

«Рак легких» – это собирательный диагноз. Он указывает на разные злокачественные образования с различным происхождением и гистологией. Патологический процесс изначально начинается на слизистой легочных ходов. Речь идет о бронхах, бронхиолах и альвеолах.

Различают мелкоклеточный и немелкоклеточный рак. На первый приходится 10-15%, на второй – 85-90% всех подтвержденных диагнозов. Разновидности немелкоклеточной формы патологии:

1. Аденокарцинома, возникающая из выделяющих слизь клеток легкого.
2. Плоскоклеточный рак, возникающий из плоскоклеточных клеток, выстилающих дыхательные пути легкого изнутри;
3. Крупноклеточная (недифференцированная) карцинома, берущая свое начало в эпителиальных клетках снаружи легкого;
4. Мезотелиома, образующаяся из тонкого слоя ткани, покрывающей легкие.

По локализации недуг делят на центральный, образующийся в крупных и средних бронхах (в области корня легкого), и периферический, образующийся из мелких бронхиол и альвеол и располагающийся периферически.

Согласно официальной статистике, в 2020 г. рассматриваемая онкология заняла второе место среди онкологий, диагностированных у пациентов разных половозрастных групп. Всего было подтверждено 2,2 млн случаев (рака легкого) – 12,2% от всех злокачественных опухолей.

Добавил(а) Оля
30.05.23 12:33 -

Встречаемость рака легкого в разных уголках планеты: - азиатские страны – 13,8% (здесь и далее – от всех онкологий); - Северная Америка – 9,9%; - Европа, Латинская Америка – 10,9% и 6,6%; - страны Океании – 6,7%; - Африка – 4,1%.

Что провоцирует проблему?

Известно, что главным фактором, способствующим развитию рака легких, является курение. Если верить ВОЗ, такая привычка – это причина как минимум 80% случаев рассматриваемой онкологии. Негативное действие курения обусловлено химическим составом табачного дыма, в котором из 700 различных химических соединений 69 относятся к канцерогенам.

Самые опасные компоненты сигаретного дыма – полициклические ароматические углеводы (ПАВ). Много вреда кроется и в нитрозаминах, бензоле. Оказавшись в клетке, эти вещества нарушают состояние и работу генетического аппарата.

Сбои в работе последнего ведут к неконтрольному делению клеток и образованию опухоли. Среди курильщиков с разным стажем основной группой риска являются мужчины, которые приобрели вредную привычку до 15-летнего возраста.

Другие факторы, способствующие развитию онкологии: - 29 различных химических соединений, в том числе асбест, диоксид кремния, некоторые тяжелые металлы (никель, хром, бериллий, кадмий, кобальт, мышьяк, свинец, ртуть), радон; - воздух, содержащий твердые (взвешенные) частицы, особенно частицы размером менее 2,5 мкм, которые могут достигать бронхиол и альвеол, и менее 0,1-0,001 мкм, которые включают в себя наночастицы (менее 100 нм).

Наиболее высоким потенциальным канцерогенным риском обладают входящие в состав взвешенных частиц такие тяжелые металлы, как хром, кадмий и кобальт. Содержащиеся в взвешенных частицах канцерогены способны активировать онкогены, вызывать мутации в генах, инактивировать супрессоры опухолей посредством ДНК-метилования, усиливать апоптоз.

Добавил(а) Оля
30.05.23 12:33 -

По статистике воздух, содержащий твердые частицы, – это причина 17% ежегодных смертей от онкологии, затрагивающей легкие; - генетическая предрасположенность. Риск патологии выше в 1,5 раза при наличии родственника с раком первой степени. Установлена связь заболеваемости с рядом генов, например, с RAD52, CHEK2 и др.; - некоторые генетические синдромы, например, синдром Ли-Фраумени; - половая принадлежность.

Легкие чаще поражаются у мужчин – почти в 2 раза чаще, чем у женщин; - возраст. В 70% случаев диагноз подтверждается у людей в возрасте +65.

О стадийном характере онкологии

Процесс развития рака легких носит стадийный характер: - нулевая стадия: проблемные клетки находятся в пределах слизистой; - первая стадия: опухоль начинает разрастаться и проникать в легочную ткань.

Диаметр опухоли – до 3 см; - вторая стадия: метастазы появляются в региональных узлах; - третья стадия: метастазов обнаруживаются в лимфоузлах дыхательной системы.

Диаметр опухоли – 3-7 см и более; - четвертая стадия: опухоль выходит за пределы легкого, так как помимо местных метастазов способна давать и отдаленные метастазы, чаще всего в головной мозг и надпочечники, при этом размер опухоли может быть любым.

На нулевой и первой стадии болезнь никак не проявляется то есть протекает бессимптомно.

Позже онкология сопровождается постоянным сухим кашлем, выделяющейся, содержащей следы крови мокротой, болями в грудной клетке (усиливается при дыхании), гипертермией, иногда резким снижением веса. При закрытии опухолью просвета бронха развивается ателектаз (спадание) вентилируемого этим бронхом

участка легкого, из-за чего возникает одышка.

Диагностика

Для постановки диагноза сначала проводится сбор анамнеза, в том числе информации о «стаже» курильщика, вредных факторах на работе. Далее идет физикальное обследование, в том числе пальпация шейно-надключичных зон. На следующем этапе прибегают к лабораторной и инструментальной диагностике. В первом случае исследуется, свертываемость, клиника и биохимия крови. Все это дополняется результатами анализа мочи. Лабораторная диагностика также предполагает проведение цитологического исследования мокроты.

Этот метод хорош своей простотой и низкой стоимостью. Однако, он малоэффективен при обследовании периферической опухоли. К перспективным лабораторным методам относится изучение опухолевых маркеров, в том числе раково-эмбрионального антигена, маркера плоскоклеточного рака и т.д.

Инструментальные подходы к постановке диагноза: - рентгенография; - компьютерная томография; - фибробронхоскопия; - видеоторакоскопия.

Первый подход является более ходовым.

С помощью этого метода исследуются органы грудной клетки. Для этой цели применяется специальный аппарат, генерирующий рентгеновские лучи, которые проходят через грудную клетку и фиксируются системой. Современное оборудование исключает необходимость в проявлении пленки, выводят изображение сразу на монитор компьютера.

Диагноз положителен при наличии на изображении злокачественного образования. Другая возможная картина – признаки бронхиальной непроходимости. Рентгенография легких проводится в прямой и боковой проекциях. Основной недостаток рентгенографии – позволяет распознавать опухоль, диаметр которой достигает 1-2 см.

При этом недоступен анализ гистологической природы образования. В случае обнаружения признаков рака рентгенографией пациенту назначается компьютерная томография. По сравнению с рентгенографией, это более чувствительный метод. Данное превосходство объясняется тем, что компьютерный томограф делает снимки тканей послойно, что делает возможным уточнение локализации и размеров опухоли, ее формы. Можно оценивать и состояние лимфоузлов.

Недостатки КТ: избыточная доза облучения и дороговизна. Следующее диагностическое мероприятие – фибробронхоскопия, проводимая тонким гибким зондом из фиброоптического волокна. Во время процедуры осматриваются бронхи, определяются границы опухоли. То, что «видит» аппарат, транслируется на экран компьютера. Также с помощью фибробронхоскопа можно произвести биопсию для дальнейшего цитологического исследования.

Способы борьбы и профилактика

Лечение онкологии проводят с помощью хирургического лечения, лучевой терапии и химиотерапии. Хирургическое лечение – основной метод лечения центрального РЛ. В зависимости от места протекания патологического процесса, масштаба опухоли удаляется одна или две доли легкого, или все легкое. Также во время операции может быть произведена резекция соседних органов в случае распространения онкологии. Удалению могут подлежать и региональные лимфоузлы. Когда хирургической вмешательство недоступно, прибегают к лучевой терапии. Применяют ее как самостоятельный метод лечения, а также в сочетании с химиотерапией. На ранних стадиях рака проводится стереотаксическая терапия, которая характеризуется небольшими дозами облучения, воздействием на очаг заболевания сразу в нескольких направлениях, а также сохранением здоровых окружающих тканей.

Химиотерапию при лечении РЛ используют в сочетании с другими методами лечения, а также в качестве самостоятельного метода. В настоящее время разрабатываются различные стратегии в области иммунотерапии:

1. Активная иммунотерапия усиливающая противоопухолевый иммунитет организма за счет активации собственного иммунного ответа пациента.

Добавил(а) Оля
30.05.23 12:33 -

2. Пассивная иммунотерапия. Профилактика в нашем случае бывает первичной и вторичной. Первая предполагает отказ от курения, исключение действия на организм (в том числе на органы дыхания).

В основе вторичной профилактики лежит скрининг – проведение рентгенологического исследования с целью получения уменьшенного изображения грудной клетки.

С помощью флюорографии можно выявить опухоль на ранней стадии, когда ее диаметр не превышает 2 см. В качестве перспективы рассматривается скрининг на основе анализа выдыхаемого воздуха.

=====

Если у Вас или Ваших близких есть новообразования (доброкачественные, злокачественные), пишите мне на электронную почту Olia-78@mail.ru.

Помогу Вам разобраться в тонкостях лечение настойками и сборами трав. Подберу схему приёма настоек, учитывая диагноз и сопутствующие заболевания (БЕСПЛАТНО).

+7-962-890-36-52 Билайн (ватсап, вайбер, Телеграм)

+7-989-750-01-99 МТС.