

К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ СВЯЗИ ЗАБОЛЕВАНИЯ С УСЛОВИЯМИ ТРУДА

Липатов Г.Я., Адриановский В.И.

Уральская государственная медицинская академия, кафедра гигиены и постдипломной подготовки врачей, г. Екатеринбург

Развитие ряда злокачественных новообразований (ЗН) вызвано воздействием вредных производственных факторов. По данным литературы удельный вес профессионально обусловленных ЗН в структуре общей онкологической заболеваемости составляет от 4 до 38% [Ильницкий А.П., 1993; Смулевич В.Б., 2000]. С 1991 по 2000 год в Российской Федерации от ЗН скончалось около 3 млн. человек. Даже исходя из минимального уровня (4%), примерно 120 тысяч случаев должны были быть профессионально обусловленными, но по данным Федерального Центра Госсанэпиднадзора, за этот же период зарегистрировано всего 335 случаев профессионального рака [Кашанский С.В., 2005]. Очевидно, что подавляющее большинство случаев профессионально обусловленных ЗН не идентифицируются в связи с условиями труда, а трактуется как общее. Среди причин крайне низкого уровня связи ЗН с профессиональной деятельностью больных следует выделить отсутствие клинико-морфологических критериев опухолей, возникающих под воздействием производственных канцерогенов.

Результаты анализа распространенности профессионального рака легких у рабочих пирометаллургического производства никеля за 10 лет показали, что наиболее высокий уровень заболеваемости зарегистрирован при обжиге и восстановлении металлического никеля, т.е. среди рабочих, подвергавшихся воздействию пыли с высоким содержанием неорганических соединений никеля [Липатов Г.Я., 1992].

Цель исследования. Установить клинико-морфологические признаки ЗН легких у рабочих, имевших профессиональную экспозицию к никелю.

Материал и методы. Проанализированы данные историй болезни лиц, умерших от рака легкого, и проработавших не менее 10 лет на крупном комбинате по получению никеля.

Результаты. У онкологических больных сопутствующими заболеваниями были хронические бронхиты (32,6%), язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (23,0%) и ишемическая болезнь сердца (20,1%), что существенно отличалось от показателей больных раком легкого, не имевших контакта с никелем.

У больных раком легкого в 64,5% случаев диагностировался плоскоклеточный рак, в 16,1% - аденокарцинома и в 19,4% - мелкоклеточный рак. Плоскоклеточный рак по степени дифференцировки распределялся следующим образом: низкодифференцированный – 60%, умеренно дифференцированный – 20% и высокодифференцированный – 20%. Аденокарцинома характеризовалась низкой степенью дифференцировки, преимущественно солидным типом строения опухоли. Низкодифференцированный мелкоклеточный рак представлен резко гиперхромными клетками полигональной и лимфоцитоподобной формы.

Среди умерших в отдаленные сроки после хирургического лечения у 30% больных причиной смерти явилось не прогрессирование опухолевого процесса, а осложнения, связанные с сопутствующими заболеваниями. Следовательно, можно полагать, что производственный контакт с никелем, не снижая эффективности хирургического лечения рака легкого, требует особо внимательного отношения к сопутствующим заболеваниям, часто встречающихся у таких больных.

Выводы.

1. Среди больных, имевших профессиональную экспозицию к никелю, отмечена высокая частота сопутствующей патологии органов и систем, играющих барьерную роль при воздействии никельсодержащей пыли.
2. У больных профессионально обусловленным раком легкого среди морфологических вариантов преобладают низкодифференцированные формы опухолей.
3. Обусловленные воздействием никеля профессиональные опухоли легких характеризуются более тяжелым течением и высокой летальностью.
4. Выявленные особенности опухолей легких позволяют разработать методические подходы к использованию клинических критериев для постановки диагноза «профессиональный рак» больным, контактировавшим на производстве с никелем.