

ОСОБЕННОСТИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА ЛЕГКОГО

О.Е. ФЕДИК, В.П. ГОРДИЕНКО

АГМА, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии с курсом онкологии, г. Благовещенск

Актуальность. В настоящее время рак легкого занимает ведущее место в структуре онкологической заболеваемости населения нашей страны и всего мира, при этом мужчины болеют раком легкого в 7-10 раз чаще, чем женщины. У каждого четвертого больного опухоль диагностируется уже при наличии отдаленных метастазов.

Материалы и методы. На базе Амурского ООД обследовано 297 пациентов с раком легкого и метастатическим поражением. Диагноз устанавливался на основании клинических данных, результатов ФБС, лучевых методов диагностики, цитологических, гистологических, морфологических исследований. Вторичный опухолевый процесс внутренних органов определялся с помощью УЗИ, при наличии показаний – КТ и МРТ. Метастатическое поражение костей скелета определялось с помощью рентгенографии, компьютерной томографии, сцинтиграфии, ориентируясь, в первую очередь, на наличие болевого синдрома или очагов повышенного накопления остеотропного препарата. Средний возраст исследуемой группы составил 65 лет (от 35 до 80 лет).

Результаты. Заболеваемость раком легких жителей Амурской области составляет 35,9 на 100 тыс. населения, что позволяет данной патологии занимать 1 место в общей структуре онкологической патологии (у.в. 12,5%). Смертность соответствует 30,3 на 100 тыс. населения. Удельный вес больных с запущенной IV стадией заболевания составляет 35,6% (33,2% – 2006 г.). Доля больных, закончивших радикально лечение (на 100 первичных б-х) – 6,7% (2007г.). Центральный рак легкого выявлен в 64,5%, периферический – в 35,5%. Распределение по полу: мужчины – 90,4%, женщины – 9,6%. Чаще опухоль локализовалась в правом легком (верхняя доля – 27,6%, нижняя доля – 25,7%, средняя доля – 7,6%), несколько реже – в левом (верхняя доля 20,9%, нижняя доля – 16,1%). Плоскоклеточный рак встретился в 30% случаев (с ороговением и без ороговения – 50/50%), в

45% – низкодифференцированный рак (14,5% – мелкоклеточный, 0,6% – овсяноклеточный, 0,6% – крупноклеточный), в 13,9% обнаружена аденокарцинома, недифференцированный рак отмечен в 8% случаев (0,6% – карциноид). При сопоставлении частоты метастазирования рака легкого в отдельные органы и системы, на первом месте оказались лимфатические узлы грудной полости, а именно корня легкого и средостения (49%). При центральном раке метастазы и прорастание опухоли в лимфатические узлы корня и средостения отмечены у 46% больных. По нашим данным, из 104 больных периферическим раком легкого у 52 (50%) имелись метастазы в лимфатических узлах. Из них у 20 (19,2%) больных они располагались в лимфатических узлах корня легкого, у 4 (3,8%) — в лимфатических узлах средостения и у 28 (26,9%) — в тех и других группах одновременно. Метастазирование рака легкого в легкое наблюдалось в 6,1% случаев. Из них метастазирование в легочную паренхиму одноименного легкого отмечено у 20% больных, противоположного – у 13% и билатеральное поражение – у 8% пациентов. Милиарный карциноматоз при первичном раке легкого встречался сравнительно редко (0,5%). Поражение лимфатических узлов корня противоположного легкого без видимого увеличения лимфатических узлов средостения отмечено в 0,7% случаев. Изолированное поражение плевры метастатическим процессом отмечено у 2% больных, в сочетании с легочными метастазами – в 4,5% случаев. У 20% пациентов метастазы поражали печень и наиболее часто встречались при мелкоклеточной форме рака легкого. В 1,7% случаев выявлен вторичный опухолевый процесс в головном мозге. Значительную долю метастатических поражений при раке легкого составляют вторичные опухоли скелета, они отмечены в 15,2% случаев и встречались преимущественно у мужчин в возрасте 60 лет и старше. Процесс носил как монооссальный, так и полиоссальный характер распространения. В подавляющем

большинстве случаев (50%) метастазы обнаруживались в позвоночнике, преимущественно в нижне-грудных позвонках (35%), несколько реже в костях черепа (7,5%), крупных трубчатых костях (2,5%) и ребрах (1,1%). Отмечено, что рак легкого дает преимущественно остеолитические метастазы (65%), которые были характерны для мелкоклеточных и базально-клеточных опухолей. При железистых и плоскоклеточных формах рака деструктивные процессы в костях были менее выражены.

Выводы. При анализе особенностей метастазирования рака легкого выявлено, что наиболее

часто наблюдались метастазы в лимфатические узлы грудной полости (49%), несколько реже в печень (20%) и кости скелета (15,2%). Метастазы рака легкого в кости зачастую остаются нераспознанными из-за отсутствия клинической симптоматики. В большинстве случаев они являлись остеолитическими, что определялось преобладанием низкодифференцированных форм первичной опухоли. В быстро растущих метастатических опухолях, обладающих остеогенными потенциями, костеобразование (в особенности реактивное) практически отсутствовало.

КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

Н.Ю. ФОМИНА, П.В. НОВИКОВА

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Одним из критериев распространенности опухолевого процесса при злокачественных опухолях гортани и гортаноглотки является состояние регионарных зон лимфооттока. Регионарными для гортани и гортаноглотки являются цервикальные лимфатические узлы, среди которых наибольшее клиническое значение имеет состояние яремных (югулярных) узлов.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики метастатического поражения регионарных лимфатических узлов при злокачественных опухолях гортани и гортаноглотки.

Материал и методы. Проведено комплексное ультразвуковое исследование 65 пациентов со злокачественными опухолями гортани и гортаноглотки. Все пациенты были обследованы на ультразвуковом аппарате «Aloka SSD 5500» с использованием линейного датчика частотой 10 МГц в режиме серошкального сканирования (В-режим) и цветового доплеровского картирования (ЦДК). Мы подразделяли лимфатические узлы в соответствии с классификацией Японского научно-исследовательского общества, в основу которой была положена топографическая анатомия шеи, а также классификацией Американского объединенного комитета по изучению

злокачественных опухолей и Американской академии оториноларингологии и хирургии головы и шеи (2001).

Результаты. При анализе сонографических признаков измененных лимфатических узлов выявлено, что независимо от характера поражения и метастатические, и гиперплазированные лимфоузлы в наших исследованиях, как правило, имели именно небольшие размеры – 10–20 мм, что затрудняло их интерпретацию при стандартном исследовании. Анализируя такие семиотические признаки, как форма, контуры, структура, эхогенность, степень дифференцировки коркового вещества и синуса, состояние капсулы установлено, что метастатическому поражению узла была свойственна округлая форма, при которой отношение длинной и короткой оси приближалось к 1,0. Структура лимфатических узлов в 67% случаев была однородной, эхогенность пониженной или низкой в 92% случаев, гиперэхогенная центральная часть полностью отсутствовала либо отмечалось ее резкое истончение, что было обусловлено диффузным замещением лимфоидной ткани на опухолевую. В большинстве случаев отсутствовала дифференцировка коркового вещества и синуса.