. У последних в 20 случаях установлен центральный рак, у остальных — периферический. Направительный диагноз у 15 (37,5%) — хронический бронхит, у 23 (57,5%) — пневмония, и у 2 — экссудативный плеврит. Обращало внимание, что основное большинство имело мужской пол (80%), большой стаж курения (84%) и возраст старше 55-ти лет (77%). Обращало на себя внимание наличие в анамнезе у 27 из них (67,5%) хронического бронхита.

Поскольку у 27 из них (67,5%) решено было проанализировать истории болезни с целью выяснения причин запоздалой диагностики.

Основными жалобами, заставившими больных обратиться к врачам, были: появление или усиление длительно непрекращающегося кашля, иногда приступообразного характера; внезапное повышение температуры или длительный субфебрилитет; одно или неоднократное кровохарканье или появление болей в грудной клетке различного характера.

Продолжительность этой симптоматики, с которой больные обращались в поликлинику до госпитализации в стационар, была следующей: у 19 (47,5%) — от 7 до 30 дней (больные кровохарканьем, гипертермией и другой симптоматикой пневмонии), у 13 (32,5%) — от 1 до 2 месяцев (больные с длительным кашлем, субфебрилитетом, болями в грудной клетке), у 8 (20%) — от 2 до 4 месяцев и более (хр.бронхит, плеврит, остеохондроз, слабость, похудание и т.д.). В 3-х случаях больные длительно получали лечение, включая и физиотерапевтическое, по поводу артрита одного из плечевых суставов (синдром Панкоста).

Таким образом, запоздалая диагностика объяснялась недооценкой появившейся симптоматики у больных, относящихся к группе большого риска развития онкозаболеваний, т.е. отсутствием у терапевтов поликлиники онкологической начужженности. Обращает внимание и слабая информативность в этом отношении рентгенологических методов исследования. До поступления в стационар рентгенограмма грудной клетки была сделана 19-ти больным, флюорография — 8 больным. Изменения на рентгенограмме были в основном трактованы как проявления пневмонии, в 2-х случаях — хронического бронхита с деформацией корней, а в 5-ти случаях флюорографии изменения в бронхолёгочной системе не были обнаружены.

При стационарном обследовании уточнению диагноза способствовали: в 16 случаях — РКТ, в 17 — фибробронхоскопия, в 4 — пункция плевральной полости и лимфоузлов, в 3 — радиоизотопное исследование.

Учитывая слабую информативность обычных рентгеновских исследований в диагностике онкозаболеваний, были тщательно проанализированы проявления болезни на догоспитальном этапе, которые должны были повысить начужженности врачей в отношении этой патологии.

Из предрасполагающих факторов, кроме пола, возраста и стажа курения, обращало на себя внимание наличие в анамнезе многолетнего хронического бронхита (в 80% случаев), регулярное употребление алкогольных напитков (в 70% случаев). Из субъективных признаков наиболее часто выявлялись повышенная утомляемость и слабость — у 35 (87,5%), причём значительная — в 47,5% случаев. Снижение аппетита наблюдалось у 34 (85%) больных, вплоть до отсутствия аппетита у 4-х больных. Достоен внимания факт снижения интереса к мясной пище у большинства больных, у некоторых — до появления отвращения.

Почти всех больных беспокоило появление или усиление кашля, у 4-х — приступообразный (в одном случае зафиксирован приступ бронхиальной астмы).

Больные не отмечали значительного увеличения количества мокроты, только в 2-х случаях наблюдалась бронхорея. Кровянистая мокрота или прожилки крови обнаружены в 9-ти случаях, атипичные клетки при однократном исследовании — только у 4-х больных, при трёхкратном — ещё у 3-х больных.

Боли в грудной клетке различного характера (ноющие, прокалывающие) наблюдались у 25 больных (62,5%). У 10 больных боли были связаны с актом дыхания и кашля (чаще при периферическом раке).

Из объективных данных обращало внимание повышение температуры у 17-ти больных (42,5%). В основном был субфебрилитет, не поддающийся антибиотикотерапии. Снижение массы тела отметили 29 больных (72,5%), причём значительное (до 6-10 кг) — 11 больных. При аускультации в зоне патологии выявлялось ослабление дыхательных шумов при явном укорочении перкуторного звука. Только у больных с параканкрозной пневмонией выслушивались влажные хрипы на фоне дыхания с бронхиальным оттенком.

В анализах крови у большинства больных было констатирано повышение СОЭ: до 15-20 мм/час — у 7 больных (17,5%), до 20-40 мм/час — у 19 (47,5%) и более 40 мм/час — у 8 больных. Таким образом, повышение СОЭ наблюдалось у 34 (85%) больных. Причём, в процессе лечения, снижение СОЭ до нормальных значений произошло только у 2-х больных, а у 13-ти — продолжалось его повышение. Увеличение количества лейкоцитов более 8 тысяч было у 12-ти больных, в основном, с параканкрозной пневмонией и плевритом. Обращало на себя внимание отсутствие у большинства пациентов палочкоядерного сдвига влево.

Таким образом, из неспецифических проявлений болезни должны привлечь внимание следующие признаки: длительная, немотивированная слабость, снижение аппетита и похудание; длительный, резистентный к антибиотикам субфебрилитет; скудность аускультативных данных при явных перкуторных и рентгенологических изменениях; относительное или абсолютное повышение значений СОЭ; лейкоцитоз без значительного палочкоядерного сдвига. Появление этих симптомов у больных повышенного риска (пожилые мужчины с длительным стажем курения), должны быть подвергнуты более глубокому и всестороннему обследованию, желательное в условиях стационара.

Раннему выявлению онкозаболеваний может способствовать более активная диспансеризация больных, относящихся к группе высокого риска. В эту группу, как показывает проведенный нами анализ историй болезни, должны быть отнесены мужчины старше 55 лет, имеющие большой стаж табакокурения или страдающие хроническим бронхитом. Они должны ежегодно два раза пройти рентгенографию грудной клетки (не флюорографию!), фибробронхоскопию, общий анализ крови и исследование мокроты на атипичные клетки. Каждому больному должно быть рекомендовано регулярное взвешивание и измерение температуры.